

Sistema de significados sobre a finalidade do trabalho na saúde da família: uma abordagem qualitativa*

SYSTEM OF MEANINGS ABOUT THE PURPOSE OF FAMILY HEALTH WORK: A QUALITATIVE ANALYSIS

SISTEMA DE SIGNIFICADOS SOBRE LA FINALIDAD DEL TRABAJO EN LA SALUD DE LA FAMILIA: UN ABORDAJE CUALITATIVO

Marta Regina Cezar-Vaz¹, Ana Luiza Muccillo-Baisch², Maria Cristina Flores Soares³, Jorgana Fernanda de Souza Soares⁴, Valdecir Zavarese da Costa⁵, Nalú Pereira da Costa Kerber⁶, Clarice Alves Bonow⁷, Cynthia Fontella Sant'Anna⁸, Letícia Silveira Cardoso⁹

RESUMO

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa, objetivando compreender o sistema de significados sobre a finalidade do trabalho de enfermeiros e médicos das equipes da Saúde da Família, nas cidades de Rio Grande e Pelotas. A entrevista semidirigida, individual e gravada, foi utilizada na coleta dos dados, seguindo-se uma análise temática dos depoimentos de 82 participantes. O significado nuclear da finalidade, como fim transmutado em produto do trabalho coletivo, mostrou-se alinhado com a possibilidade de mudanças e aquisição de comportamentos individuais e coletivos saudáveis por parte da comunidade, evidenciando-se o componente da ética no processo, por meio de categorias como a solidariedade e a compaixão. Disso decorreu, na produção textual, um marcador da condição humana na construção da finalidade do trabalho. Por meio da análise e discussão crítica da temática, este estudo contribui para a dimensão macro da formação de competências e adequação às necessidades sociais de saúde.

DESCRIPTORIOS

Programa Saúde da Família.
Condições sociais.
Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

This exploratory study was performed to understand the system of meanings about the purpose of the nursing and medical work performed by Family Health teams, in the cities of Rio Grande and Pelotas (Brazil). Data collection was performed by semi-directed individual interviews. The interviews of 82 participants were recorded, and analyzed. The nuclear meaning of the purpose, as an end transmuted into the product of collective work, was in agreement with the possibility of the community implementing changes and acquiring healthy individual and collective behaviors. This gives evidence of the component of ethics in the process, by means of categories such as solidarity and compassion. This led to a marker, in the text production, of the human condition in the construction of the work purpose. Through the analysis and critical discussion of the theme, this study contributes to the macro-dimension of developing competencies and adjustment to the health needs of society.

KEY WORDS

Family Health Program.
Social conditions.
Primary health care.

RESUMEN

Se trata de un estudio exploratorio y descriptivo, con un abordaje cualitativo, objetivando comprender el sistema de significados sobre la finalidad del trabajo de enfermeros y médicos de los equipos de la Salud de la Familia, en las ciudades de Rio Grande y Pelotas. La entrevista dirigida parcialmente, individual y grabada, fue utilizada en la recolección de los datos, siguiéndose un análisis temático de las declaraciones de 82 participantes. El significado nuclear de la finalidad, como fin transmutado en producto del trabajo colectivo, se mostró de acuerdo con la posibilidad de realizar cambios y adquirir comportamientos individuales y colectivos saludables por parte de la comunidad, evidenciándose el componente ético en el proceso, por medio de categorías como la solidaridad y la compasión. De esto se derivó, en la producción textual, un marcador de la condición humana en la construcción de la finalidad del trabajo. Por medio del análisis y discusión crítica de la temática, este estudio contribuye para la dimensión macro de la formación de competencias y adecuación a las necesidades sociales de salud.

DESCRIPTORIOS

Programa de Salud Familiar.
Condiciones sociales.
Atención primaria de salud.

*Extraído da pesquisa "Trabalho em Saúde e o Contexto Tecnológico da Política de Atenção à Saúde da Família". ¹ Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem. Professora Associada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande - Campus Saúde. Rio Grande, RS, Brasil. cezarvaz@vetorial.net ² Enfermeira. Doutora em Biologia da Saúde. Professora Associada do Instituto de Ciências Biológicas da Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, RS, Brasil. annabaisch@yahoo.com.br ³ Fisioterapeuta. Doutora em Fisiologia. Professora Adjunta do Instituto de Ciências Biológicas da Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, RS, Brasil. mcflores@vetorial.net ⁴ Enfermeira. Doutoranda do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Bolsista CAPES. Salvador, BA, Brasil. jfss_rs@hotmail.com ⁵ Enfermeiro. Doutorando do Programa de Educação Ambiental da Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, RS, Brasil. valdecircosta2005@yahoo.com.br ⁶ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, RS, Brasil. nalu@vetorial.net ⁷ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande. Professora Temporária da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, RS, Brasil. clarabonow@hotmail.com ⁸ Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, RS, Brasil. cy_kuasenurse@hotmail.com ⁹ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande. Bolsista CAPES. Rio Grande, RS, Brasil. lelejandri@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Os resultados aqui apresentados referem-se ao estudo da compreensão do sistema de significados sobre a finalidade do trabalho na relação com as necessidades de saúde, identificado na atuação das Equipes da Saúde da Família (ESF), na Terceira Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul (3ª CRS/RS), extremo sul do Brasil. As equipes mencionadas integram o conjunto de estruturas do Programa da Saúde da Família (PSF), que é a estratégia atual, na atenção básica, do Sistema Único de Saúde (SUS), para atingir a universalização, com integralidade e equidade, no atendimento público de saúde para a população brasileira. A estratégia empreendida pelo Ministério da Saúde objetiva superar a lógica calcada nos paradigmas que dão forma e sustentam o modelo tradicional de cuidar da condição de doença em detrimento da situação de saúde; o plano tem operacionalização principalmente na esfera municipal, mediante a implantação de equipes multiprofissionais nas Unidades Saúde da Família (USFs), com o fim de priorizar as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades⁽¹⁻²⁾.

O presente estudo é parte de uma investigação maior, um projeto de pesquisa intitulado *Trabalho em Saúde e o Contexto Tecnológico da Política de Atenção à Saúde da Família*, desenvolvida com financiamento através do Edital MS/CNPq/FAPERGS Nº 008/2004/2007 – do Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde – Processo Nº 0415374. Tal investigação teve por objetivo geral analisar a construção tecnológica do modelo de Atenção à Saúde da Família, através da base empírica do processo de trabalho das ESFs, visando contribuir para a compreensão da atual fase de transformação da proposta política pública, tendo em vista um modelo de atenção à saúde tecnológico e humanizado na organização do SUS.

De modo geral, uma sociedade, em seus diferentes momentos históricos, se constrói a partir de necessidades que são pré-constituídas por costumes, ou seja, seguem os usos, convenções e hábitos de gerações precedentes. São necessidades que abrangem o social e constituem um complexo sistema de carências e potências socialmente produzidas. São as necessidades dos indivíduos particulares – que incorporam a pluralidade dos seres humanos – sobrepondo-se às naturais, referentes à manutenção da vida humana e são originalmente fundamentais, pelo simples motivo de que, sem sua satisfação, a pessoa não pode se conservar como ser natural⁽³⁻⁴⁾.

Nesse complexo sistema, encontram-se as necessidades sociais associadas aos mecanismos que objetivam a saúde dos indivíduos e comunidades. De um modo particular e formal, as estruturas sociais para produção de condições materiais, a satisfação de necessidades de saúde,

via de regra, se organizam a partir das políticas públicas, as quais buscam abranger as carências demandadas para que sejam satisfeitas. Tais necessidades, no interior do trabalho, são subsumidas como finalidade do trabalho⁽⁵⁾, o qual congrega as carências e potencialidades dos sujeitos/objetos (indivíduos, famílias e comunidades e os sujeitos do trabalho em saúde (médicos, enfermeiros, entre outros) que executam as políticas de saúde por meio de seu trabalho a fim de produzirem condições para a satisfação das necessidades demandadas.

Os trabalhadores de saúde são, segundo a abordagem proposta, agentes sociais do sistema de produção de condições à satisfação das necessidades humanas⁽³⁻⁴⁾ e trabalham orientados por um repertório de diretrizes e princípios teóricos que estabelecem os resultados esperados do trabalho. A finalidade tem a dimensão operacional do processo organizativo do trabalho, buscando atender as demandas, e tem também a dimensão da eticidade, que engloba a realização do trabalho em realidades históricas, os indivíduos, as famílias, as comunidades, considerando a diversidade de suas necessidades. Da adequação e interação entre as dimensões, resultam os fatos que regulam o grau

de significação das ações convencionadas socialmente para suprir as carências e agregar qualidade de vida aos indivíduos, bem como para transformar a realidade dos valores sociais que potencializam melhores condições de vida⁽³⁻⁴⁾.

Reconhecendo, então, os trabalhadores em saúde como atores essenciais para a consolidação da estratégia Saúde da Família dentro dos preceitos do SUS, apontando para um modelo tecnológico mais adequado humanamente⁽⁶⁾ de cuidados primários de saúde na

rede de atenção básica, o estudo ora apresentado teve como objetivo desenvolver uma descrição qualitativa do sistema de significados da finalidade do trabalho no PSF, apreendido na análise de narrativas oferecidas por enfermeiros e médicos atuantes no processo, sobre suas ações no trabalho em equipes da Saúde da Família, nas cidades de Pelotas e Rio Grande, inseridos na 3ª CRS/RS, no extremo sul do Brasil.

MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, analógico compondo uma construção hermenêutica e dialética⁽⁷⁾ de um fenômeno que é sócio-histórico. Segundo a abordagem seguida, a relação de exterioridade entre sujeito e objeto, cujos termos estão separados e em oposição entre si, expressa apenas um momento de sua constituição. A hermenêutica permite a entrada nos sentidos mais subjetivos de um fenômeno e a dialética, sua saída para o contexto mais objetivo que o originou, assim como a volta ao subjetivo por meio da objetividade expressa e da subjetividade objetivada. O sujeito não preexiste, mas se constrói, e sua cons-

trução implica um processo de desenvolvimento, tanto dele próprio quanto do objeto, ou seja, a busca pelo conhecimento é sempre uma aproximação, dado que o fenômeno de estudo é uma realidade complexa. Portanto, o seu conhecimento apresenta sempre uma relação de incompletude frente à totalidade anunciada pelo fenômeno e, ao mesmo tempo, *suficiente na sua apreensão momentânea e objetiva, significa que o estudo de um problema nunca está acabado, nem em seu conjunto, nem em seus elementos*⁽⁸⁾.

A 3ª CRS/RS abrange 22 municípios do Rio Grande do Sul e congrega quase 900 mil habitantes. Referente à estratégia Saúde da Família, em 2006, conforme registros da Secretaria Estadual de Saúde, existiam 73 equipes atuando em 12 municípios da Regional, propiciando a cobertura para mais ou menos 300 mil pessoas. Os dois municípios estudados contabilizam mais de 550 mil habitantes. Em 2006, juntos totalizavam 52 equipes em atividade, sendo responsáveis, portanto, por aproximadamente 70% da disponibilidade de assistência à saúde na Regional, propiciando cobertura nos moldes da estratégia SF a mais de 180.000 pessoas.

A consecução da pesquisa, entretanto, confirmou um número menor de equipes disponíveis para a investigação: 44 no total. Desse modo, definiu-se em 88 sujeitos o número de profissionais a serem considerados no estudo (44 médicos e 44 enfermeiros). A diferença entre o número oficial de equipes atuantes no PSF na 3ª CRS e o obtido no estudo ocorreu devido ao fato de três equipes terem se recusado a participar do estudo, além de outras cinco, que inviabilizaram a investigação naquele momento.

O instrumento para a coleta de dados na pesquisa foi as entrevistas semidirigidas, individuais e gravadas, agendadas e realizadas em duas etapas: entre fevereiro e março e depois entre junho e julho de 2006. Isso ocorreu considerando a disponibilidade de participação dos médicos e enfermeiros no estudo, a partir do próprio local de trabalho. O roteiro da entrevista foi testado por meio do estudo piloto e estruturado para ter um primeiro momento de questões abordando características dos sujeitos, tais como: sexo, idade, formação e experiência profissional; e um segundo, que pretendeu permitir aos trabalhadores discorrerem sobre seus trabalhos no PSF, a partir de questões que fornecessem respostas nas quais a concepção pretendida transparecesse na internalidade dos depoimentos.

Os participantes foram informados quanto ao objetivo do estudo e ao procedimento da entrevista. Em consonância com as diretrizes e normas que regulam as pesquisas envolvendo seres humanos, estabelecidas pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96, todos os entrevistados assinaram em duas vias o consentimento pós-informado, e lhes foi assegurado o direito de desistência da participação sem qualquer ônus e também preservado o anonimato por meio da não-identificação pessoal, dos locais de trabalho e dos municípios. A proposta de pesquisa foi previamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa

na Área da Saúde (CEPAS), da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da FURG, sob o processo Nº 25000.092771/2004 - 88, e parecer Nº 02/2004. Também foi solicitada previamente a concordância para realização da pesquisa junto à 3ª CRS/RS.

Os dados obtidos foram organizados em arquivos digitalizados com a participação dos próprios entrevistadores, assegurando a compreensão expressa nas narrativas. Ao final de cada citação exemplo, sem a identificação do sujeito entrevistado, assinala-se, entre parênteses, o número fictício do município (M), o número fictício da equipe (Eq) e o número fictício do trabalhador (Ef = enfermeiro; Md = médico). Foram digitalizadas 38 entrevistas com médicos e 44 com enfermeiros, totalizando 82. O número menor de entrevistas realizadas com os médicos se explica por dois profissionais se recusarem a participar do estudo e, também, pelo fato de quatro unidades permanecerem sem esse profissional após três tentativas sucessivas para agendar as entrevistas.

Os depoimentos foram transcritos e selecionados segundo seus trechos de interesse, seguindo etapas sequenciais na referência da análise qualitativa temática⁽⁹⁾. A utilização de fragmentos, ilustrando o texto e motivando as análises, expressa e exemplifica o conjunto de sujeitos; portanto, a seleção foi justificada na maior abrangência do conteúdo apresentado pelo grupo dos 82 sujeitos e também no limite de espaço determinado para esta publicação. O conjunto de dados obtido na pesquisa de campo compõe, então, a fonte primária da pesquisa e apresenta-se como subsídio à análise cujo referente é o conceito de finalidade como um conjunto de sentidos/significados estruturadores de um sistema – a finalidade do trabalho⁽⁵⁾.

Na análise total dos depoimentos, surgiram os temas a saber: o sentido instrumental da relação entre necessidades sociais de saúde e finalidade do trabalho; a necessidade de humanizar a finalidade do trabalho e a relação entre a finalidade e o limite do trabalho. Salienta-se que, para não fugir aos limites de espaço desta apresentação, o tema selecionado refere-se à necessidade de humanizar a finalidade; reitera-se também que, pela natureza do objeto do estudo e o cuidado rigoroso em sua análise, a escolha mostrou-se possível e coerente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme referido nos itens anteriores, 82 sujeitos, enfermeiros e médicos, participaram do estudo, expressando a concepção sobre a finalidade do seu trabalho. Deles, 14 (17%) são homens e 68 (83%) são mulheres. Entre os homens, 10 (71%) são médicos e 4 (29%) são enfermeiros; entre as mulheres, 28 (41%) são médicas e 40 (59%) são enfermeiras. O predomínio de mulheres é visível, tanto para o profissional da enfermagem quanto para o da medicina. O fenômeno encontra-se descrito na literatura como a *feminização* em diferentes áreas do mundo do trabalho⁽¹⁰⁾.

Os trabalhadores situam-se na faixa etária compreendida entre 26 e 65 anos, com idade média de 40 anos. Quanto à formação básica, 71 (87%) concluíram a graduação nas universidades federais da região; 34 (41%) já eram graduados no início da década de 90 e, ao final da mesma, 75 (91%) eram graduados. A formação *lato sensu* dos trabalhadores em sua maioria chama a atenção: 79 (96%) são especialistas, sendo que destes 52 (63%) concluíram a especialização em Saúde da Família. Apenas 6 (7%) são mestres e nenhum possui o título de doutor. O tempo médio de envolvimento com o PSF é de 2 anos e 2 meses (variação: 2 meses – 5 anos), tempo que coincide com o de estruturação das equipes de saúde da família na região do estudo. A característica temporal apontada está associada à política do Ministério da Saúde, evidenciada no ano de 2003, de aporte intenso de recursos financeiros ao PSF, a fim de garantir a expansão da estratégia Saúde da Família dentro do SUS em municípios com mais de 100.000 habitantes.

Os trabalhadores entrevistados concebem a finalidade do trabalho como prevenção de doenças, diminuição de agravos na saúde, promoção da saúde, melhoria das condições e da qualidade de vida. Tanto os enfermeiros como os médicos, ao falarem da finalidade do seu trabalho, fizeram-no em tais termos. Daí interpretou-se que o significado nuclear da finalidade está alinhado com a possibilidade de mudanças e da aquisição de novos comportamentos sociais, como fim transmutado⁽⁵⁾ em produto do trabalho coletivo. Nesses termos o discurso dos profissionais, confunde-se com o discurso normativo⁽¹¹⁾ presente na proposta do Ministério da Saúde, numa referência à atenção à saúde da família⁽¹⁻²⁾.

O significado de prevenção ao risco da doença, no sentido da mudança para um comportamento mais saudável, com a melhoria da qualidade de vida, tem o sentido do limite pelo componente cultural implícito às mudanças

necessárias e está no próprio limite dos hábitos culturais das pessoas. Ainda mediado pelos discursos, foi possível evidenciar que os sujeitos do estudo, em sua maioria, vêm nessa relação a possibilidade do exercício de uma prática socialmente diferenciada daquela centralizada na cura das doenças, ou seja, uma prática construída no dia-a-dia do trabalho, que diminua possibilidades negativas de estados de doença.

No encadeamento proposto, também transpareceu no conjunto da análise que os sentidos não diferem entre si, ou seja, as expressões prevenção, diminuição e melhoria têm na promoção da saúde o seu sentido tradicional – da educação em saúde⁽¹²⁻¹³⁾, como componente instrumental da finalidade do trabalho.

A análise no estudo ora apresentado procurou ir além da verificação do fato comum de repetição do discurso oficial e do sentido tradicional da educação em saúde, buscando ampliar a compreensão acerca do sistema de significados sobre a finalidade do trabalho, que se desenvolve no cotidiano das ações dos enfermeiros e médicos atuantes nas equipes de Saúde da Família. Para o propósito em questão, foi assumido um marcador teórico – a condição humana⁽¹⁴⁾ –, que é o conector na relação entre a finalidade instrumental – da mudança e aquisição de comportamentos saudáveis – e o componente da eticidade no processo de trabalho.

Os conceitos de processo de trabalho e necessidades sociais, como anteriormente explicitado, foram à base teórica para o percurso analítico do estudo. Nessa dimensão, o conceito de condição humana aproximou as categorias finalidade do trabalho e eticidade, potencializando, quando da análise dos dados, outras categorias (empíricas), como a solidariedade e compaixão, a consciência da vida e o dever ser. A Figura 1 ilustra esta construção analítica no presente estudo.

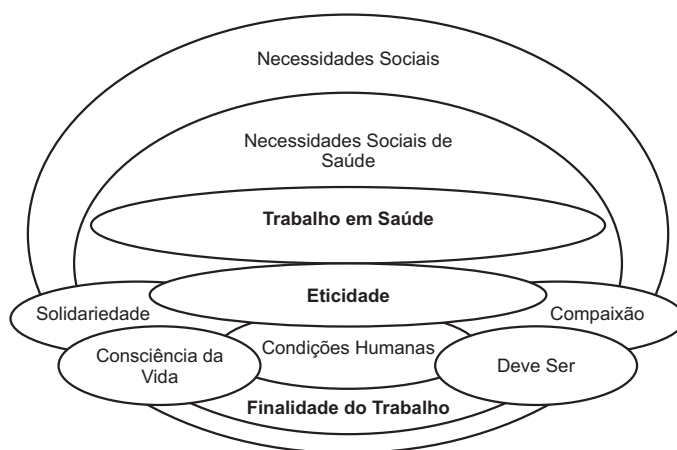


Figura 1 - Representação do Sistema de Significados da Finalidade do Trabalho. Relação entre as categorias das Bases Teórica e Empírica - Rio Grande - 2007

No alinhamento e recortes apresentados o foco, na sequência do texto, recairá no sentido do componente da eticidade na finalidade do trabalho, um dos temas principais para as análises no estudo, qual seja, a necessidade social de humanizar a finalidade do trabalho, não somente no que se refere ao sentido da carência, mas também da potencialidade de mudanças da realidade histórica em que se inclui o indivíduo e os diferentes grupos sociais. Cabe de antemão referir que a complexidade entre carências e potencialidades individuais e coletivas reflete o próprio limite da análise do objeto deste estudo (o sistema de significado da finalidade do trabalho), que se guiou apenas pelos depoimentos de um de seus sujeitos, os trabalhadores.

A necessidade social de humanizar a finalidade

O desenho político e organizativo sob o qual operam as equipes da Saúde da Família estabelece o conjunto de problemas previstos para o cotidiano de trabalho de cada profissional participante, bem como define as ações que potencialmente são capazes de resolvê-los, mas é a natureza social da racionalidade dos profissionais da equipe, porquanto sensibilidade humanizada, permeada pela dignidade e respeito à condição humana⁽¹⁴⁾ que, em última instância, distingue o sistema de significados da finalidade do trabalho.

Ao desenvolvê-lo, os profissionais estabelecem vínculos de compromisso e de co-responsabilidade com a população e ampliam a finalidade de seu trabalho tomando por referência a dimensão da eticidade, no sentido da vontade de alguém para outro alguém; as carências sociais vivenciadas no cotidiano do trabalho transcendem a especificidade do setor saúde e têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos, famílias e comunidades.

O trabalho estabelece essa relação a partir da escolha. A escolha se determina por contingentes históricos (a cultura, os hábitos e costumes e as condições sociais e materiais da vida) de um indivíduo ou indivíduos na relação com outro ou outros. A vontade de alguém para outro alguém é desenvolvida, então, na escolha/decisão posta na ação, que se auto-determina no contexto que a produz. Os extratos de duas narrativas são colocados a seguir como forma de ilustrar o que foi dito:

A finalidade do trabalho é a melhoria das condições de saúde e as condições de vida das pessoas. Podemos ver que o resultado do trabalho de nossa equipe nas visitas domiciliares se reflete na comunidade. As pessoas modificam seus hábitos, seus vícios, sua alimentação e isto é saúde [...] (M2-Eq27-Md8).

[...] eu acho que principalmente é necessário melhorar a qualidade de vida da nossa população [...] tentamos pelo menos fazer isto. Se sairmos na visita domiciliar, se estamos aqui [...] a gente observa, principalmente, que ao se conseguir melhorar os costumes, melhora a qualidade de vida dessas pessoas que nos procuram. [...] Eu acho que nos gratifica muito essa parte, quando vemos uma grande melhora na qualidade de vida da população [...] (M2-Eq41-Ef24).

A centralidade da finalidade instrumental do trabalho na mudança e aquisição de conhecimentos e comportamentos saudáveis tem o sentido de uma relação na direção do desenvolvimento de uma consciência da vida⁽⁴⁾, ou seja, de sensibilização dos indivíduos e grupos para possibilitar mudanças positivas nas condições de vida. Sob tal foco, a finalidade do trabalho em saúde aparece associada ao sentido de provocar reflexão, preliminarmente na dimensão individual para, de modo concomitante, possibilitar mudanças na qualidade de vida, o que por ser social abrange o coletivo, conforme se expressa no seguinte extrato:

[...] É sempre para melhorar a qualidade de vida das pessoas. Para que os indivíduos da comunidade tenham uma melhor visão de como eles vivem, para tentar mudar, fazer mudanças no comportamento para melhoria da qualidade de vida. Nós sempre buscamos isso, desenvolver ações e mudanças de comportamento para alegrar, para ajudar eles. Tem muita falta sim [...] na parte de higiene, tanto de domicílio, de ambiente [...] é para diminuir risco da família [...] (M1-Eq7-Ef17).

A narrativa acima relaciona a existência de um sentido positivo diferencial na finalidade do trabalho, associando à centralidade de mudança e aquisição de conhecimentos e comportamentos saudáveis o sentido de promoção de *alegria*, como forma de provocar o hábito do prazer na relação com os clientes e as comunidades. O sentido de poder *alegrar* ou de *dever alegrar*, que aparece, também, em outros depoimentos de enfermeiros, está relacionado ao sentido humano de compaixão e solidariedade, inerente aos vínculos estabelecidos no desenvolvimento do trabalho junto a populações em precárias condições de subsistência.

Assim, expressões foram utilizadas, nos depoimentos, para caracterizar a inquietante condição de existência nas comunidades onde os entrevistados trabalham, possibilitando a apreensão do sentido da solidariedade entre as pessoas, ou seja, da compaixão, emoções suscitadas pelo sofrimento alheio⁽¹⁴⁾. Uma evidência da afirmação feita vem nos trechos das narrativas de um enfermeiro e de um médico, apresentados a seguir:

[...] é possível ver, pelo que os indivíduos têm para oferecer, que as condições são de pobreza mesmo, têm algumas famílias com melhores condições de vida, mas a maioria é pobreza mesmo. Até pelo modo como eles se vestem, como cheiram, também, a gente observa a sujeira, está sem a meia, está sem o calçado, pelo cheiro que exala e que fica no ar [...] é pobreza mesmo [...] (M1-Eq12-Md12).

[...] a população aqui é abaixo da linha da pobreza, no início até meio que me deprimi [...] a nossa visita domiciliar é pela parte da manhã e chegamos às casas das pessoas e ninguém está fazendo almoço, não tem almoço, são casas com criança, com idosos, com pessoas que estão em casa sentadas, atiradas. As casas não têm piso e são de chão batido, eles não dormem em cama arrumada [...] (M2-Eq33-Ef42).

A contextualização do sentido de solidariedade ou mesmo do sentido de compaixão pode ser observada pelas ex-

pressões utilizadas nas narrativas, já referidas no texto, como de melhoria das condições e da qualidade de vida justifica ou pelo menos faz entender a associação entre esse sentimento e a finalidade do trabalho, na forma de ações de reciprocidade social. Para que a mesma ocorra, existe a necessidade de construção de vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre os indivíduos ou grupos da comunidade e os profissionais que trabalham, mobilizando o dever de solidariedade para com pessoas e grupos cujas necessidades não são reconhecidas parcial ou plenamente⁽⁴⁾. As relações entre a condição histórica de existência humana e o estado de saúde e doença dos indivíduos e das comunidades encontram-se descritas nas diferentes áreas do conhecimento, abrangendo diversos sentidos conforme os paradigmas teóricos e empíricos que sustentam as abordagens das áreas⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

Nos depoimentos, tanto os enfermeiros como os médicos fazem referências às condições de vida das pessoas e das comunidades, incorporando o sentido de identificação de indivíduos com significativas carências, que atingem a própria condição biossocial mínima para a sobrevivência e a cidadania (alimentação, moradia, trabalho, escolaridade, segurança, afeto, humor, autonomia, liberdade...). O sentimento demonstrado, além de incluir a valoração inerente ao pragmatismo das ações diretas, da dimensão organizacional do trabalho, inclui também o sentido da possibilidade, na dimensão da eticidade, de valoração para o trabalho em si, bem como valoração da relação entre o mesmo trabalho e o interesse adquirido (ou não). Interesse que parte do fato de a finalidade do trabalho estar voltada para seres humanos, principalmente nas narrativas de enfermeiros, mas também na narrativa de alguns médicos; um interesse particular para com seres humanos em precárias condições de vida⁽¹⁷⁾, com os quais convivem diariamente no trabalho. Os trechos de narrativas colocados a seguir evidenciam tal significado associado à finalidade do trabalho:

[...] já considero isto aqui como se fosse a minha casa. Sinto que minha maior motivação é a realização interior, que é muito gratificante. É um trabalho que me engajei faz muito tempo [...] (M2-Eq31-Ef36).

[...] trabalho aqui para me sentir bem, só por isso. Se minha motivação fosse outra, eu não faria este trabalho. Porque é desgastante, é consumidor [...] é necessário abdicar muitas vezes a própria família. Então, é a retribuição que os pacientes nos dão e às vezes não vemos diretamente assim, uma melhora de saúde, mas vemos melhorar o espírito deles, o acolhimento deles, mostrando que eles gostam de nós, de certa forma isto faz a diferença [...]. (M1-Eq1-Ef14).

A leitura dos trechos destacados das narrativas sugere o interesse adquirido (ou não) na forma de um *ideário*, ou seja, de uma potência individual interior para produzir um estado ou condição positiva no trabalho. Sendo assim, é possível que o interesse adquirido (ou não) venha a comportar o sentido humano do *dever ser* profissional na relação com a comunidade, em especial para os profissionais enfermeiros, mas, também, para alguns médicos, o que

potencialmente se vincula ao sistema de significados da finalidade do trabalho.

Voltando a atenção para o sentido do termo *interesse*, a partir de sua característica ideal-subjetiva (interesse de alguém em relação ao outro), ainda que percebido em seu sentido humano do *dever ser*, observa-se que exige formas para se tornar realidade e isso pode ser efetuado através do trabalho. Assim, é possível perceber que no caso específico do trabalho em saúde, a atuação nas equipes de Saúde da Família pode se destinar a qualquer pessoa; portanto, é um processo coletivo, de interesse público e *tudo o que vem a público pode ser visto e ouvido por todos [...] aquilo que é visto e ouvido pelos outros e por nós mesmos – constitui a realidade*⁽¹⁴⁾. Bem assim, o interesse adquirido (ou não) pelo trabalho em saúde se torna real e, na dimensão da eticidade da finalidade do trabalho, por ser desenvolvido através de ações de interesse coletivo, mostra-se com significado humano do *dever ser* profissional na relação com a comunidade no trabalho do PSF.

Outra associação do sentido humano do *dever ser* no trabalho de alguns médicos entrevistados se expressa nos destaques colocados logo abaixo. A associação está no sentido da potencialidade da relação entre profissional e cliente viabilizar trocas de atenção com qualidade adequada ao atendimento de necessidades, sejam da comunidade em geral e dos indivíduos em suas particularidades ou, ainda, dos próprios trabalhadores em saúde, enquanto indivíduos com necessidades de *serem acolhidos* pela comunidade. Mas tem também o sentido da conduta humana na finalidade do trabalho, porquanto associação com significado de vontade subjetiva implícita no sentido do *dever ser* profissional, na centralidade do ato médico da consulta.

[...] na realidade do PSF, no nosso trabalho temos um envolvimento muito maior com a comunidade, esse é o objetivo, um dos objetivos principais do PSF [...] que é conhecer mais a comunidade e no momento que conhecemos mais a comunidade, eles adquirem mais confiança em nosso trabalho. Eles dizem: ah! a doutora sabe toda a minha história, sabe onde eu moro [...] então, esse trabalho aqui é importante por causa disso, porque trabalhamos na base, podemos ver onde eles moram, toda a realidade deles [...] (M2-Eq27-Md15).

[...] a finalidade do trabalho está, na realidade, no acolhimento dos indivíduos. Está em fazer com que realmente a comunidade tenha confiança no profissional e isto depende de cada profissional, é individual. É aquela coisa de acolher realmente o paciente, que modéstia à parte eu tenho uma boa relação médico-paciente. Então, eu noto assim, que na realidade o que o médico do PSF tem que fazer quando ele vai para a comunidade, ele tem que ter disposição para ouvir. Disposição porque muitas vezes as consultas se resumem a tu ouvires eles. Eles não querem um atendimento realmente, eles querem ser ouvidos [...] (M2-Eq38-Md69).

A última narrativa expõe a necessidade de atenção mútua no serviço. Revela ainda a existência de uma neces-

sidade de afeto na relação de trabalho, necessidade de compreensão, de assistência, de ajuda nas próprias dificuldades, a qual se objetiva através da subjetividade de *saber ouvir* o cliente, na dimensão específica da relação profissional – médico e paciente – em que o sentido de ouvir não se restringe à *ausculta fisiológica*. A atenção à saúde na proposta do PSF tem essa lógica, que se estende à dimensão multidisciplinar do trabalho das equipes e engloba o significado objetivo da ação de ouvir, que também pode ter o sentido do acolher e do vínculo⁽⁶⁾, a partir de necessidades inerentes à condição de vida das pessoas.

No desenvolvimento operacional do trabalho transparece a concepção de que a ação humana tem ou pelo menos deveria ter o sentido subjetivo da vocacionalidade, algo que vai além da aptidão inerente e necessária à ação no processo organizativo do trabalho, pela propensão aos limites sociais do mesmo. Por outro lado, como a atenção à saúde se constitui em uma prática social, as ações humanizadas não correspondem necessariamente a um sentido positivo e natural, mas constituem uma construção social e, portanto, podem estar adequadas ou não às necessidades de saúde de determinado grupo de pessoas ou, ainda, da coletividade em geral. Assim, [...] *ter disposição para ouvir [...]* (M2-Eq38-Md69), conforme referido na última narrativa trazida ao texto, tem o sentido de processos que representam o significado construído historicamente nas práticas de atenção básica em saúde, da (in)capacidade humana de desenvolver a *atenção* às necessidades do próprio homem e da própria mulher.

Nesse direcionamento filosófico o *movimento de concretização*⁽¹⁸⁾ da humanização se determina pelo trabalho e é na finalidade que se encontra a explicitação da relação entre a vontade e a decisão de humanizar a partir da necessidade. O trabalho é uma mediação dos indivíduos que possibilita a vontade de se concretizar a partir da decisão, pois

uma vontade só se determina, quando decide. Por meio da decisão, a vontade se põe como vontade de um determinado indivíduo frente a outro [...]. Uma vontade que não decide nada não é uma vontade real⁽¹⁸⁾.

O trabalho é um âmbito da eticidade, a qual *trata das determinações objetivas ou da mediação social da liberdade*⁽¹⁸⁾. Assim, na dimensão da eticidade do trabalho, o trabalhador é qualificado a partir das determinações objetivas, dos resultados e conseqüências de suas ações⁽¹⁹⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos depoimentos dos enfermeiros e médicos no estudo, tendo por referência a necessidade de humanizar a finalidade do trabalho desenvolvido no PSF, a partir das ESF, mostrou viável o sentido positivo da saúde através do trabalho, com o significado de alcance do *melhor estado de saúde* possível aos indivíduos e às comunidades, considerando o contexto histórico em que a situação de doença se intercala.

Ao desenvolver o trabalho, seguindo a lógica da inserção da equipe multiprofissional do PSF na comunidade, os profissionais estabelecem relações de conscientização mútua com a população e, assim, acrescentam ao significado da finalidade do trabalho um vínculo humanizado, entre o sentido de *melhorar* as condições de saúde e a qualidade da vida e o sentido instrumental/operacional do trabalho, centrado na mudança de comportamento de todos os envolvidos no processo, incluindo as pessoas e a comunidade.

Observa-se o sentido de *melhorar* associado à sensibilidade dos profissionais no processo de aproximação com a comunidade, que estreita potencialidades de mudanças, modificações, estabelecidas nos indivíduos e comunidades. O sentido em foco foi mais freqüente nas narrativas dos enfermeiros do que nas dos médicos, ademais que nestas, onde expressaram o sentido proximal de inserção na comunidade, o significado da finalidade do trabalho tenha ficado muito próximo do ato da consulta médica.

Por isso, no conjunto da análise das entrevistas, é possível afirmar que falar de humanização na finalidade do trabalho provocou uma introspecção nos profissionais entrevistados, abrangendo desde o significado de vocação até a percepção do sentido de existirem possibilidades na estrutura dos serviços, na qual transparecem as forças histórico-sociais, representantes das necessidades tão ou mais reais, como as de saúde, para superar grande parte daquelas aqui elencadas e, sobre a base do consenso, decidir quais devem ser priorizadas para melhores condições de saúde⁽⁴⁾.

Falar de humanizar a finalidade é assumir uma redundância ontológica. É assumir o fato de que existe universalidade nas ações particulares e que essa é expressa pelo componente subjetivo de toda ação, incluindo o trabalho, ou seja, a vontade de um indivíduo frente a outro. Também, falar em *humanizar* é elucidar a relação entre a vontade e o limite posto pela própria ação. Assim, cabe dizer que a vontade subjetiva assume objetividade na decisão e a relação – vontade e decisão – é possível por meio do trabalho.

Torna-se importante esclarecer que a posição assumida, no texto apresentado, não corresponde àquela de um veículo de valorização da prática médica, ou da enfermagem, ou de ambas sobre outras práticas em saúde. O que aqui se coloca tem apenas a intenção de apreender os significados presentes no espaço particular de trabalho do PSF no extremo sul do Brasil, um dos representantes no contexto histórico brasileiro no que concerne à implantação de uma proposta política de mudança do modelo de atenção à população, na particularidade da rede de atenção à saúde da família. No interior dos depoimentos, que são diferentes ou mesmo semelhantes, conforme se apresentou no texto, estão as racionalidades e sentimentos dos profissionais, de onde brotou o sistema de significados da finalidade do trabalho apreendido até aqui.

Com as análises e resultados apresentados neste texto, que derivam de uma pesquisa maior, sobre a construção tecnológica do modelo de Atenção à Saúde da Família, atra-

vés da base empírica do processo de trabalho das ESF, é possível acreditar que tal estudo possa fazer parte da discussão acadêmica e tecnológica sobre a dimensão macro da formação de competências e adequação às necessida-

des de saúde da população brasileira. E ainda possa contribuir para a análise do processo de serviços em saúde, com uma perspectiva qualitativa do microespaço do trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família. Brasília; 1994.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, 29 mar. 2006. Seção 1, p. 71-5.
3. Heller A. Teoría de las necesidades en Marx. Barcelona: Ediciones 62; 1986.
4. Heller A. Una revisión de la teoría de las necesidades. Barcelona: Paidós; 1996.
5. Marx K. Elementos fundamentales para la crítica de la economía política. Buenos Aires: Siglo Veintiuno; 1989.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília; 2004.
7. Lefebvre H. Lógica formal, lógica dialética. 6ª ed. São Paulo: Civilização Brasileira; 1995.
8. Goldmann L. Dialética e cultura. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1979.
9. Green J, Thorogood N. Qualitative methods for health research. London: Sage; 2005.
10. Bourdieu P. A dominação masculina. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1999.
11. Canguilhem G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense-Universitária; 1982.
12. Maben J, Macleod-Clark J. Health promotion: a concept analysis. J Adv Nurs. 1995;22(6):1158-65.
13. Beattie A. Education for systems change: a key resource for radical action on health. In: Adams L, Amos M, Munro J, editors. Promoting health: politics and practice. London: Sage; 2002. p. 157-65.
14. Arendt H. A condição humana. 6ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2004.
15. Paim MJS, Almeida-Filho N. A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva. Salvador: Casa da Qualidade; 2000.
16. Samaja J. A reprodução social e a saúde: elementos metodológicos sobre as relações entre saúde e condições de vida. Salvador: Casa da Qualidade; 2000.
17. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; 2002.
18. Hegel GWF. Princípios da filosofia do direito. Lisboa: Guimarães; 1990.

Apoio Financeiro

Ministério da Saúde (MS), Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio Grande do Sul (FAPERGS), Edital MS/CNPq/FAPERGS Nº 008/2004/2007 – Programa Pesquisa para o SUS – sob o Processo Nº 0415374.

Desenvolvida no Laboratório de Estudos de Processos Socioambientais e Produção Coletiva de Saúde (LAMSA).