

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

GRACIELA OLIVEIRA CABREIRA

A ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA E A
MODELAGEM DA PROGRAMAÇÃO EM SAÚDE:
Uma Abordagem Socioambiental do Trabalho

Rio Grande
Dezembro / 2003

GRACIELA OLIVEIRA CABREIRA

A ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA E A
MODELAGEM DA PROGRAMAÇÃO EM SAÚDE:
Uma Abordagem Socioambiental do Trabalho

Rio Grande
Dezembro / 2003

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

A ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA E A
MODELAGEM DA PROGRAMAÇÃO EM SAÚDE:
Uma Abordagem Socioambiental do Trabalho

GRACIELA OLIVEIRA CABREIRA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Marta Regina Cezar Vaz

Rio Grande
Dezembro / 2003

616-083 Cabreira, Graciela Oliveira
C117E

A enfermagem em saúde coletiva e a modelagem da programação: uma abordagem socioambiental do trabalho / Graciela Oliveira Cabreira. -- Rio Grande, 2003.

Orientadora: Marta Regina Cezar Vaz

134 f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2003.

1. Enfermagem em saúde pública. – 2. Trabalho - enfermagem. – 3. Pesquisa sobre serviços de saúde. – I. Enfermagem - tese. – II. Cezar -Vaz, Marta Regina. – III. Fundação Universidade Federal do Rio Grande. – IV. Título.

CDU 616-083

Bibliotecária responsável: Maria da Conceição Hohmanm - CRB 10/745

22/12/2003

A ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA E A MODELAGEM DA PROGRAMAÇÃO
EM SAÚDE: UMA ABORDAGEM SOCIOAMBIENTAL DO TRABALHO

GRACIELA OLIVEIRA CABREIRA

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de:

Mestre em Enfermagem

E aprovada na sua versão final em 22 de dezembro de 2003, atendendo às normas da legislação vigente da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Enfermagem e Saúde.

Prof^a Dra. Marta Regina Cezar Vaz – Coordenadora do Programa.

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a Dr^a. Marta Regina Cezar Vaz – Presidente (FURG)

Prof^a Dr^a. Maria Alice Dias da Silva Lima – Membro (UFRGS)

Prof^o Dr^o. Wilson Danilo Lunardi Filho – Membro (FURG)

À memória de minha mãe Júlia.

*Ao Maigui, pela relação de
companheirismo e amor.*

AGRADECIMENTOS

Ao meu pai Otomar, pelo apoio incondicional.

Aos meus colegas da turma de Mestrado em Enfermagem, pela oportunidade única de crescimento e troca que me proporcionaram. Com especial carinho a Zel, a Stella, a Carliuza, a Silvia e a Xanda;

Aos meus apoios: Maigui, Zelda e Janaína;

Aos trabalhadores enfermeiros da rede básica de atenção à saúde, da 3ª Coordenadoria Regional de saúde, no Estado do Rio Grande do Sul, pela colaboração fundamental para a concretização deste estudo;

E, muito especialmente à minha orientadora, Prof^ª Marta, pela oportunidade de percorrer os caminhos do conhecimento, e pela construção deste trabalho.

“Nós não conhecemos. Nós só podemos dar palpites”.
Karl Popper

RESUMO

O objeto deste estudo está centrado na construção da modelagem da programação em saúde no interior do trabalho da enfermagem, na 3ª Coordenadoria Regional de Saúde, no Estado do Rio Grande do Sul. O termo modelagem, incluso no objeto de estudo, é entendido como modelo de organização do trabalho, que se expressa em um conteúdo tecnológico, através da forma da programação. Para tanto, tem-se como objetivo geral analisar, por meio de uma visão socioambiental, a construção da modelagem (conteúdo/forma) da programação no trabalho da enfermagem em saúde coletiva, na Rede Básica de Serviços Públicos de Saúde da 3ª Coordenadoria Regional de Saúde. O processo teórico metodológico da pesquisa foi construído através de um quadro de referência teórico, constituído pelas temáticas do conceito de trabalho, modelagem da programação e visão socioambiental do trabalho. Os dados foram coletados através da entrevista semi-estruturada gravada e, da apreciação de documentos oficiais. Foram entrevistadas 30 (trinta) agentes sociais enfermeiras, em 13 (treze) municípios, extraídas por meio de uma amostra, do total de 143 (cento e quarenta e três) enfermeiras, distribuídas nos 22 (vinte e dois) municípios que compõem a 3ª coordenadoria regional de saúde. Através de uma proposta de análise qualitativa, com abordagem dialética, foi possível visualizar a modelagem da programação, historicamente construída, junto às políticas públicas de saúde e, no trabalho da enfermagem, na saúde coletiva. Visualizou-se, ainda, por meio de uma visão socioambiental do trabalho da enfermagem, numa analogia ao processo de trabalho em saúde, a construção de ações individuais e coletivas, mediadas pelas necessidades do objeto/sujeito, visualizando-os como seres humanos culturais, na correspondência do potencial de liberdade da ação, na relação com a natureza social particular e coletiva, por meio da racionalidade cultural. Na tentativa de unificar esta diversidade cultural, as enfermeiras se utilizam do instrumental da programação, codificado através dos grupos específicos instituídos, nos quais busca-se a integralidade da ação, utilizando-se a interdisciplinaridade, conformada pelo trabalho cooperativo, na constituição da força de trabalho, identificada como equipe de saúde, na correspondência da racionalidade instrumental. Desta forma, apreende-se o produto do trabalho, por meio da racionalidade substantiva, vinculado a demanda que aporta na unidade, com uma pré-definição de coletivo, identificando-se a qualidade de vida, na referência das necessidades básicas de sobrevivência. Nesta direção, aproximando-se os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, às racionalidades cultural, instrumental e substantiva, verifica-se que estas tendem para a construção da equidade social e diversidade cultural, no trabalho da enfermeira, na modelagem da programação em saúde. Reitera-se, portanto que a enfermeira, como agente social do trabalho, assume a programação como elemento do processo de trabalho, como forma de aproximação do objeto/sujeito cultural, utilizando-se do conteúdo da programação, como instrumental de trabalho, no seu processo de trabalho na atenção básica, no desdobramento desse conteúdo em formato do próprio trabalho da enfermagem, na aderência às propostas públicas de atenção às necessidades sociais dos grupos humanos em seus ambientes.

Descritores: Enfermagem em saúde pública. Trabalho - enfermagem. Pesquisa sobre serviços de saúde

ABSTRACT

CABREIRA, G. O. Nursing in Collective Health and Modeling Health Programs: a Socio-Environmental Approach to the Work.

The object of this study is centered around the construction of a model for health programs concerning Nursing work in the Third Regional Health Secretary in Rio Grande do Sul state. The word modeling, which is part of the object of study, is a model for work organization; it has technological content and the format of a program. Thus, the general aim is to analyze, in a socio-environmental view, the construction of a model (content/format) for programs in Nursing in collective health. The area of study is the section of the Public Health Basic Services, which is part of the Third Regional Health Secretary. The theoretical-methodological process of the research was developed through a theoretical reference frame. It includes the themes related to the concept of work, the model for a program and a socio-environmental view of work. Data was collected from semi-structured recorded interviews and official documents. The sample consisted of thirty nurses/social agents who were interviewed in thirteen cities, from a total of a hundred and forty three nurses in the twenty-two cities that comprise the Third Regional Health Secretary. By using a qualitative analysis with a dialectic approach, it was possible to observe the model of the program which had been built throughout history by the public health policies, and in the Nursing work in collective health. Considering a socio-environmental view of the Nursing work, in an analogy to the health work process, the construction of individual and collective acts mediated by the needs of the object/subject, was also observed. He/she was seen as a cultural human being with potential to act freely, in relation to private and collective social nature, in cultural rationality. In an attempt to unify this cultural diversity, the nurses use programming as a tool, which is codified for the specific groups. General action is the aim, by the use of interdisciplinary work. Cooperative work constitutes work power, identified as the health team, and corresponds to the instrumental rationality. Thus, the work product is obtained through substantive rationality, according to the demand in the unit, with a pre-definition of the group. Life quality is identified when basic surviving needs are considered. In this aspect, bringing the principles and procedures of the Brazilian Health System close to the cultural, instrumental, and substantive rationalities, it can be observed that these three aspects tend to build social equity and cultural diversity in a nurse's work in modeling health programs. Therefore, it is emphasized that the nurse, as a work social agent, undertakes programming as an element in the work process, in an attempt to keep the cultural object/subject together. The nurse uses the content of the program as an instrument in his/her work to supply basic needs, to adapt this content which is the nurse's own work, and to agree with the public propositions concerning social needs human groups have in their environment.

Key Words: Nursing in public health. Work/nursing. Research on health services

RESUMEN

CABREIRA, G. O. **El enfermería en salud colectiva y el moldeaje de la programación en salud: Un abordaje socioambiental del trabajo.**

El objeto de este estudio está centrado en la construcción del moldeaje de la programación en salud en el interior del trabajo de enfermería, en la 3ª Coordinadoría Regional de Salud, en el Estado del Rio Grande do Sul. El término moldeaje, incluso en el objeto de estudio, es entendido como modelo de organización del trabajo, que se expresa en un contenido tecnológico, a través de la forma de la programación. Para tanto, se tiene como objetivo general analizar, por medio de una visión socioambiental, la construcción del moldeaje (contenido / forma) de la programación en el trabajo de enfermería en salud colectiva, en la Red Básica de Servicios Públicos de Salud de la 3ª Coordinadoría Regional de Salud. El proceso teórico metodológico de la investigación fue construido a través de un cuadro de referencia teórico, constituido por las temáticas del concepto de trabajo, moldeaje de la programación y visión socioambiental del trabajo. Los datos fueron colectados a través de la entrevista semiestructurada grabada y, de la apreciación de documentos oficiales. Fueron entrevistadas 30 (treinta) agentes sociales enfermeras, en 13 (trece) municipios, extraídas por medio de una muestra, del total de 143 (ciento cuarenta tres) enfermeras, distribuidas en los 22 (veintidós) municipios que componen la 3ª coordinadoría regional de salud. A través de una propuesta de análisis cualitativa, con abordaje dialéctica, fue posible visualizar el moldeaje de la programación, históricamente construida, junto a las políticas públicas de salud y, en el trabajo del enfermería, en la salud colectiva. Se visualizó, aún, por medio de una visión socioambiental del trabajo del enfermería, en una analogía al proceso de trabajo en salud, la construcción de acciones individuales y colectivas, mediadas por las necesidades del objeto / sujeto, visualizándolos como seres humanos culturales, en la correspondencia del potencial de libertad de la acción, en la relación con la naturaleza social particular y colectiva, por medio de la racionalidad cultural. En el intento de unificar esta diversidad cultural, las enfermeras se utilizan del instrumental de la programación, codificado a través de los grupos específicos instituidos, en los cuales se busca la integralidad de la acción, utilizándose la interdisciplinaridad, conformada por el trabajo cooperativo, en la constitución de la fuerza de trabajo, identificada como equipo de salud, en la correspondencia de la racionalidad instrumental. De esta forma, se comprende el producto del trabajo, por medio de la racionalidad sustantiva, vinculado a la demanda que aporta en la unidad, con una predefinición del colectivo, identificándose la calidad de vida, en la referencia de las necesidades básicas de supervivencia. En esta dirección, aproximándose los principios y directrices del Sistema Único de Salud, a las racionalidades culturales, instrumental y sustantiva, se verifica que estas tienden para la construcción de la equidad social y diversidad cultural, en el trabajo de enfermera, en el moldeaje de programación en salud. Se reitera, por lo tanto que la enfermera, como agente social del trabajo, asume la programación como elemento del proceso del trabajo, como forma de aproximación del objeto/sujeto cultural, utilizándose del contenido de la programación, como instrumental de trabajo, en su proceso de trabajo en la atención básica, en el desdoblamiento de ese contenido en el formato del propio trabajo de enfermería, en la adherencia a las propuestas públicas de atención a las necesidades sociales de los grupos humanos en sus ambientes.

PALABRAS-CLAVE: Enfermería en salud pública. Trabajo - enfermería. Investigación sobre servicios de salud

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA I – Modelagem da programação.....	35
QUADRO I – Distribuição dos agentes sociais nos municípios.....	38

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar
AIS – Ações Integradas em Saúde
CIS – Conselho Interinstitucional de Saúde
CIMS – Conselho Interinstitucional Municipal de Saúde
CNS - Conselho Nacional de Saúde
CONASP - Plano de Reorientação da Assistência no Âmbito da Previdência Social
CPPS – Centro Pan-Americano de Planificación de Salud
CRS – Coordenadoria Regional de Saúde
DS – Distrito Sanitário
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LOS – Lei Orgânica de Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPS – Organização Pan-Americana da Saúde
PAIS – Programa de Ações Integradas em Saúde
PIASS – Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento
POI – Programação e Orçamentação Integrada de Saúde
PREV-SAÚDE – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PSF – Programa de Saúde da Família
SILOS – Sistemas Locais de Saúde
SPT – Saúde para Todos
SUDS – Sistema Único Descentralizado de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS_ABS – Unidade Básica de Saúde e a atenção básica à saúde
UBS_APA – Unidade Básica de Saúde e a atenção de Pronto-atendimento
UBS_ASF – Unidade Básica de Saúde e a atenção à Saúde da Família
VD – Visita domiciliária

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO	14
Objetivos.....	16
2- PROCESSO TEÓRICO METODOLÓGICO DA PESQUISA	19
2.1 - Quadro de Referência Teórico	20
2.1.1 - Trabalho Humano e Saúde.....	20
2.1.2 - Modelagem da programação em saúde.....	24
2.1.3 - Visão sócio-ambiental do trabalho em saúde.....	30
2.2 - Caracterização do Estudo	36
2.2.1 - Breve apresentação do cenário da pesquisa.....	36
2.2.2 - Seleção dos Agentes da Pesquisa.....	37
2.2.3 - Trabalho de Campo.....	41
2.2.4 - Organização e Análise dos Dados.....	42
3 - A MODELAGEM DA PROGRAMAÇÃO EM SAÚDE NO TRABALHO DA ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA	46
3.1 - Focalizando o Objeto nas Políticas Públicas de Saúde.....	47
3.2 - O Modelo da Programação e o Trabalho da Enfermagem em Saúde Coletiva	67

4 - A MODELAGEM DA PROGRAMAÇÃO EM SAÚDE NO TRABALHO DA ENFERMEIRA VISUALIZADA POR MEIO DE UMA VISÃO SOCIOAMBIENTAL DO TRABALHO.....	73
4.1 - A Racionalidade Cultural provocada pelo objeto/sujeito no/do Trabalho da Enfermeira.....	76
4.2 - A Racionalidade Instrumental e a Integralidade da ação no processo de Interação com o objeto/sujeito cultural.....	92
4.3 - A Racionalidade Substantiva e a Produção de Saúde pelo Trabalho da Enfermeira	113
5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	121
6 - REFERENCIAS.....	127
APÊNDICES.....	131
Apêndice I - Consentimento Livre e Esclarecido.....	132
Apêndice II - Roteiro Para Entrevista semi-estruturada.....	133

1 - INTRODUÇÃO

Através desta pesquisa¹, procurou-se conhecer o Trabalho da Enfermagem na Rede Básica dos Serviços Públicos de Saúde, na área de Saúde Coletiva, pois se acredita que a visualização acerca das questões públicas de saúde se mostra, de maneira marcante, no trabalho com o coletivo, no qual as ações são políticas, devido à interação de grupos e comunidades que aportam necessidades e, a partir dessas, um processo de produção de saúde que absorva prioridades, que nem sempre são harmônicas, pois os interesses são vistos de diferentes focos dentro de cada agrupamento social específico e até mesmo na sociedade em geral.

O foco pesquisado, dentro do trabalho da enfermagem na área de saúde coletiva, na especificidade da atuação na rede de atenção básica em saúde, está centrado na construção da modelagem da programação em saúde no interior do trabalho da enfermagem. Para tanto, delineou-se como questão orientadora do trabalho: Como a modelagem da programação se estrutura na organização tecnológica do trabalho da enfermagem, na área da saúde coletiva?

O termo modelagem, incluso no objeto de estudo, é entendido como modelo de organização do trabalho, que se expressa em um conteúdo tecnológico, através da forma da programação. Este conteúdo tecnológico, em forma programática, aparentemente com formato rígido, é desenvolvido na ação do/no trabalho; é um modelo-ágil, uma forma que apresenta o trabalho em ato desenvolvido. Modelo porque

¹ Este estudo é vinculado ao macroprojeto de pesquisa intitulado Enfermagem em Saúde Coletiva: Poder e Autonomia na Organização Tecnológica do Trabalho Interdisciplinar na Rede Básica dos Serviços Públicos de Saúde, coordenado pela Prof^a. Dr^a Marta Regina Cezar-Vaz, constituído de vertentes com subprojetos, no qual transitou nos saberes e práticas no trabalho da enfermagem da rede básica dos serviços públicos de saúde.

estabelece uma forma, e ágil porque esta forma somente existe através da ação do trabalho.

A escolha deste tema – visualizar a modelagem da programação no trabalho da enfermagem – na particularidade da agente enfermeira, partiu de resultados obtidos em um estudo realizado no município do Rio Grande, no Estado do Rio Grande do Sul (RS), no período compreendido entre 2000 e início de 2001, sobre o trabalho da enfermeira na rede básica de saúde coletiva, verificando-se a existência, na estruturação do trabalho, do modelo programático, sendo este vinculado diretamente ao trabalho da enfermeira, em alguns momentos mais retraídos e em outros mais predominantes, apresentando-se na forma de programas de saúde (principal instrumento utilizado para o desenvolvimento do conteúdo programático). (CEZAR-VAZ et al., 2003).

Neste sentido, o estudo avança para o detalhamento do trabalho da enfermeira no modelo da programação na 3ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), no Estado do RS, dado que as diferenças possíveis de desenvolvimento deste modelo no estudo anterior mostraram uma tendência possível na posição da agente social dentro da estrutura dos serviços, além do que traz uma abordagem socioambiental do trabalho que permite uma penetração neste modelo de forma flexível. Relevante também a referência de que a realização dessa pesquisa anterior acarretou a necessidade de conhecer mais a região, para poder constatar esta tendência apresentada, visto que ainda não estava instituído (período de coleta dos dados) no município do Rio Grande o Programa de Saúde da Família, na busca de identificar diferenças e semelhanças na proposta de (re)direcionamento da organização para a atenção à saúde da família.

Pode-se ainda justificar a escolha deste tema pela relevância deste modelo nas políticas públicas brasileiras, constatada nos trabalhos mais gerais de Almeida (1997), Dalmaso (1993), Mendes-Gonçalves et al. (1992), Mendes-Gonçalves (1993), Nemes (1993; 2000), Schraiber (1993; 2000), Teixeira (2001) e Villa et al. (1997). E, mais especificamente na região sul, pode-se destacar os trabalhos de Cezar-Vaz (1996), Ferla (2002) e Kunrath (2002).

Reiterando, a proposta deste estudo está na identificação do modelo da programação, dentro de uma forma de visualizar o trabalho da enfermagem como o movimento de ação que constrói a modelagem tecnológica; portanto, é o conteúdo da programação na ação da enfermagem, expressa de diferentes formas no interior do processo de trabalho em saúde, no qual o conteúdo produzido pela enfermagem pode estar sendo apreendido, de maneira que o agente social do trabalho assuma como algo particular e coletivo a integração das ações individuais e coletivas, numa intenção explícita ou implícita à implementação de ações de reorganização do sistema local de serviços em nível primário, levando em consideração o ambiente ecossistêmico no qual está inserido.

Como forma de conformação da modelagem (conteúdo/forma) da programação no trabalho da enfermagem em saúde coletiva, na rede básica de serviços públicos de saúde da 3ª CRS/RS aproxima-se a proposta de olhar o trabalho com uma visão socioambiental, por meio dos princípios da racionalidade ambiental, na referência das necessidades sociais e o potencial do processo de trabalho da enfermeira, na modelagem da programação.

Com referência na afirmação feita acima, que evidencia a modelagem (conteúdo/forma) da programação como indutor da organização do trabalho da enfermagem para uma ação de produção de saúde, é que foi proposta a busca de respostas para as seguintes perguntas: A enfermeira, como agente social do trabalho, assume a programação como elemento do processo de trabalho? Sendo assim, como este conteúdo da programação é apreendido no processo de trabalho da atenção básica? Este conteúdo apresenta a forma de instrumento do/no trabalho da enfermagem? Existe desdobramento desse conteúdo em formato do próprio trabalho da enfermagem? Através do conteúdo da programação é possível apreender a aderência da enfermagem às propostas públicas de atenção às necessidades sociais dos grupos humanos em seus ambientes?

Nesta direção, foi delineado como objetivo geral,

- Analisar, por meio de uma visão socioambiental, a construção da modelagem (conteúdo/forma) da programação no trabalho da enfermagem em saúde coletiva, na rede básica de serviços públicos de saúde da 3ª Coordenadoria Regional de Saúde, no Estado do Rio Grande do Sul.

E, complementando através dos objetivos específicos:

- Conhecer na evolução histórica das políticas públicas de saúde o conteúdo da programação, como forma de aproximar explicações gerais do objeto particular em estudo;

- Conhecer a trajetória da enfermagem junto à saúde coletiva e o modelo da programação em saúde, como forma de interpretar e explicar o próprio objeto do estudo;

- Refletir acerca da abordagem socioambiental no conteúdo programático, como tendência possível para o trabalho da enfermagem em saúde coletiva.

Para tanto, apresenta-se além desta parte introdutória, o primeiro capítulo compondo o processo teórico-metodológico da pesquisa, construído através do quadro de referência teórico, o qual apresenta as bases teóricas que sustentam o estudo, constituído pelas temáticas do conceito de trabalho, modelagem da programação e visão socioambiental do trabalho. A seguir, apresenta-se o delineamento da caracterização do estudo, conformado pelo detalhamento metodológico, através da apresentação do cenário da pesquisa, o processo de seleção dos agentes sociais, o trabalho de campo e a forma utilizada para o processo de análise dos dados.

Após este detalhamento, apresenta-se o segundo capítulo, tendo como primeiro momento a visualização da modelagem da programação, nas políticas públicas de saúde e no trabalho da enfermagem, apresentando um detalhamento teórico que focaliza o objeto no âmbito mais geral no processo de trabalho em saúde.

Mais adiante, num segundo momento do processo de análise dos dados empíricos, apresenta-se um detalhamento mais particular, a partir da conformação das

categorias empíricas dos dados coletados, articuladas a três categorias temáticas, as quais fazem um delineamento no processo de trabalho em saúde, na especificidade da modelagem da programação, junto à racionalidade ambiental (racionalidade cultural, instrumental e substantiva) proposta pela visão socioambiental do trabalho, como forma de encontrar momentos possíveis de flexibilização do trabalho da enfermeira na saúde coletiva.

E, encerrando a discussão do trabalho, apresenta-se as considerações finais do trabalho, através do detalhamento dos resultados sintetizadores deste processo, bem como a possibilidade de continuidade e aprofundamento desta temática, no processo de trabalho da enfermeira.

2 - PROCESSO TEÓRICO-METODOLÓGICO DA PESQUISA

Reiterando, o desenvolvimento deste trabalho surgiu da necessidade de uma maior compreensão da modelagem da programação, por meio de uma abordagem socioambiental, no trabalho da enfermagem na rede básica dos serviços públicos de saúde na região sul do RS, a qual está inserida num ambiente de trabalho em saúde que envolve características políticas e sociais mais gerais.

Para tanto, a construção do objeto desta pesquisa percorre um caminho delineado com inspiração dialética, fazendo um exercício de busca do contexto histórico e estrutural do tema em questão, assumindo, como referido anteriormente, a ação da enfermagem como trabalho/fenômeno histórico que se organiza e se reorganiza no cenário mais geral das relações sociais em diferentes ambientes em que se estrutura, aqui em particular, no trabalho da atenção básica em saúde.

Entender a ação da enfermagem, neste delineamento, exige uma apresentação do que se entende pela categoria analítica – trabalho – e esta, com sua relação teórica com a modelagem da programação no trabalho em saúde. Numa forma provocativa, faz-se necessário finalmente apresentar uma abordagem socioambiental do potencial incluso na modelagem da programação, como um meio alternativo de complementar as ações do trabalho em saúde, para um produto voltado para os condicionantes sociais.

Para tanto, primeiramente apresenta-se o quadro de referência teórico, como forma de olhar a realidade, que se mostra através das entrevistas semi-estruturadas com os agentes sociais participantes do estudo, bem como a apreciação dos

documentos oficiais das secretarias municipais de saúde, os quais permitem reiterar a confirmação ou não da estrutura programática, nas propostas de trabalho em saúde dos municípios. Logo após, apresenta-se a caracterização do estudo, mostrando uma breve apresentação do cenário da pesquisa – a região sul do Rio Grande do Sul, a seleção dos agentes da pesquisa, o trabalho de campo e a forma de organização e análise dos dados.

2.1 - Quadro de referência teórico

2.1.1 – Trabalho humano e saúde

A partir do conceito de trabalho, visualiza-se a ação humana, mais especificamente, as ações da enfermagem, inseridas na modelagem da programação em saúde, pois se acredita que este referencial seja o condicionante e o determinante da realidade apresentada, na base do referencial do processo de trabalho de Marx (1975; 1985; 1992).

Para Marx (1975, p. 78-79), o trabalho, num sentido mais geral, é conceituado como

um fenômeno que une o homem e a natureza. Um fenômeno no qual o homem adapta, dirige e controla a troca de matéria que faz com a natureza. Age perante a matéria natural, com uma força natural, que pertence ao seu corpo, os seus braços, suas pernas, a sua cabeça e as suas mãos; movimenta-as para se apropriar da matéria natural sob uma forma que possa servir a sua própria vida. Agindo sobre a natureza, que lhe é exterior a partir deste movimento e transformando-a, transforma também a sua própria natureza.

O trabalho é considerado sob uma forma especificamente humana, pois, antes de realizar a atividade, ele a constrói mentalmente. A citação de Marx (1985) ilustra esta constatação:

Uma aranha executa operações semelhantes às do tecelão, e a abelha supera mais de um arquiteto ao construir sua colméia. Mas o que distingue o pior arquiteto da melhor abelha é que ele figura na mente sua construção antes de transformá-las em realidade. No fim do processo do trabalho aparece um resultado que já existia antes idealmente na imaginação do trabalhador (p. 202).

No processo de trabalho, a atividade do homem opera uma transformação, subordinada a um determinado fim, no objeto sobre o qual atua por meio do instrumental de trabalho (MARX, 1985, p. 205). Portanto, o processo de trabalho, para o mesmo autor, “(...) são: a atividade adequada a um fim, isto é o próprio trabalho; a matéria a que se aplica o trabalho, o objeto de trabalho; os meios de trabalho, o instrumental” (MARX, 1985, p. 202).

O processo de produção social não só é um processo de produção das condições materiais da vida humana, como também um processo que decorre das condições histórico-econômicas específicas, produzindo e reproduzindo essas mesmas condições de produção, e, por conseguinte, os representantes desses processos, as suas condições materiais de existência e as suas relações recíprocas, isto é, a sua forma de sociedade econômica determinada (MARX, 1975). Portanto, no que se refere à economia e à sociedade, o processo de trabalho é considerado como norteador destas esferas, destacando-se como fator fundamental os meios de trabalho. Para o autor referido,

O que caracteriza as épocas econômicas não é aquilo que é fabricado, mas sim a maneira como são fabricados os objetos e os utensílios que o fabricam. Os meios de trabalho não medem apenas o grau de desenvolvimento da técnica humana, também indicam as condições sociais em que o homem trabalha. (MARX, 1975, p. 80).

Utilizando as palavras acima para a intenção deste estudo, pode-se dizer que a programação, como meio para manipular o objeto de trabalho, seja ele o ser humano em sua constituição biológica e social, num contexto socioambiental geral, ou o trabalho dos seres humanos nestas mesmas dimensões, na particularidade do trabalho em

saúde, assim referido, não se pode deixar de visualizar a ação de programar destituída de sua característica socioambiental e política, cuja demarcação pode estar, aparentemente, na ação dos trabalhadores, na ação imediata e no produto, por consequência, em sua aparência imediata, e não no limite do objeto de trabalho (nos agentes gerais ou no trabalho dos atores particulares).

Nas palavras de Mendes-Gonçalves et al. (1993, p. 55), a ação programática contém em seu conteúdo técnico o conteúdo político, “lugar de exercício da liberdade limitado pelas necessidades objetivamente configuradas, onde a vontade tem a possibilidade e o dever de criar tendências conformes com seus projetos valorativos”, o qual se expressa através da ação, “lugar onde a técnica gera possibilidades de ação”.

Fica explícito que a ação técnica da programação é constituída de potência política, que se revela nas ações em conjunto do trabalho, provocando relações sociais num ambiente específico – o trabalho da enfermagem/saúde. Esta técnica no trabalho diz da própria produção das relações sociais gerais e da vida humana em seus diferentes ambientes (conjugando reações em uma sociedade). A apresentação de Marx (1975, p. 81) refere que “a tecnologia revela o comportamento ativo do homem em relação à natureza, o processo imediato de produção da sua vida, e, por conseguinte, as suas relações sociais e as representações espirituais delas provenientes”.

Portanto, o que se aceita como pressuposto coloca as relações sociais como diretamente ligadas às forças produtivas, nas quais os seres humanos alteram o modo de produzir, neste particular, a produção de saúde. Assim, ao modificarem o modo de produzir, modificam as relações sociais; em outras palavras, quando incorporamos o processo de trabalho em saúde como um trabalho e utilizamos formas de atuação para alcançar determinado fim, estamos *in*-diretamente associando um conteúdo sociopolítico, o qual representa a intenção do trabalho coletivo, desdobrado no próprio produto realizado, que por ser histórico não expressa apenas sua materialidade, bem como as intenções provisórias e mutáveis do contexto sociopolítico mais geral.

Cabe assinalar estas palavras assumidas na própria linguagem de Marx (1975, p. 80):

As relações sociais estão intimamente ligadas às forças produtivas, os homens modificam o seu modo de produção, e ao modificarem o modo de produção, a maneira de ganharem a sua vida, modificam todas as relações sociais (...) os mesmos homens (...) também produzem os princípios, as idéias, as categorias de acordo com suas relações sociais (...) estas idéias, estas categorias são tão pouco duradouras como as relações que exprimem. São produtos históricos e transitórios.

Nesta direção, o trabalho humano subsume “o próprio processo biológico da vida do corpo humano”, em que “a condição humana do trabalho é a mundanidade” (ARENDR, 2000, p. 15). A autora referida separa trabalho e labor, e nessa separação salienta o labor como atividade responsável pela sobrevivência da espécie humana, numa dimensão natural, e, o trabalho como uma atividade considerada artificial, em que são produzidas *coisas* que se destinam à sobrevivência da vida humana; por meio do seu produto, oferecem artefatos para uso e durabilidade da espécie humana. “O processo de fazer é condicionado pelas categorias de meios e fins” (ARENDR, 2002, p. 156); o que se fabrica é o produto final, e o processo que se procede acaba com a concretização do produto. A característica marcante desse processo está no fato de a fabricação conter um começo e um fim, em que os seres humanos fazedores são capazes de definir e prever; diferindo do *labor*, em que o seu produto não apresenta a mesma permanência que a do *trabalho*, não havendo nem início nem finalização do processo, estando contida “na repetição cíclica da condição biológica do corpo humano” (ARENDR, 2002, p. 157).

A exclusão provocada pela economia política permite negar o potencial positivo da ação humana pelo trabalho, na mesma direção do labor em que Arendt (2002) aponta. Embora a pressuposição esteja na outra direção, em que o resgate pela vida, construído no trabalho humano, pode gerar produto que sustente a vida de forma harmônica para as espécies. Assim, pensar o trabalho, na particularidade do trabalho em saúde, está condicionado a entender os condicionantes do trabalho em geral, sem deixar de entender o produto que idealizamos e produzimos, a saúde humana em seus condicionantes individuais e coletivos. Nesta direção, o produto requer a sobrevivência da espécie humana pela repetição cíclica da condição biológica do corpo humano e, no

mesmo espaço histórico, requer a condição humana pela durabilidade da espécie humana.

O trabalho em Saúde se diferencia dos demais tipos de trabalhos devido ao seu objeto de intervenção, que se define através do processo saúde-doença, em nível individual e coletivo. Portanto, no trabalho em saúde a durabilidade da sobrevivência humana e sua condição estão contidas nas formas de manuseio de seus objetos, transformados em produtos duráveis, mutáveis e transitórios.

2.1.2 - Modelagem da programação em Saúde

A proposta, como anteriormente referido, centra-se no olhar as práticas em saúde, na dimensão do processo de trabalho, em particular, na construção da modelagem da programação no interior do trabalho da enfermagem, na especificidade da atuação na rede de atenção básica em saúde. Esta forma de apreender o objeto da pesquisa “permite-nos entender suas ações como processo de intervenção técnica e social na realidade de saúde” (NEMES, 2000, p. 48).

A programação, entendida como instrumento tecnológico, atua sobre as questões políticas e sociais, e prescinde responder às necessidades sociais que deram origem ao trabalho². No trabalho em saúde estas necessidades são apreendidas “como objeto/produto de sua intervenção: objeto, a necessidade demandante; produto, a necessidade satisfeita (...)” (SCHRAIBER et al., 1993, p. 22).

No discurso da programação, vista como modelo assistencial, a incorporação da hierarquia e integração do cuidado constrói um *saber técnico* voltado aos problemas sociais, na assistência à saúde (SCHRAIBER et al., 1993, p. 23).

² Nos anos 70, houve uma busca para redefinição metodológica operacional da programação em saúde na medida que tenta aproximar-se do conceito das necessidades de saúde por meio do critério das condições de vida dos grupos sociais (TEIXEIRA, 2001, p. 68).

Portanto, a ação programática se constitui na forma de organizar o “trabalho coletivo no serviço de assistência à saúde” (NEMES, 2000, p. 48). O mesmo autor apoiado em Mendes-Gonçalves (1992, p. 48) define a ação programática em saúde “(...) como uma proposição de organizar o trabalho em saúde fundamentada no ideal da integração sanitária, que busca inspirar-se em tecnologias de base epidemiológica”.

A programação³ pode ser considerada, em seu contexto histórico, como precedente ao problema enfrentado no país, da extensão de cobertura dos serviços de saúde à população, em que a programação é vista como conveniente para a concretização deste propósito, pois abarca a assistência médica individual, no nível primário de assistência na rede básica. Porém, a programação vai mais além do que a chamada *consultação*, na qual apenas uma consulta satisfaz a necessidade social demandada; ao contrário, “a tecnologia de intervenção postula um processo de permanente estímulo as demandas nem sempre reconhecidas pelo doente como necessidade já dada, fundada na própria noção da prevenção e promoção da saúde” (SCHRAIBER et al., 1993, p. 27).

A epidemiologia é amplamente utilizada pela programação em saúde, a qual se caracteriza de “natureza essencialmente epidemiológica”, no entanto a utiliza no sentido coletivo (MENDES-GONÇALVES et al., 1993, p. 43). Afirmam ainda os autores, que o conhecimento epidemiológico dirige a escolha do objeto de trabalho, e a ação programática utiliza diagnósticos coletivos para definir seu produto de trabalho.

O objetivo da programação é ultrapassar o limite das doenças, dirigindo-se aos grupos populacionais expostos a riscos diferenciados de adoecer, através da montagem de sistemas de vigilância epidemiológica, com uma rede de unidades geradoras de dados, para gerar a decisão e execução das ações (TEIXEIRA, 2001).

³ É importante distinguir os termos planejamento e programação, utilizados, como semelhantes. O planejamento em saúde tem um olhar mais adiante da operacionalização do trabalho, político, atuando em organizações mais complexas; no qual o termo programação é considerado como o método do plano que será realizado. Isso não quer dizer, que a programação seja destituída de componente político, pois esta técnica é, também, dotada de um conteúdo político (NEMES, 2000, p. 50-51).

A programação traz uma proposta que parte da assistência médica, porém ela vai mais além dessa condição, abarcando conhecimentos da epidemiologia, ou seja, “consiste em fenômenos biológicos individuais de doença manifesta, a ser diagnosticada e tratada em função da dinâmica do processo saúde-doença da população” (MENDES-GONÇALVES et al., 1993, p. 44).

Este modelo, portanto, abarca as necessidades advindas do social, e a consulta médica fica subsumida dentro do processo de trabalho, ou seja, a consultação é utilizada como mais um instrumento de atuação, não necessariamente o predominante, dependendo da situação apresentada. Como exige o conhecimento da área da epidemiologia, o modelo da programação abre possibilidades para apreender o objeto de trabalho de forma coletiva, possibilitando conhecer as características comunais dos seres humanos em seus diferentes ambientes em que se relacionam, formando situações de saúde e de doença.

Um dos pontos de diferenciação contidos no modelo está na proposta do atendimento da demanda espontânea e da demanda programada; a primeira satisfaz a necessidade da consulta médica imediata, e a segunda propõe “incrementar a saúde da população como um todo”, expandindo a intervenção para além da necessidade imediata, que caracteriza a demanda espontânea. Os autores ainda complementam:

As ações programáticas de saúde não tratam do mesmo problema que a Medicina, no plano dos conhecimentos e das técnicas, mas, como tratam do mesmo problema no plano da realidade social, encontram-se contraditoriamente opostas à Medicina, sempre que esta última for apresentada como portadora da única verdade e das únicas soluções adequadas para aquele mesmo problema. Sua efetivação como proposta depende, portanto, antes de mais nada, da relativização daquele monopólio médico, o que é antes uma questão político-ideológica do que científica. (MENDES-GONÇALVES et al., 1993, p. 46).

Na concordância com a afirmação dos autores Mendes-Gonçalves et al (1993), Nemes (1993; 2000), Schraiber et al. (1993), e Teixeira (2001), de que a programação expande a assistência para além do corpo individual, atuando nos coletivos concretos

que envolvem situações humanas, o modelo de organização do trabalho, configurado pela ação programática, é parte fundamental na concretização do projeto almejado pela saúde coletiva, aderida à mudança social. Mendes-Gonçalves et al. (1993, p. 62) confirmam esta assertiva:

Nesse plano, não se pode renunciar, sob pena de banalização, burocratização, alienação, aos compromissos históricos da saúde coletiva com a mudança social; nesse plano é um modelo aberto, não esgotado, que pode (e deve) se cristalizar em organizações efetivas do trabalho aqui e ali, mas que não se deve supor como acabado, “bom” em si mesmo, resposta invariável a uma realidade que permanece em mudança.

Entende-se a programação como um direcionamento no processo de transformação das práticas de saúde, tendo em vista as mudanças nas condições de vida que determinam e condicionam o fenômeno saúde-doença nas populações (TEIXEIRA, 2001, p. 90).

O processo de trabalho nas práticas de saúde se estabelece na relação entre os processos de trabalho e a reprodução social, e esta articulação é política, ao ser técnica (NEMES, 2000). Esses modos diferentes de organização do trabalho, neste sentido ampliado contendo o componente técnico e político, podem ser entendidos como modelos tecnológicos. (SCHRAIBER, 2000).

Cezar-Vaz et al. (2001, p. 17) vêm mostrando a organização do trabalho como um processo que visualiza as ações, permeando todos os momentos do processo de trabalho, na citação seguinte:

A expressão organização do trabalho infere algo, no sentido de uma corrente de conscientização que penetra e subordina os conjuntos de ações que constituem o trabalho, em que cada uma dessas ações é concebida como existente somente por meio das outras e o todo do trabalho, ou seja, essas ações realizadas são, ao mesmo tempo, meios e fins, uma com respeito à outra e todas com respeito à totalidade do trabalho. Nessa direção, a organização do trabalho não possui só o sentido de uma simples força motriz, como numa máquina que dá movimento às ações, mas possui, também, o sentido de uma força formadora potencial tal que se comunica aos componentes do processo.

O movimento pela ação humana, através do trabalho, é que provoca esta força “formadora potencial”. A ação, por sua vez, pode ser considerada a única das atividades mencionadas que se realiza somente entre os seres humanos, sem intermédio da matéria, “corresponde à condição humana da pluralidade (...) todos os aspectos da condição humana têm alguma relação com a política, mas esta pluralidade é, especificamente, a condição”. A pluralidade se dá, pois somos todos iguais no sentido de humanidade, sem que, no entanto, sejamos iguais uns aos outros, ou seja, somos todos humanos, mas cada um tem suas características individuais (ARENDDT, 2002, p. 15).

A condição básica da ação é a pluralidade entre os seres humanos, caso não envolvesse semelhantes. Neste sentido, “se não fossem iguais, os homens seriam incapazes de compreender-se entre si (...) se não fossem diferentes, se cada ser humano não diferísse de todos os que existiram, existem ou virão a existir, os homens não precisariam do discurso ou da ação para se fazerem entender” (ARENDDT, 2002, p. 188).

Nesta direção, utilizando as idéias apresentadas, o trabalho em saúde compõe-se de um conjunto de ações que são dirigidas para “iguais” na referência da humanidade, mas para “diferentes” enquanto particularidade de cada ser humano seja em relação aos que produzem as ações, seja para aqueles que são a fonte de necessidades assumidas para a transformação dos objetos de trabalho. Este conjunto de ações, enquanto um conjunto coordenado de ações (CEZAR-VAZ et al., 2001), vem em formato de instrumentos na ação sobre o objeto, neste particular a programação que corresponde a este conjunto, no qual as diferenças podem ou não estar sendo absorvidas para a transformação em produto desejado.

A ação é uma atividade que incide sobre outros indivíduos, que conseqüentemente desencadeiam uma nova ação provocada pela reação, portanto não podemos restringir uma ação e uma reação apenas aos agentes envolvidos diretamente; esta afirmativa seria incongruente, pois há uma ilimitação, típica da ação política, nesta relação; na qual “a ilimitação da ação nada mais é senão o outro lado da

sua tremenda capacidade de estabelecer relações, isto é, de sua produtividade específica” (ARENDR, 2002, p. 204).

Os processos de trabalho são gerados pelas necessidades do ser humano, que não pode ser considerado apenas um sujeito, mas na interação com outros sujeitos, pois o homem situa-se em uma sociedade. Portanto, “as finalidades de todos os processos de trabalho correspondem às necessidades geradas na dinâmica de uma sociedade, (...) necessidades sociais” (NEMES, 2000, p. 49).

Isto nos remete à questão política, como uma discussão baseada “na pluralidade dos homens”, ou seja, a política se dá na relação entre os homens, e esta relação por sua vez se processa através das ações executadas pelos sujeitos (ARENDR, 1998).

Pode-se olhar a programação, aliada à produção de conhecimento, como uma ação que tem como intuito promover a produção da saúde; este modelo encontra-se entrelaçado a uma teia de relações humanas existentes dentro do processo do trabalho, que tem como produto final a própria produção de saúde.

Para Cezar-Vaz et al. (2001, p. 15), a produção de saúde

É um universal concreto, é uma estrutura de organizações que consiste na rede de relações de produção de componentes, que tem como conteúdo a produção de congruência interna e externa dos corpos. Componentes que vão modificando e transformando as relações entre si, à medida que vão interagindo com o ambiente ecossistêmico.

2.1.3 - Visão socioambiental do trabalho em saúde

A proposta de olhar o trabalho com uma visão socioambiental aparece no estudo como facilitadora da conformação da modelagem (conteúdo/forma) da programação no trabalho da enfermagem em saúde coletiva, na rede básica de serviços públicos de saúde da 3ª Coordenadoria Regional de Saúde, no Estado do Rio Grande do Sul.

Pode-se configurar esta proposta como uma abertura para a “autonomia cultural e participação democrática”, no que se refere às condições de sobrevivência dos seres humanos de diferentes condições sociais. Esse movimento é assim caracterizado, segundo Leff (2001, p.103):

O ambientalismo é um movimento multidimensional que questiona os modos de produção, os estilos de vida e os critérios de produção e aplicação dos conhecimentos no processo de desenvolvimento. O ambientalismo abre-se, assim, para um novo projeto de civilização, orientado para uma construção de uma nova racionalidade social e produtiva.

No entanto, para a incorporação dos valores do ambientalismo, nas organizações políticas e sociais, é necessário que este seja definido através de princípios, da chamada “racionalidade ambiental” (LEFF, 2001, p. 107).

A racionalidade ambiental é considerada um conjunto “de interesses e práticas sociais” voltadas para a organização da estrutura social, por meio de regras construídas. É construída “numa inter-relação permanente de teoria e práxis” (LEFF, 2001, p. 134-135).

A reflexão do trabalho em saúde como um conjunto de práticas sociais, nas quais a enfermagem tem sua importância histórica, através da permanente busca da aproximação entre as necessidades sociais e as possibilidades de seu trabalho, conduz aos princípios da racionalidade ambiental.

Esta racionalidade agrega valores e critérios, que não podem ser analisados por meio de uma racionalidade econômica, constituindo estratégias que a constroem através de quatro esferas de racionalidade:

Uma racionalidade substantiva, isto é, um sistema axiológico que define os valores e objetivos que orientam as ações sociais para a construção de uma racionalidade ambiental (...) uma racionalidade teórica, que sistematiza os valores da racionalidade substantiva, articulando-os com os processos culturais, tecnológicos, políticos e econômicos (...) uma racionalidade instrumental que cria vínculos técnicos, funcionais e operacionais entre objetivos sociais e bases materiais do desenvolvimento sustentável (...) uma racionalidade cultural, entendida como um sistema singular e diverso de significações que não se submetem a valores homogêneos nem a uma lógica ambiental geral (...). (LEFF, 2001, p. 137).

Para tanto, traz como proposta desvincular o trabalho do capital, reordenando suas formas, com o propósito de construir uma nova racionalidade social e de produção.

As razões desta desvinculação estão na própria explicação apresentada por Marx (1975), quando este interpreta e argumenta a determinação da ação humana pelo trabalho, como possibilidade de venda de sua força de trabalho, num sentido concreto que expressa as diferenças sociais entre os detentores dos meios e da força viva de trabalho.

O capital surge quando o possuidor dos meios de produção e de subsistência encontra no mercado o trabalhador livre, enquanto vendedor da sua força de trabalho, e apenas esta condição histórica abarca uma época da história universal. Portanto, o capital anuncia antes de mais uma época do processo de produção social (p. 85).

Vemos, portanto, o trabalho assumindo outra forma, uma remodelação no modelo capitalista de produção, resistindo esta forma até hoje. Assume outros valores,

gerando a divisão do trabalho, gerando a fragmentação e a alienação do trabalhador ao seu processo de trabalho⁴.

Emerge, portanto, a questão da lógica capitalista, devido às contradições colocadas pelo ambientalismo, aos seus princípios. Com referência a esta questão, Leff (2001, p. 134) reitera que

(...) as contradições entre a lógica do capital, os processos ecológicos e os sistemas vivos não resultam da oposição de duas lógicas abstratas; sua solução não consiste em subsumir o comportamento econômico na lógica do vivo ou em internalizar – como um conjunto de normas – as condições de sustentabilidade ecológica na dinâmica do capital. As contradições entre a racionalidade ecológica e a racionalidade capitalista se dão através de um confronto de diferentes valores e potenciais, arraigados em esferas institucionais e em paradigmas de conhecimento, através de processos de legitimação com que se defrontam diferentes classes, grupos e agentes.

A racionalidade ambiental percebe a racionalidade capitalista, como dominadora da natureza, na qual seus esforços são destinados a “buscar incrementar a capacidade de certeza, previsão e controle sobre a realidade”. Já a racionalidade ambiental apresenta valores que não podem ser configurados pela lógica do mercado (LEFF, 2001, p. 136).

Nesta direção, pensar o trabalho da enfermagem em uma lógica ambiental é tender a produzir sua prática para fora da lógica de mercado, ou seja, conduzir um olhar atento para as necessidades de sobrevivência dos seres humanos em condições universais nas diferenças particulares.

⁴A apropriação do produto do trabalho, pelo capitalista, ocorre antes que ele se transforme no próprio capital, e, é chamado de valor-de-uso. No entanto, ele quer mais que o valor-de-uso quer produzir a mercadoria, o valor da mais valia. Na produção de mercadorias, "nosso capitalista não é movido por puro amor aos valores-de-uso. Produz valores-de-uso apenas por serem e enquanto forem substrato material, detentores de valor-de-troca. Tem dois objetivos. Primeiro, quer produzir um valor-de-uso, que tenha um valor de troca, um artigo destinado a venda, uma mercadoria. E segundo, quer produzir uma mercadoria de valor mais elevado que o valor conjunto das mercadorias necessárias para produzi-la" (MARX, 1985, p. 211).

O capital exerce um domínio sobre o ser humano, capturando sua existência à sua própria, ou seja, o ser humano, em sua relação com a natureza, passa a não existir para a economia política se não estiver inserido no capital. É propícia a lembrança de Marx (1992): “o trabalhador só existe como trabalhador a partir do momento em que existe como capital para *si mesmo*, e só existe como capital quando há um capital para ele. A existência do capital é a *sua* existência, a sua vida, já que este, independentemente dele, determina o conteúdo de sua vida”. (p. 174)

Voltando às idéias de Leff (2001), para que se possa construir uma nova racionalidade social é necessário desconstruir a racionalidade capitalista. Essa nova racionalidade pode ser erguida a partir dos princípios do ambientalismo⁵, embora tenhamos consciência de que esta racionalidade nasceu dentro de um sistema estruturado e legitimado, que é o capitalismo – uma realidade econômica dominante. Completando a idéia, Leff (2001) refere o ambientalismo, como

(...) um processo político que mobiliza a transformação de ideologias teóricas, instituições políticas, funções governamentais, normas jurídicas e valores culturais de uma sociedade; que se insere na rede de interesses de classe, grupos e indivíduos que mobilizam as mudanças históricas, transformando os princípios que regem a organização social. (p.143).

Elucidando as dificuldades da racionalidade ambiental, Leff (2001, p.110) salienta

(...) a dificuldade de integrar suas demandas locais – fragmentadas e restringidas – a um processo solidário de mudança social global. Isto coloca por sua vez o desafio de incorporar os princípios de racionalidade ambiental tanto às demandas populares, como aos programas do governo, de maneira que sejam capazes de redefinir os problemas de desemprego, desigualdade, participação, necessidades básicas e qualidade de vida (...).

⁵ Os princípios desta proposta integradora – o ambientalismo – é visualizado sob dois ângulos. Nos países ditos mais ricos, o enfoque ecológico é voltado à “conservação da natureza e o controle da contaminação”, devido aos ecossistemas mais frágeis e complexos, e o aproveitamento almejado do seu potencial, na busca do desenvolvimento sustentável, que está associado à “transformação da ordem econômica internacional e à construção de uma racionalidade de produção alternativa”. Já nos países conceituados de mais pobres, é voltado para a concretização de mudanças “econômicas, tecnológicas e sociais, numa perspectiva renovada e enriquecida” (LEFF, 2001, p. 112).

Leff (2001), com um enfoque voltado para a construção de uma racionalidade política, social e produtiva, define o ambientalismo na conformação de uma consciência ambiental que se converte “(...) num processo ideológico e político que mobiliza os agentes a transformar suas relações sociais de produção e abrir novos caminhos de desenvolvimento das forças produtivas baseados na produtividade ecológica, no potencial tecnológico e nos significados culturais dos povos” (p. 112).

Com esta conceituação de ambiente, abrem-se as possibilidades de mudanças no âmbito econômico, social, político, ideológico, para “construir uma racionalidade social e produtiva alternativa” (LEFF, 2001, p. 133).

A programação em saúde se utiliza do conceito de ambiente, na busca da integração entre ações coletivas e individuais embasadas na concepção ecológica do processo saúde-doença, trazendo o ambiente como variável, implementando estratégias de reorganização dos sistemas e serviços de nível primário (TEIXEIRA, 2001, p. 84).

Encontrar uma aproximação entre o enfoque ambiental e a organização do trabalho em saúde por meio da programação é no mínimo indicado apreender em sua estrutura “a heterogeneidade socioeconômica, cultural, epidemiológica e política dos distintos grupos”, expressas nas práticas dos agentes. Dado que a programação é uma “construção coletiva de alternativas de organização e operacionalização de políticas de saúde”, socialmente orientadas à melhoria da vida dos indivíduos e grupos (TEIXEIRA, 2001, p. 90).

A partir desta exposição acerca da proposta ambiental que busca uma reestruturação da organização política e social, fica evidente que suas proposições aproximam-se dos princípios da saúde coletiva, propostos na modelagem da programação em saúde.

Podemos então associar a modelagem da programação à proposta ambiental com enfoque social, na direção em que “a perspectiva ambiental do desenvolvimento oferece um enfoque global e integrador sobre a realidade social; é um olhar inquisidor que se lança a partir de um futuro possível sobre o processo histórico passado para abrir canais à reconstrução da realidade social”. (LEFF, 2001, p. 101).

Para a conformação do quadro de referência teórico do estudo, apresenta-se uma figura ilustrativa.



FIGURA 1 – Modelagem da programação vista no quadro de referência teórico

2.2 - Caracterização do estudo

2.2.1 - Breve apresentação do cenário da pesquisa

A 3ª Coordenadoria Regional de Saúde constitui-se de 22 municípios: Amaral Ferrador, Arroio Grande, Arroio do Padre, Canguçu, Capão do Leão, Cerrito, Chuí, Cristal, Herval, Jaguarão, Morro Redondo, Pedras Altas, Pedro Osório, Pelotas, Piratini, Pinheiro Machado, Rio Grande, Santa Vitória do Palmar, Santana da Boa Vista, São José do Norte, São Lourenço do Sul e Turuçu.

Nos referidos municípios existem 146 Unidades Básicas de saúde (UBS), onde atuam 143 enfermeiros, que constituem parcela da força de trabalho da rede básica.

Os municípios de Pelotas e Rio Grande são os centros de referência e possuem a maior concentração populacional, enquanto Amaral Ferrador, Morro Redondo e Cristal detêm as menores populações. Dos 22 municípios da zona sul do Rio Grande do Sul, quatro (Chuí, Herval, Jaguarão e Santa Vitória do Palmar) têm fronteiras com o Uruguai.

A Zona Sul detém 28% da produção de arroz e 10% de todos os grãos produzidos no Estado. Na pecuária, a região responde por 16% do rebanho gaúcho de bovinos de corte, possuindo também vários redutos de excelente pecuária leiteira. Tendo uma indústria tradicional com predominância dos gêneros alimentares, é preciso registrar a presença da maior rede de beneficiamento de grãos da América Latina, com quase uma centena de unidades beneficiadoras e armazenadoras de arroz.

A Região Sul, apesar de todo o potencial econômico, dos extraordinários recursos naturais renováveis, de ser dotada de extraordinária beleza paisagística, de contar com uma infra-estrutura de bom nível, de estar situada próxima do Uruguai e da Argentina, portanto no centro do Mercosul, tem sofrido reveses históricos, mercê de

políticas públicas que a colocaram por longos períodos à margem do processo de desenvolvimento social geral.

2.2.2 - Seleção dos agentes da pesquisa

Diante dos objetivos propostos neste estudo – analisar, por meio de uma visão socioambiental, a modelagem da programação (conteúdo/forma) no trabalho da enfermagem em saúde coletiva –, foi necessário conhecer e selecionar as agentes sociais enfermeiras que atuam na rede básica dos serviços públicos de saúde na 3ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), para comporem a pesquisa.

Primeiramente, entrou-se em contato com a sede da 3ª CRS, no município de Pelotas, a fim de apresentar a proposta de pesquisa e coletar informações preliminares para conhecer o quantitativo dos agentes da pesquisa. Devido à não-disponibilidade das informações sobre os profissionais enfermeiros da rede básica na referida coordenadoria, foi estabelecido contato telefônico com todos municípios em estudo, adquirindo-se informações mais precisas sobre o número de profissionais enfermeiras que atuam na rede básica, obtendo um total de 143 agentes, distribuídos nas 146 unidades de atenção básica em saúde da região.

Na tentativa de construção de uma amostra representativa⁶ do conjunto de profissionais enfermeiras da região, após o reconhecimento do número total dos agentes, associou-se alguns critérios para selecionar um grupo destes profissionais que constituíram a amostra; considerando o número total de profissionais enfermeiras, o tipo de pesquisa (qualitativa), o instrumento utilizado (entrevista semi-estruturada), o tempo

⁶ Segundo Minayo (2000, p.102), “numa busca qualitativa, preocupamo-nos menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação. Seu critério não é numérico”. Nesta seqüência, a autora refere que “podemos considerar que uma amostra ideal é aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões”. Para tanto, a autora propõe que se utilize de alguns critérios para definir a amostragem, dentre os quais, destaca-se o que refere: “(...) em lugar de restringir a apenas uma fonte de dados, multiplicar as tentativas de abordagem”.

disponível para realização do trabalho de campo e os custos para o deslocamento aos municípios, bem como o acesso a alguns destes, constituiu-se uma amostra de 30 agentes, correspondendo a 21% da população total em estudo.

O quadro I, abaixo, apresenta a distribuição dos agentes e as unidades de atenção básica, nos seus respectivos municípios.

QUADRO I

Municípios	Enfermeiros	Unidades de Saúde
Amaral Ferrador	02	02
Arroio Grande	02	06
Arroio do Padre	01	01
Canguçu	06	04
Capão do Leão	02	04
Cerrito	01	01
Chui	02	01
Cristal	03	03
Herval	02	01
Jaguarão	04	04
Morro Redondo	02	03
Pedras Altas	03	01
Pedro Osório	02	02
Pelotas	45	55
Piratini	04	02
Pinheiro Machado	02	02
Rio Grande	40	27
Santa Vitória do Palmar	08	13
Santana da Boa Vista	01	04
São José do Norte	03	02
São Lourenço do Sul	06	06
Turuçu	02	02
TOTAL	143 enfermeiros	146 unidades

FONTE: Secretarias municipais de saúde dos referidos municípios.

Após esta etapa, foram delimitados os critérios utilizados para selecionar os municípios e os agentes para comporem a amostra propriamente dita. O primeiro critério utilizado foi o percentual de enfermeiras atuantes na rede básica, em cada município. Dos 143 agentes atuantes na região, encontrou-se nos municípios de Pelotas e Rio Grande 85 profissionais, correspondendo a 60% desse total. Nessa correspondência, ou seja, na relação do total (143 enfermeiras) e da inclusão do percentual correspondente na amostra (30 enfermeiras), para o município de Pelotas, foi atribuído 31%, equivalendo a nove (09) enfermeiras; para Rio Grande, foi de 29%, equivalente a nove (09) enfermeiras participantes; e para o município de Santa Vitória do Palmar, foi atribuído 6%, equivalente a duas (02) enfermeiras, selecionadas para a amostra.

Até este momento foram delimitados 20 agentes para a pesquisa, baseados no critério do percentual de enfermeiras atuantes na rede básica de cada município. Restaram ainda, 10 enfermeiras a serem selecionadas, tendo-se como referência o número de 30, previamente estabelecido. A partir daí, utilizou-se um segundo critério de seleção, dado que os outros 19 municípios da regional contemplam em torno de 1% da amostra cada um, impossibilitando a seleção por meio do percentual.

Optou-se, então, por selecionar os municípios que se encontravam mais distantes do centro de referência (3ª CRS), com sede na cidade de Pelotas. Este critério propicia verificar-se se a distância do centro de referência (média de 100 km de Pelotas) revela algumas semelhanças e/ou diferenças na análise acerca da construção do objeto da pesquisa.

Com base nesse critério, foram selecionados os municípios de Amaral Ferrador, Arroio Grande, Chuí, Cristal, Herval, Jaguarão, Pedras Altas, Pinheiro Machado, Piratini e Santana da Boa Vista.

Depois de delimitados os municípios, a seleção dos agentes realizou-se por meio de um sorteio simples, utilizando-se para este sorteio o próprio nome das enfermeiras. Esta forma de seleção justifica-se pela preocupação de evitar tendências previamente

estabelecidas, na tentativa de construir uma amostra representativa da população em estudo.

No entanto, é importante ressaltar-se que o critério de atuação da agente social no Programa de Saúde da Família (PSF) não foi utilizado, porém deixou-se em evidência esta possibilidade para ser ou não analisada, dependendo de a conformação dos dados empíricos apresentar relevância nessa direção.

Na construção da amostra, visualizou-se três as principais formas de organização do trabalho, as quais são estruturadas a partir da Unidade Básica de Saúde⁷: a unidade básica de saúde e a atenção básica à saúde⁸ (UBS_ABS); a unidade básica de saúde e a atenção do pronto-atendimento à demanda espontânea (UBS_APA); e a unidade básica e a atenção à saúde da família⁹ (UBS_ASF).

A constituição da amostra para o estudo, representando estas formas de organização predominantes do trabalho, inclui trinta enfermeiras. Dezenove, atuam na

⁷ “A Unidade Básica de Saúde não pode ser pensada apenas como lugar para o atendimento de problemas de saúde de menor complexidade (BRASIL, 2000). A UBS deve atender uma demanda universal de forma equânime e integral (...) Além disso, a UBS é responsável pelo acompanhamento programático de grupos etários considerados prioritários (menores de um ano, gestantes, idosos, etc.) ou portadores de doenças crônicas (como a hipertensão, diabetes, tuberculose, desnutrição, entre outras), realiza vigilância em saúde em seu território e, ainda, realiza a relação política com a comunidade, com outros níveis do próprio setor saúde (relações intra-setoriais) e com outras instituições/organizações (relações extra-setoriais)”. (BERTUSSI, 2000, p. 135).

⁸ A UBS e a atenção básica à saúde é caracterizada como atendimento primário à saúde, na referência de porta de entrada, sem que, no entanto, deixe de intervir nas diversas necessidades de saúde que ultrapassam o atendimento curativo, através das “necessidades básicas de saúde”. Para tanto, a atenção básica utiliza “demandas sanitárias”, que consistem nas ações de “saneamento do meio, vacinação, desenvolvimento nutricional e informação em saúde; e das “demandas de ações clínicas”, caracterizadas pela vigilância epidemiológica, promoção, prevenção e recuperação de agravos, através de uma “sofisticada síntese de saberes e completa integração das ações individuais e coletivas, curativas e preventivas”. (BERTUSSI et al., 2001, p. 136).

⁹ A UBS e a estratégia da Saúde da Família apresenta-se como um modelo de atenção à saúde que visa (re)estruturar o modelo de saúde vigente, por meio da adequação dos princípios do SUS na sua proposta de atuação, “afirmando a indissociabilidade entre o atendimento clínico e a promoção da saúde”. Apresenta como objetivo central estabelecer uma forma que reorienta o modelo de assistência, de forma que estabeleça uma interação entre os serviços de saúde e a população, no “estabelecimento de vínculo, compromisso, e uma abordagem humanizada à população adscrita”. Para tanto, utiliza instrumentos de trabalho que possibilitam esse conhecimento da realidade da população, pela equipe, entre os quais destaca-se “o cadastramento das famílias e as visitas domiciliares”. A equipe, por sua vez, deve ser multiprofissional, e que estabeleça contatos com outros setores, na busca de uma “assistência integral e contínua e de qualidade” (BERTUSSI, 2001, p. 138).

UBS_ABS, o equivalente a 63% do total do grupo em estudo. Na forma de UBS_APA, atuam duas agentes, equivalendo a 7% do total a amostra; e na UBS_ASF, representa um total de nove agentes, o que equivale a 30% do total da amostra. Esta dimensão quantitativa justifica o privilégio qualitativo das falas das enfermeiras atuantes nas Unidades Básicas, na referência da atenção básica em saúde (UBS_ABS).

2.2.3 - Trabalho de campo

A coleta dos dados foi realizada na rede de atenção básica de treze (13) municípios que compõem a 3ª CRS, de um total de 22 municípios; conforme a seleção dos agentes, utilizando-se como instrumento de pesquisa a entrevista semi-estruturada gravada, realizando um exercício reflexivo entre a investigação empírica e o construído teórico-prático, com uma abordagem voltada ao social-ambiental, num processo de pesquisa qualitativa¹⁰. A validação do referido instrumento foi realizada com enfermeiras participantes do curso de especialização em Saúde da Família, na Fundação Universidade Federal do Rio Grande.

No que se refere aos aspectos éticos da pesquisa, o projeto de trabalho foi encaminhado ao comitê de ética em pesquisa da universidade. Foi construído um termo de consentimento livre esclarecido da participante (apêndice I), o qual foi construído juntamente com o instrumento, pelos integrantes do projeto de pesquisa. Nesse termo, consta o objeto do estudo, os objetivos da pesquisa e o direito de a agente social deixar de compor o grupo a qualquer momento que assim o desejar.

Para a entrevista, utilizaram-se vinte e duas (22) questões semi-estruturadas (apêndice II), as quais abordam o processo de trabalho da enfermeira, bem como seu

¹⁰ Segundo Minayo et al (2000, p.22), "A diferença entre qualitativo e quantitativo é de natureza. Enquanto cientistas sociais que trabalham com estatística apreendem dos fenômenos apenas a região 'visível, ecológica, morfológica e concreta', a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não-perceptível e não-captável em equações médias e estatísticas".

envolvimento com a saúde coletiva, as concepções acerca do significado dos diferentes ambientes, integrando essas questões com a formação acadêmica.

Dentre as questões referenciadas, que compõem o instrumento de coleta de dados (entrevista semi-estruturada), utilizaram-se para construção deste trabalho as perguntas referentes ao número 1 (um), 2 (dois), 5 (cinco), 6 (seis), 8 (oito), 9 (nove), 10 (dez), 15 (quinze), 16 (dezesesseis), 18 (dezoito), 20 (vinte), 21 (vinte e um) e 22 (vinte e dois). O restante das informações foram inseridas no banco de dados do projeto de pesquisa, justificando-se assim a não-totalidade e o esgotamento dos dados empíricos, no processo de análise deste trabalho.

A aplicação do instrumento de pesquisa, após o agendamento com as agentes sociais por telefonia, foi realizada em seus respectivos municípios, no próprio local de trabalho, ou em um outro ambiente escolhido pela agente social.

Entre as agentes sociais selecionadas, houve duas enfermeiras que não concordaram em participar do estudo, e foram substituídas de acordo com os critérios utilizados na construção da amostra (realizou-se novo sorteio aleatório, correspondente ao município de recusa da agente, de acordo com o percentual atribuído a esse município). Houve, também, a escolha de uma enfermeira que compõe a amostra, a qual não foi utilizada no processo de análise, visto que o cargo ocupado pela enfermeira, por ser diferente das demais, seria identificado, na exposição dos seus depoimentos. Diante do conteúdo empírico obtido no conjunto das entrevistas, o qual mostrou-se suficiente, optou-se por não substituir a agente social, no grupo da amostra.

Um segundo momento do trabalho de campo constou da busca em documentos oficiais nas secretarias municipais destes municípios, como plano de saúde municipal e/ou indicadores de saúde (referente a municípios que não tinham planos de saúde estruturados), na busca de compreender a estrutura programática destes municípios, aproximando a visão socioambiental e política pretendida.

2.2.4 - Organização e análise dos dados

Como método de análise, utiliza-se a proposta de Minayo (1994, p. 77), de uma interpretação qualitativa, com abordagem dialética, que tem “como ponto de partida o interior da fala, e como ponto de chegada o campo da especificidade histórica e totalizante que produz a fala”.

Minayo (2000, p. 232) diz que a dialética apresenta-se historicamente construída, por diferentes marcos teóricos, tendo como elementos “a razão humana transcendental e a estrutura do significado presente na linguagem”. No entendimento dialético, o processo saúde-doença é visualizado como “resultado de condições anteriores e exteriores ao grupo, mas ao mesmo tempo específicas. Elas são fruto de condições dadas, mas são também produtos de sua ação transformadores sobre o meio social” (MINAYO, 2000, p. 233).

A modelagem da programação em saúde vem se construindo historicamente, condicionada por determinantes socioeconômicos, culturais, epidemiológicos e políticos. É uma construção coletiva de alternativas de organização e operacionalização de políticas de saúde socialmente orientadas à melhora dos indivíduos e grupos. A programação, por sua vez, busca um novo direcionamento no processo de transformação das práticas de saúde, tendo em vista as mudanças nas condições de vida, que determinam e condicionam o fenômeno saúde-doença nas populações, na busca de modelos e práticas com heterogeneidade socioeconômica e política dos distintos grupos.

O termo modelagem, como já referido, é apreendido como modelo de organização do trabalho, que se mostra em um conteúdo tecnológico, por meio da forma da programação, na abordagem socioambiental do trabalho. Este conteúdo tecnológico, na expressão da programa-ação, aparentemente com formato rígido, é desenvolvido na ação do/no trabalho; é um modelo-ágil, uma forma que apresenta o trabalho em *ato* desenvolvido. Reiterando, portanto, modelo porque estabelece uma forma, e ágil porque esta forma somente existe através da ação do trabalho.

Este estudo teve como proposta identificar a modelagem da programação – a partir da análise dos dados empíricos, bem como do conteúdo dos documentos oficiais dos municípios – dentro de uma forma de visualizar o trabalho da enfermagem, como o movimento de ação que constrói a modelagem tecnológica; portanto, é o conteúdo da programação na ação da enfermagem, expressa de diferentes formas no interior do processo de trabalho em saúde, levando em consideração o ambiente ecossistêmico (visão socioambiental do trabalho) no qual está inserido.

Minayo (1994), ao referir os passos para o processo de análise dos dados empíricos, constituídos da ordenação dos dados, classificação dos dados e análise dos dados, apresenta neste último módulo a possibilidade, através da análise qualitativa, com abordagem dialética, de promover “relações entre o concreto e o abstrato, o geral e o particular, a teoria e a prática” (MINAYO, 1994, p. 79).

A utilização da análise documental, neste estudo, teve o propósito de reiterar a confirmação ou não da estrutura programática, instituída ou não no município, através dos dados coletados nas entrevistas das agentes sociais do estudo.

O processo de análise dos dados teve início com a construção do banco de dados, com as informações coletadas nas entrevistas realizadas com os as agentes sociais; realizando-se paralelamente a leitura e (re)leitura das entrevistas, buscando a seleção das falas referentes ao objeto de estudo proposto.

Diante desta seleção, realizou-se a visualização do objeto (modelagem da programação), num contexto mais geral, na conformação das políticas públicas de saúde e do trabalho da enfermagem, como um momento anterior ao processo de análise dos dados.

Num segundo momento do processo de análise, construiu-se, num contexto mais particular (através das falas e planos de saúde), o delineamento do objeto do estudo, no processo de trabalho da enfermeira na saúde coletiva, com uma abordagem socioambiental do trabalho, extraindo-se três categorias temáticas: a Racionalidade cultural provocada pelo objeto/sujeito no/do Trabalho da Enfermeira; a Racionalidade

Instrumental e a Integralidade da Ação no processo de interação com o objeto/sujeito cultural, e a Racionalidade Substantiva e a Produção de Saúde pelo Trabalho da Enfermeira.

Fechando este capítulo do processo teórico-metodológico, anuncia-se a composição, a seguir, do capítulo que focaliza o objeto nas políticas públicas de saúde e no trabalho da enfermagem no campo da saúde coletiva.

3 - A MODELAGEM DA PROGRAMAÇÃO EM SAÚDE NO TRABALHO DA ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA

Este capítulo do estudo tem o propósito de contextualizar os dois primeiros objetivos específicos referidos neste estudo, os quais remetem ao conhecimento histórico do objeto do estudo – o modelo da programação em saúde no trabalho da enfermeira – por meio das políticas públicas de saúde e da inserção histórica da enfermagem neste modelo.

Como referido anteriormente, a escolha deste tema – visualizar a modelagem da programação no trabalho da enfermagem – na particularidade da agente enfermeira, partiu de resultados obtidos em um estudo realizado no município do Rio Grande, no RS, no período de 2000 e 2001, sobre o trabalho da enfermeira na modelagem da programação, na rede básica de saúde coletiva (CEZAR-VAZ et al, 2003).

O trabalho da enfermeira na rede básica de serviços públicos de saúde tem se estruturado historicamente em relações produzidas, abrangendo o universal saúde, com intervenção no processo saúde-doença, a partir de condicionantes políticos, sociais e institucionais, os quais delimitam a sua abrangência (CEZAR-VAZ et al, 2003).

Diante disto foram construídos dois sub capítulos como forma de contextualização das políticas e do processo de trabalho da enfermagem, focalizando o objeto nas políticas públicas de saúde, seguido pelo segundo sub capítulo, apresentando o trabalho da enfermagem e o modelo da programação em saúde, como forma de apreender e explicar o objeto do estudo.

3.1 - Focalizando o Objeto nas Políticas Públicas de Saúde

No final da década de 50, mais especificamente em 1957 iniciou-se um avanço progressivo da ciência; com predomínio da razão científica, consequência da conjuntura histórica apresentada – de uma inadequação do sistema sócio-econômico. Adotou-se a ciência, portanto, como o paradigma mais adequado para instrumento de condução das mudanças necessárias. Surge então como proposta o Método CENDES/OPS, que tem como foco central a eficiência no uso dos recursos.

O Método CENDES/OPS foi criado entre os anos de 1962 e 1963, surgido da necessidade de resposta às demandas colocadas na Reunião de Punta del Este, em agosto de 1961, onde foram formulados planos integrados de desenvolvimento econômico, para condicionar a realização de investimentos externos, permitindo aos países em desenvolvimento (na época eram denominados de subdesenvolvidos) alcançarem a maturidade econômica (FEKETE, 1990).

Teixeira (2001) vem mostrando, também, que as questões no campo do Planejamento em Saúde têm início a partir do Método CENDES/OPS, e o considera como um marco na América Latina nos anos 60; e, complementa, ainda, com a introdução do enfoque estratégico, nos anos 70, e a abordagem de suas vertentes nos anos 80.

Ainda, para a autora, o Método CENDES/OPS, observado de ângulos diferentes, quer seja enfatizando os determinantes históricos, ou características próprias enquanto construção do método, “busca a transposição dos princípios do planejamento econômico para o campo social e, especificamente a saúde”(p.21).

No que se refere ao saber epidemiológico, este método trouxe como proposta para o diagnóstico de saúde a formulação do “nível de saúde”, o qual apresenta, entre

outras, a quantificação das variáveis populacionais, imprescindíveis para o conhecimento dos agravos. No entanto, trata-se de um enfoque com caráter descritivo, levantamento de informações, limitando, assim, um enfoque mais abrangente da epidemiologia.

Os primeiros estudos, referentes à epidemiologia baseada na programação, tiveram início na década de 50, e seu enfoque discorreu acerca da investigação das doenças crônicas não-transmissíveis. No início dos anos 70, a difusão desse enfoque foi estimulada pela OPS e OMS, “na busca de estabelecer o conceito de risco como fundamento, para a extensão da cobertura e a racionalização dos recursos de saúde”. (TEIXEIRA, 2001, p. 35).

As considerações de Fekete (1990) e Teixeira (2001) acerca do início da discussão sobre o planejamento, como forma organizativa do trabalho, a partir do Método CENDES/OPS, mostra a gênese do modelo da programação em saúde que encontramos atualmente. Esse retorno é de fundamental importância, para compreensão deste modelo e sua inserção no trabalho em saúde, a partir do entendimento dos determinantes e condicionantes históricos.

O discurso do planejamento em saúde, até o final dos anos 60, era pautado nas organizações dos serviços da saúde e a ampliação da cobertura, devido à crise fiscal estabelecida, gerando a racionalização no setor; e também, em decorrência da característica privatista das políticas na área social (FEKETE, 1990).

No final da década de 60, surge o movimento progressista, liderado por vários países da América Latina, abrindo para a expressão dos movimentos sociais, com a reivindicação de uma maior participação no processo decisório. Este movimento, por sua vez, influenciou na III Reunião dos Ministros e a conseqüente construção do Plano Decenal das Américas, em 1972, o qual trouxe o reconhecimento do direito universal à saúde, institucionalizou a extensão de cobertura das ações nas áreas rurais e nas periferias urbanas, e reforça o papel do Estado na formulação de políticas setoriais. O Plano apontou diretrizes que abarcam a política, representada através do papel do Estado e da equidade, e a esfera organizacional, representada pela regionalização,

hierarquização, integração. É considerado como um avanço, na visão do setor saúde como um sistema não-isolado do setor social (FEKETE, 1990).

Nesta correspondência refere-se que nos anos 70, ocorre a possibilidade de emergir o conteúdo epidemiológico, e se incorporar nas propostas metodológicas do planejamento e programação, através do SPT/2000 (Saúde para Todos no Ano 2000).

Esse enfoque é uma contribuição importante à crítica e redefinição metodológico-operacional da programação em saúde, na medida em que tenta aproximar-se do conceito de necessidade de saúde por meio dos critérios das condições de vida dos diversos grupos humanos (TEIXEIRA, 2001, p. 35).

A corrente estratégica no Planejamento em Saúde apresenta três vertentes: o pensamento estratégico de Mário Testa, originado no CENDES/OPS em 1962; o planejamento situacional de Carlos Matus, na CEPAL, em 1968; e o enfoque estratégico da Escola de Medellín, pela Faculdade Nacional de Saúde Pública de Antioquia, Colômbia, desde o início dos anos 60. No entanto, é importante que se mencionem alguns elementos desta corrente, que permitem considerá-la como parte de um novo paradigma (FEKETE, 1990, p. 163):

- O reconhecimento do conflito como primeiro ponto, que caracteriza o enfoque estratégico, onde só faz sentido a estratégia se houver um conflito virtual ou real;
- Pressupõe que quem planeja é um ator social, que faz parte do sistema planejado, com o qual se inter-relaciona mediante condicionantes e determinantes, inserido no processo e no sistema; onde suas percepções e saberes são influenciados por sua inserção e por sua história. Aceitando, devido a esta singularidade, uma variedade de explicações e diagnósticos, e havendo, portanto, a possibilidade de mais de um diagnóstico diferente.

Neste processo evolutivo, que se inicia com o planejamento normativo, passando pelo enfoque estratégico e chegando na emergência do pensamento estratégico, Testa define o planejador como “um ser humano inserido num contexto que o determina e

condiciona e que ao mudar provoca, ou deveria provocar, alterações no pensamento (ideologia) do sujeito determinado/condicionado” (TESTA apud FEKETE, 1990, p. 159).

Nesta conjuntura, Teixeira (2001) cita que em 1975 o documento *Formulación de políticas de salud* foi editado pelo Centro Pan-Americano de Planificación de Salud, o CPPS, inaugurando um novo momento na discussão, com a reestruturação teórica e metodológica e instrumental da Planificação em Saúde, partindo da crítica à programação tradicional, dando ênfase para os aspectos políticos da programação. Esse documento não assume mais o nível local de saúde como objeto de planejamento, adotando, portanto, o sistema de saúde, causando uma complexidade no nível de atuação da planificação, a qual trazia, além do nível técnico-operacional, o nível político-administrativo e o técnico-normativo.

A planificação em saúde, não se restringe à programação de serviços, mas se amplia com a definição de políticas, diretrizes e estratégias para o desenvolvimento e adequação de vários componentes do sistema, quais sejam, gestão, financiamento, organização dos serviços e infra-estrutura dos recursos. (TEIXEIRA, 2001, p.34).

Entretanto, mesmo com esta modificação na proposta metodológica, sua especificidade continuou restringida pelos níveis de diagnósticos, que reproduzia o Método CENDES/OPS.

Nota-se que ocorre uma ruptura epistemológica, com o surgimento da fase estratégica, precedida de uma análise de viabilidade política; relacionada à visão normativa, em que o planejador ocupa um espaço de domínio do processo, numa posição externa ao contexto. A estratégia apresenta uma flexibilização de idéias, libertando-as, onde o planejamento transita num meio onde existem conflitos e antagonismos e estes predominam no sistema.

Nesta direção destaca-se que em 1987, foi elaborado o documento *Esquema para el abordaje de las implicaciones de las estrategias nacionales de SPT/2000*, construído por epidemiologistas e planejadores, que “visavam apresentar uma

metodologia para apoiar os governos da região na identificação de seus próprios caminhos para alcançar a SPT/2000”. Esta foi uma tentativa de fazer uma síntese do enfoque situacional da planificação como os avanços da epidemiologia (TEIXEIRA, 2001, p. 36).

Para que se entenda melhor, o enfoque situacional é uma das vertentes do enfoque estratégico, já mencionado anteriormente, construído por Matus em 1968. Esta vertente, na visão de Teixeira (2001), propõe como essencial a explicação da natureza dos problemas de saúde, partindo da concepção de situação de saúde de um grupo da população, e este sendo o conjunto de problemas, determinados por um ator social em função de seus determinantes. Portanto, tem caráter policêntrico, pois admite diferentes situações, de acordo do ponto de vista do planejador, tendo conseqüentemente uma variação de diagnósticos.

Na ocorrência do diálogo da SPT/2000 – construída sob a vertente matusiana – com a OPS, formulou-se um método para desenvolver os Sistemas Locais de Saúde (SILOS). Com essa construção, retoma-se a uma perspectiva “micro”, não deixando de lado as macroorganizações políticas dos sistemas de serviços de saúde. Porém, vale ressaltar que, esse retorno não significa voltar ao Método CENDES/OPS, em que não havia questionamentos acerca da possível heterogeneidade dos modelos assistenciais, e a apresentação de TEIXEIRA (2001, p.41), no que se refere ao SILOS, mostra que este:

traz uma conceitualização de sistema de saúde que reconhece a existência de diversos modelos assistenciais, entendidos como as formas que se organizam, em um determinado espaço populacional e para determinados grupos humanos, os diferentes entes prestadores de serviço e as relações que se estabelecem dentro delas, e entre elas e a população, assim como seus principais determinantes.

Esta perspectiva, portanto, se distancia das concepções abarcadas na década passada, em que a atenção primária à saúde era um movimento que preconizava o modelo de organização dos serviços pautado sobre os princípios de regionalização,

hierarquização e integração das ações preventivas, curativas e de participação comunitária, sem preocupar-se com a construção desse modelo assistencial a partir da realidade concreta de cada local.

Teixeira (2001) define a construção do SILOS como a proposta de reorganizar os serviços, apontando para a construção de múltiplos modelos de atenção para dar conta da heterogeneidade do real, face à crise da saúde instituída na América Latina. Esta crise gerou no interior do SILOS, resultando no surgimento de três vertentes: a primeira, mais tradicional, enfatiza os aspectos organizacionais do processo de implantação do SILOS; a segunda, mais moderna, privilegia aspectos gerenciais; e a terceira, considerada a mais crítica, conceitua a construção do SILOS como um processo social e político de transformação das práticas de saúde.

Na referência ao Brasil, destaca-se que o início da década de 80 assistiu à emergência de um fato novo, em relação à questão política de saúde: a constituição de um movimento de reivindicação de uma reforma sanitária. Inserido no processo de redemocratização do país, esse movimento denuncia as condições inaceitáveis de assistência à saúde da população brasileira, e, num debate envolvendo toda a sociedade civil, propõe essa reforma.

A reforma proposta, baseada em um referencial que subentende a incapacidade do sistema vigente de solucionar a questão sanitária sem transformações profundas, visa, fundamentalmente, mudar o atual sistema de prestação de serviços de saúde, criando um novo modelo: o Sistema Único de Saúde (ANAIS, 1989, p. 173).

Realizou-se em 1979, o I Simpósio Nacional de Política de Saúde, no qual se apresentou e discutiu publicamente, e pela primeira vez, uma proposta de reorientação do sistema de saúde, levando em conta experiências bem-sucedidas em outros países, a qual priorizava a democratização geral da sociedade, a universalização do direito à saúde, um sistema de saúde racional, de natureza pública, descentralizado, integrando as ações curativas e preventivas, e democrático, com participação da população. O governo, a princípio, não criou espaço para a mesma. Entretanto, com o aumento da

crise econômica e o crescimento da pressão social por melhores serviços de saúde, foi obrigado a levá-la em consideração e, aos poucos, adotou muitas de suas idéias.

O Brasil, em 1982, enfrentava a crise da previdência social, e no final desse mesmo ano foi criado o Plano de Reorganização da Assistência no âmbito da Previdência Social, o CONASP. Em 1983, são implantadas, decorrentes desse plano, as Ações Integradas em Saúde (AIS), que viriam a se desdobrar em Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS, em 1987. Todos estes planos se caracterizam basicamente “pelo repasse de recursos financeiros da previdência e da gestão de convênios com a medicina privada para as secretarias estaduais de Saúde” (NEMES et al, 1993, p. 106). A proposição política de ambos é estabelecer a rede básica como porta de entrada do sistema.

Nesta conjuntura, começaram a desenvolver-se várias experiências de reorganização de serviços de saúde, especialmente em nível estadual e municipal; algumas apoiadas e promovidas pelo Ministério da Saúde, como o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento - PIASS, dirigido para áreas rurais do Nordeste.

Tendo por base o PIASS, já estendido a todo o país no ano anterior, e devido ao agravamento da crise, o próprio governo elaborou um projeto de reorientação global do sistema de saúde. Assim, em 1980 foi criado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde - PREV-SAÚDE, que também tinha como propósito integrar os Ministérios da Previdência e da Saúde. A formulação desse programa teve por base, também, as proposições da Conferência de Alma-Ata, URSS (1978): atenção primária de saúde e participação comunitária, além do reordenamento do setor com a hierarquização por níveis de complexidade dos serviços, a regionalização do atendimento e o estabelecimento de porta de entrada única pelo nível primário de atenção. (CARVALHO; SANTOS, 1995).

Com esse novo plano, a intenção foi de provocar uma reversão gradual do modelo médico assistencial através de uma de suas linhas de ação, o Programa de

Ações Integradas em Saúde - PAIS, com as propostas que passaram a ser conhecidas, respectivamente, por AIH e AIS.

Para Neto (1991), já com o Plano CONASP, o governo assume oficialmente a crítica ao modelo vigente e encampa parte do discurso da oposição no setor saúde. Esta proposição ganha força à medida que o cenário político vai mudando com a eleição de governadores de oposição ao regime militar, em importantes estados, cujos secretários de saúde apoiavam essa proposta. Esse programa surgiu com o propósito de integrar e unificar os serviços de saúde do setor público, tendo como diretrizes a integração interinstitucional, a integralidade das ações de saúde e a definição de mecanismos de referência e contra-referência, além da descentralização dos processos administrativos e decisórios. Para isso, foram firmados convênios com os Estados e Municípios para, mediante o repasse de recursos, utilizar a capacidade pública instalada de suas instituições que, na época, estavam extremamente ociosas.

As AIS começaram a ser implantadas em 1983, e, já em 1984, dezenas de municípios tinham aderido ao convênio. As mudanças fundamentais foram a substituição do pagamento por unidade de serviço, além da limitação de convênios com hospitais e empresas de saúde. As AIS possibilitaram que as instituições públicas se reconhecessem mutuamente, agindo de forma mais integrada, além de propiciar a criação das Comissões Interinstitucionais de Saúde – CIS e CIMS, que acabaram por servir de molde para os atuais Conselhos de Saúde, assim como serviram de base para a implantação, posteriormente, dos SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, fase anterior à implantação do SUS – Sistema Único de Saúde. (CARVALHO; SANTOS, 1995)

Em 1985, com a superação do regime militar, as AIS transformaram-se em política oficial da Nova República, constituindo-se em importante estratégia no processo de descentralização da saúde. Com este novo impulso, no final de 1986, mais de 2.500 municípios participavam da nova política de saúde. Neste processo destacaram-se, como pontos positivos, a implementação da Programação e Orçamentação Integrada de Saúde (POI) e a inversão da dotação orçamentária em favor do setor público.

Nessa época, o movimento social intensificou-se e foi possível uma discussão maior sobre os rumos que deveria tomar o sistema de saúde. O Movimento Sanitário começou então a destacar-se na luta pela transformação do sistema de saúde vigente, procurando discutir as relações saúde-sociedade e saúde-Estado, assim como a denunciar a mercantilização da saúde no Brasil.

Na luta pela transformação do sistema de saúde e das condições de saúde da população brasileira, foi-se configurando um sujeito político coletivo, constituído inicialmente por intelectuais com atuação no campo da saúde, conhecido como Movimento Sanitário (SCOREL, 1989, p. 181).

A proposta de criação e desenvolvimento dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS) começou a ser difundida pela OPS em meados dos anos 80, a qual se apresentava “como coluna vertebral da atenção primária à saúde, uma espécie de projeto dinamizador das estratégias do movimento Saúde para Todos no Ano 2000” (PAIM apud TEIXEIRA, 2001, p. 44).

Portanto, o movimento de construção do novo Sistema Nacional de Saúde, entende a saúde como um direito universal e suportada por um Sistema Único de Saúde, a partir das conclusões e recomendações da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Importa ressaltar que “uma reforma sanitária, tal como demonstra a experiência universal, é um projeto onde se encontram a emergência de novos sujeitos políticos, a liberdade de discurso e o governo dos cidadãos” (MENDES e TEIXEIRA, 1995, p. 87).

A Reforma Sanitária concretizou-se como um processo democrático, que teve como proposta a democratização da saúde no país através da implantação do Sistema Único de Saúde – SUS. Este serviria para reorientar o sistema de saúde brasileiro através da reformulação das políticas de saúde, a fim de que as mudanças se processassem.

Nesta correspondência, aproxima-se os propósito da reforma sanitária, a qual apresenta três aspectos fundamentais: Primeiro considera a saúde não como um

conceito abstrato, mas que se define no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. Segundo, a saúde como direito de cidadania e dever do Estado. Terceiro, como elemento de caráter estratégico, propõe uma profunda reformulação do Sistema Nacional de Saúde, com a instituição de um Sistema Único de Saúde que tenha como princípios essenciais a universalidade, a integralidade das ações, a descentralização com mando único em cada instância federativa e a participação popular. (CARVALHO; SANTOS, 1995)

Assim, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) discutiu a situação de saúde do país e aprovou um relatório, cujas recomendações passaram a constituir o projeto da Reforma Sanitária Brasileira, legitimado pelos segmentos sociais identificados com os interesses populares. A 8ª CNS passa, com sua doutrina, a constituir-se no instrumento político-ideológico que viria a influir, de forma muito significativa, em dois processos que se iniciam, concomitantemente, no ano de 1987: um no Executivo, com a implantação do SUDS, e outro no Poder Legislativo, com a elaboração da nova Constituição brasileira.

Concomitantemente as propostas da reforma sanitária emergem a discussão sobre saúde e ambiente, na reunião de Ottawa (1986), que foi de fundamental importância, pois sua proposta traz a possibilidade de unificação da tradicional divisão da clínica e a saúde pública. Para tanto, o documento ainda refere que é preciso que ocorra uma mudança na visão dos profissionais da saúde, no que se refere a sua ação “que a assumiram como forma de pensar e gerir o setor saúde, uma abordagem mais compreensiva dos diferentes determinantes na complexa produção dos padrões sanitários e das enfermidades, indo além das explicações reducionistas consagradas no paradigma flexneriano e no tradicional enfoque biologicista”.(MINAYO, 2002, p. 177).

Rozemberg (2002 p. 193) ainda refere que

os autores revisam as idéias de construção de um plano de Promoção de Saúde desenvolvido localmente e conjuntamente com os cidadãos, que inspirou as propostas de Sistemas Locais de Saúde e cidades saudáveis. Ambas as estratégias fortalecem a idéia de equidade e qualidade com ênfase na participação. A descentralização das ações de saúde e o processo de municipalização no Brasil são fortemente influenciados por estas propostas”.

Esta aproximação possível se dá, pois a reforma sanitária busca por mudanças as quais necessitam da integração com o ambiente. A reforma, portanto, diante dessas reformulações buscou a concretização da porta de entrada do sistema de saúde, através das Unidades Básicas de Saúde, voltando-se para os Centros de Saúde, a organização do trabalho em saúde.

Teixeira (2001) traz a Ação Programática em Saúde, nesta conjuntura – em que a necessidade é de aumento do volume da assistência por parte da rede pública, diminuindo significativamente a assistência médica privada –, como forma organizativa dos centros de saúde, com a assistência médica individual à demanda espontânea.

Com esta nova forma de organização do trabalho, a idéia de programação em saúde, nascida em São Paulo, foi totalmente substituída. Nasce então a ação programática em saúde, como propulsora da integração sanitária.

Por isso dizemos que ela é filha da programação dos anos 70 na Secretaria de Saúde de São Paulo, mas também é filha da Reforma Sanitária no Brasil. Suas raízes passam pelo reconhecimento da possibilidade histórica de um projeto sanitário – e de sua valorização ética, tanto quanto pelo reconhecimento da necessidade histórica, objetivada na reforma sanitária dos anos 80 no Brasil, de universalização da assistência médica individual – e de sua valorização ética. (NEMES, 1995 apud TEIXEIRA, 2001, p.57).

Logo após a 8.^a CNS, em 1986, a Comissão Nacional de Reforma Sanitária destacou os Distritos Sanitários (DS), para direcionar uma nova configuração da rede nacional dos serviços públicos, no que se refere ao processo de programação da saúde. O DS buscou “conjugar os aspectos político-gerenciais, com a transformação do

perfil de ofertas de ações e dos serviços, vinculando-os aos problemas e às necessidades da saúde da população local”. A partir das experiências com o DS, este perfil se deslocou da concepção de método, para a concepção do processo. (TEIXEIRA, 2001, p. 44).

Foram as recomendações da 8ª Conferência Nacional de Saúde que nortearam os princípios da Reforma Sanitária e do SUS, pela defesa de uma nova Constituição no que se refere à saúde. Apesar das ambigüidades do texto que trata de saúde na Constituição, ele representou um avanço considerável, refletindo a correlação de forças presente na sociedade brasileira e permitindo a continuidade da luta política entre o projeto neoliberal e da reforma sanitária.

O Sistema Único de Saúde refere-se ao “conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais ou entidades a ele vinculado”, ou seja, o SUS é um sistema formado por várias instituições nos três níveis de governo, e pelo setor privado contratado e conveniado, como se fosse um mesmo corpo. Assim, o serviço privado, quando é contratado pelo SUS, deve atuar como se fosse público, usando as mesmas normas do serviço público. O SUS é organizado de acordo com uma mesma sistemática, tendo a mesma doutrina, a mesma filosofia de atuação em todo o território nacional, por isso é único. Também a Constituição, em seu artigo 196, consagrou o princípio de que “a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”. (BRASIL, 1988).

Constitucionalmente, o SUS é organizado de acordo com as seguintes diretrizes, de acordo com BRASIL (1988):

- A descentralização, com direção única em cada esfera de governo, ou seja, o poder de decisão deve ser daqueles que são responsáveis pela execução das ações. Isto significa que as ações e serviços que atendem à população de um município devem ser municipais; as que servem e alcançam vários municípios devem ser estaduais, e aquelas que são dirigidas a todo o território nacional devem ser federais;

- O atendimento integral, abrangendo atividades assistenciais curativas e, prioritariamente, as atividades preventivas, sendo visto como um “todo” que faz parte de uma sociedade. As ações de saúde devem estar voltadas, ao mesmo tempo, para o indivíduo e para a comunidade, para a prevenção e para o tratamento, e respeitar a dignidade humana;

- A participação da comunidade, ou seja, o exercício do controle social sobre as atividades e os serviços públicos de saúde, com participação através dos Conselhos de Saúde.

De acordo com essas diretrizes constitucionais, o SUS obedece, ainda, aos seguintes princípios diretores:

I - Universalidade: garantia de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, que, anteriormente ao SUS, só estava garantido às pessoas que contribuía para o sistema de previdência e assistência social. Assim, a saúde, no texto constitucional, passa a ser um direito de todos os cidadãos e não mais um “seguro social” a ser satisfeito mediante contribuição especial do cidadão;

II - Igualdade: todos devem ser considerados cidadãos com direitos iguais de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, ou seja, trata-se de reconhecer a igualdade como valor e princípio normativo de acesso ao sistema;

III - Racionalidade: devem ser oferecidas ações e serviços, de acordo com as reais necessidades da população e, conforme o princípio de descentralização, por uma autoridade de saúde no nível local, e é isso que se chama Distrito Sanitário;

IV - Eficácia e eficiência: precisa ter qualidade, utilizando técnicas modernas de administração, pessoal qualificado e comprometido com o serviço e com a população e equipamentos adequados, com atuação de acordo com a realidade local e disponibilidade de recursos, fazendo com que estes sejam aplicados da melhor maneira possível e eliminando o desperdício, para poder produzir os resultados positivos,

quando procurado pelas pessoas ou mediante um problema que se apresente na comunidade;

V - Democracia: deve assegurar o direito de participação de todos os segmentos envolvidos com o sistema: dirigentes institucionais, prestadores de serviços, trabalhadores de saúde e, principalmente, a comunidade, a população, os usuários dos serviços de saúde.

Assim, a construção do SUS se processa no campo das práticas dos sujeitos/agentes do trabalho, pois seria a extensão das próprias práticas de saúde, devendo esses trabalhadores, dentro dos princípios éticos, encontrar caminho para efetivar-se tecnicamente no trabalho cotidiano, o que os torna sujeitos sociopolítico-históricos – assumindo uma conotação ético-política.

Apesar das dificuldades colocadas para a constituição de mecanismos de qualificação no trabalho e para o trabalho que sejam compatíveis com os princípios éticos do SUS, o projeto de sua reconstrução implica mais do que uma reorganização institucional da gerência dos serviços, na criação de um novo modelo assistencial, com profissionais comprometidos com esta finalidade e com as diretrizes e princípios do sistema em vigor. Segundo Costa (1991 p. 16), “as mudanças nas políticas só se fazem perceptíveis, quando acontecem ao nível operacional, ou seja, onde efetivamente se dá a prestação dos Serviços de Saúde”.

Na estruturação dos saberes na forma de modelos teóricos e práticos, é possível identificar quais as potencialidades e limites internos e externos para a realização do trabalho da enfermagem, na macroestrutura do SUS (Sistema Único de Saúde), face ao contexto político-social no país. Ao se investigar o processo de trabalho, temos respostas a indagações e outras indagações, novas afirmações e questões; isso representa um processo argumentativo, um processo científico que possui em si mesmo uma independência de argumentação teórica e metodológica, uma espacialização histórica temporal e contextual, com sujeitos e vida social concretos. (CEZAR-VAZ et al., 2001).

Mas o processo não parou por aí, pois, após a promulgação da Constituição, havia necessidade de se elaborar leis que a regulamentassem, que a detalhassem nos seus diversos temas, e nesse sentido houve a formulação da Lei Orgânica de Saúde.

Assim, a Constituição aprovada em 1988 resgatou as propostas da 8.^a Conferência Nacional de Saúde e criou o Sistema Único de Saúde – SUS, regulamentado posteriormente pelas Leis Orgânicas de Saúde – LOS – n.º 8.080 e 8.142, de 1990, consagrando os princípios da descentralização e municipalização da saúde. (BRASIL, 1990 b).

O sistema de saúde vigente, considerado com predominância burocrática, abre espaço para a produção de propostas de descentralização das ações de vigilância à saúde, e ganha forma “com a proposta de criação de centros de epidemiologia em âmbito local/regional, bem como a constituição de uma estrutura estadual de controle de vetores e ações sobre o meio, devendo ser buscado o objetivo de promover a municipalização das ações, com o estímulo ao desenvolvimento, nos municípios, de capacidade técnica e operacional de controle de vetores e ações sobre o ambiente” (ANÁLISE, 1990, apud TEIXEIRA, 2001, p. 74).

A municipalização da saúde faz parte de uma estratégia para a concretização dos princípios constitucionais de universalidade, integralidade equidade e controle social, através da descentralização das ações e serviços de saúde e de mudanças nas relações entre o poder público e a sociedade. Ou seja, “é um dos principais dispositivos, juntamente com os Conselhos de Saúde e Conferências, que foram sugeridos pelo SUS para alterar o funcionamento burocrático do Estado” (CAMPOS, 1998, p. 864).

Conforme o BRASIL (1993),

a descentralização deve ser entendida como redistribuição de poder, redefinição de papéis nas três esferas do governo, reformulação de práticas e controle social, sendo que o objetivo mais importante a ser alcançado é a reformulação do modelo assistencial vigente.

As Conferências de Saúde, em cada esfera de governo, brotam do princípio constitucional de valorização dos direitos do cidadão, da participação dos cidadãos nas deliberações de governo, exercendo o controle social sobre o público e o privado. São um momento de ouvir a sociedade pronunciar-se sobre seus problemas e propor até mesmo formas de resolvê-los. Elas delineiam a política de saúde desenvolvida pelos gestores, tendo caráter consultivo, de auscultação da sociedade (CARVALHO; SANTOS, 1995).

O Fundo Municipal de Saúde é um requisito para a municipalização da saúde, é um instrumento de gestão dos recursos financeiros para a saúde existentes no município. Funciona como uma conta específica revestida de algumas formalidades, não se configurando, portanto, como órgão de administração financeira. A sua existência propicia maior autonomia para a área de saúde na aplicação de recursos financeiros, dando maior agilidade, flexibilidade e transparência à gestão dos mesmos. (CARVALHO; SANTOS, 1995).

O controle social é uma expressão da participação da sociedade nas decisões tomadas pelo Estado, no interesse geral, podendo ser identificado na participação da sociedade em geral e na mobilização da comunidade: “Postulando, reclamando (...) a sociedade exerce o controle social do poder. Mas, participando da organização do SUS, através dos Conselhos de Saúde, a sociedade participa do poder político formador de direitos”.(CARVALHO; SANTOS, 1995, p. 274).

O Plano Municipal de Saúde é necessário para o processo de enquadramento. O município deve apresentar o Plano de Saúde atualizado, validado pelo gestor e aprovado pelo Conselho de Saúde. Para a manutenção das responsabilidades e prerrogativas referentes à condição de gestão em que se deu o enquadramento, o município deve apresentar a cada ano à Comissão Bipartite, até o último dia do mês de março, o plano atualizado, validado pelo gestor e aprovado pelo Conselho de Saúde.(CARVALHO; SANTOS, 1995).

O Plano Municipal de saúde expressa a política de saúde do gestor municipal. É plurianual e de duração equivalente ao mandato da

administração municipal. Consiste na eleição de um elenco de ações da população com repercussão sobre a melhoria da situação de saúde da população abrangida. O plano deve sofrer revisões periódicas, para se ajustar às mudanças ocorridas na realidade do Município (BRASIL, 1993, p. 32).

Parece ser consensual, entre os autores referenciados, que a municipalização das ações e serviços é o grande avanço do SUS, porque efetiva a descentralização política, que é a base do federalismo. Sugere um novo modelo de gestão social participativa, que virá consubstanciar, na prática, uma parceria entre o Governo e a comunidade, favorecendo o controle social das ações do poder público, sob a influência da solidariedade política e voltado para o êxito social. Porém, Carvalho e Santos (1995) corroboram que a descentralização não está sendo efetivada conforme se aspirou na Reforma Sanitária, principalmente por implementações legais, que dificultam o processo à medida que o burocratizam.

Não obstante, a Lei 8.080, de 19/9/1990, expressa as conquistas contidas na Constituição de 1988, mantendo e aprofundando as suas ambigüidades, mas também servindo de apoio jurídico-legal para a continuidade da luta política na arena sanitária. Incorpora os principais mandamentos constitucionais: saúde como direito e dever do Estado; o conceito ampliado de saúde; o Sistema Único de Saúde com universalidade, integralidade da atenção, igualdade, direito à informação, incorporação do modelo epidemiológico, participação da comunidade e descentralização político-administrativa, com mando único, em cada esfera de governo.(BRASIL, 1990 a).

A nova concepção de saúde expressa na Lei Orgânica de Saúde representa um grande avanço político, social e jurídico. A grande questão, conforme Santos (1992, p. 21-22), é “transformar o texto constitucional e infraconstitucional em realidade”. Assim, tem-se um problema na realidade político, em que se faz necessário associar as leis à prática, ou seja, “proporcionar o acesso aos serviços públicos de saúde e a efetivação das políticas previstas na Constituição e na legislação infraconstitucional”, e ainda temos que

(...) a saúde é um bem que necessita de proteção imediata do Poder Público. Não podemos perder de vista que Estados e Municípios ainda não estão aparelhados para oferecer serviços de saúde para toda a população, pois, até o advento da Constituição de 1988, não se reconhecia ao cidadão o direito à saúde, só garantida, então, aos contribuintes da Previdência Social (CARVALHO; SANTOS, 1995, p. 189).

Em 1992, realizou-se em Brasília a 9ª Conferência Nacional de Saúde, com o tema central “Municipalização é o caminho”. Na ocasião, diagnosticou-se o aprofundamento da crise no setor saúde, decorrente do desmonte do setor público, da redução dos recursos destinados à saúde e do aumento da demanda, devido às precárias condições sociais e econômicas em que vivia, e ainda vive, a grande maioria da população brasileira. Nessa Conferência, não apareceram propostas novas. Todas as discussões, recomendações e conclusões indicavam que o projeto da Reforma Sanitária e do SUS, aprovado na 8.ª CNS (1986), continuava válido e era necessário o governo cumprir a lei e colocá-la em funcionamento. (BRASIL, 1994).

Também nessa época, foi dado um importante passo no processo de reestruturação do nível federal do SUS, com a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS, que, apesar de incorporado ao Ministério da Saúde, desde janeiro de 1990, continuava como um órgão quase autônomo, ainda agindo de forma “clientelista, autoritária e centralizadora”. Foi a “queda” do principal foco de resistência à implementação do SUS. Entretanto, a Norma Operacional Básica (NOB) 01/93, apesar de aprovada, teve dificuldade de se tornar realidade. (BRASIL, 1993).

Com a realização da 10ª Conferência Nacional de Saúde, muitos avanços ocorreram no âmbito dos municípios, pois esta evidenciou claramente isso, com a riqueza e a criatividade de experiências de municipalização da saúde. E, mais recentemente, na 11ª conferência Nacional de Saúde, atribui-se a necessidade de discussão e implementação do controle social.

No entanto, o grande mérito da NOB/93 e NOB/96 foi, possivelmente, o estabelecimento de parâmetros claros e a garantia de unicidade ao movimento de descentralização do SUS. Neste sentido, conseguimos definir caminhos para o cumprimento gradativo da Constituição e das Leis 8.080/90 e 8.142/90. As NOBs foram e ainda são capazes de conciliar interesses, receios e desconfianças mútuas dos três níveis de governo, garantindo, desta forma, a sua efetividade como instrumentos de organização e avanço na articulação do SUS. Recentemente, em 2000, foi editada pelo Ministério da Saúde a NOB/RH-SUS, que trata especificamente da questão dos recursos humanos. (BRASIL, 1993, 2001).

No que se refere ao desenvolvimento da Saúde Pública contemporânea no Brasil, para Teixeira (2001), nos aspectos instrumentais, conceituais e metodológicos é resultado de avanços da bacteriologia e parasitologia a partir do século XIX, na busca do combate às doenças infecciosas e parasitárias. Toma como o objeto os modos de transmissão, utilizados para educação sanitária, saneamento ambiental e o controle de vetores.

No entanto, segundo a mesma autora, essas propostas se modificaram, em meados do século XX, no que diz respeito a suas finalidades, que tinham inicialmente a proposta de erradicar as doenças; constatou-se a dificuldade na erradicação de algumas doenças, como a malária e a tuberculose. Surgiu como proposta, o controle, com a conseqüente assimilação da vigilância epidemiológica, que passou a ser difundida com mais intensidade a partir dos anos 50.

Pires Filho (1987), mostra que em sua história, a saúde pública brasileira assumiu o coletivo sob o aspecto de algo exterior ao indivíduo, ou seja, a coletividade é referida enquanto uma coleção de indivíduos. As intervenções em saúde, também se dão externamente, isto é, sempre serão as mesmas atingidas progressivamente em função da evolução do conhecimento científico relativo ao meio externo.

Na saúde pública, a ação de saúde representa o instrumento técnico-político que irá intervir no processo saúde-doença, quebrando sua cadeia causal mediante o tratamento e a reabilitação do indivíduo doente, ou evitando seus riscos e danos por intermédio da prevenção e promoção da

saúde, além do controle dos sádios (MISHIMA; e MATUMOTO, 2002, p. 1).

Portanto, a construção deste modelo assistencial, que integra conhecimentos da epidemiologia, planejamento em saúde e as ciências sociais em saúde, expressa-se através do conceito de vigilância à saúde, o qual foi discutido no III Congresso Brasileiro de Epidemiologia, referenciando a vigilância à saúde através de duas conceituações: ampla e restrita. A ampla mostra um conceito de saúde ampliado, em que atua na construção de modelos de identificação de determinantes, riscos e danos face à epidemiologia, abarcando desde as ações sociais até as ações de prevenção e reabilitação; já a vigilância à saúde restrita contempla o conhecimento acerca das ações necessárias para o enfrentamento dos problemas da saúde (TEIXEIRA, 2001, p. 71).

As ações de vigilância à saúde, portanto, inseridas e organizadas dentro do contexto do SUS, trazem como proposta, a (re) organização das ações de saúde, em conformação com os princípios e as diretrizes do SUS, destacando uma atenção especial à redefinição das funções destinadas ao sistema local – os municípios – em nível estadual e nacional.

3.2 - O Modelo da Programação e o Trabalho da Enfermagem em Saúde Coletiva

O trabalho da enfermeira foi construído historicamente, segundo Almeida (1997), Villa et al. (1997) e Dalmaso (1993), no que se refere à estrutura do seu trabalho, juntamente com a implantação do modelo programático de assistência, acoplando-se à “consulta da queixa uma triagem ativa, realizada em parte pelo médico, complementada pela enfermagem, para as atividades programáticas, previstas para grupos específicos de indivíduos” (DALMASO, 1993, p. 239). A enfermeira foi considerada o agente com o perfil mais adequado para a concretização desse modelo de atenção, atribuindo a esses agentes a capacidade de

desenvolver a noção de equipe de enfermagem; treinar o pessoal de nível médio e elementar e executar as atividades previstas nos programas; participar da implantação das atividades técnicas e burocráticas dos programas; intermediar as relações de prestação da assistência médica individual realizada pelo médico e coordenar uma equipe de agentes, mediando esta assistência por meio de uma ascendência técnica sobre os agentes de enfermagem de nível médio e elementar, mas sem linha de mando sobre eles (VILLA et, al, 1997, p. 36).

Esta forma operativa de organização das ações, no modelo programático, foi implantada no final na década de 60, em São Paulo¹¹, segundo Schaiber (1993, 2000), Nemes (1993, 2000) e Dalmaso (1993, 2000). Mais especificamente constata-se a inserção desse modelo, no Rio Grande do Sul, em 1968, conforme Cezar-Vaz (1996), e na região Sul do Rio Grande do Sul,

o trabalho da enfermagem na rede de atenção básica em saúde, nesta localidade e em momento histórico determinado, está utilizando como forma organizativa o modelo da programação em saúde, mais especificamente, as ações programáticas, tendo como norteador principal o formato dos programas de saúde, modelo este proposto pelas políticas públicas de saúde vigentes (CEZAR-VAZ et al., 2003).

Pode-se contemplar, também, esta forma operativa do modelo programático, reportando-nos às políticas de saúde do Estado do Rio Grande do Sul, através de Kunrath et al. (2002), que descrevem um trecho do manual técnico de assessoramento aos municípios gaúchos, construído em 1998 pela Secretaria da Saúde, o qual contempla o objetivo de

implantação de ações programáticas pelos sistemas municipais de saúde, tendo por base critérios epidemiológicos e de saúde pública para a redução de agravos e doenças identificados como prioritárias no Estado como um todo. (...) Considerando os escassos recursos de muitos municípios do estado, foi estabelecido um Elenco Básico de Programas/atividades – vacinação, doenças de notificação compulsória, área materno-infantil, algumas atividades de vigilância sanitária (p. 65-66).

O modelo da programação em saúde, na referência de Schraiber et al. (1993), mostrou que nos anos de 1967 a 1969 ocorreu um intenso processo de reordenamento administrativo na Secretaria de Saúde de São Paulo¹², inserida no processo semelhante ocorrido no Brasil no período pós-64. A partir dessa reforma, foi instituído o terceiro modelo de organização tecnológica da Saúde Pública em São Paulo – o

¹¹ Refere-se este Estado devido a sua característica precursora na discussão, no país, das questões programáticas, servindo de base histórica do modelo da programação em saúde.

¹² Utilizou-se a referência de São Paulo, devido a sua importância no processo de implantação do modelo programático no país, na referência histórica.

Modelo da Programação – que foi precedido pelo primeiro modelo tecnológico da saúde pública, que se baseava na epidemiologia, chamado Modelo Emílio Ribas, e o segundo modelo tecnológico, que buscava a reforma administrativa dos serviços sanitários.

Um dos princípios que caracteriza historicamente a programação enquanto modelo foi o centro de saúde, como detentor da responsabilidade dos problemas de saúde pública. Neste sentido,

A concepção do centro de saúde presente no modelo mostra uma característica tecnológica importante que é a idéia de correspondência entre o instrumento das ações de saúde e os problemas de saúde pública, de um coletivo tomado como conjunto populacional/espacial delimitado. A materialidade de tal concepção evidenciou-se na extinção dos aparelhos verticais que haviam se tornado tradicionais na saúde pública de São Paulo, desde o modelo baseado no saber bacteriológico do início do século (NEMES, 1993, p. 73).

A Programação surge, historicamente¹³, como proposta de abarcar a necessidade de extensão de cobertura dos serviços, devido aos altos investimentos gerados pelo sistema de assistência privada. O objeto de trabalho não foi amplamente modificado, visto que já vinha sendo apreendido em sua dimensão coletiva. O que se pode ressaltar desta proposta é a idéia de abarcar no Centro de Saúde a assistência médica individual mais ampliada e diversificada (NEMES, 1993, p. 73).

Portanto, pode-se destacar que a característica que mais especifica o modelo da programação, segundo Nemes (1993), é a proposta de ampliação da cobertura da assistência médica, bem como sua diversificação, ampliando-a, transformando-a em coletiva, antes realizada somente nas doenças infecciosas, como a hanseníase e a tuberculose.

¹³ Nemes (1993) refere que na sua construção enquanto modelo, a programação utilizou alguns elementos da Medicina Comunitária, ao contemplar a integração das atividades de prevenção, promoção e cura localizadas em um mesmo serviço, o que vem ao encontro da proposta de extensão da cobertura. Essa proposta integrativa foi consolidada com a construção do marco de referência das políticas de Atenção Primária à Saúde em 1978, na Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde, em Alma-Ata. Complemento ainda com a autora, que existem outros dois princípios importantes, que caracterizam o modelo tecnológico: a centralização normativa, no que se refere à padronização das atividades, e os sistemas de informação, referente à avaliação das ações.

Foram estabelecidos, então, para concretizar a proposta, dois conjuntos de atividades: “as de rotina e as eventuais”. As atividades de rotina são destinadas aos grupos populacionais pertencentes aos programas e subprogramas, com atividades de assistência médica, vacinação, exames laboratoriais, visitas domiciliares, entre outros. As atividades eventuais são consideradas como estratégia de ampliação da cobertura, pois estas se destinam ao atendimento da demanda espontânea dos indivíduos (NEMES, 1993, p. 79).

Ainda, dentro da intenção de ampliar a cobertura, outras atividades compõem o processo, para atingir este fim; caracterizadas como pré e pós-consulta e o atendimento de enfermagem. Essas ações têm como finalidade aumentar o rendimento do atendimento médico, considerado mais oneroso para o sistema, pois essas atividades, consideradas complementares, reduzem o tempo da consulta propriamente dita, aumentando conseqüentemente o número total de atendimentos. Nemes (1993, p. 81) assim se refere à programação, num contexto geral:

A proposta geral da programação buscou, assim, simultaneamente, introduzir nos Centros de Saúde a prática do atendimento médico à doença (tentando afastar a arraigada concepção do atendimento da Saúde Pública como controle do sadio) e integrar este atendimento em um plano geral de intervenção articulado sobre a idéia da História Natural da Doença e organizado sobre a idéia de assistência integral.

Mendes-Gonçalves et al. (1993) retratam a burocratização, aderida ao modelo programático, como forma de racionalização, imposta pela “necessidade de organizar racionalmente os mecanismos todos de um trabalho coletivo e complexo que se dirige a numerosos consumidores (...) sobrepondo os meios aos fins, que passam a ser obstaculizados pela dinâmica de reprodução de necessidade dos meios (...)” (p. 52).

A ação programática em saúde, por sua vez, é caracterizada como “forma de organização tecnológica do trabalho imediata e explicitamente coletiva, em que um conjunto de ações deve convergir de modo controlado para o alcance dos objetivos por alcançar ações, na dimensão coletiva”, absorvendo no seu processo de trabalho um

elevado grau de racionalização, implicando o “risco de burocratização”. O que, no entanto, Mendes-Gonçalves reitera é que “a burocratização enquanto realidade social só se viabiliza através de certas características técnicas de racionalização”, não ocorrendo o risco externo de burocratização, pois só acontecerá quando o conteúdo das relações sociais forem os mesmos”. (MENDES-GONÇALVES et al, 1993, p. 54). Nessa direção, o autor complementa referindo que

A ação programática em saúde não é uma mera burocratização, mas à medida que consiste em esforço integrado de múltiplos trabalhadores diferentes em múltiplas instituições diferentes para alcançar um único elenco de finalidades, necessita do desenvolvimento de inúmeras e complexas atividades-meio, sem as quais não funciona, com as quais implica o risco, inerente à forma de organização, de induzir o desenvolvimento desse fenômeno social não apenas abominável, mas sobretudo improdutivo, que é a burocratização (MENDES-GONÇALVES, et al., 1993, p. 54).

Diante dessas considerações referentes ao modelo da programação, aproxima-se o trabalho em saúde, o qual apresenta uma organização, semelhante às práticas em saúde, com “diversidade, polarização e contradição”. Podemos, então, abordar esta questão “pensando de modo mais abstrato as práticas de saúde, agrupando os diversos saberes e ações de saúde da modernidade em dois pólos genéricos” (MENDES-GONÇALVES, 1993, p. 52-53).

O primeiro, o saber sanitário, toma como objeto a doença no coletivo, realizado no espaço público, enquanto o segundo, o saber clínico, toma como objeto a doença na dimensão individual do corpo, realizado no espaço individual. A necessidade de utilização destes dois pólos responde à vida social estabelecida, devido ao modelo hegemônico vigente, o modelo econômico do capitalismo, o qual aporta necessidades de controlar a doença em grande escala social e a recuperação de sua força de trabalho em mesma proporção (MENDES-GONÇALVES, 1993, p. 52-53).

Na tentativa de articular ambas as vertentes, Nemes (2000) aproxima o conceito de programa que tem como propósito “articular instrumentos de trabalho dirigidos a

indivíduos, entre eles a assistência médica individual, a instrumentos diretamente dirigidos a coletivos, objetivando potencializar a efetividade epidemiológica de todos os instrumentos” (p. 53).

Nesta referência da articulação do trabalho com o coletivo, aproxima-se as considerações de Mishima; Matumoto e Pinto (2002), que referem a saúde coletiva, através da identificação do seu objeto, representado pelos corpos sociais. Este objeto amplia a visão do modelo assistencialista individual, o qual toma como seu objeto o corpo biológico. Portanto, os processos saúde e doença, para a saúde coletiva, são determinados socialmente.

A saúde coletiva tem como função compreender e interpretar os determinantes da produção social das doenças e da organização social dos serviços de saúde, baseando-se na interdisciplinaridade como formadora de um conhecimento ampliado da saúde, e a multiprofissionalidade para enfrentamento da diversidade do saber e o atuar, das práticas sanitárias (PIRES FILHO, 1987).

Nessa perspectiva, a saúde coletiva pode ser considerada como um campo de conhecimento de natureza interdisciplinar cujas disciplinas básicas são a epidemiologia, o planejamento/administração de saúde e as ciências sociais em saúde. Este contempla o desenvolvimento de atividades de investigação sobre o estado sanitário da população, a natureza das políticas de saúde, a relação entre os processos de trabalho e doenças e agravos, bem como as intervenções de grupos e classes sociais sobre a questão sanitária. São disciplinas complementares desse campo a estatística, a demografia, a geografia, a clínica, a genética, as ciências biomédicas básicas, entre outras. (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998, p. 15-16).

Diante das considerações de Paim e Almeida Filho (1998), pontua-se a saúde coletiva como forma possível de (re)estruturar a organização do trabalho em saúde, na especificidade do modelo da programação, através da vinculação do social nesta construção. Portanto, a saúde coletiva tem como desafio permear todas as estruturas que erguem a organização do trabalho, através da produção de conhecimento, na busca do vínculo com o social.

A partir das discussões mais gerais apresentadas nestes subcapítulos, apresenta-se a seguir o processo de análise dos dados empíricos, discorridos nas três categorias temáticas propostas: a Racionalidade cultural provocada pelo objeto/sujeito no/do Trabalho da Enfermeira; a Racionalidade Instrumental e integralidade da ação, no processo de interação com o objeto/sujeito cultural, e a Racionalidade Substantiva e a produção de saúde pelo Trabalho da Enfermeira.

4 - A MODELAGEM DA PROGRAMAÇÃO EM SAÚDE NO TRABALHO DA ENFERMEIRA VISUALIZADA POR MEIO DE UMA VISÃO SOCIOAMBIENTAL DO TRABALHO

Na continuidade do processo de análise dos dados, apresenta-se a discussão referente ao terceiro objetivo específico, o qual busca refletir acerca da proposta socioambiental no trabalho da enfermeira em saúde coletiva, na especificidade da modelagem da programação em saúde. Como antes referido, trata-se de uma aproximação as considerações de Leff (2001) com a finalidade de construir uma nova racionalidade produtiva privilegiando a modelagem da programação, com o intuito de encontrar espaços de modelagem (modelo-ágil) nesse processo, tornando-o flexível às necessidades do objeto/sujeito individual e coletivo, tendo a produção em saúde como foco principal.

A racionalidade ambiental engloba um conjunto de interesses e práticas sociais voltadas para a organização da estrutura social. Por meio de regras estabelecidas, numa inter-relação permanente de teoria e práxis, busca construir uma nova realidade

social e produtiva, baseada em princípios “que partem de outros princípios de realidade, como a diversidade, complexidade, interdependência, sinergia, equilíbrio, eqüidade, solidariedade e democracia” (LEFF, 2001, p. 162).

O SUS, enquanto modelo organizacional atual para a assistência à saúde, propõe em seu bojo preceitos, os quais para efeito de diálogo entre as bases conceituais e as bases empíricas, aplicadas neste estudo, referencia-se da seguinte forma: a diversidade e a universalidade, que dizem da complexidade do objeto/sujeito do trabalho em saúde, seres humanos iguais na relação social e cultural¹⁴ que assumem a satisfação das diferentes necessidades em diferentes contextos históricos. Satisfação que é absorvida ou não absorvida por meio das racionalidades cultural, instrumental, teórica e substantiva conduzidas pela ação/força democrática, resultante da sinergia humana, representada pelo trabalho em ato, para um produto constituído de dignidade e solidariedade humana.

Com este conteúdo e forma, se organiza o trabalho da enfermagem na rede básica dos serviços públicos de saúde da 3ª CRS/ RS, objeto desta pesquisa. Seguindo a modelagem da programação, na sua concretude, as ações desenvolvidas diretamente relacionadas com a posição das agentes sociais enfermeiras na estrutura organizativa tecnológica institucional. Reiterando, são três as principais formas de organização do trabalho, as quais são estruturadas a partir da Unidade Básica de Saúde: a unidade básica de saúde e a atenção básica à saúde (UBS_ABS); a unidade básica de saúde e a atenção do pronto-atendimento à demanda espontânea (UBS_APA); e a unidade básica e a atenção à saúde da família (UBS_ASF).

Utiliza-se uma identificação das formas institucionais, nas quais as agentes sociais atuam, através de siglas no final de cada fala, correspondentes ao local de atuação da agente, na seguinte correspondência: (UBS_ABS) para a unidade básica de saúde e a atenção básica de saúde; (UBS_APA) para a unidade básica de saúde e a

¹⁴ Neste estudo o termo cultura é entendido como “um sistema historicamente derivado de projetos de vida explícitos e implícitos que tendem a ser partilhados por todos os membros de um grupo ou por aqueles especialmente designados”. ABBAGNANO (1982, p.213) citando Kluckhohn e Kelly.

atenção do pronto-atendimento, e (UBS_ASF) para a unidade básica de saúde e a atenção à saúde da família.

Como já referido anteriormente, a constituição da amostra para o estudo, representando estas formas de organização predominantes do trabalho, inclui trinta enfermeiras. Dezenove, atuam na UBS_ABS, o equivalente a 63% do total do grupo em estudo. Na forma de UBS_APA, atuam duas agentes, equivalendo a 7% do total a amostra; e na UBS_ASF, representa um total de nove agentes, o que equivale a 30% do total da amostra. Esta dimensão quantitativa justifica o privilégio qualitativo das falas das enfermeiras atuantes nas Unidades Básicas, na referência da atenção básica em saúde (UBS_ABS).

Na especificidade da amostra em estudo, foi possível categorizar as agentes sociais como: agentes que operam os programas de saúde, agentes que instituem e coordenam os programas, agentes que instituem, coordenam e operam os programas, agentes na posição social de gestoras da saúde, e agentes sociais enfermeiras inseridas em equipe de atenção à saúde da família. Com esta importância, os programas são referidos como instrumentos inclusos nas ações programáticas do processo de trabalho, ainda que não apareçam, de forma geral para as agentes, como componentes propriamente dito de seu conteúdo.

A análise das entrevistas e a leitura dos planos municipais de saúde permitiram, baseado no processo de trabalho em saúde, com um olhar socioambiental deste trabalho, a construção de três categorias temáticas que nortearam a seqüência das análises: 1) a Racionalidade Cultural provocada pelo objeto/sujeito no/do trabalho da enfermeira; 2) a Racionalidade Instrumental e a Integralidade da Ação no processo de interação com o objeto/sujeito cultural; 3) a Racionalidade Substantiva e a produção de saúde pelo trabalho da enfermeira.

4.1 - A Racionalidade Cultural provocada pelo objeto/sujeito no/do Trabalho da Enfermeira

Dentro desta categoria buscou-se identificar a modelagem da programação na ação do trabalho da enfermeira, construído e estruturado historicamente pelos seus agentes, utilizando como forma de flexibilização a visão socioambiental do trabalho.

O conceito de racionalidade, visualizado como um conjunto de valores, normas, ações e relações entre instrumentos e produtos, possibilita analisar o trabalho da enfermagem, como prática social que se identifica como uma organização social possuindo ou podendo possuir uma construção de trabalho sustentável, para seus desejos e necessidades sociais. Esta forma de apreensão possibilita e ao mesmo tempo exige um olhar de imediato para o objeto/sujeito do trabalho da enfermagem, dado que em seu contorno contém a diversidade cultural.

Na linguagem de Leff (2001, p. 137) esta apreensão se constrói por meio da racionalidade cultural¹⁵ “entendida como um sistema singular e diverso de significações

¹⁵ Esta forma de compreensão possui aderência aos escritos de Leff (2000, p. 122) quando apresenta, apoiado em Max Weber, a relação entre os conceitos de racionalidade instrumental e racionalidade substantiva com a racionalidade cultural. A primeira “implica a consecução metódica de determinado fim prático por um cálculo preciso de meios eficazes”. A segunda “ordena a ação social em padrões baseados em postulados de valor (...). A racionalidade substancial propõe o pluralismo cultural, a relatividade axiológica e o conflito social ente os valores e interesses diversos”.

que não se submetem a valores homogêneos nem a uma lógica ambiental geral – que produz a identidade e integridade de cada cultura”.

Com o preceito de sustentável no ambiente do trabalho, a identificação das concepções das agentes sociais possibilitou o diálogo relacional entre as bases teóricas com a dimensão empírica do estudo. Nesta forma, as análises do movimento de ação que constrói a modelagem tecnológica, ou seja, do conteúdo da programação na ação da enfermagem, expressam os diferentes componentes do processo de trabalho em saúde, no qual o conteúdo produzido pela enfermagem está sendo concebido, na forma de aceitação do objeto/sujeito do trabalho como um ser humano cultural particular e coletivo na referência de suas necessidades¹⁶.

As ações individuais e coletivas, mediadas pelas necessidades do objeto/sujeito, pertencem à dimensão da racionalidade instrumental, que, na referência de Leff (2001, p. 137), “cria os vínculos técnicos, funcionais e operacionais entre os objetivos sociais e as bases materiais do desenvolvimento sustentável, através de um sistema de meios eficazes”, no qual o trabalho em saúde está contido como componente importante nesta construção.

Pode-se, então, afirmar que a racionalidade cultural articula-se à racionalidade instrumental e à modelagem da programação, como um processo organizador, apresentando componentes importantes para esta articulação.

A construção de uma racionalidade social produtiva mediada pela necessidade do objeto/sujeito exige estratégias de globalização da ação, através do princípio da sustentabilidade, “fundada no potencial ecológico e em novos sentidos de civilização a partir da diversidade cultural do gênero humano” (LEFF, 2001, p. 31).

¹⁶ O conceito de necessidade na relação com o necessário “é o que não pode não ser; ou o que não pode não ser. (...) O significado da necessidade que Hegel definia como sendo a unidade da possibilidade e a realidade. (ABBAGNANO, 1982, p.674; 676). Neste estudo, a realidade é dado pelo objeto do trabalho e a possibilidade pelo agente do trabalho de aproximação daquela necessidade e, assim de maneira inversa, a necessidade da agente perante a possibilidade dada pelo objeto”.

Para tanto, identificam-se neste estudo, como momento de flexibilização desta modelagem, as necessidades culturais dos indivíduos, através da proposta integradora delineada pela racionalidade ambiental, que “não é a expressão de uma lógica, mas o efeito de um conjunto de práticas sociais e culturais diversas e heterogêneas, que dão sentido e organizam os processos sociais por intermédio de certas regras, meios e fins socialmente construídos, que ultrapassam as leis derivadas da estrutura de um modo de produção” (LEFF, 200, p. 125).

A ilustração, através de alguns fragmentos de falas das agentes sociais do estudo, mostra o processo de trabalho em torno das necessidades do objeto/sujeito, caracterizando-o como ser humano cultural singular e diverso.

O trabalho da enfermagem se aplica, eu acho que para todas as pessoas, para toda uma população, de acordo com as necessidades de cada um, são necessidades culturais diferentes, eu acho que é para todo mundo, desde que vá transmitir informações para cada pessoa de acordo com o nível cultural de todo mundo, com as necessidades de cada um. (ent. 24 UBS_ABS).

(...) com o PSF [programa de saúde da família] teu envolvimento, tu convives com aquelas pessoas realmente, com as suas necessidades, desde culturais, econômicas e assim, tu acabas se envolvendo tanto que tu ficas num compromisso, que de tentar não reverter só no curativo, mas na parte educacional, da saúde, da história de vida mesmo, até os problemas do recém-nascido, idoso, e da família. Faz parte do teu trabalho, hoje, conhecer a história do teu paciente, da família, conhecer seus valores para atuar de forma mais próxima das suas necessidades, sem dúvida é essencial.(ent. 17 UBS_ASF).

As carências culturais no processo de trabalho se estruturam mediante a liberdade de tomada de consciência do ser humano cultural, da sua relação com a natureza, proporcionando um momento de flexibilização na modelagem da programação em saúde.

Essa flexibilização possível do trabalho pode ser visualizada quando a enfermeira chama a atenção para a necessidade individual do sujeito, ou seja, existe uma preocupação formal em olhar o sujeito como um ser humano cultural. O objeto/sujeito do trabalho aparece caracterizado a partir da necessidade particular, e, por sua vez, a necessidade da ação do trabalho da enfermagem transparece através da dimensão coletiva do sujeito, trazendo, também, “a necessidade de compreender as questões globais e de atuar localmente, de tal forma que qualquer intervenção seja assumida principalmente pela população sobre a qual incidem os problemas (...)” (MINAYO, 2002, p. 176).

Esta estruturação da ação, pela necessidade coletiva, global, aproxima-se aos princípios da racionalidade ambiental que “levam a conceber a sociedade nacional como um Estado multiétnico que integra diversas organizações comunitárias e identidades culturais” (LEFF, 2001, p. 141). Para que isto aconteça, a enfermeira necessita preocupar-se com o sujeito/cliente no sentido da universalidade¹⁷ a qual requer sua atenção na interdependência do sujeito particular e do sujeito coletivo.

No âmbito das organizações sociais, como forma possível de agrupar distintas identidades culturais, esta noção multiétnica perpassa o trabalho em saúde na forma possível os diferentes sujeitos particulares em uma unidade coletiva.

Esse momento de flexibilização da ação, que se concretiza tanto nas UBS_ABS, tanto quanto da UBS_ASF, não transparece como diferencial à ação dos agentes sociais, na especificidade histórica da organização do trabalho na modelagem. Este fato está diretamente ligado ao que foi antes referido, acerca da visão da enfermagem sobre seu objeto/sujeito do trabalho, o qual é assumido em uma ou noutra organização com o “mesmo” conteúdo *a priori*, constituído da diversidade cultural.

¹⁷ A universalidade é um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), que assegura a garantia de “atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão. Com a universalidade, o indivíduo passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde, assim como àqueles contratados pelo poder público. Saúde é direito de cidadania e dever do Governo: municipal, estadual e federal”. (ABC do SUS – Doutrinas e princípios, 1990, p. 5).

Neste foco, a população pode ser apreendida como seres humanos culturais capazes de identificar e satisfazer necessidades gerais, nas quais as necessidades da saúde estão inclusas e, encontram correspondência na liberdade dos seres humanos na relação com a natureza social particular e coletiva. O ser humano cultural pode ser definido como sujeito ecológico, na referência dos escritos de Carvalho (2001, p. 72), o qual é visualizado como “protagonista de um movimento histórico e um novo paradigma da ação política capaz de unificar o campo dos novos movimentos sociais num movimento mais abrangente e multissetorial”.

A liberdade¹⁸ da tomada de consciência da necessidade individual e coletiva, no processo de trabalho em saúde, na especificidade da modelagem da programação potencializa o ser humano cultural como sujeito diverso e plural. Nesta pluralidade cultural, “o processo saúde-doença é determinado pelo modo como o homem se apropria da natureza em um dado momento, apropriação que se realiza por meio do processo de trabalho baseado em determinado desenvolvimento das forças produtivas e relações sociais de produção” (LAURELL, 1982, p. 157).

Nesta direção, os seres humanos culturais necessitam adquirir condições de assumir a posição de sujeitos da ação consciente, condicionada na emergência de “novos valores e novos princípios que levam a reorganização social e da produção para a reapropriação da natureza e da cultura”, constituída através dos movimentos de cidadania, como forma de “gerar novas estratégias de poder capazes de vulnerar as fortalezas construídas em torno dos interesses do capital, para arraigar na natureza e na cultura uma nova racionalidade produtiva” (LEFF, 2001, p. 126).

Retornando na dimensão das evidências empíricas, através da fala da agente social, referida a seguir, a ação do seu trabalho reforça a idéia de expressão da diversidade cultural nos diferentes grupos, constituídos por microculturas.

¹⁸ Na discussão da tradição dialética, Samaja (2000, p. 38) sustenta a tese de que “a única maneira de compreender a liberdade consiste não em separar o homem da Natureza – isto é, do mundo real (determinado) – mas em concebê-la como a consciência da necessidade”. No entanto a liberdade referida não representa extrapolar qualquer determinação, mas implica a realização de nossos fins, de forma congruente.

(...) o coletivo na realidade são as percepções gerais que as pessoas têm, né, se tu pegar uma comunidade, é uma comunidade com as suas percepções, com seus estilos de vida, o modo de agir, porque tu podes ver no meio de uma cultura, existem outras microculturas, como eu digo, porque cada comunidade tem as suas características. E coletivo é isso, trabalhar com o coletivo é tu perceber essa microcultura dessa comunidade, para traçar objetivos e estratégias para que tu consigas atingir um objetivo, de acordo com as características dessa população. (ent. 28 UBS_ABS).

O depoimento permite referir que as necessidades dos seres humanos culturais constituem a ação do trabalho da enfermeira, na direção de uma forma possível de cidadania do objeto/sujeito dentro de uma unidade coletiva, seja da enfermeira e de outro agente do trabalho, seja dos diferentes sujeitos/objetos em seus contextos.

Para esta concretização, a racionalidade substantiva¹⁹, que inclui um processo de consciência de cidadania na relação com pluralismo cultural e social (valores, interesses e conflitos diversos), precisa ser desenvolvida no ambiente do trabalho. Leff (2001) refere a consciência de cidadania como momento possível de consolidar o direito da diversidade étnica²⁰ e cultural, com a “criação de novos sentidos para a existência, cujo impulso inicial surge da sacudida da opressão física e moral gerada pela racionalidade social predominante”, propondo em contrapartida a criação de “uma nova ordem social” (LEFF, 2001, p. 126).

Seguindo nesta direção teórica, o processo de consciência de cidadania provoca mudança de concepção no objeto/sujeito acerca do seu processo saúde-doença, “deixa de ser um estado biológico possível vivido meramente pelos sujeitos, para tornar-se um objeto da ação e da consciência de todos os membros do coletivo social” (SAMAJA, 2000, p. 41). Esta indicação incluem-se nas necessidades dos seres humanos e a importância está em compreender a relação biossocial do próprio objeto/sujeito.

¹⁹ Sugere-se releitura da nota de rodapé de nº 14, na página 71 deste capítulo.

²⁰ Na indicação dos diferentes modos de vida de grupos sociais gerais e particulares, com a tendência para apreender as diferentes culturas.

Esta aproximação do estado biológico vivido pelo objeto/sujeito, na ação do trabalho da enfermeira às necessidades do objeto/sujeito cultural do trabalho traz a questão cultural do atendimento imediato²¹, condicionado historicamente nas políticas de saúde, atribuindo ao objeto/sujeito do trabalho a forma de “pensar no cuidado da saúde como que restrito à atenção médica (...)” (DALMASO, 1993, p. 230).

Nas falas das agentes sociais é possível identificar referência na forma de estruturar as necessidades da diversidade cultural do objeto/sujeito, na tradição do atendimento imediato. Para as enfermeiras, a necessidade de atendimento imediato, na indicação do atendimento clínico médico, exigida pelo objeto/sujeito, dificulta a ação ampliada do seu trabalho na referência da promoção e prevenção da saúde com os grupos específicos.

(...) A gente tenta orientar, mas eu acho que é o nível cultural do povo que não acredita em prevenção, eu acho que está aqui a maior dificuldade nossa... Não adianta a gente falar. A gente fala, fala; mas eles gostam de vir ao posto para ter a assistência. As gestantes, os hipertensos, os diabéticos, eles aparecem para pegar a medicação, não querem aparecer para ouvir nossa orientação. (ent. 26 UBS_APA).

A gente trabalha com o básico, assistência aos hipertensos, diabéticos, gestantes e as crianças, imunizações são feitas no posto de saúde, são duas equipes de PSF [Programa de Saúde da Família], que cobrem cem por cento do município (...) eu comecei a trabalhar com gestantes, algumas nos procuram para fazer pré-natal, mas elas não são envolvidas porque tem muita aquela visão do médico (...) se tenta montar um grupo e eles não respondem, até pela falta de cultura acredita-se, eles vão ao grupo desde que eles tenham algo a receber. Se os grupos forem só de informações, grupo de diabéticos, hipertensos, sem remédio o grupo vai a falência, a gente está montando um grupo de gestante, e já colocamos no convite que tem brindes, para chamar a atenção, não é a forma mais correta a gente sabe que não, mas é a única forma

²¹ Segundo Dalmaso (1993, p. 233), “a alternativa encontrada pelo Estado brasileiro para responder à pressão por atendimento de urgência na década de 70 foi estabelecer convênios com serviços privados, que redundaram tanto numa maior rapidez no atendimento de casos de risco de vida, que não poderiam aguardar na ‘fila’, quanto possibilitaram na época uma ‘válvula de escape’ para problemas de acesso ao sistema de saúde. Através do desvio para estes recursos de atendimentos sem urgência técnica efetiva, tanto se ampliou a população potencialmente ‘assistida’, quanto se contribuiu para o desenvolvimento de uma cultura do atendimento imediato”.

para chamar, para a gente conseguir passar alguma coisa... (ent. 29 UBS_ASF).

O próprio objeto/sujeito assume *a priori* a satisfação de imediato de sua necessidade de atendimento clínico demandado, dado que ele mesmo concebe a organização do trabalho em saúde na forma do atendimento padrão da queixa orgânica da doença clínica.

Esta necessidade está nas características construídas culturalmente entre concepções diferentes de processos de adoecer e morrer, e repensada na concepção predominante do ser humano biológico.

Nesta direção, percebe-se no conteúdo dos depoimentos que o processo saúde-doença do objeto/sujeito são “formas *a priori* herdadas culturalmente”, no entanto a concepção desses valores pelos seres humanos “(...) nunca poderá reduzir-se à experiência individual, precisamente porque esses modelos – ainda que operem nos indivíduos – não são criações individuais nem emergem de experiências individuais, porém resultam da sedimentação da milenária história social” (SAMAJA, 2000, p. 51).

Diante do conteúdo das falas, visualiza-se que a necessidade do objeto/sujeito do trabalho apresenta um formato diferenciado das falas anteriores, em que os valores culturais dos indivíduos abarcam necessidades sociais que extrapolam o saber da clínica²². Essa forma de identificação do ser humano cultural pode ser aproximada aos escritos de Leff (2001), os quais definem que “(...) o estilo étnico próprio de uma cultura remete a racionalidades sociais constituídas como sistemas complexos de ideologias – valores – práticas – comportamentos – ações, que são irredutíveis a uma lógica unificadora” (p. 134).

²² A clínica é conceituada “enquanto saber organizador da prática médica individual e enquanto conhecimento original da doença”, na delimitação de seu “objeto no espaço exclusivo do corpo anátomo-fisiológico” (MENDES-GONÇALVES, 1994, p. 78). No entanto, “se deve compreender que, nem por ser uma tecnologia, a Clínica deixa de ser, no plano social, capaz de instrumentalizar a prática médica enquanto prática social (...)” (MENDES-GONÇALVES, 1994, p.86). “A clínica utiliza, como fonte de informação, pequenos grupos de casos ou mesmo casos isolados. Tais grupos de casos, homogêaneamente constituídos (como um ideal de precisão diagnóstica, evidentemente), formarão a chamada ‘casuística’, base da experiência clínica” (ALMEIDA FILHO, 1992, p. 75).

Esta racionalidade sociocultural predominante nas falas das agentes enfermeiras aponta uma outra necessidade imediata, com alcance mediato ou a longo tempo, ou seja, a inclusão de formas de racionalidade da própria relação que se cria entre a ação/sinergia de satisfazer àquelas necessidades imediatas e a diversidade cultural na própria satisfação.

A diversidade cultural, representada pela diversidade étnica na referência de Leff (2001), se mostra como condutora das formas de apropriação dos recursos, através da sua estrutura e práticas de produção, as quais “estão intimamente relacionadas com os processos simbólicos e religiosos que estabelecem um sistema de crenças e saberes sobre os elementos da natureza que se traduzem em normas sociais sobre o acesso e uso dos recursos” (p. 94). Desta forma, a racionalidade cultural impõe a integração com a racionalidade instrumental para a satisfação de necessidades heterogêneas mesmo sendo coletivas.

Assim, compreender a ação/organização tecnológica do trabalho, requer entender/compreender as crenças e valores e como isto é apreendido pelos diferentes grupos estabelecidos.

Os seres humanos utilizam “diversos modelos de ordem descritiva”, como forma de mediadores simbólicos, para expressar e identificar suas identidades culturais. Esses modelos são construídos pela “regulação social mais do que pelos objetos da realidade em si” (SAMAJA, 2000, p. 43). Os modelos descritivos, portanto, são constituídos por “analogia, das representações que os membros da comunidade possuem da ordem constitutiva das instituições sociais” (SAMAJA, 2000, p. 44), ou seja, através do modelo da instituição, a ação do objeto/sujeito é construída, sendo refletida na reprodução da ação, no coletivo.

Existe, portanto, uma conformação de aderência entre o módulo de atenção à saúde aqui mesmo referida, como o predominante clínico e a representação que o objeto/sujeito faz dessas relações com sua necessidade, desta transformada em aparente vitória entre necessidade e satisfação.

Diante disto, pode-se referir que a ação do objeto/sujeito cultural – construída pela reprodução social das instituições – na interação com os modelos descritivos flexibiliza o formato de modelo, (re)estruturando-o como um modelo-ágil; é modelo porque estabelece uma forma, e ágil porque esta forma somente existe através da ação dos diferentes sujeitos.

Nesta direção, a racionalidade ambiental no/do trabalho provoca uma mudança na aplicação de instrumentos para o alcance da finalidade do próprio trabalho, seja esta partindo de necessidade particular ou mesmo coletiva na organização do trabalho.

Através do fragmento da fala da agente social, pode-se referir a saúde comunitária²³ como forma possível de conduzir a ação do objeto/sujeito na direção da satisfação da sua necessidade particular, através da ação do trabalho da enfermeira na necessidade coletiva, visualizado através do princípio da integralidade²⁴.

A saúde comunitária é todo aquele trabalho, aquela ação que integra o profissional de saúde na comunidade, no sentido que a comunidade perceba o seu papel, enquanto cidadão, enquanto ser social, enquanto ser político, o seu papel, e a importância deste dentro do contexto da saúde, que trabalha a integralidade do ser humano. Eu percebo assim a saúde comunitária, que eu falo, ela passa por essa questão, e entra dentro da integralidade do ser humano, que percebo hoje, que é muito importante, é fundamental para tu conseguires mexer junto à realidade das pessoas. É fundamental a gente como profissional trabalhar a integralidade do ser humano, nas ações que tu vás desenvolver seja uma coleta de pré-câncer, um grupo de prevenção, de educação, seja um trabalho com hipertensos, diabéticos, ações dentro da saúde mental, que tu perceba aquele ser humano além da atividade, (...) alguém com

²³ O termo *comunitária*, referido no texto, aparece nos escritos de Minayo (2002, p. 195) como uma expressão contextualizada, ou seja, neste momento histórico, “o objeto se impôs como sujeito, criando inúmeros constrangimentos ao conhecimento, uma vez que o público-alvo ou pólo receptor do saber (...) hoje se impôs ao diálogo como alguém que opera sobre o mundo da oferta dos serviços a partir de suas próprias complexidades e experiências, obrigando o conhecimento a se equiparar para vê-lo de outra maneira” (Fausto Neto, 1999).

²⁴ A doutrina da integralidade é proposta pelo Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo que “cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade; as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas; e as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível configurando um sistema capaz de prestar assistência integral”. (ABC do SUS – Doutrinas e princípios, 1990c, p. 5).

todos seus aspectos que envolvem o físico, o mental, a sua parte espiritual, social, de integração comunitária (...). (ent. 25 UBS_ABS)

Portanto, a ação do trabalho da enfermeira construída a partir da necessidade coletiva, na interdependência da necessidade particular do objeto/sujeito, pode remeter à concepção de cidadania, a qual “emerge configurando novos atores sociais (...) que reclamam a autodeterminação de suas condições de existência e a autogestão de seus meios de vida” (LEFF, 2001, p. 125).

A cidadania, construída a partir da liberdade da tomada de consciência, pode ser considerada como uma forma possível de emergência do ser humano cultural (racionalidade cultural). A partir desta concepção de cidadania, pode-se aproximar ao conceito proposto pela consciência ambiental que “(...) mobiliza novos atores políticos num processo de reapropriação da natureza que traz consigo a transformação das relações de produção e geração de novos potenciais de produção para um desenvolvimento sustentável” (LEFF, 2001, p. 102).

O depoimento da agente social apresenta uma mobilidade na sua ação do trabalho, no que se refere à forma de apreensão das diferentes necessidades do objeto/sujeito.

(...) no PSF [Programa de Saúde da Família] mudou a maneira como tu atuas. Há uma proporção maior de pessoas fora do posto e antes a gente se preocupava dentro do posto, e agora há uma preocupação maior fora do posto, com o ambiente em que as pessoas vivem, as pessoas com quem tu fazes o teu trabalho, a população, o ambiente delas, porque tudo isso faz parte da saúde pública, se elas estiverem vivendo num local sem condições de moradia da família isso também influenciará na saúde, então ambiente é tudo, em geral não só o trabalho. (ent. 5 UBS_ASF).

A aproximação da proposta do modelo de atenção à saúde da família²⁵, na referência da agente social, representa a forma pela qual os princípios da consciência ambiental encontram espaços para serem contextualizadas na ação do trabalho da enfermeira, nas necessidades dos seres humanos.

Leff (2001) refere que “a problemática ambiental abriu um processo de transformação do conhecimento, expondo a necessidade de gerar um método para pensar de forma integrada e multivalente os problemas globais e complexos, assim como a articulação de processos de diferente ordem de materialidade” (p. 56-57).

O depoimento da agente social reforça a idéia colocada, da construção da ação do seu trabalho, condicionada no ambiente socioambiental pelos interesses do objeto/sujeito. Condição que nem sempre correspondem de imediato aos interesses das agentes, na relação com necessidades e a finalidade do trabalho.

Eu acho que realmente não é nós que o usamos [refere-se ao ambiente]. É ele que nos usa, porque tu tens que se adaptar ao que ele exige. Tu não vais conseguir fazer um ambiente responder àquilo que tu queres. Vou falar da campanha de hipertensão, eu não posso chegar num lugar e querer impor regras ou oferecer alguma coisa para aquela comunidade que não é o que ela precisa, se ela tem outras necessidades que para ela são primárias, eu acho que o ambiente faz a minha prática e não a minha prática o ambiente.(ent. 15 UBS_ABS).

O exemplo referido na fala da agente social apresenta relação entre situação de risco – hipertensão – e modificações de hábitos, passando necessariamente pela compreensão dos valores. A visualização dos hábitos e valores do objeto/sujeito do trabalho pode provocar uma mudança democrática nos padrões de comportamento individual e do coletivo.

²⁵ As propostas de organização do trabalho baseada no modelo de atenção à saúde da família, numa aproximação de saúde e ambiente está sendo aprofundada na discussão do trabalho de dissertação de Suzi Mara Teixeira Brombenger (2003).

Esta mudança democrática pode ser atribuída na direção dos princípios da racionalidade ambiental que se “funda numa nova ética que se manifesta em comportamentos humanos em harmonia com a natureza; em princípios de uma vida democrática e em valores culturais que dão sentido à existência humana” (LEFF, 2001, p. 85).

Nesta direção, pode-se dizer que a ação do trabalho da enfermeira, na visualização das necessidades do objeto/sujeito, percorre um delineamento coletivo da necessidade, atuando na interdependência com o particular, ou seja, a finalidade da ação do trabalho da enfermeira consiste em unificar esta diversidade cultural. Assim, pode-se identificar uma articulação entre a racionalidade instrumental por meio da ação do/no trabalho e a racionalidade substantiva na tendência da equidade social e diversidade cultural.

A proposta de unificação da diversidade cultural utiliza-se dos valores e identidades culturais dos seres humanos que são apreendidas a priori, como necessidades individuais, utilizando-as como subsídios para atuação junto ao objeto/sujeito cultural, na dimensão particular e coletiva.

A busca por unificar a diversidade cultural, pode ser contemplada através de instrumentos de trabalho, constituídos por saberes e práticas, os quais, são partes indissociáveis dos valores culturais de diferentes formações sociais; constituem recursos produtivos para a conservação da natureza e capacidades próprias para a autogestão dos recursos de cada comunidade. Desta maneira, satisfazem suas necessidades básicas e orientam seu desenvolvimento dentro de estilos étnicos e formas diversas de significação cultural. (LEFF, 2001, p. 142).

A fala da agente social apresenta a tentativa de absorver a unificação da diversidade cultural, através do conhecimento da cultura do objeto/sujeito como instrumento de saber, na unidade coletiva, para atuar na modelagem da programação, por meio dos programas que homogeneiza a ação e, por consequência o objeto da ação.

É aquilo que tu vais utilizar para aplicar à tua prática, eu acho que instrumentos de trabalho na área da saúde pública são todos os mecanismos que vão me ajudar a botar a prática na prática, por exemplo: o meu instrumento maior é a população que chega, pois é através deles que eu vou selecionar, através do conhecimento da cultura dessas pessoas é que eu vou fazer; assim como tudo eu utilizo com a população, por exemplo: os programas que a gente pode desenvolver no posto vai ser baseado nesse conhecimento da minha população.(ent. 6 UBS_ABS).

O instrumental do conhecimento cultural referido é utilizado pela agente, na busca de transformar o objeto, por meio deste saber cultural (racionalidade cultural) Esse conhecimento, por sua vez, é requerido na construção dessa racionalidade social produtiva, através da unificação da diversidade étnica, a qual implica na “formação de um novo saber e a integração interdisciplinar do conhecimento” (LEFF, 2001, p. 145).

Em conformação à fala descrita anteriormente, a qual a agente social refere à construção do seu processo de trabalho direcionado a identificar as identidades culturais do objeto/sujeito, para aplicar no seu trabalho, apresenta-se um segundo depoimento, que remete a identificação das necessidades culturais, como um momento já adsorvido no instrumental do trabalho, e que a agente social, utiliza como referencial para aplicar no seu trabalho.

Eu utilizo mais aquele conhecimento acumulado, com relação aos grupos dos programas (...), por exemplo, o programa de DSTs/AIDS está em fase de implantação, e é o que eu tenho mais priorizado no momento (...), estou sendo uma das pessoas que está estimulando o pessoal, que está organizando, juntando equipe, enfim. A gente já colocou esse programa no Conselho Municipal de Saúde; esse programa prevê um ambulatório, que vai ser inaugurado no posto central, onde a gente vai ter medicação também, e vamos ter o serviço de aconselhamento e testagem em AIDS, e fora isso a gente está indo nas boates fazer o mapeamento das profissionais do sexo, para fazer uns grupos com elas, de saúde, prevenção, trabalha a auto-estima; ações dentro do programa de DSTs/AIDS, nós fizemos um seminário, mostrando o impacto na sociedade, que é uma ação de prevenção e promoção, (...) foi um seminário dirigido aos profissionais de educação e saúde do município. Esse

seminário está dentro do programa de integração da saúde com a educação (...). (ent. 25 UBS_ABS).

Diante disto, o que se pode remeter de certa forma à junção destas concepções apresentadas pelas enfermeiras, por estes exemplos, está na mesma direção, da utilização da ação programática como forma de olhar para aplicar e aplicar para (re)olhar, entendendo que a utilização da ação programática não é uma ação que tem pela sua aplicação o resultado final. Pode-se inferir que esta junção cria vínculos técnicos, funcionais e operacionais entre as necessidades sociais e as bases materiais do desenvolvimento (articulação entre racionalidade instrumental, racionalidade substantiva e racionalidade cultural), através da modelagem da programação como instrumento eficiente e eficaz do/no trabalho em saúde.

E, o que se parece identificar como diversidade no processo de trabalho das agentes sociais se mostra na descrição do primeiro depoimento, referente à construção de uma “racionalidade cultural” prévia à aplicação do seu trabalho; enquanto que no segundo depoimento, a agente social referencia as necessidades do objeto/sujeito do seu trabalho, como necessidades já dadas, na experiência de grupos anteriormente construídos, através dos programas de saúde, que tem a proposta de mudança dos comportamentos sociais nos diferentes grupos, já estabelecidos anteriormente à ação do trabalho.

Aproximando a referência de Leff (2001), define-se a racionalidade cultural referida anteriormente como “um sistema singular de significações que não se submetem a valores homogêneos nem a uma lógica ambiental geral”, produzindo “a identidade e a integridade de cada cultura, dando coerência às suas práticas sociais e produtivas em relação com as potencialidades de seu entorno geográfico e de seus recursos naturais” (LEFF, 2001, p. 137).

Diante disto, pode-se compor que o trabalho da enfermeira tende a identificar as necessidades mais gerais de cada sujeito particular, direcionando sua ação aos interesses dos seres humanos culturais, nos diferentes ambientes sociais. Leff (2001 p.

322) diz que “os valores culturais estruturam as necessidades que as pessoas sentem e os meios de satisfazê-las. Existem assim vias diferenciadas para caracterizar a qualidade de vida das populações e dos indivíduos (...)”.

Neste sentido, pode-se dizer que a definição do ser humano cultural, por meio da racionalidade ambiental, é construída por um “conjunto de interesses e práticas sociais que articulam ordens materiais diversas que dão sentido e organizam processos sociais através de certas regras, meios e fins socialmente construídos” (LEFF, 2001, p. 134).

A discussão provocada neste capítulo, acerca do objeto/sujeito cultural, no processo de trabalho da enfermeira, tentou mostrar que a construção do objeto de trabalho, na modelagem da programação em saúde, pode ser construída a partir dos valores e identidades culturais dos seres humanos, partindo da necessidade particular do sujeito, em uma unidade coletiva. Ou seja, a partir da identificação da diversidade cultural, no particular, se (re)direciona a ação do trabalho para o coletivo, na busca de uma apreensão étnica e cultural, constituída na universalidade e diversidade sociocultural do gênero humano.

Nesta direção, pode-se referir que se a enfermeira compreender os valores culturais como elementos transformadores da prática e do próprio trabalho em saúde, poderá construir uma racionalidade ambiental, a qual se traduz num “conjunto de práticas sociais que transformam as estruturas do poder associadas à ordem econômica estabelecida, mobilizando um potencial ambiental para a construção de uma nova racionalidade social alternativa”. (LEFF, 2001, p. 85).

Para alcançar essa proposta de construção de uma racionalidade social produtiva mediada pela necessidade do objeto/sujeito, é necessário integrar ações individuais e coletivas, numa intenção explícita ou implícita à implementação de ações de reorganização do sistema local de serviços em nível primário, levando em consideração o ambiente ecossistêmico no qual está inserido o trabalho da enfermagem.

Para tanto, é necessário que a racionalidade ambiental no/do trabalho, partindo da necessidade particular e/ou coletiva, na organização do trabalho, (re) estruture a forma aplicativa de instrumentos, constituídos por saberes e práticas, na busca por unificar a diversidade cultural, na integralização dos valores culturais de diferentes formações sociais, na referência da racionalidade instrumental (LEFF, 2001), sendo esta discussão apresentada na categoria temática: a Racionalidade Instrumental e a Integralidade da Ação no processo de Interação do objeto/sujeito cultural, delineada a seguir.

4.2 - A Racionalidade Instrumental e a Integralidade da Ação no Processo de Interação com o Objeto/sujeito Cultural

A proposta deste estudo, como anteriormente referido, apresentou a partir da modelagem da programação em saúde o objeto/sujeito da ação do trabalho da enfermeira como um ser cultural plural e diverso, o qual é definido como protagonista da construção de um paradigma que busca unificar os diversos movimentos sociais, direcionando-os para a produção de uma nova racionalidade social produtiva alternativa no trabalho em saúde.

Nesta etapa do texto, a racionalidade instrumental aparece como instrumento utilizado na modelagem da programação (racionalidade produtiva, no sentido do processo de produção de saúde), de maneira que demonstre que a necessidade do objeto/sujeito cultural exige um instrumental abrangente e complexo que faça uma interconexão com os diversos saberes (racionalidade teórica²⁶, instrumental, substantiva e cultural), como forma possível de atuação nos seres humanos culturais.

²⁶ “A racionalidade ambiental teórica apresenta-se como uma produção conceitual orientada para a construção de uma racionalidade produtiva alternativa. Ao dar congruência aos postulados e princípios

A incorporação da diversidade de valores culturais na forma de princípios norteadores do trabalho, na visão socioambiental, é aqui referenciada na relação direta da racionalidade instrumental²⁷, sendo apresentada através dos instrumentos tecnológicos operados pelas agentes sociais na incorporação das necessidades em finalidade, através da ação do trabalho no objeto/sujeito que responde à satisfação dele mesmo e da necessidade *do fazer o trabalho*, pelo produto i-mediato do trabalho.

A racionalidade produtiva dominante instituiu a compartimentalização das ações, especializando cada setor em um determinado saber, resultando na fragmentação do conhecimento e gerando a partir disso a alienação dos seres humanos e dos seus saberes. Diante deste cenário, aparecem na aproximação com a concepção de Leff (2001) as contradições entre a racionalidade ecológica e a racionalidade capitalista, “através de um confronto de diferentes valores e potenciais, arraigados em esferas institucionais e em paradigmas de conhecimento, através de processos de legitimação com que se defrontam diferentes classes, grupos e atores sociais” (LEFF, 2001, p. 134). Complementa-se com o mesmo autor, o qual refere que

O desenvolvimento sustentável das forças produtivas, além de depender da produtividade do capital, do trabalho e do progresso científico-tecnológico, deve fundar-se na produtividade dos processos ecológicos de suas diferentes regiões e nos valores culturais de suas populações. Neste sentido, as relações sociais de produção estão entrelaçadas numa trama ecológica que sustenta um sistema de recursos naturais e condiciona formas de reprodução e aproveitamento (LEFF, 2001, p. 98).

ambientais, permite ativar um conjunto de processos materiais que dão suporte a novas estratégias produtivas fundadas no potencial que o ambiente oferece” (LEFF, 2000, p. 132).

²⁷ A racionalidade instrumental implícita (...) realça o fato de que a racionalidade social não é tão-somente a expressão de uma lógica abstrata (do mercado, do valor) ou a expressão sobredeterminada da estrutura econômica, mas resultante de um conjunto de normas e ações sociais que limitam o uso da lei (do mercado) por uma classe e buscam conciliar interesses ambientais opostos e elevar o bem comum pela intervenção do Estado e a participação da sociedade civil. (LEFF, 2000, p. 133). Nesta referência, da racionalidade socioambiental à saúde humana em suas dimensões (social, ecológica e cultural), como conceito concreto-abstrato, desenvolve-se tecnologicamente vinculada a um conjunto de normas e ações que provocam conflitos e alianças entre o Estado, com imediata aderência ao SUS, e a sociedade civil constituída por diferentes interesses econômicos e sociais, na qual o próprio Estado aporta diferentes interesses na discussão acerca da saúde como estrutura organizativa.

Dentro desta concepção de racionalidade ambiental, o trabalho aparece como momento de efetivação dessa racionalidade, na qual a saúde está incluída e aparece contida nos instrumentos tecnológicos que são utilizados no trabalho. Apreendido assim, o trabalho pode ou não se desenvolver de forma sustentável, na indicação de conter força produtiva, que funde diversos sistemas ecológicos (no sentido das relações entre os entes/espécies em espaços históricos) e sistemas socioculturais (no sentido histórico das relações entre os seres humanos e os diferentes espaços que habitam), na medida em que absorve e sustenta as propostas integrativas de saúde no ambiente de trabalho.

Nesta direção, uma visão integrada de saúde pode ser constituída por meio da relação com a referência da interdisciplinaridade do conhecimento, como forma de produzir saúde num sentido complexo, “em seu significado pleno, que inclui paz, educação, moradia, alimentação, renda, ecossistema estável, justiça social e equidade” (MINAYO, 2002, p. 192). A mesma autora refere ainda que

o reconhecimento das dimensões social, política, ambiental da saúde exige do campo não só o exercício de práticas intersetoriais, mas também implica considerar singularidades e autonomias, fazendo com que a meta comum dos programas de promoção seja a de fortalecer a capacidade individual e coletiva para lidar com toda essa multiplicidade dos condicionantes da saúde (MINAYO, 2002, p. 192).

Através da análise do processo de trabalho das agentes sociais do estudo, pode-se referir que a questão interdisciplinar²⁸ no trabalho aparece nas falas, no contexto do trabalho coletivo, o qual de imediato é identificado como um trabalho multidisciplinar de forma instrumental, para atuar no objeto/sujeito cultural, numa perspectiva individual e coletiva.

²⁸ A interdisciplinaridade é visualizada como a reunião de diferentes disciplinas articuladas em torno de uma mesma temática com diferentes níveis de integração, desde uma cooperação de complementaridade sem articulações axiomáticas ou preponderância de uma disciplina sobre as demais (pluridisciplinaridade), passando pela preponderância de uma delas sobre as demais com ou sem uma axiomática comum (denominadas respectivamente como interdisciplinaridade estrutural ou auxiliar)”. (PORTO; ALMEIDA, 2002).

Para mim, coletivo é tu estar integrado no trabalho, é tu ter uma ação coletiva, aquela ação que se integra, que integre todos os aspectos administrativos, políticos, técnicos, dos profissionais, os aspectos da comunidade, as características da comunidade, dos teus clientes que estão dentro da ação, eles não só vistos como pacientes, porque a gente usa muito isso, 'o meu paciente'. Eu acho que vou muito por aí, eu acho que essa ação coletiva vai muito da gente enquanto profissional, dentro de uma integralidade da ação, de um equilíbrio entre todos os aspectos, seja político, técnico, administrativo, social, educativo, estão integralizados vendo o cliente como um ser ativo, de ação, enfim, e não como alguém passivo. (ent. 25 UBS_ABS).

Pode-se perceber, diante do depoimento da agente social, que existe uma complexidade na ação do seu trabalho, na busca de integralizar as necessidades do objeto/sujeito cultural particular, na ação universalizada ao objeto/sujeito coletivo, agregando saberes ao seu processo de trabalho.

Numa aproximação à referência de Leff (2001), apreende-se que a racionalidade ambiental e o pensamento da complexidade “se comprometem e informam (mas nunca uniformizam) uma multiplicidade de experiências e práticas que adquirem sua concreção no singular de cada cultura e configuram a especificidade do local, e que a partir da sua diversidade, estruturam esta nova racionalidade” (LEFF, 2001, p. 148).

Nesta direção, a conformação da necessidade cultural do objeto/sujeito a partir da convivência de saberes diversos e trabalhadores²⁹ de diferentes áreas de formação possibilita olhar o objeto de trabalho – o ser humano cultural – a partir de focos não coincidentes, dispostos pelos diferentes saberes e práticas que se transformam nessa mesma convivência.

O depoimento da agente social apresenta essa congruência das diferentes formações dos trabalhadores, no desenvolvimento do processo de trabalho coletivo,

²⁹ Na racionalidade ambiental “os processos ecológicos, econômicos, tecnológicos e culturais que confluem num sistema socioambiental são conformados pelos interesses e racionalidades de atores sociais e organizações institucionais diversos” (LEFF, 2001, p. 147 – grifo meu).

referenciado pela agente, através do conceito de equipe, dentro da organização do trabalho em saúde.

(...) no trabalho em equipe que eu estou falando, a gente tem que trabalhar juntos, compartilhar nossos conhecimentos, às vezes as pessoas têm aquela mentalidade do 'meu' trabalho, mas eu acho que não tem que ser por aí, tem que se enfatizar o trabalho em equipe, estar integrado dentro de um programa de saúde comunitária, para desenvolver o programa para a qualidade de vida da sociedade, da comunidade. (ent. 24 – UBS_ABS).

Neste foco, aproximam-se os princípios da chamada saúde coletiva, a qual pode ser considerada como um “campo de conhecimento de natureza interdisciplinar (...) esta área do saber fundamenta um âmbito de práticas transdisciplinar³⁰, multiprofissional, interinstitucional e trans-setorial” (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998, p. 15-16).

A saúde coletiva, na referência de Mishima; Matumoto e Pinto (2002), direciona o conteúdo interdisciplinar como uma possibilidade “de reordenamento de um conjunto de práticas relacionadas à questão da saúde, diante da necessidade de outros saberes, além dos da medicina, para a compreensão do processo saúde-doença e da convivência cotidiana entre diferentes profissionais”.

A interdisciplinaridade, portanto, na referência da saúde coletiva, propõe a integração dos saberes e práticas, como forma possível de apreender o processo saúde-doença dos seres humanos culturais, ultrapassando o saber da clínica³¹, através da confluência dos diversos saberes, de diferentes profissionais.

³⁰ “A transdisciplinaridade corresponde a uma radicalização da interdisciplinaridade, pela articulação de um amplo conjunto de disciplinas em torno de um campo teórico e operacional particular, sobre a base de uma axiomática comum e envolvendo um sistema de disciplinas articuladas em diferentes níveis, cuja coordenação se daria pelas finalidades e axiomática comuns. Esse tipo de integração possibilita o desenvolvimento de teorias e conceitos transdisciplinares, cuja aplicação é compartilhada por diferentes disciplinas e abordagens que atuam num campo teórico e operacional” (PORTO; ALMEIDA, 2002).

³¹ A modelagem da programação abarca as necessidades advindas do social, e a consulta médica fica subsumida dentro do processo de trabalho, ou seja, a consultação é utilizada como mais um instrumento de atuação, não necessariamente o predominante, dependendo da situação apresentada. Como exige o conhecimento da área da epidemiologia, o modelo da programação abre possibilidades para apreender o objeto de trabalho de forma coletiva, possibilitando conhecer as características comuns dos seres

Na concepção da saúde coletiva, a enfermagem é entendida como prática de relações, utilizando um saber tecnológico³², o qual se estrutura de acordo com o contexto histórico em que está inserida. “Esta prática social apresenta grande possibilidade de contribuir para a construção de um saber interdisciplinar na saúde coletiva, segundo a direção (...) de estabelecer trânsito dos ‘sujeitos dos discursos’ para criar uma nova práxis” (MISHIMA; MATUMOTO; PINTO, 2002, p. 3).

Na referência das agentes sociais participantes do estudo, o trabalho da enfermeira aparece como elo de interligação das ações do trabalho dos diferentes profissionais e a comunidade, na indicação dos grupos de diferentes situações de risco ou de vulnerabilidade biossocial.

O enfermeiro na saúde coletiva é um dos itens mais importantes, é o que mais trabalha na saúde, porque ele atua em todas as fases, todos os processos, tem que ter o enfermeiro, ele é o que atua diretamente interligando as ações, os outros profissionais da equipe. Não sei se funcionaria se não tivessem os enfermeiros na rede básica, no trabalho com a comunidade, porque ele está envolvido em todos os setores, sem ele eu acho que a maioria desses programas não teriam continuidade. (ent. 19 UBS_ABS).

Para mim o trabalho da enfermagem é essencial em saúde coletiva, porque nós temos a própria formação, praticamente na saúde coletiva, quem puxa os programas e os coordena em geral é a enfermeira; a nossa formação e toda a nossa bagagem faz de nós uns dos profissionais chaves da saúde coletiva. Eu acredito que o trabalho da enfermeira possibilita a promoção da saúde, porque nós não ficamos sentados, a gente procura a saúde e isso é essencial, por isso o trabalho da enfermagem com a saúde coletiva tem tudo a ver. Porque eu acredito que os objetivos do trabalho da enfermagem são principalmente os coletivos, que é o mesmo da saúde coletiva. Em geral, eu acho que é um dos profissionais que aproxima bem aos objetivos da saúde coletiva pela a sua própria experiência, bagagem, formação, aproximação com o cliente, também eu acho que a enfermagem tem esse lado mais humano,

humanos em seus diferentes ambientes em que se relacionam, formando situações de saúde e de doença.

³² “(...) tecnologia refere-se aos nexos técnicos estabelecidos no interior do processo de trabalho entre a atividade operante e os objetos de trabalho, através dos instrumentos de trabalho. (...) o termo tecnologia é compreensível dentro de um contexto de significações ao qual foi atribuído o caráter de ideológico” (MENDES-GONÇALVES, 1994, p. 18)

mais acolhedor, pela sua própria história mesmo da enfermagem.(ent. 14 UBS_ ASF).

Eu acho que depende da enfermeira o funcionamento, ela vai ter que fazer funcionar, ela é fundamental na equipe, porque como enfermeira articula o trabalho, acho que mesmo no hospital a enfermeira é essencial, para ela organizar ela tem que fazer um elo com toda a equipe. (ent. 8 UBS_USF).

Visualiza-se que a ação do trabalho da enfermeira, nas falas das agentes, mostra-se como ação que conduz a diversidade dos saberes e práticas dos profissionais, para o possível limite complexo das necessidades culturais dos seres humanos. As agentes entendem que esta condição de condutora da diversidade é tangível pela própria formação acadêmica da enfermeira, na referência do trabalho imediato, que lhe autoriza esta característica no conjunto dos agentes sociais do trabalho.

Parece, também, diante dos depoimentos, que o instrumento de trabalho com característica interdisciplinar, na ação do trabalho da enfermeira, necessita articular a força de trabalho como forma possível de integrar saberes e diferentes profissionais em torno de um *bem comum*, através do referencial de equipe, no processo de trabalho em saúde. Ou seja, a interdisciplinaridade é constituída da interação de diversas disciplinas e saberes, condicionados pelos diferentes profissionais, os quais compõem a força de trabalho em saúde, visualizada neste momento do estudo, na especificidade da modelagem da programação.

Mishima; Matumoto e Pinto (2002), apoiadas em Campos (1997), observam que a construção da interdisciplinaridade dentro da equipe de saúde vai se conformando a partir da “identificação e respeito pelo núcleo de competência e responsabilidade de cada profissional, aquilo que é específico em termos de saberes e responsabilidades e pelo campo de competência e responsabilidade comuns a todos os trabalhadores de saúde”.

Nesta ordem, a fala referida, como exemplo, a seguir apresenta a preocupação da agente social em estar atuando em uma equipe, enfatizando a importância do seu conhecimento dentro do coletivo de trabalho.

Para mim um dos instrumentos é o fato de poder estar trabalhando em equipe multidisciplinar, eu acho que isso é um instrumento (...), mas o principal instrumento para enfermagem é o conhecimento. O conhecimento no trabalho é importante, eu acho que nós seremos bons profissionais a partir do momento em que a gente usar nosso conhecimento e produzir mais em todos os aspectos para poder estar melhorando, então eu acho que o principal instrumento é o conhecimento, (...) que a gente busca, eu pelo menos tenho buscado através de experiências de outros colegas, perguntando, ligando para professores, perguntando como é que eu faço, como é que eu resolvo, experiência de outros colegas. (ent. 30 – UBS_APA).

O significado de equipe como instrumento de trabalho, nesta aparente confusão conceitual³³, está na realidade ligado à concepção das enfermeiras, de que a equipe de trabalho necessita de princípios que as norteiem na efetivação da finalidade do trabalho, seja ele qual for. Desta forma, para que um conjunto de ações de diferentes trabalhadores ordene um produto, esse conjunto necessita modelar-se em um trajeto metódico, que se pode traduzir em um modelo de ação e, como um instrumento de organização tecnológica que alinhe as ações por meios, para um fim determinado. Isto posto, concorda-se com esta observação de Mishima; Matumoto e Pinto (2002, p. 4). apoiados em Almeida Filho (1997): “a possibilidade de comunicação não entre campos disciplinares, mas entre agentes em cada campo através da circulação não dos discursos (pela via da tradução), mas pelo trânsito dos sujeitos dos discursos”.

Diante dessas considerações, afirma-se que a construção da interdisciplinaridade, na ação do trabalho da enfermeira, necessita do instrumental do

³³ A aparente confusão conceitual está no fato de que a equipe de imediato reportaria ao conceito de força de trabalho, mas aqui ela está na ordenação da organização da ação, no trânsito dos sujeitos no ambiente de trabalho, e neste sentido de equipe pode ser entendida como instrumento, como forma de organizar no mérito dos sujeitos.

conhecimento coletivo integrado, na referência da equipe de trabalho, na interdependência do conhecimento particular da enfermeira.

Nesta direção, entende-se a equipe de saúde como um campo de atuação de diversos profissionais e seus saberes diversos, direcionados ao desenvolvimento do trabalho voltado às necessidades individuais e coletivas do objeto/sujeito cultural. Portanto, para construir o processo de trabalho direcionado às questões culturais do objeto/sujeito, é necessário que os profissionais de saúde, numa aproximação aos escritos de Mishima; Matumoto e Pinto (2002) apoiados em Peduzzi e em Nunes, reconheçam as desigualdades no trabalho, bem como visualizem os problemas sociais, como “a iniquidade, a insegurança social e a deterioração do ambiente” (Peduzzi, 1999), buscando produzir saúde, através da instauração “de uma lógica ética e socialmente solidária” (Nunes, 1994).

Nesta correspondência, aproxima-se a racionalidade ambiental³⁴, manifestada por comportamentos humanos em harmonia com a natureza, na formação de uma nova ética, com princípios de uma “vida democrática e em valores culturais que dão sentido à existência humana” (LEFF, 2001, p. 85). A racionalidade instrumental, por meio de um sistema de meios eficazes, cria vínculos técnicos, funcionais e operacionais, potencializando o desenvolvimento da conformação ética, que se preocupa com os valores culturais, buscando a equidade, a solidariedade e a dignidade dos seres humanos.

O depoimento da agente enfermeira, transcrito a seguir, refere o processo de trabalho na confluência com outros profissionais e seus diferentes saberes, junto à modelagem da programação, concretizado por meio dos programas.

Na parte da enfermagem, sou eu e mais duas auxiliares, tem o médico, o dentista, o nutricionista, o assistente social; normalmente qualquer problema que tenha, se tem uma dúvida daquilo,

³⁴ “A racionalidade ambiental incorpora assim as bases do equilíbrio ecológico como norma do sistema econômico e condição de um desenvolvimento sustentável; da mesma forma se funda em princípios éticos (respeito e harmonia com a natureza) e valores políticos (democracia participativa e equidade social), que constituem novos fins do desenvolvimento e se entrelaçam como normas morais nos fundamentos materiais de uma racionalidade ambiental” (LEFF, 2001, p. 85).

normalmente a gente conversa entre nós e procura chegar numa conclusão em conjunto, para a gente orientar aquelas pessoas. Mas nos grupos participam todos, eu, o médico, assistente social, o dentista, a nutricionista, todos participam no grupo, seja no grupo de puericultura, hipertensos, diabéticos (...). (ent. 4 UBS_ABS).

Nós temos aqui médicos, assistentes sociais, nutricionistas, a gente atua juntos no grupo de hipertensos, por exemplo, trabalhamos entre médicos, enfermagem, assistente social, o grupo. Na puericultura, a enfermagem e a nutricionista. Nós temos aqui no posto também o pessoal da faculdade que vem para cá fazer o estágio de obstetrícia, e aí faz a consulta de enfermagem, e a gente está sempre interagindo com todos, por isso é bom ter uma equipe para poder abranger o maior número de necessidades possíveis apresentadas pelos pacientes. (ent.1 UBS_ABS).

Na reflexão dos depoimentos mencionados, percebe-se que a enfermeira visualiza a equipe de trabalho como facilitadora do processo de trabalho coletivo, na especificidade dos grupos, na conformação programática do trabalho, que apreende as necessidades do objeto/sujeito particular em cada campo de saberes e práticas (trabalhadores), para atuar no coletivo.

Segundo Mishima; Matumoto e Pinto (2002, p. 4), citando Gomes e Deslandes (1994), a disciplinaridade diante da interdisciplinaridade não pode ser anulada, “assim como não significa a justaposição de saberes, também não anula a especificidade de cada campo de saber. Ela, antes de tudo, implica numa consciência dos limites e das potencialidades de cada campo de saber para que possa haver uma abertura em direção de um fazer coletivo”.

A partir destas considerações sobre a força de trabalho como forma possível de construir uma proposta interdisciplinar, na modelagem da programação no trabalho da enfermeira, aproxima-se os instrumentos de atuação mais micro (no interior da ação do trabalho), os quais são utilizados pela força de trabalho, com o propósito interdisciplinar de identificar as necessidades do objeto/sujeito cultural.

Diante da identificação deste instrumental mais micro, no processo de trabalho da enfermeira, atenta-se para uma tendência possível através do (re)direcionamento da

atenção básica, através do Programa de Saúde da Família, o qual utiliza o instrumental da visita domiciliar³⁵ ao domicílio do objeto/sujeito família como proposta de integração da ação do trabalho.

Os fragmentos das falas das agentes sociais do estudo referem a utilização do instrumento da visita, como forma de aproximação ao contexto social do objeto/sujeito de seu trabalho.

(...) nosso trabalho é dentro da comunidade, com visitas domiciliares, a fim de conhecer as famílias, e então poder formular grupos, através dos programas, de acordo com a necessidade que a comunidade apresenta, que a família, que as pessoas dessa família apresentam de necessidades; então, atuo na visita conhecendo a família, seus hábitos, suas fragilidades, e nos grupos coloca-se em prática todos os conhecimentos adquiridos nas visitas. (ent.7 UBS_ASF).

Hoje em dia, no PSF [Programa de Saúde da Família], a equipe vai até as pessoas, ou seja, a gente entra no lar da família, onde ela convive, na escola, na igreja, onde ela frequenta, o clube, associação do bairro, no próprio posto de saúde a gente trabalha bastante na prevenção; outra ação é que trabalhamos com grupos de crônicos, ou seja, hipertensos e diabéticos, depois vêm o grupo de puericultura, grupo de gestante, que é a saúde da mulher, e a saúde da criança também; então, é bem gostoso trabalhar com a saúde coletiva, sendo aquilo tu gosta, que tens uma tendência, eu acho que o trabalho sai muito melhor e fazer aquilo que a gente gosta, é unir o útil ao agradável. (ent. 9 UBS_ASF).

A identificação do objeto/sujeito cultural, na utilização do instrumental da visita, na ação do trabalho da enfermeira, se mostra a partir do conhecimento da diversidade cultural na unidade coletiva família, ou seja, a percepção sobre seu objeto/sujeito do trabalho se constrói através do coletivo focal da família, com

³⁵ “A visita domiciliar (VD) é um instrumento de intervenção fundamental da estratégia de Saúde da Família, utilizado pelos integrantes das equipes de saúde para conhecer as condições de vida e saúde das famílias sob sua responsabilidade. Para isso, devem utilizar suas habilidades e competências não apenas para o cadastramento dessas famílias, mas também e principalmente, para a identificação de suas características sociais (condições de vida e trabalho) e epidemiológicas, seus problemas de saúde e vulnerabilidade aos agravos de saúde”. (TAKAHASHI; OLIVEIRA, 2001, p.1).

perspectiva de atuação no coletivo mais abrangente, na homogeneização da diversidade cultural dos seres humanos.

Nos escritos de Arendt (1998), a família, no contexto político, aparece como uma forma organizativa entre os homens, na qual “o parentesco significa, em diversos graus, por um lado aquilo que pode ligar os mais diferentes, e por outro, aquilo pelo qual formas individuais semelhantes podem separar-se de novo uma das outras e uma contra as outras” (ARENDR, 1998, p. 22).

A visita ao domicílio possibilita, portanto, a integração do trabalho da agente social enfermeira com os demais profissionais da saúde, proporcionando a visualização das necessidades culturais do objeto/sujeito família de diferentes focos, na busca de unificação desses saberes, no objeto/sujeito coletivo.

Fazendo uma relação com os depoimentos referidos anteriormente, buscou-se conhecer os instrumentos mais específicos, dentro da proposta interdisciplinar, nas UBS_ABS e UBS_APA, apresentando alguns fragmentos de falas das agentes sociais.

(...) o reconhecimento das doenças que atacam a saúde coletiva, que são doenças que a gente sabe que é importante saber fazer o primeiro diagnóstico (...) ter conhecimento da parte fisiológica do organismo, tanto da criança, quanto a do adulto, para você saber diagnosticar, fazer o próprio diagnóstico de enfermagem, saber um pouco de clínica; eu acho que o enfermeiro de saúde pública tem que saber um pouco de clínica, tem que saber patologia, (...) ter conhecimento burocrático, porque tem que saber lidar com a papelada, é muito importante saber organizar-se no serviço; ter conhecimento dos programas que estão chegando. (ent. 5 UBS_ABS)

Nosso instrumento aqui principalmente é a idéia de que todo o mundo tem que se ajudar. (...) A gente trabalha cada um no seu setor, mas é todo mundo buscando um bem comum, que é a saúde do paciente, que é resolver aquela situação de emergência. A gente está todos a postos para não deixar que alguma emergência seja negligenciada. Então, o que a gente mais cuida no nosso turno durante o plantão é que o paciente seja atendido conforme o grau de gravidade da sua patologia. (ent. 26 UBS_APA).

Parece que os instrumentos utilizados nestas formas organizativas do trabalho preocupam-se com as necessidades culturais, na dimensão da clínica, não respondendo às necessidades mais abrangentes, no que se refere aos modos de andar da vida do coletivo. Porém, a visualização que se percebeu no capítulo anterior acerca da necessidade/objeto do trabalho, tanto a UBS_ABS quanto a UBS_APA não apresentaram a diferença de apropriação do objeto/sujeito particular, numa perspectiva no coletivo, mostrando diferença no modo de interação com o objeto/sujeito cultural, através do instrumental de trabalho.

Identifica-se, portanto, que a interdisciplinaridade se mostra na forma de instrumentos de trabalho utilizados pelas enfermeiras, numa atuação mais micro, como forma de aproximação da necessidade particular do objeto/sujeito, na singularidade de seu adoecimento³⁶. O cotidiano³⁷ dos seres humanos “deve abarcar o verdadeiro significado do direito à saúde e o conjunto de representações populares a respeito da doença e da saúde, das instituições e serviços (...)”. (PINHEIRO, 2001, p. 66).

A noção de integralidade, nos escritos de Pinheiro (2001, p. 65), adquire caráter “polissêmico”, ou seja, assume uma conotação de vários sentidos, no âmbito das políticas de saúde³⁸, delineada como

uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, em planos distintos de atenção à saúde (plano individual – onde se constrói a integralidade no ato da atenção individual – e o plano sistêmico – onde se garante a integralidade das ações na rede de serviços), nos quais os aspectos subjetivos e objetivos serão considerados.

³⁶ Na referência da singularidade do adoecimento humano sugere-se a leitura de Castiel (1994), que apresenta uma discussão acerca da abrangência do conhecimento da epidemiologia e a clínica na singularidade do viver e morrer.

³⁷ O cotidiano “é um espaço condicionado por contextos distintos, pessoas, coletividades, que são determinadas no tempo e espaço, em uma relação dialética de cooperação e conflito, sendo essas as bases da vida comum”. (PINHEIRO, 2001, p. 66).

³⁸ As políticas públicas de saúde foram apresentadas no subcapítulo “Focalizando o objeto nas Políticas Públicas de Saúde”, contido neste estudo.

Nesta referência, aproxima-se a modelagem da programação, como uma ação que contempla a relação demanda e oferta, no âmbito individual e coletivo, ou seja, por meio desta modelagem é possível adsorver os “planos distintos de atenção à saúde”, por meio da proposta de atendimento da demanda espontânea e demanda programada.

Os depoimentos das agentes sociais, a seguir, reforçam estas observações, ao retratar a ação do seu trabalho, vinculada aos programas de saúde específicos, instituídos, por meio de atuação nos grupos, como forma de atender as necessidades e aspirações da população, a partir de seus interesses e necessidades socioambientais.

Nós aplicamos nosso trabalho para a comunidade da área, nós chamamos de pessoas de área e fora da área, que são pessoas que vêm mas não são do bairro (...) a gente trabalha com eles através dos grupos, de reuniões, a gente tenta fazer sempre reuniões com a comunidade, nos grupos, para tentar ver o que está errado no posto e o que não está de acordo com as necessidades da população e o que está bom, que deveria continuar. (ent. 5 UBS_ASF).

Eu acho que aqui no município a gente aplica [refere-se ao seu trabalho] para crianças, através das palestras nas escolas, para jovens, nos grupos de jovens, quando a gente fala em prevenção da gravidez, num determinado grupo de hipertensos, diabéticos, grupo de gestantes, então tem uma faixa muito ampla (...). (ent. 20 UBS_ABS).

Acho que o trabalho atinge todos, pois tu não estás determinado a uma área, por exemplo, clínica médica ou pediatria. Na saúde pública tu trabalhas com todos as gestantes, idosos, crianças, diabéticos... geralmente dentro dos programas... esse cliente é amplo, e diverso. (ent.11 UBS_ABS).

Percebe-se, diante dos depoimentos, que através do trabalho das enfermeiras com o coletivo, através dos grupos de riscos específicos e as famílias, tanto para as agentes sociais que atuam na UBS_ABS, quanto na UBS_ASF, a partir das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, tentam exercitar a integralidade da atenção à saúde. O sentido de integralidade nestes exemplos anteriores inclui o sentido

de encontro, ou seja, o encontro do objeto/sujeito com a equipe, o qual “haveriam de prevalecer, sempre o compromisso e a preocupação de se fazer a melhor escuta possível das necessidades de saúde trazidas por aquela pessoa que busca o serviço, apresentadas ou ‘travestidas’ em alguma(s) demanda(s) específicas”. (CECÍLIO, 2001, p. 116).

A demanda³⁹ representa um aspecto importante na construção da modelagem da programação, que busca ultrapassar o limite das doenças, delimitada pela demanda espontânea, por meio da demanda programada, a qual se dirige aos grupos populacionais com riscos diferenciados, possibilitando a expansão do alcance da ação do trabalho da enfermeira, aproximando-se dos princípios da integralidade.

A fala referenciada pela agente social, a seguir, reporta para o significado da demanda, na conformação da modelagem da programação no seu trabalho, sendo ela espontânea e/ou programada.

O nosso trabalho é direcionado praticamente para demanda que vem no posto, exceto aqueles grupos que eu te falei que a gente vai atrás, os hipertensos, as gestantes, os diabéticos, para incluir na demanda que vem no posto, e mais as famílias que são atendidas na visita domiciliar. (ent. 29 UBS_ASF).

A referência da oferta e da demanda apresenta uma conotação política⁴⁰, pois esta somente acontece na pluralidade⁴¹ dos seres humanos, ou seja, a política se

³⁹ Um dos pontos de diferenciação contida no modelo da programação, está na proposta do atendimento da demanda espontânea e a demanda programada, a primeira satisfaz a necessidade da consulta médica imediata; e a segunda, propõe “incrementar a saúde da população como um todo” (SCHRAIBER et al, 1993, p. 46), expandindo a intervenção para além da necessidade imediata, que caracteriza a demanda espontânea.

⁴⁰ A oferta e a demanda, na relação com os serviços de saúde, por sua vez, são utilizadas “como categorias de análise capazes de apreender essa prática, que não é somente assistencial e tecnológica, mas também é política (...).(PINHEIRO, 2001, p. 67). A relação entre oferta e demanda pode ser utilizada como “marcador contínuo que permite identificar os limites, possibilidades, e mesmos os desafios, de se garantir a integralidade nos serviços de saúde”. (PINHEIRO, 2001, p. 67).

⁴¹ “A política baseia-se na pluralidade dos homens. (...) A política trata da convivência entre diferentes. (...) o homem é a-político. A política surge no entre-os-homens; portanto fora dos homens. Por conseguinte, não existe nenhuma substância política original. A política surge no intra-espaço e se estabelece como relação”.(ARENDT, 1998, p. 21-22-23).

perpetua na relação entre os homens, por meio de ações executadas. Nesta referência, a integralidade, visualizada por meio da oferta e da demanda, compõe-se de ações dirigidas para “iguais” na referência da humanidade, porém para diferentes no que se refere à particularidade de cada ser humano cultural, no trabalho em saúde, na especificidade da modelagem da programação.

Remetendo ao quadro de referência teórico, o qual subsidia o estudo, resgata-se uma passagem que refere a modelagem da programação como “tecnologia de intervenção, a qual postula um processo de permanente estímulo a demandas nem sempre reconhecidas pelo doente como necessidade já dada, fundada na própria noção da prevenção e promoção da saúde”. (SCHRAIBER et al., 1993, p. 27). Desta forma, a ação programática utiliza diagnósticos coletivos para definir seu produto de trabalho.

As falas das agentes sociais, a seguir referenciadas, remetem à intenção da ação do seu trabalho, voltada à proposta de integralização, por meio dos princípios da universalidade e equidade⁴², nas ações programáticas.

O trabalho da enfermagem se aplica para todos, todos que vêm aqui não têm diferença (...) Por exemplo, a enfermagem tinha trabalho com mulheres e homens diferentes, eu penso que é o atendimento geral, integral para todo mundo, não tem educação para um diferente, é educação para todos, não tem diferença desde a mãe, o nenê até gestante, o pai, que vem no pré-natal, todos têm a mesma orientação. (ent. 23 UBS_ABS)

A população em geral, porque nós lidamos com toda a parte pública, nós trabalhamos no posto de saúde e tanto os agentes comunitários que têm as micro-áreas de atuação, a população em geral, a gente tem diversos segmentos, diversas camadas sociais, culturais, então a população como um todo, não temos um setor pré-definido, ou o único escolhido para atuar em si, a gente atua em todas as faixas, em todas as camadas socioeconômicas e culturais, ou até em termos de enfermidades crônicas degenerativas, em todas as patologias, a gente não escolhe só um caso para atuar, na

⁴² “Universalidade, integralidade e equidade da atenção constituem um conceito tríplice, entrelaçado, quase um signo, com forte poder de expressar ou traduzir de forma muito viva o ideário da Reforma Sanitária Brasileira. A cidadania, a saúde como direito de todos e a superação das injustiças resultantes de nossa estrutura social estão implícitas no tríplice conceito-signo” (CECÍLIO, 2001, p. 113).

parte pública não se pode ficar selecionando o campo de atuação, se trabalha com crianças, gestantes, hipertensos, diabéticos. (ent. 19 UBS_ABS).

Visualiza-se diante dos depoimentos que a integralidade das ações de saúde se mostra vinculada às necessidades básicas culturais, por meio dos grupos específicos instituídos, bem como da demanda que aporta na unidade.

Destaca-se ainda, o instrumental utilizado pelas agentes sociais que ocupam a posição na UBS_ABS, na coordenação dos programas de saúde, as quais referenciam instrumentos de ação política como forma possível de agregar saberes diversos.

Todos nós que trabalhamos na saúde temos que participar do Conselho de Saúde, ver o que está acontecendo em nível de saúde pública no município, no estado, por que a saúde pública no município está assim. Porque a saúde pública que a gente faz tem um elo com a coordenadoria regional do Estado e com ministérios, os programas vêm do Ministério com suas normas, diretrizes, critérios, a gente implanta no município; cada um tem sua realidade; aqui vem de cima para baixo (...). (ent. 20 UBS_ABS).

Visualiza-se que a interdisciplinaridade⁴³ aparece de formas diversas no processo de trabalho, na especificidade da modelagem da programação, e ainda mais, na posição da agente de coordenação, a qual requer uma ação política frente às ações implementadas na construção dos programas de saúde, a fim de flexibilizá-los às necessidades culturais dos seres humanos, na particularidade da região, do município.

Diante das discussões acerca da interdisciplinaridade como instrumento de trabalho possível, para atuar no objeto/sujeito cultural, verificou-se que este instrumental, na modelagem da programação, necessita da cooperação e da agregação

⁴³ As considerações de Porto e Almeida (2002, p. 12), citando Minayo (1994), referem que a interdisciplinaridade não apresenta uma uniformidade, dificultando a construção de um conceito universal. Diante disso, a autora acredita que há duas formas de interdisciplinaridade: “uma implícita, interna, própria da racionalidade científica, que, pelo avanço de conhecimentos, acaba criando novas disciplinas; e outra constituída externamente por campos operativos que articulam ciência, técnica e política, sobretudo, por meio de intervenções sociais, como é o caso da saúde pública”.

da força do trabalho, possibilitando assim a visualização de focos distintos, as necessidades culturais dos seres humanos.

Nesta correspondência, a própria organização estabelece, por meio da ação dos agentes do trabalho, o teor de dificuldades para a concretude do trabalho cooperativo, ou seja, o sentido de cooperação pode estar para as agentes enfermeiras fora de sua ação no “trabalho em equipe”, entendido por elas como a forma ágil de cooperação, como exemplificado abaixo, encontrando significados diferentes conforme a disposição organizativa do trabalho.

É meio difícil ter trabalho em equipe, até porque aqui não tem equipe, no posto a gente tem o auxiliar, a equipe, mas aqui a gente é mais ou menos sozinha... aqui é assim que funciona..., às vezes tem um ofício para fazer, é a gente que tem que fazer, não tem quem faça, sabe, então fica difícil..., mas, claro, a gente tem sempre os amigos, a gente pede, “me manda tal coisa”, sempre tem. (ent. 24 UBS_ABS).

Falta um pouco de comunicação entre os turnos, não entre a equipe da manhã e da tarde, mas entre os turnos. Foi a manhã, a manhã algum furo que fica, alguma coisa, foi à tarde e assim sucessivamente. Acho que falta não sei se reuniões, de repente reuniões periódicas, pra gente trocar idéias. É muito fechado o grupo da manhã, tanto a equipe de enfermagem, quanto a equipe ali da frente burocrata também, muda toda a tarde e a noite e então fica alguma coisa pendente assim, acho que teriam que ter de repente reuniões periódicas, mas é difícil. (ent.1 UBS_APA).

Ao ser referida, na fala acima, a possibilidade de comunicação entre os agentes sociais no trânsito dos discursos, e a impossibilidade de comunicação entre setores, através dos campos de circulação dos sujeitos do discurso, o exemplo a seguir propicia esclarecimento acerca da maneira como a enfermeira entende este trânsito, portanto, movimento.

Eu acho que uma das coisas que é um instrumento de trabalho é gostar do que eu faço, não sei se para ti é, porque para mim primeiro tu tens que gostar, depois tu tens que saber, porque tu gostas, tens que saber que tu não sabes tudo, que estás sempre

aprendendo. Eu uso muito a palavra como instrumento de trabalho, na organização estou aprendendo a me organizar, não deixa de ser um instrumento, saber o que tu queres, qual é a tua prioridade, isso é muito difícil, porque às vezes tu queres tanta coisa que acabas não conseguindo organizar nada, então eu estou aprendendo isso aos poucos, aí se torna um instrumento de deter um objetivo, sempre ajuda, (...) eu acho que com o instrumento de trabalho tu atuas em cima do problema, é o pouco que eu sei. (ent. 8 UBS_USF).

Por outro lado, o não-desenvolvimento de um trânsito organizativo do/no trabalho gera as dificuldades em projetar e produzir um produto comum, no sentido da unidade de produção de um trabalho coletivo, com teor interdisciplinar. Isto é principalmente referido pelas agentes enfermeiras que atuam nas UBS_APA e, em seguida, pelas enfermeiras das UBS_ABS, na referência da unidade básica de saúde/posto. Um possível conciliador da necessidade do trabalho em equipe e seu desenvolvimento aparece para aquelas enfermeiras que referem o modelo organizativo de trabalho da saúde da família (UBS_ASF).

Nesta direção, fica claro nas falas das agentes, já apresentadas, que trabalham na estrutura organizativa e tecnológica da UBS_ABS e da UBS_APA, que o significado de trabalho cooperativo, representado no trabalho em equipe, como referido anteriormente, apresenta dificuldades de correspondência no próprio trabalho desenvolvido. Cabe ainda apontar que este significado encontra aderência na ação, para aquelas enfermeiras que trabalham nas UBS_ASF, referenciadas no exemplo a seguir, embora as dificuldades não deixem de existir. No entanto, o que parece diferir é a forma ágil de organizar o trabalho para que o trajeto de execução, pela ação das agentes particulares deste estudo e os outros trabalhadores da “equipe” de trabalho, concretizem a cooperação.

O trabalhar em equipe: aqui nós temos uma equipe de trabalho ótima, todos têm as suas argumentações, como eu tenho, e todos têm uma coisa, que dá pra gente trabalhar bem, acho que tem respeito, tem que haver, eu vim pra cá trabalhar com pessoas, na busca de trocar saberes e aqui nós interagimos muito bem, principalmente nos grupos é super bom. (ent. 8 UBS_ASF).

Acho que é a ação que é realizada, junto com cada membro da equipe, é uma parcela do trabalho. (...), por exemplo, na visita domiciliar, vou eu e o médico e a auxiliar, nós vamos fazer o diagnóstico dessa família e a partir disto, fazer, agir sobre as necessidades da família, pode ser necessária uma orientação sobre alimentação do bebê, para o exame de revisão da puérpera, onde eu atuo... pode ser necessária uma medicação, o médico atua e por aí vai, e isso aí... depende muito da situação. (enf. 7 UBS_ASF).

A correspondência do trabalho cooperativo se expressa na representação empírica construída pelas agentes do trabalho, na qual a racionalidade instituída, para o trabalho cooperativo, é desenvolvida nas inter-relações de mútua ajuda no nível da relação de um agente do trabalho para com o outro. Isto é de extrema validade para o desenvolvimento do trabalho cooperativo, mas a forma tecnológica de organização não é referenciada como processo que produz cooperação, significando uma intenção ideada ainda em si e não fora dos agentes, na organização do trabalho, representadas nos depoimentos a seguir.

Trabalho cooperativo é estar atento, estar todo mundo sempre disposto a ajudar o outro, sempre estar ao alcance, sempre procurando formas também para facilitar o trabalho do outro, um do outro. (enf. 3 UBS_ABS).

(...) é um trabalho que todos cooperam, todos colaboram, entende? Para uma finalidade. (...) trabalho cooperativo! Tu pensas em fazer alguma coisa, tu tens ajuda, colaboração, tu também podes ajudar e colaborar com os outros, inclusive com a pessoa que procura o serviço tem que ter essa troca, não é só receber, receber, tem que haver essa troca. Acho que é isso trabalho cooperativo. (ent. 24 UBS_ABS).

Uma equipe multidisciplinar, interdisciplinar, é a cooperação entre os profissionais, não só os técnico-científicos, mas toda a equipe, desde a faxineira até a secretária, eu entendo como isso, tu tens um trabalho que tem objetivos a cumprir, tem que ter a cooperação de todos, não só do posto, mas de todos os profissionais da saúde, de várias áreas, é isso (...) o trabalho da enfermagem é a base, mas eu acho que ainda a enfermagem não sabe trabalhar numa cooperação, ela está ainda muito preocupada em mostrar qual é o papel dela, qual é o serviço dela na equipe, só que não está sabendo trabalhar ainda nessa equipe, eu não vejo muita troca,

principalmente entre os médicos e enfermeiros eu não vejo muita troca, em cidade menor, aqui... ainda tem aquela coisa, o médico lá em cima, a enfermeira... como uma simples empregadinha, já aconteceram casos aqui em... do médico me mandar fazer cafezinho, já... eles têm essa visão, claro que eu não me irrito mais com isso, porque quando eu saí da faculdade eu não podia ver esse tipo de coisa, que eu gritava, me alterava, hoje eu estou com outra tática, eu tento explicar, tento convencer. Então, eu acho que nesses termos o posto está crescendo, só que muito devagar, e eu acredito que toda essa região seja assim, bem diferente do que lá... se trabalham de igual para igual tem uma troca, aqui ainda é assim, está muito devagar, ainda tem aquela diferença. (ent. 28 UBS_ABS).

Diante das discussões aproximando a racionalidade instrumental ao processo de trabalho em saúde, foi possível referir que a enfermeira utiliza o instrumento de trabalho da programação, conformado pelos grupos específicos instituídos, na referência da força de trabalho produtiva, por meio da interdisciplinaridade, codificada pelo trânsito dos sujeitos no discurso, traduzida no trabalho de cooperação, a enfermeira busca a integralidade da ação, a qual proporciona a visualização do objeto do trabalho, por meio de diferentes olhares, através da diversidade dos saberes e práticas em saúde, na medida em que absorve e sustenta as propostas integrativas de saúde, no ambiente de trabalho.

Percebeu-se, ainda, que esta proposta integrativa não deve ultrapassar a especificidade de cada saber, reconhecendo seus limites de abrangência, no que se refere aos potenciais de cada conhecimento, para a busca da unificação dos saberes para que se possa convertê-los, na direção do trabalho com o coletivo.

Nesta direção, a racionalidade instrumental, na conformação da racionalidade substantiva, apreende as ações do trabalho em saúde, com o pensamento da complexidade, construindo “novas formas de organização social e produtiva, integrando processos de diferentes ordens de materialidade e racionalidade” (LEFF, 2001, p. 138).

Diante disto, refere-se que as enfermeiras buscam a integralidade da ação, como forma de interação com o objeto/sujeito cultural, na referência da força do trabalho,

codificada pela equipe de saúde, utilizando a modelagem da programação, na busca pelo conhecimento coletivo integrado, na interdependência do particular, para produzir saúde, como forma do produto do trabalho da enfermeira, o qual será delineado na categoria temática: a Racionalidade Substantiva e a produção pelo Trabalho da enfermeira, apresentado a seguir.

4.3 - A Racionalidade Substantiva e a Produção de Saúde pelo trabalho da enfermeira

A partir da discussão dos componentes do processo de trabalho da enfermeira, na modelagem da programação, nos capítulos anteriores, identificou-se como necessidade/objeto o ser humano cultural, o qual delineou como instrumento/força do trabalho a interdisciplinaridade e integralidade da ação, no processo de interação com o objeto/sujeito cultural, na referência das racionalidades cultural, instrumental e substantiva.

Nesta seqüência, propõe-se identificar o produto do trabalho da enfermeira, construído a partir do processo de trabalho em saúde, o qual permite direcionar a finalidade/produto à busca da produção de saúde, como proposta possível de satisfação das necessidades do objeto/sujeito cultural, na dimensão particular e coletiva.

Para tanto, visualiza-se a finalidade⁴⁴ do trabalho da enfermeira na modelagem da programação, como forma de apreciação do produto do trabalho, na

⁴⁴ “Substancialmente a dignidade de um ser racional consiste no fato de que ele não obedece a nenhuma lei que não seja também instituída por ele mesmo” .(ABBAGNANO, 1982, p. 259).

correspondência da racionalidade substantiva, a qual inclui a solidariedade⁴⁵ e a dignidade do objeto/sujeito cultural do trabalho, por meio dos princípios que almejam “fomentar o pleno desenvolvimento das capacidades (produtivas, efetivas e intelectuais) de todo ser humano”, buscando a satisfação das necessidades básicas e uma melhor qualidade de vida; atender às necessidades e aspirações da população, a partir de seus interesses e contextos culturais, fortalecendo os direitos de autonomia cultural” (LEFF, 2001, p. 138-139).

Segundo Marx (1985, p. 205), “o produto é um valor-de-uso, um material da natureza adaptado às necessidades humanas através da mudança de forma”. Desta maneira, o produto do trabalho é um processo flexível, no qual a ação do trabalho é que o modifica, transformando-o, ou seja, através da identificação das necessidades assumidas como finalidade para transformar o objeto por meio dos instrumentos para modelar o produto do trabalho.

Diante desta referência teórica, aproxima-se a produção de saúde, como produto do trabalho que se modifica, na correspondência da necessidade do objeto/sujeito, assumida como finalidade satisfeita mediante processo de interação socioambiental. Para tanto, utiliza-se o conceito de produção de saúde de Cezar-Vaz et al. (2001, p. 15), (já referenciado anteriormente no quadro de referência teórico), o qual engloba o processo de produzir saúde como

um universal concreto, é uma estrutura de organizações que consiste na rede de relações de produção de componentes, que tem como conteúdo a produção de congruência interna e externa dos corpos. Componentes que vão modificando e transformando as relações entre si, à medida que vão interagindo com o ambiente ecossistêmico.

Visualiza-se, diante deste conceito, que a produção de saúde se estrutura e se (re)estrutura a partir das relações de produção dos componentes estruturais, como o

⁴⁵ “Solidariedade significa conexão recíproca ou interdependência, na referência de assistência recíproca entre os membros de um mesmo grupo” (ABBAGNANO, 1982, p. 885).

SUS, na particularidade da Rede Básica dos Serviços Públicos de Saúde, os quais se transformam, na interação com o ambiente sociocultural.

Diante disto, pode-se associar esta condição da produção de saúde à modelagem da programação, que se estrutura como instrumento tecnológico, atuando sobre as questões políticas e sociais, na busca por satisfazer as necessidades sociais gerais e particulares. Nesta relação, a modelagem da programação é representada como um modelo-ágil, através da interação das relações de produção no/do trabalho em saúde.

Essas relações de produção, na estrutura do Sistema de Saúde, podem ser compreendidas pela consciência ambiental⁴⁶, a partir da concepção de cidadania, como forma de mobilização do objeto/sujeito cultural e dos agentes do trabalho, na busca pela reapropriação da natureza, trazendo consigo “a transformação das relações de produção e geração de novos potenciais de produção para um desenvolvimento sustentável” (LEFF, 2001, p. 102).

Diante destas considerações, reportou-se à análise do processo de trabalho, por meio das falas das agentes sociais que compõem o grupo de estudo, buscando apreender a estrutura do produto do trabalho, construído a partir da finalidade do trabalho, como forma de atender as necessidades e aspirações da população, a partir de seus interesses e contextos culturais, buscando o fortalecimento dos direitos da autonomia cultural, na modelagem da programação.

Referente ao meu trabalho... posso dizer que o pessoal aqui é bem simples, eles têm outros valores, aqui a terra é valorizada, o meio ambiente é valorizado, o idoso é valorizado, tem muitos idosos, e eu noto que os filhos dos idosos têm um respeito muito grande, então é diferente de quando um bairro, por exemplo, onde a população é mais nova e os valores são diferentes, claro, aqui tem clientela nova também, adolescentes, mas geralmente aqui moram

⁴⁶ “A consciência ambiental se coloca como consciência de todo o gênero humano, convocando todo indivíduo como sujeito moral para construir uma nova racionalidade social” (LEFF, 2001, p. 92). A consciência ambiental configura-se dentro dos “princípios de descentralização, autogestão e autodeterminação, sem apregoar a autarquia de comunidades e nações, são valores que mobilizam a sociedade numa luta antiindependentista” (LEFF, 2001, p. 99).

as pessoas mais conservadoras, tu tens que saber tratar diferente, quando tu fala sobre hipertensão, tu tens que falar de acordo com a cultura deles, alimentação, tem que ser a cultura, é bem diferente de quem mora num bairro com gente mais jovem. (ent. 8 UBS_ASF)

O meu envolvimento é direto, porque eu trabalho com bastante grupos e percebo assim, que tu somente vais conseguir desenvolver saúde coletiva no momento em que tu consegues desenvolver o teu trabalho de forma que a comunidade, que as pessoas, que é tua clientela, que elas percebem também que elas podem fazer pela saúde, que elas também têm que participar, que elas têm necessidades. (ent. 25 UBS_ABS)

(...) nesse novo modelo, o PSF [Programa de Saúde da Família], a gente atua muito mais próximo das famílias, da comunidade, até porque a gente trabalha com a comunidade, a ter respeito aos limites e a gente tem condições de ver mais de perto as necessidades de cada família e de fazer um diagnóstico da população e de cada família em particular, e aos poucos as pessoas chegam a nos pedir auxílio, e a gente já sabe que essa família apresenta, pois temos uma proximidade, com este novo sistema. (ent. 9 UBS_ASF).

eu acho que a gente deve dar o máximo da gente em atender aquelas pessoas ainda mais, normalmente aquelas pessoas que procuram... a maioria das pessoas que procura o posto no local onde eu trabalho são pessoas que possuem dificuldade financeira, de tudo... então eu acho que quanto mais a gente interagir com eles, para que ocorra uma melhora no atendimento deles, seja na parte da saúde ou qualquer outro tipo de problema que eles tiverem que normalmente eles procuram na parte assistência social, e outras coisas que melhoram o nível de saúde deles, o nível de vida deles, eu acho que a gente tem que se entrosar, a gente tem capacidade de algumas coisas melhorar, não todas porque é impossível, mas determinadas coisas na área da gente, é muito importante ajudar a eles melhorar. (ent. 4 UBS_ABS).

Por meio das falas, a finalidade do trabalho, visualizada na intenção das ações⁴⁷ desenvolvidas pelas enfermeiras da UBS_ABS, bem como das enfermeiras da

⁴⁷ O movimento pela ação humana, através do trabalho, é que provoca esta força "formadora potencial". A ação, por sua vez, pode ser considerada a única das atividades mencionadas, que se realiza somente entre os seres humanos, sem intermédio da matéria, "corresponde à condição humana da pluralidade (...) todos os aspectos da condição humana têm alguma relação com a política, mas esta pluralidade é

UBS_ASF, tende a satisfazer as necessidades do objeto/sujeito, por meio dos conhecimentos da diversidade dos valores culturais, considerando a aproximação da profissional com o sujeito/objeto, no seu contexto de vida.

Nesta referência empírica, é possível evidenciar, de imediato, na finalidade/produto, a interação comunitária possível, tanto na relação com o microespaço cultural familiar, como também para com o espaço específico da posição dos indivíduos, no ciclo vital e social.

A dificuldade em não absorver como finalidade imediata a satisfação das necessidades básicas e de sobrevivência, dos grupos sociais com os quais elas trabalham, está no próprio limite de transformação da finalidade em produto do trabalho. Portanto, este produto aparece no limite possível da transformação, ou seja, tenta satisfazer parcela das necessidades básicas relativas às condições orgânicas.

Para satisfazer parcela das necessidades básicas relativas às condições orgânicas do objeto/sujeito coletivo na interdependência do particular, fica claramente expresso nas falas das agentes enfermeiras que o produto do seu trabalho vincula-se à demanda que aporta, na unidade de saúde, com uma pré-definição de coletivo, referente a grupos de sujeitos que se assemelham àquelas necessidades orgânicas humanas⁴⁸. Estas necessidades são identificadas no próprio objeto/sujeito, que é retraído para o interior dos programas de saúde específicos e instituídos, conforme discutido na categoria temática instrumento do trabalho.

Pela análise dos depoimentos, portanto, infere-se que a valoração das crenças e dos valores culturais da comunidade representam um ponto significante na tomada de posição de cidadania, pelo potencial de liberdade na ação, configurada na racionalidade

especificamente, a condição” A pluralidade se dá, pois somos todos iguais no sentido de humanidade, sem que, no entanto, sejamos iguais uns aos outros, ou seja, somos todos humanos, mas cada um tem suas características individuais. (ARENDR, 2002, p.15).

⁴⁸ O objetivo da programação é ultrapassar o limite das doenças, dirigindo-se aos grupos populacionais expostos a riscos diferenciados de adoecer, através da montagem de sistemas de vigilância epidemiológica, com uma rede de unidades geradoras de dados, para gerar a decisão e execução das ações.(TEIXEIRA, 2001).

substantiva, pela compreensão e construção da autonomia cultural pelo objeto/sujeito e pela própria agente social, apresentado no limite do processo de trabalho.

Retomando a correspondência da racionalidade substantiva na apreciação do produto do trabalho, na referência do princípio que pretende fomentar o pleno desenvolvimento das capacidades (...) de todo ser humano, buscando a satisfação das necessidades básicas e uma melhor qualidade de vida, na seqüência apresentam-se as evidências encontradas na análise do conteúdo das falas, remetendo a esse conhecimento das agentes sociais, acerca das condições de vida do objeto/sujeito do seu trabalho.

(...) uma equipe é para melhorar as condições de saúde, de higiene, de tudo ali daquelas pessoas que tu atendes, orientação, para melhorar sempre em função da qualidade de vida daquelas pessoas, porque às vezes eles têm outros problemas, por exemplo, nós temos dentro do posto um grupo de saúde mental, então a gente se envolve com eles, até para melhorar a parte de saúde mental deles, a sociabilidade, tudo isso a enfermagem faz parte, não é só entender a doença deles. (ent. 4 UBS_ABS).

Eu acho que principalmente pela formação universitária que eu tive, a saúde pública foi bem forte, os professores eram super para esse lado, então, tu acabas absorvendo, e hoje mais do que nunca, pois trabalhando num PSF [Programa de Saúde da Família]. E eu acho que cada vez está se voltando mais para a prevenção, não mais esperar a pessoa adoecer, chegar no hospital doente, muitas vezes com uma patologia que tu não possas reverter; para a mim é prevenção mesmo, é cuidado com a saúde, e não só pensar a saúde como a cura da doença, mas sim ser como uma permeadora de qualidade de vida. (ent. 27 UBS_ASF).

Diante dos depoimentos, percebe-se que existe, por parte das agentes sociais, a certeza acerca das condições de existência dos grupos sociais com quem trabalham. Desta forma, tentam ampliar o domínio de sua ação para o alcance, ou ainda, a melhoria da qualidade de vida, a qual “não só soma à satisfação de necessidades básicas as aspirações culturais, mas as amalgama num processo complexo e multidimensional” (LEFF, 2001, p. 326).

A qualidade de vida é conceituada pela ênfase nos aspectos qualitativos das condições de existência, valores que vão além da economia e da normalização das necessidades básicas. Desta forma, a qualidade de vida parece ir além “das condições de pobreza e sobrevivência”; no entanto, sob a ótica dos países subdesenvolvidos (terceiro mundo), “a qualidade de vida toma sentido próprio dentro das condições de desenvolvimento de diferentes culturas que definem seus estilos de vida, suas normas de consumo, seus gostos, desejos, aspirações” (LEFF, 2001, p. 320).

Reportando aos depoimentos anteriores, mesmo que as agentes enfermeiras não apresentem de imediato um desligamento das condições de vida dos diferentes grupos sociais, os quais assumem por esta mesma via uma certa homogeneidade cultural, não significa que reduzam estas características socioculturais como contorno limite da qualidade de vida.

A visualização da intenção da ação das agentes sociais para que o produto do trabalho inclua a qualidade de vida

abre uma perspectiva para pensar a equidade social no sentido da diversidade ecológica e cultural (...) A qualidade de vida não se mede por um padrão homogêneo de bem-estar, e por isso não admite a planificação centralizada das condições de existência de uma população culturalmente diversa (LEFF, 2001, p. 326).

Nesta direção, a finalidade do trabalho aproxima-se à qualidade de vida na racionalidade ambiental, aparecendo na forma do produto do trabalho, por meio da modelagem da programação, que possibilita a apreensão do objeto de trabalho de forma coletiva, permitindo conhecer as características comuns dos seres humanos em seus diferentes ambientes, em que se relacionam, formando situações saudáveis ou insalubres.

O trabalho da enfermeira apresenta, portanto, uma preocupação que se aproxima aos princípios delineados pela racionalidade substantiva, em conformação com os princípios do SUS (universalidade, equidade, integralidade), na busca pela

dignidade e solidariedade humana. Esta preocupação pode não estar ainda efetivamente desenvolvida no trabalho, dado que os instrumentos comportam parcela da conexão recíproca da dignidade e da solidariedade no instante da própria transformação do objeto/sujeito em produto, pois esta reciprocidade na ação limite da transformação aparece na finalidade de forma quase plena, e no produto, de forma quase parcelada.

Nesta correspondência, aproxima-se a racionalidade ambiental substantiva, como já referido, a qual conforma-se num conjunto de valores que dão novos fundamentos e (re)orientam o processo de desenvolvimento do trabalho. Para tanto, junto a esta racionalidade substantiva, que orienta o trabalho a partir de valores culturais, torna-se necessário a junção a estes princípios e valores, a conformação de racionalidade teórica⁴⁹ fundada em “processos materiais que dão suporte aos valores qualitativos que orientam a reconstrução da realidade e de novas formas de desenvolvimento”, por meio de uma teoria crítica da produção do próprio trabalho em saúde.

⁴⁹ “A racionalidade teórica ambiental sistematiza os postulados do discurso ambientalista e dá coerência à organização dos diferentes processos naturais e sociais que constituem o suporte material de uma nova racionalidade produtiva, contrastável em seus espaços de aplicação com as práticas produtivas derivadas da lógica do mercado e da razão tecnológica. Desta forma, a racionalidade teórica gera critérios para avaliar projetos e formas alternativas de desenvolvimento” (LEFF, 2001, p. 140).

5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vive-se um processo de mudança e transição histórica nas Políticas Públicas de Saúde, como questão social mais global. A enfermagem, como prática social vem acompanhando essas modificações, no sentido da concretização de idéias e desejos seus, próximos ou distantes dos interesses mais gerais. Na visualização do trabalho da enfermagem como uma ação que constrói a modelagem tecnológica, pode-se dizer que este conteúdo é processado no seu fazer diário, o qual se expressa de diversas formas no interior do trabalho em saúde.

Considerando a modelagem da programação como objeto deste estudo, no foco do trabalho da enfermagem na saúde coletiva, na especificidade da atuação na rede de atenção básica em saúde, buscando identificar momentos de flexibilização da modelagem, por meio de uma visão socioambiental do trabalho, pode-se referir que o objetivo de analisar, por meio de uma visão socioambiental, a construção da modelagem (conteúdo/forma) da programação no trabalho da enfermagem em saúde coletiva, na rede básica de serviços públicos de saúde da 3ª Coordenadoria Regional

de Saúde, no Estado do Rio Grande do Sul, por meio dos objetivos específicos propostos foram alcançados, dentro das delimitações estabelecidas.

Foi possível, na visualização das Políticas Públicas de Saúde, conhecer a inserção do trabalho da enfermagem no modelo da programação, com uma construção histórica desta forma organizativa do trabalho, e o perfil da profissional enfermeira, como complementares em suas construções. A partir deste conhecimento, foi possível fazer uma aproximação do trabalho da enfermeira a uma visão socioambiental do trabalho, por meio da modelagem da programação em saúde.

Desta forma, a modelagem da programação (conteúdo e forma), na ação do trabalho da enfermagem na rede básica dos serviços públicos de saúde, da 3ª CRS/RS, pode assumir forma de um modelo-*ágil*, por meio da visão socioambiental do trabalho, que possibilita essa flexibilização da ação, mesmo no limite dado pelo próprio trabalho em saúde, pois a programação se utiliza do conceito de ambiente, na busca da integração entre ações coletivas e individuais, embasadas na concepção integrada do processo saúde-doença.

A partir desta abertura possível da modelagem da programação, para apreender a visão socioambiental do trabalho, foi possível encontrar espaços de flexibilização na ação do trabalho da enfermeira, a fim de fazer uma reflexão desta proposta, que traz como princípio a construção de uma racionalidade produtiva alternativa.

Os espaços flexíveis referidos foram apreendidos na construção de uma analogia ao processo de trabalho em saúde, na especificidade do Sistema Único de Saúde à racionalidade ambiental, referenciando a diversidade e a universalidade, na correspondência da complexidade do objeto/sujeito do trabalho em saúde, seres humanos iguais na relação social e cultural que assumem a satisfação das diferentes necessidades em diferentes contextos históricos, a qual é absorvida ou não absorvida por meio das racionalidades cultural, instrumental, teórica e substantiva conduzidas pela ação/força democrática, resultante da sinergia humana, representada pelo trabalho em ato, para um produto constituído de dignidade e solidariedade humana.

Considera-se, então, a necessidade do trabalho identificada pelas enfermeiras, na direção da construção do objeto de trabalho a partir dos valores e identidades culturais dos seres humanos, partindo da necessidade particular do sujeito, com uma perspectiva individual e coletiva. Ou seja, a partir da identificação da diversidade cultural, no particular, a ação do trabalho é (re) direcionada para o coletivo, na busca de uma homogeneização étnica e cultural, constituída na unificação da diversidade cultural do gênero humano.

Neste sentido, foi possível referir que as necessidades culturais no processo de trabalho se constroem por meio do potencial de liberdade, na tomada de consciência do ser humano cultural, da sua relação com a natureza, proporcionando um momento de flexibilização na modelagem da programação em saúde.

No entanto, o que se destacou como diversidade está relacionado à cultura do imediato, a qual aponta para a inclusão de formas de racionalidade da própria relação que se cria entre a ação de satisfazer as necessidades imediatas e, a diversidade cultural na própria satisfação, ou seja, a satisfação de imediato da necessidade de atendimento clínico é assumida pelo objeto/sujeito, visto que ele concebe a forma organizativa no padrão da queixa orgânica da doença clínica.

Diante disto, concluiu-se que o objeto/sujeito do trabalho está sendo apreendido no processo de trabalho da enfermagem, contido no conteúdo da programação, como um ser humano cultural, na referência particular e coletiva de suas necessidades. Neste sentido, para que os seres humanos sejam capazes de identificar e satisfazer essas necessidades gerais é necessário encontrar uma inter-relação na dimensão particular e coletiva, na correspondência da liberdade dos seres humanos, potencializando-os como sujeitos com características de pluralidade e diversidade.

Esta forma de apreensão do objeto/sujeito cultural do trabalho remete aos princípios da racionalidade cultural, sendo conformado pelos valores da racionalidade substantiva, a qual, dentre seus princípios apresenta a importância da identificação da identidade cultural dos seres humanos, atendendo as suas necessidades de acordo com seus interesses e contextos culturais, incluindo um processo de consciência de

cidadania na relação com pluralismo cultural e social, desenvolvida no ambiente do trabalho.

Nesta direção, a racionalidade ambiental no/do trabalho da enfermeira na modelagem da programação necessitou efetuar a aplicação de instrumentos, satisfazendo a finalidade do trabalho, na referência da necessidade particular e/ou coletiva, no processo organizativo do trabalho, pois a apreensão das necessidades dos seres humanos culturais exige a utilização de um instrumental mais abrangente, construído a partir da integralidade da ação.

Este instrumental mais abrangente utilizado no trabalho em saúde, aparece na concepção da racionalidade ambiental, como momento de efetivação dessa racionalidade, na referência da força produtiva, na medida em que absorve e sustenta as propostas integrativas de saúde no ambiente de trabalho, a qual proporciona a visualização do objeto do trabalho, por meio de diferentes olhares, através da diversidade dos saberes e práticas em saúde, estruturadas a partir da força do trabalho interdisciplinar, na correspondência do trabalho cooperativo.

Diante disto, refere-se que na referência da equipe de trabalho, como a força do trabalho, as enfermeiras buscam a integralidade da ação, como forma de interação com o objeto/sujeito cultural, utilizando a modelagem da programação, por meio dos programas (grupos) específicos e instituídos, agregando saberes e práticas com diferentes enfoques na saúde coletiva, por meio da interdisciplinaridade, codificada pelo trânsito dos sujeitos no discurso, traduzida no trabalho de cooperação, na necessidade do instrumental do conhecimento coletivo integrado, na interdependência do conhecimento particular, da enfermeira.

Nesta direção, aparecendo na forma do produto do trabalho, a finalidade do trabalho, aproxima-se a qualidade de vida na racionalidade ambiental, por meio da modelagem da programação, a qual possibilita a apreensão do objeto de trabalho de forma coletiva, com suas características em seus diferentes ambientes, em que se relacionam. A qualidade de vida referida nos princípios da racionalidade substantiva, os quais almejam o desenvolvimento das necessidades básicas, a partir dos interesses e

contextos culturais, buscando o fortalecimento da autonomia cultural, aparece como satisfação das necessidades humanas de sobrevivência.

Visualizou-se, nesta direção, que o trabalho da enfermeira apresenta uma preocupação, na busca por satisfazer parcela das necessidades básicas relativas as condições orgânicas, do objeto/sujeito coletivo na interdependência do particular, na referência do produto do seu trabalho vinculado à demanda que aporta na unidade de saúde, com uma pré-definição de coletivo, aproximando-se aos princípios delineados pela racionalidade substantiva, em conformação com os princípios do SUS (universalidade, equidade, integralidade), na busca pela dignidade e solidariedade humana.

Portanto, as necessidades do objeto/sujeito, satisfeitas pelas ações individuais e coletivas, na referência da racionalidade instrumental, podem ser relacionadas aos princípios da racionalidade substantiva, quando este busca integrar a complexidade nas formas organizativas sociais e produtivas, na integração de diferentes ordens materiais de racionalidade.

Neste estudo, buscou-se referenciar as racionalidades, que compõem a racionalidade ambiental, aos momentos do processo de trabalho em saúde, na especificidade da modelagem da programação, relacionando a racionalidade cultural ao objeto/sujeito do trabalho da enfermeira; a racionalidade instrumental ao instrumento do trabalho; e a racionalidade substantiva ao produto do trabalho da enfermeira. E, as racionalidades substantiva e teórica permearam esses momentos referidos, bem como foram relacionadas ao produto do trabalho da enfermeira.

Desta forma, pode-se apreender, através da referência das racionalidades propostas pela racionalidade ambiental, (racionalidades cultural, instrumental e substantiva), o processo de trabalho da enfermeira, na modelagem da programação na saúde coletiva, a visualização da diversidade cultural do objeto/sujeito, na correspondência da racionalidade cultural; a integralidade da ação do/no trabalho na referência da racionalidade instrumental, aproximando o produto do trabalho, identificado por meio da concepção de qualidade de vida, codificada pelas

necessidades básicas de sobrevivência, na correspondência da racionalidade substantiva.

Diante destas constatações, acredita-se que a enfermeira, ao compreender os valores culturais como elementos transformadores da prática e do próprio trabalho em saúde, poderá construir uma racionalidade ambiental. Para alcançar tal proposta, de construir uma racionalidade social produtiva mediada pela necessidade do objeto/sujeito, é necessário integrar ações individuais e coletivas, numa intenção explícita ou implícita à implementação de ações de reorganização do sistema local de serviços em nível primário, levando em consideração o ambiente ecossistêmico no qual está inserido o trabalho da enfermagem.

Evidenciou-se, então, a modelagem (conteúdo/forma) da programação como indutor da organização do trabalho da enfermagem para uma ação de produção de saúde, afirmando-se as perguntas norteadoras delimitadas neste estudo de que a enfermeira, como agente social do trabalho, assume a programação como elemento do processo de trabalho, como forma de aproximação do objeto/sujeito cultural, utilizando-se do conteúdo da programação, como instrumental de trabalho, no seu processo de trabalho na atenção básica, no desdobramento desse conteúdo em formato do próprio trabalho da enfermagem, na aderência às propostas públicas de atenção às necessidades sociais dos grupos humanos em seus ambientes.

Este estudo, portanto, abre a possibilidade de visualização do interior do trabalho da enfermagem, por meio da modelagem da programação em saúde, como uma ação que busca a integralidade da assistência aos seres humanos culturais, com o propósito de produzir saúde, no seu sentido complexo. Com esta apreciação, acredita-se que a enfermagem perceba sua atuação, na interação com as questões socioambientais do processo de saúde-doença, como forma ainda não muito explícita no discurso, mas de uma forma muito ágil na ação do trabalho, por meio da modelagem da programação.

Neste trabalho, ainda, buscou-se a discussão referente à racionalidade teórica, a qual não foi plenamente esgotada. No entanto, por ela estar contida nas racionalidades discutidas (cultural, instrumental, substantiva), a racionalidade teórica representa a

conformação dos princípios e valores, na construção de uma teoria crítica, no trabalho em saúde, sendo com isto necessário o seu delineamento e aprofundamento, como forma de consolidar estes princípios, no processo de trabalho da enfermeira, na modelagem da programação em saúde.

6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABBAGNANO **Dicionário de Filosofia**. São Paulo: Mestre Jou, 1982.
- ALMEIDA, M. C. P. et al **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997.
- ALMEIDA FILHO, N. **A clínica e a epidemiologia**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997.
- ARENDT, H. **A condição humana**. Tradução de Roberto Raposo. 10^o ed., Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.
- ARENDT, H. **O que é política?** Tradução Reinaldo Guarani. [editoria, Ursula Ludz]. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998.
- BERTUSSI et al A Unidade Básica no contexto do Sistema de Saúde. **In: Bases da Saúde Coletiva**. ANDRADE, S.M., SOARES, D.A., JÚNIOR, L.C. Londrina: UEL, 2001.
- BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil**. 05 de outubro de 1998. São Paulo, Atlas, 1988. p. 112-128.
- BRASIL, Lei 8.080 - 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990 a.
- BRASIL, Lei 8.142 - de 28 de setembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intragovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. Brasília, 1990 b.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. ABC do SUS – Doutrinas e Princípios. Brasília, Secretaria de Assistência a Saúde, 1990 c.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Avançando para a municipalização plena da saúde: O que cabe ao município. Brasília, Secretaria de Assistência a Saúde, 1994.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Informe Epidemiológico do SUS/Fundação Nacional de Saúde. Norma Operacional Básica 01/93, ano 2, n. especial (jul/93). Brasília, 1993.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instrução Normativa GM/MS n. 95, 26 de janeiro de 2001. Norma Operacional de Assistência à Saúde NOAS - SUS 01/2001. Diário Oficial da União - DOU, 09 de abril de 2001.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria MS/n. 545 de 20/05/93 - Norma Operacional Básica SUS 01/1993. Diário Oficial da União - DOU, 24/05/93.

CAMPOS, W. S. C. **Reforma da reforma**. São Paulo: HUCITEC, 1992.

CARVALHO, I.C.M. **A Invenção Ecológica**. Porto Alegre: Universidade/UFRGS, 2001

CARVALHO, G. I. & SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1995.

CASTIEL, L.D., **O buraco e o avestruz**. Rio de Janeiro: Papirus, 1994.

CECÍLIO L.C.O., As necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. **In: Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. PINHEIRO, R., MATTOS R.A. orgs. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001.

CEZAR-VAZ, M.R. **Conceito e práticas de Saúde – Adequação no Trabalho de Controle da Tuberculose**. 1996. Tese (Doutorado) Programa de Pós-graduação, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

CEZAR-VAZ, M.R. et al. **Projeto de pesquisa**: A enfermagem em saúde coletiva - poder e autonomia na organização tecnológica do trabalho interdisciplinar da rede básica de serviços públicos de saúde num espaço ecossistêmico. (auxílio CNPQ/2001/2003)

CEZAR-VAZ, M.R.C. et al **O Trabalho da Enfermeira na Atenção Básica de Saúde**: Assumindo uma forma programática para o conteúdo clínico-social, 2002. Rev. Texto & Contexto. V. 12, n.3, jul-set, 2003.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE on line. Disponível em: www.datasus.gov.br/cms.htm. Acesso em: 15 set.2001.

CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 41. **Anais...** Florianópolis, 2-7 set. 1989 – Florianópolis: ABEN – Seção de Santa Catarina, 1989.

COSTA, H. O. G. A prática da enfermagem nos diversos níveis do Sistema Único de Saúde. In: ABEN. Comissão Permanente de Serviço de Enfermagem. **Organização da Assistência de Enfermagem**. Brasília, 1991.

DALMASO, A. S. W. O atendimento não-programado: o pronto-atendimento nas ações programáticas em saúde. In: SCHRAIBER, L. B., (org.). **Programação em saúde hoje**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1993.

ESCOREL, S. Saúde: uma questão nacional. In: TEIXEIRA, S. F. (org.). **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989. p. 181-192.

FEKETE, C. Bases Conceituais e Metodológicas do Planejamento em Saúde. [versão adaptada do artigo "El enfoque estratégico para el desarrollo de recursos humanos", de Adolfo H. Chorny] Disponível em: www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub06U2T2.pdf. Acesso em: 25 mar. 2003.

FERLA, A. A. et al. Regionalização da atenção à saúde na experiência de gestão estadual do SUS no Rio Grande do Sul. In: O FAZER EM SAÚDE COLETIVA: inovações da atenção à saúde no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Dacasa, 2002.

KUNRATH, A. A. F. et al. Organização regional da coordenação da atenção integral à saúde. In: O FAZER EM SAÚDE COLETIVA: inovações da atenção à saúde no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Dacasa, 2002.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E.D.(Org.). **Medicina social**: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global, 1982.

LEFF, E. **Epistemologia ambiental**. São Paulo: Cortez, 2000.

_____. **Saber ambiental**: sustentabilidade, racionalidade, complexidade, poder. Tradução Lúcia Mathilde Endlich Orth. Petrópolis: Vozes, 2001.

MARX, K. **Manuscritos filosóficos e econômicos**. Tradução Artur Mourão. Lisboa: Edições 70, 1985.

_____. **O Capital**: crítica da economia política. 10. ed. Difel, 1992.

_____. **Textos filosóficos**. São Paulo: Martins Fontes, 1975.

MENDES-GONÇALVES, R. B. et al. Seis teses sobre a ação programática. In: SCHRAIBER, L. B. (org.). **Programação em saúde hoje**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1993.

_____. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1994.

MENDES, E. Teixeira. **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 3. ed. São Paulo: HUCITEC. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

MINAYO, M. C. S. et al. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 9. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1993.

_____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2000.

MINAYO, M. C. S.; MIRANDA, A. C. **Saúde e ambiente sustentável**: estreitando nós. 7. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

MISHIMA, S. M.; MATUMOTO S.; PINTO, I. C. **Saúde coletiva**: um desafio para a enfermagem. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2002 [SciELO].

NEMES, M. I. B. Ação programática em saúde: recuperação histórica de uma política de programação. In: SCHRAIBER, L. B. (org.). **Programação em saúde hoje**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1993.

NEMES, M. I. B. Prática programática em saúde. In: SCHRAIBER, L. B., NEMES, I.B.N., MENDES GONÇALVES, R.B. (orgs.). **Saúde do adulto**: programas e ações na Unidade Básica. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2000.

NETO, J. M. et al. Políticas de saúde no Brasil: a descentralização e seus atores. **Saúde em Debate**, n. 31, p. 54-66, mar. 1991.

PAIM, S. J.; ALMEIDA FILHO, N. **Saúde coletiva**: uma “nova saúde pública” ou campo aberto para novos paradigmas? Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, 1998. [Lilacs]

PANORAMA da Região Sul. Disponível em: www.regiaosul.com.br. Acesso em: 22 out. 2002.

PIRES FILHO, F. M. O que é saúde pública? **Cadernos de Saúde Pública**, n. 3, p. 62-70, 1987. [Lilacs]

PINHEIRO, R., As Práticas do Cotidiano nas Relações Oferta e Demanda dos Serviços de Saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. PINHEIRO, R., MATTOS R.A. orgs. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

PORTO, M.F. S.; ALMEIDA G. E. S. Significados e limites das estratégias de integração disciplinar: uma reflexão sobre as contribuições da saúde do trabalhador. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 7, n. 2, 2002.

SAMAJA, R. **A reprodução social e a saúde**. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

SANTOS, L. G. I. de C. **Sistema Único de Saúde**: Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis 8.080/90 e 8.142/90). 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1992.

SCHRAIBER, L. B. et al. (org.). **Programação em saúde hoje**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1993.

TAKAHASKI, R. F.; OLIVEIRA, M.A.C. **A visita domiciliária no contexto da saúde da família**. São Paulo: USP, 2001.

TEIXEIRA, C. O. **O futuro da prevenção**. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

VILLA, T. C. S. et al. A Enfermagem nos serviços de saúde pública do Estado de São Paulo. In: ALMEIDA, M. C. P. et al. **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997.

APÊNDICES

Apêndice I

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE MESTRADO EM ENFERMAGEM/SAÚDE

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE

Prezado(a) participante(a):

Venho, mui respeitosamente por meio deste, solicitar sua colaboração e participação em uma pesquisa, que tem por objetivo: analisar, por meio de uma visão socioambiental, a construção da modelagem (conteúdo/forma) da programação no trabalho da enfermagem em saúde coletiva, na rede básica de serviços públicos de saúde da 3ª Coordenadoria Regional de Saúde, no Estado do Rio Grande do Sul. Este estudo é vinculado ao projeto integrado de pesquisa “A enfermagem em saúde coletiva: poder e autonomia na organização tecnológica do trabalho interdisciplinar da rede básica de serviços públicos de saúde”, do CNPq/NEPES/FURG. O estudo será desenvolvido na 3º Coordenadoria Regional de Saúde, com os profissionais enfermeiros atuantes na Rede Básica dos Serviços Públicos de Saúde. O instrumento de coleta de dados proposto é a entrevista semi-estruturada gravada, na qual, o entrevistado poderá discorrer sobre os questionamentos.

Entrevistadora: Mestranda Graciela Oliveira Cabreira

Orientadora: Drª Marta Regina Cezar-Vaz

Pelo presente consentimento livre e esclarecido, declaro que fui informado(a), de forma clara dos objetivos, da justificativa, da forma de trabalho, e dos instrumentos de pesquisa. Fui igualmente informado(a):

- da garantia de requerer resposta a qualquer pergunta ou dúvida acerca dos temas geradores;

- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do trabalho, sem que me traga qualquer prejuízo;
- da segurança de que não serei identificado(a) e que se manterá o caráter confidencial das informações relacionadas à minha privacidade;
- de que serão mantidos todos os preceitos ético-legais durante e após o término do trabalho;
- do compromisso de acesso às informações em todas as etapas do trabalho bem como dos resultados, ainda que isso possa afetar minha vontade de continuar participando.

Local e Município: _____ Data: ___ / ___ / ___

Nome: _____

Assinatura do Participante: _____

Apêndice II

ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

DATA:.....
HORÁRIO:.....
TEMPO UTILIZADO:.....
LOCAL:.....
MUNICÍPIO:.....

01 Como tu percebes o teu envolvimento com a saúde coletiva?

02 Como tu identificas o trabalho da enfermagem/enfermeira em saúde coletiva?

03 Percebes diferença entre a chamada Saúde Pública e a Saúde Coletiva?

04 Nos conteúdos desenvolvidos no ensino de graduação, quais os que tu caracterizarias como instrumentos de saber para lidar na saúde coletiva? Que

contribuições tu farias nos conteúdos teóricos e práticos, para adequar a formação acadêmica às exigências da área de saúde coletiva?

- 05 O que tu entendes por coletivo?
- 06 Quais os coletivos trabalhados por ti?
- 07 Qual a tua compreensão acerca do trabalho cooperativo?
- 08 O que tu entendes por trabalho da enfermagem?
- 09 O que tu entendes por prática da enfermagem?
- 10 O que tu entendes por instrumento de trabalho?
- 11 Em que sentido a busca de informações e a produção de conhecimentos auxiliam no teu processo de trabalho?
- 12 Descreva o trajeto que tu percorreste, em relação às áreas de conhecimento ou conteúdos trabalhados, até os dias atuais.
- 13 Ao ser referida a palavra ambiente como tu apreendes o conteúdo significativo dessa?
- 14 Este significativo é utilizado no conteúdo desenvolvido na formação acadêmica?
Acrescente: Como e para quê tu usas este conteúdo?
- 15 O que tu entendes por saberes utilizados para tua atuação enquanto enfermeiro?
- 16 Dentre estes instrumentos de saber, caracterizados por ti, quais são desenvolvidos/utilizados nas tuas vivências?
- 17 Dentre os conteúdos descritos anteriormente, quais os instrumentos de saber que tu utilizas que não são exclusivos da graduação?
- 18 Como tu percebes os indivíduos que compõem a equipe do trabalho?

- 19 Para desenvolver o conhecimento referente ao processo de cuidar da enfermagem, qual dos saberes apontados acima tu incluis como necessário para desenvolver este processo de cuidar?
- 20 Qual (is) o(s) sujeito(s) que tu identificas no trabalho educativo que é desenvolvido no teu trabalho? Como o(s) caracteriza(s)?
- 21 Em que situações tu trabalhas com este(s) sujeito(s)?
- 22 Quais os sujeitos que tu identificas como aquele(s) ao qual se aplica o trabalho da enfermagem?