**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

LIGIA MENEZES DE FREITAS

**AS AÇÕES DOS TRABALHADORES DE SAÚDE: O ENFOQUE
NA ASSISTÊNCIA EM HANSENÍASE**

SÃO PAULO

2007

LIGIA MENEZES DE FREITAS

**AS AÇÕES DOS TRABALHADORES DE SAÚDE: O ENFOQUE
NA ASSISTÊNCIA EM HANSENÍASE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem em Saúde Coletiva, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre.

Trabalho inserido na linha de pesquisa: Bases Teóricas e Metodológicas dos Saberes e Práticas do Cuidar em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^ª Dr^a Lúcia Maria Frazão Helene.

São Paulo

2007

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Freitas, Ligia Menezes. As ações dos trabalhadores de saúde: o enfoque na assistência em hanseníase. / Ligia Menezes Freitas. – São Paulo, 2007.
117 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^ª Dr^a Lúcia Maria Frazão Helene.

1. Hanseníase (assistência) 2. Processo saúde-doença 3. Enfermagem em saúde pública. I. Título.

Aos **portadores de hanseníase**,
que mesmo impingidos pelo preconceito e estigma social, resistem a se
manter vivos

Aos **meus pais**,
que mesmo sem compreenderem os caminhos trilhados nesta dissertação
sempre respeitaram minhas escolhas e proporcionaram-me toda retaguarda
necessária. Vocês são muito importantes e responsáveis pelo melhor que
trago em mim. Muito obrigada!

AGRADECIMENTOS

Sempre acreditei que o trabalho de um pesquisador é solitário. Hoje, ao sentar para escrever meus agradecimentos percebi que minha jornada de cientista na Pós-Graduação foi um exercício de socialização e que ser pesquisadora pode ser uma atividade coletiva. Sei que será impossível agradecer e contemplar todos a quem gostaria aqui nesse espaço, mas proponho-me a tentar;

A minha orientadora e companheira nesta jornada, Lúcia Maria Frazão Helene, por aceitar comigo este desafio, pelo afeto, disponibilidade e pela maneira democrática que conduziu sua orientação. Meus sinceros agradecimentos;

Aos trabalhadores dos Centros de Referência em Hanseníase de Cidade Ademar, por oferecerem a colaboração a este estudo e, sobretudo, por transformarem as entrevistas em ricas experiências, muitas além da utilização de suas colocações nesta dissertação;

A todos os docentes trabalhadores do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP (EEUSP) nas pessoas de Célia Maria Sivalli Campos e Cássia Baldini Soares, responsáveis pela minha formação;

A Professora Anna Maria Chiesa, pela compreensão;

Aos trabalhadores não-docentes do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP (EEUSP) na pessoa de Terezinha Amaro dos Reis Alves (Tetê), ímpar nos ensinamentos de vida, pela atenção, força e risos;

Ao CNPq, pelo apoio financeiro concedido na vigência da elaboração desta dissertação, ocasião em que fui bolsista;

Ao amigo Roberto Goulart Menezes, pelo resgate de minhas possibilidades, pela imprescindível presença nas horas certas e momentos certos e por acreditar em meu trabalho;

A amiga Silvia Angelise Souza de Almeida, por sempre se fazer presente, pelos aprendizados diante da vida e por ter permitido que eu a escolhesse como minha irmã;

A amiga Taia Duarte Mota, por ter compartilhado comigo os ônus e bônus desta trajetória e da vida. Obrigada por cuidar de mim;

A amiga Adriana Jimenez Pereira, por sempre estar perto, pela alegria e pela nossa amizade;

Ao Estevão Cabestrè e a Renata Carla de Oliveira, pelo carinho e estarão sempre guardados no coração;

A Márcia Regina Alvarenga pela disponibilidade;

A todos os amigos que indiretamente contribuíram para a realização deste mestrado: Carina Braga, Mônica Mendes, Fabiana Lucena, Paula Ziuni, Fernanda Priminini, Lucinéia Ferreira, Marcelo Daldoce, Emílio de Souza Lima, Bruno Porpetta, Silvia Conejo, Mirela Freitas, Tom Tominaga, Tiago Braga e Henrique Prego, pela alegria;

Ao companheiro Leandro Batista de Oliveira, por ter me ensinado o quanto é valioso um amor.

Não tenho dúvida. O troféu das Ciências Sociais ficaria muito bem nas mãos de Catalina Álvarez-Insúa. Ela definiu a pobreza melhor do que ninguém:

- Pobres são os que têm a porta fechada.

Aplicando-se ao critério dela, impõe-se uma correção dos cálculos: os pobres do mundo são muito mais numerosos do que os confessados pelas estatísticas.

Catalina tem três anos de idade. A melhor idade para olhar o mundo, e ver.

Eduardo Galeano

RESUMO

FREITAS LM. As ações dos trabalhadores de saúde: o enfoque na assistência em hanseníase Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007, 117 p.

Este estudo tomou como objeto as práticas e os saberes que operam nas ações de saúde dos trabalhadores de dois centros de referência em hanseníase de um determinado território do Município de São Paulo. Trata-se de um estudo descritivo, cujo objetivo geral foi caracterizar as ações de saúde que operam na assistência dos agentes em saúde, em serviços de referência à hanseníase. O material empírico foi obtido por um formulário semi-estruturado, no período de agosto a novembro de 2006 e foram entrevistados 11 profissionais, após permitirem sua participação na pesquisa. Para a análise, foram utilizados os procedimentos, segundo a análise de conteúdo de Bardin, que possibilitaram a visualização das seguintes categorias empíricas: práticas de saúde; processo de trabalho em saúde e processo saúde-doença. A análise mostrou que os processos de trabalho, de interação dos trabalhadores nas equipes e o de qualificação dos trabalhadores na área da hanseníase expressam-se de forma homogênea e deficitária entre os estudados. Permitiu também, evidenciar que as práticas de saúde dos trabalhadores dos serviços estudados estão fortemente vinculadas à assistência respaldada no modelo biológico, pois realizam práticas de saúde centradas na atenção individualizada e pautados na multicausalidade do processo saúde-doença. Neste estudo, evidencia-se a necessidade de que as práticas de saúde na área da hanseníase sejam incorporadas a um saber ampliado à intervenção do coletivo que possibilite trazer contribuições para a meta de eliminação da doença e que sejam redefinidos os processos de trabalho, baseados no âmbito da determinação e não só nos resultados do processo saúde-doença.

Descritores: Assistência; enfermagem em saúde pública; eliminação da hanseníase; processo saúde-doença.

ABSTRACT

FREITAS LM. The health action of workers: the approach on the leprosy assistance. Dissertation (Mater's degree) – Nursing School, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007, 117 f

This study has taken as object the practice and knowledge that are performed in the health action of workers in two reference centers of leprosy in a specific area in São Paulo. It's a descriptive study which has had as main objective the characterization of health action that has been performed in the agent's assistance in health, in a reference center of leprosy. The empiric material was obtained through the semi-structured form, from August to November 2006 and eleven professionals were interviewed after taking part on this study. To the analysis, the procedures were used according to Bardin content analysis which enabled the visualization of the following empiric categories: health practice; work process in health and health-disease processes. The analysis showed that the work process, the way of worker's interaction in the groups and their qualification in the leprosy area express a homogenous and deficient way among the people studied. Through the analysis it was evident that the health practice of workers in the studied service are closely related to the repaired assistance in the biological model which perform health practice focused on the individualized attention and centered on the multi-causes of the health-disease process. It is clear in this study, the necessity of these health practices of leprosy to be incorporated an enlarged knowledge into the group intervention in order to bring contributions to the disease removal target and to re-define the work processes based on the ambit of determination and not only on the results of the health-disease process.

Descriptors: Assistance; nursing in public health; leprosy removal; health disease process.

LISTA DE FIGURAS

Tabela 1 –Índices de prevalência e de casos novos no Brasil durante os anos de 2004,2005e2006.....	14
 Mapa 1 - Mapa do Município de São Paulo. Coordenadoria Regional de Saúde e Supervisão Técnica de Saúde do Município de São Paulo. Região de Cidade Ademar/ Santo Amaro.....	43
 Quadro 1 –Trabalhadores do Centro de Referência em Hanseníase Pedreira estudados, segundo idade, sexo, formação, tempo de formado, formação em Saúde Pública, tempo de atuação no serviço de saúde e tempo de atuação no PCH. São Paulo, 2006.....	53
 Quadro 2 – Trabalhadores do Centro de Referência em Hanseníase Joaniza estudados segundo idade, sexo, formação, tempo de formado, formação específica em Saúde Pública, tempo de atuação no serviço de saúde e tempo de atuação no PCH. São Paulo, 2006.....	55

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
1.1 O OBJETO E O PROBLEMA DE ESTUDO.....	14
1.2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A DESCENTRALIZAÇÃO.....	20
1.2.1 Descentralização	25
1.3 MODELOS TECNOASSISTENCIAIS NA SAÚDE.....	30
2 OBJETIVOS.....	37
2.1 OBJETIVO GERAL	37
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	37
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	39
3.1 LOCAL DE ESTUDO	40
3.1.1 O Município de São Paulo e o processo de organização dos serviços de saúde na atualidade	41
3.2 COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE E A SUBPREFEITURA DE CIDADE ADEMAR	43
3.3 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	47
3.4 COLETA DE DADOS.....	48
3.5 SUJEITOS DO ESTUDO	51
3.5.1 A equipe de trabalhadores do Centro de Referência em Hanseníase Pedreira	52
3.5.2 A equipe de trabalhadores do Centro de Referência em Hanseníase Vila Joaniza.....	55
3.6 ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO SOB A ÓTICA DOS GERENTES	57
3.7 OS PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE.....	60
3.7.1 Trajetória percorrida para a configuração das categorias	62
4 CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS	65
4.1 PROCESSO DE PRODUÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE.....	65
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	71

5.1 PRÁTICAS DE SAÚDE EM HANSENÍASE.....	71
5.2 CONCEPÇÃO DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA EM HANSENÍASE....	83
5.3 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE	87
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	97
7 REFERÊNCIAS	100

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 O OBJETO E O PROBLEMA DE ESTUDO

Este estudo tomou como objeto as práticas de saúde e os saberes que operam as ações de saúde dos trabalhadores de dois centros de referência em hanseníase de um determinado território do Município de São Paulo.

Consideramos que o problema deste estudo está relacionado às ações de saúde em conformação com as políticas de saúde para a eliminação da hanseníase no nosso País.

Nos últimos anos, a atenção dos órgãos e serviços públicos de saúde, nacionais e internacionais, está focalizada na eliminação da hanseníase e, em especial, nos países onde essa doença é considerada endêmica. Nordeen (1996), observa a distinção entre eliminação e erradicação da doença. A eliminação da hanseníase como problema de saúde pública, significa reduzir a prevalência da doença à índices muito baixo, menos de um doente por 10.000 habitantes, e o termo erradicação da doença está relacionada à completa interrupção da transmissão avaliada pela incidência zero e pelo total desaparecimento do organismo responsável pela doença.

O Brasil está entre os nove países relacionados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como área endêmica importante no mundo (WHO, 2005). Segundo a OMS, os casos estão concentrados em seis países: Moçambique, Nepal, Congo, Brasil, Madagascar e Tanzânia (WHO, 2005).

No entanto, em 2004, 2005 e 2006, os índices de prevalência e de casos novos diminuíram gradualmente no Brasil, como podemos observar nos dados da tabela abaixo.

Tabela 1 – Índices de prevalência e de casos novos no Brasil durante os anos de 2004, 2005 e 2006.

Brasil	Prevalência/ 10.000	Casos novos/ 10.000
Ano de 2004	4.6	28.6
Ano de 2005	1.7	26.9
Ano de 2006	1.5	20.6

Fonte: World Health Organization, 2006.

De acordo com os valores da tabela apresentada acima, no ano de 2006, a prevalência da hanseníase em nosso País (1,5/10.000 habitantes) estava acima da meta proposta pela OMS que estima ser inferior a um caso por 10.000 habitantes e a detecção encontrava-se em patamar de alta endemicidade, segundo os parâmetros adotados pelo Ministério da Saúde (MS).

O Brasil assumiu o compromisso de eliminar a doença como problema de saúde pública até o ano de 2010, o que significa diminuir a taxa de prevalência para menos de um doente a cada dez mil habitantes.

É importante destacar que a prevalência da hanseníase no âmbito nacional, apresenta diferentes coeficientes de acordo com a região. Em 2003, Mato Grosso caracterizou-se como o Estado com maior coeficiente de prevalência do País (22,11/10.000 habitantes) e os Estados com menor coeficiente de prevalência foram Rio Grande do Sul e Santa Catarina (0,24 e 0,64/10.000 habitantes, respectivamente) (Brasil, 2004).

Atualmente, no estado de São Paulo encontramos muitos municípios que apresentam coeficientes de prevalência de eliminação (abaixo de 1doente/10.000 habitantes); em outros, a hanseníase ainda persiste com altos coeficientes de prevalência e detecção, são aqueles que fazem divisa com os estados de Mato Grosso do Sul e Minas Gerais. E ainda encontramos municípios que mantêm uma média prevalência da doença.

Essa situação especial coloca, em consequência, as discussões e reflexões além da descentralização e municipalização da saúde, reforçando que também devem ser consideradas as diferentes realidades municipais.

A situação epidemiológica da hanseníase no estado de São Paulo, em 2003, retrata que mais de 5.000 doentes estavam em tratamento e cerca de 800 destes pacientes residiam no Município de São Paulo.

Conforme os dados fornecidos pelo Centro de Vigilância da Secretaria da Prefeitura do Município de São Paulo, em 2003, foram diagnosticados 310 doentes no município de São Paulo. A maioria desses hansenianos ocupa a região periférica da cidade. Dentre as quais, as regiões de Campo Limpo, Capela do Socorro, Cidade Ademar, Itaquera, M Boi Mirim, Perus, São Mateus, São Miguel Paulista e Sapopemba.

O comportamento da hanseníase apresenta características que a definem, como um problema que não está restrito às áreas de menor acesso aos serviços de saúde. uma vez que, epidemiologicamente se encontra em áreas urbanas e metropolitanas, como as cidades de São Paulo e Rio de Janeiro. Vale destacar que a maior parcela dos doentes recém diagnosticados encontra-se nas formas

multibacilares e em estado avançado da enfermidade, o que significa que o diagnóstico de hanseníase está sendo realizado tardiamente (São Paulo, 2005).

Nesse contexto, a OMS estabeleceu a meta de Estratégia Global que visa alcançar uma redução acentuada dos casos de hanseníase e pretende prover acesso aos doentes com hanseníase a serviços de saúde com o objetivo de realizar o controle da doença com qualidade, de acordo com os princípios de equidade, integralidade e participação da comunidade (WHO, 2005).

Os resultados esperados, após os esforços a serem empreendidos, são os seguintes: uma redução mais acentuada dos casos de hanseníase até níveis muito baixos; aprimoramento da qualidade dos diagnósticos, práticas de gestão e registro de casos e um bom sistema das informações; serviços de saúde, em todos os países endêmicos que atendam a hanseníase com acesso fácil e equitativo a serviços de qualidade, por meio dos serviços gerais de atenção à saúde, incluindo uma rede integrada e eficiente de encaminhamento; ferramentas e recursos adequados para prevenção de incapacidades e a reabilitação e fortalecimento das parcerias e atividades colaborativas entre todos os parceiros.

No Brasil, a resposta dos serviços de saúde ao problema da hanseníase historicamente se centrou no tratamento medicamentoso, o que pode se constituir em um entrave para a obtenção dos resultados que o programa de controle da hanseníase tem preconizado, e culminem na eliminação da doença e, sobretudo, para o progressivo projeto de implantação da assistência integral à saúde.

Para Donnangelo (1979, p.15) refere que na medicina a prática técnica “é a manipulação de instrumentos técnicos e científicos para produzir uma ação transformadora sobre determinados objetos” e completa que “as exigências que se

definem à margem da própria técnica, no todo organizado das práticas sociais determinadas, econômicas, políticas e ideológicas entre as quais se inclui”.

O clássico estudo de Mendes-Gonçalves, parte de uma discussão a respeito do processo de trabalho e constatou que o termo ‘práticas de saúde’:

(...) Tem sido usado geralmente para referir-se ao conjunto de práticas profissionalizadas e semiprofissionalizadas (ou paraprofissionalizadas) que detêm diretamente, ou por delegação, o monopólio legítimo de legislar e atuar na prevenção da doença, no tratamento e na reabilitação, na promoção da saúde. Tem a vantagem de ser mais amplo do que “prática médica” e as desvantagens óbvias de mascarar a quase total identificação dessas práticas com a doença – e não com a saúde -, por um lado, e de excluir outros conjuntos de práticas às vezes mais diretamente relacionados com a produção de um certo ‘estado de saúde’ do que nele incluídas, por outro lado (Mendes-Gonçalves 1994, p.70).

Schraiber (1995) reforça que as práticas de saúde são as intervenções sobre os que sofrem ou adoecem. Assim, neste estudo adotamos a compreensão de Mendes-Gonçalves (1994), Schraiber (1995) e Peduzzi (1998) sobre as práticas de saúde em que o modelo hegemônico de organização dessas práticas e as ações que o viabilizam, refletem as políticas de saúde vigentes.

Desse modo, no decorrer deste estudo destacamos que as práticas de saúde dos trabalhadores, inseridas em um modelo de assistência à saúde são regidas pelas políticas públicas sociais estabelecidas. Salum (1998) cita em seus estudos ser impossível pensar e discorrer a respeito das políticas sociais públicas desvinculadas do Estado, já que este é o “gestor dos interesses sociais” e que “as políticas são apenas mediadoras entre o Estado e a sociedade”.

Mendes (1995) considera que coexistem dois modelos de assistência à saúde diferentes e que expressam políticas distintas tomadas em um contexto da luta

político-ideológica, que são a assistência médica privatista e a reforma sanitária. Desse modo, um modelo vai de encontro ao projeto internacional liberal, reprodutor do modo capitalista de produção, que propõe o Estado mínimo e o livre mercado que regulam todas as instâncias, e o outro se origina no movimento sanitário brasileiro que será discutido posteriormente (Teixeira, 1989).

No Brasil, a assistência à saúde vincula-se a um processo de produção, na medida que os trabalhadores são os executores da política de saúde, quer em nível central, regional ou local (Salum et al., 1996). Ressalta-se que as discussões sobre o processo de trabalho têm se mostrado de grande relevância à compreensão da organização da assistência à saúde (Donnangelo, 1975; Mendes-Gonçalves, 1994; Franco e Merhy, 1999).

Pelo levantamento bibliográfico realizado, verificamos a pouca produção científica existente em âmbito nacional (Moreira, 2002; Nogueira 2002; Gea 2004) sobre o objeto de estudo do presente trabalho, que retrate e analise as práticas de saúde no trabalho dos agentes na rede básica. Logo, a literatura e os dados disponíveis indicam que esse tema foi pouco estudado, como podemos observar, a seguir:

- a) Moreira (2002) desenvolveu um estudo de caso acerca da avaliação da descentralização das ações programáticas de hanseníase no município de Nova Iguaçu no Rio de Janeiro e reforça o desenvolvimento de pesquisa avaliativas que subsidiem os responsáveis pela tomadas de decisões na implementação de políticas que eliminem a doença.
- b) Nogueira (2002) investigou a situação da hanseníase nos municípios do Estado de São Paulo que apresentavam coeficientes de prevalência em hanseníase denominados

de prevalência de eliminação. Avaliou o impacto da Campanha de Combate à Hanseníase ocorrida nesses municípios durante um determinado período de 2001.

c) Gea (2004) em seu trabalho “As ações básicas de saúde na eliminação da hanseníase – DIR XII – Franca - SP” avaliou como as ações de eliminação da hanseníase são percebidas pelos trabalhadores de saúde das unidades básicas e de referência que atendem casos da doença nos municípios que compõem a Direção Regional de Saúde XII de Franca no Estado de São Paulo.

Os demais trabalhos nacionais publicados na última década tomaram como referência os quadros teórico-clínico e epidemiológicos pautados na multicausalidade com enfoque no biológico.

1.2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A DESCENTRALIZAÇÃO

A partir da década de 1970, ocorreram mudanças políticas e econômicas que fortaleceram o processo de Reforma Sanitária, tendo em vista a transformação da estrutura do sistema de saúde brasileiro que culminou com a incorporação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição de 1988 (BRASIL, 1989).

Assim, o movimento da Reforma Sanitária teve êxito com a VIII Conferência Nacional de Saúde (MS 1987), a criação da Comissão Nacional de Reforma Sanitária e com a instituição do SUS pela Constituição de 1988.

Aqui, não cabe traçar toda a trajetória do Movimento da Reforma Sanitária, mas é importante ressaltar que os caminhos percorridos por esse movimento para estruturar novas políticas de saúde constituíram-se em um expressivo esforço da

sociedade civil a fim redirecionar o projeto do setor saúde no País e, conseqüentemente, reverter a privatização, a medicalização e a seletividade (Salum, 1998).

A Constituição de 1988 (alcançada pelo então Presidente da Assembléia Nacional Constituinte Ulisses Guimarães, como *Constituição Cidadã*, no sentido de que seria um instrumento importante para o direito à cidadania) incorporou conceitos, princípios e uma nova lógica de organização da saúde, dentre os quais: o conceito de saúde é entendido sob uma perspectiva de articulação de políticas econômico-sociais; a saúde como direito universal, derivado do exercício da cidadania plena e não mais como direito previdenciário; a caracterização dos serviços e ações de saúde como de relevância pública; a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS) (descentralizado, com comando único em cada esfera de governo, atendimento integral e participação social) e integração da saúde na Seguridade Social (Almeida; Chioro; Zioni, 2001)

Ressalta-se que a Constituição de 1988 propiciou a incorporação de condicionantes econômicos, sociais, culturais e bioecológicos. Uma visão ampliada e integrada das ações e serviços de saúde, busca superar a concepção dominante de atribuir saúde pela ausência da doença, na dimensão biológica e individual. Podemos afirmar que a “Constituição Cidadã” foi a que mais avançou no campo dos direitos sociais e esforços de justiça social (Vasconcelos; Pasche, 2006).

O SUS foi constituído em 1988 e só foi regulamentado e legitimado em 1990, quando foram sancionadas as Leis Orgânicas de Saúde: – Lei n. 8.080 que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde e a Lei n. 8.142 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e as transferências

intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências (Brasil, 1990).

De acordo com o Artigo 4 da Lei n. 8.080, o SUS pode ser definido como “o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições Públicas Federais, Estaduais e Municipais da Administração Direta e Indireta e das Fundações mantidas pelo Poder Público e complementarmente pela iniciativa privada” (Brasil, 1990)

A construção do SUS pautou-se nos preceitos constitucionais e norteia-se pelos seguintes princípios: universalidade – todas as pessoas têm direito ao acesso a serviços de saúde; equidade – todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido, conforme suas necessidades; integralidade – as ações de saúde devem ser combinadas e voltadas, ao mesmo tempo, a prevenção e cura. Os serviços de saúde devem funcionar atendendo o indivíduo como um ser humano integral, submetido às mais diferentes situações de vida e de trabalho que o levam a adoecer e a morrer. Garantir o acesso à promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990).

Dentre os princípios que regem a organização do SUS, destacam-se: a) a regionalização e hierarquização, na qual a rede de serviços do SUS deve ser organizada de forma regionalizada e hierarquizada e permitir o conhecimento maior dos problemas de saúde da população de uma área delimitada, favorecendo ações em todos os níveis de complexidade; b) a descentralização, como uma redistribuição das responsabilidades pelas ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo (Brasil, 1990).

A redefinição das atribuições dos vários níveis de governo, com um nítido reforço do poder municipal no tocante à saúde, recebe o nome de municipalização.

Aos municípios cabe, portanto, a maior responsabilidade na implementação das ações de saúde, diretamente voltadas aos cidadãos; c) a participação dos cidadãos, é a garantia constitucional de que a população, por meio de suas entidades representativas, poderá participar do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução em todos os níveis desde o federal até o local. Esta participação deve dar-se nos conselhos de saúde, com representação paritária de usuários, governo, profissionais de saúde e prestadores de serviços, com poder deliberativo (Almeida; Chioro; Zioni; 2001).

A Lei n. 8.080/90 define as atribuições e competências das três instâncias governamentais na gestão do SUS. Destacam-se o planejamento das ações para as três instâncias; articulação de planos e políticas e a coordenação das ações; financiamento, orçamento, administração e o controle dos recursos financeiros; avaliação e fiscalização das ações e serviços de saúde; a elaboração de normas pertinentes à saúde; participação na formulação e execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde (Brasil, 1990)

Nesse contexto, em 1980 a adoção do esquema poliquimioterápico (PQT), que consiste na utilização simultânea de vários medicamentos foi preconizada pela Organização Mundial de Saúde. Só em 1991, o Ministério da Saúde instituiu o esquema terapêutico da poliquimioterapia, como a modalidade de tratamento oficial da hanseníase no País, constituindo-se no tratamento de seis meses para os doentes das formas indeterminada e tuberculóide e de dois anos para os doentes das formas virchowiana e dimorfa, com alta após a realização dos esquemas. A adoção da PQT provocou uma rápida redução da prevalência da doença (Brasil, 1990).

A assistência aos doentes com hanseníase no Município de São Paulo foi entrecortada em decorrência da implantação do Plano de Assistência à Saúde (PAS), administrado pelas gestões municipais no período de 1992 a 2000. Essa situação rompeu com o processo de municipalização que vinha sendo planejado na cidade de São Paulo e acarretou significativamente o abandono dos doentes, em virtude da desarticulação das ações que estavam implantadas (Helene; Salum, 2002).

Observa-se que, embora a hanseníase no âmbito nacional, tenha sua magnitude sido reduzida, os coeficientes de detecção de casos novos apresentam patamares considerados importantes, o que faz com que a doença ainda continue sendo um relevante problema de saúde pública no País.

Com a finalidade de programar a implantação dos esquemas poliquimioterápicos e a reorganização dos serviços de saúde, foi elaborado um Plano de Eliminação Nacional da Hanseníase sob a responsabilidade da Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária do Ministério da Saúde (Brasil, 1990).

Esse Plano, em março de 2004, foi reestruturado e preconizado como prioridade do Ministério da Saúde do Brasil (Brasil, 2004). Consiste em um conjunto de ações descentralizadas sob a responsabilidade da Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação de Doenças Endêmicas, Área Técnica de Dermatologia Sanitária em parceria com os Centros de Referência Nacional (entre eles, o Laboratório de Hanseníase da Fiocruz), as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, Organização Panamericana de Saúde (OPAS), Organização Mundial de Saúde (OMS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), Movimento de

Reintegração do Paciente Hanseniano (MORHAN) e Organizações não-governamentais (ONGs).

Com a descentralização, as responsabilidades da saúde cabem totalmente ao município, e não mais ao estado ou à União. A partir da municipalização das ações e serviços de saúde, coloca-se para as Secretarias da Saúde de cada município e, especialmente, para a Coordenadoria de Controle da Hanseníase, a incumbência de reorganizar a rede básica de saúde para prestar a assistência em hanseníase acoplada à preocupação em atender a proposta de eliminação da doença em nosso país.

1.2.1 Descentralização

A descentralização da Saúde, foi marcada primeiramente pela experiência de estadualização da gestão que se deu com a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que significou entre outros aspectos a transferência de decisão sobre a saúde na direção das Secretarias Estaduais de Saúde, teve seu avanço de forma decisiva na década de 1990 com a municipalização da gestão de ações e serviços (Vasconcelos; Pache, 2006).

A Constituição de 1988 consagrou a descentralização política das ações e dos serviços de saúde, antes realizada por meio de convênio, que passou a constituir dever de cada esfera de governo, tais esferas possuem poderes e instrumentos correspondentes, derivados do texto constitucional e infraconstitucional (Carvalho; Santos, 1996).

No entanto, só depois de cinco anos após a vigência da Constituição de 1988, o governo federal alavancou na implementação da descentralização, ou seja, da municipalização. Podemos afirmar que a municipalização foi impulsionada pelos estímulos oferecidos aos municípios e aos estados para assumirem responsabilidades de gestão, mediante adesão a uma das condições de gestão previstas nas Normas Operacionais Básicas (NOB) a partir da NOB 01/93, alterada com a NOB 01/96 e a seguir modificada pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) editada em 2002.

A NOB 01/93:

Regulamenta o processo de descentralização da gestão dos serviços e ações no âmbito do Sistema Único de Saúde e estabelece os mecanismos de financiamento às ações de saúde, em particular da assistência hospitalar e ambulatorial, e as diretrizes para os investimentos no setor (Brasil, 1993)

Com a publicação da NOB 01/93 pelo Ministério da Saúde, iniciou-se o processo de municipalização com a habilitação dos municípios em três tipos de gestão da saúde: incipiente, parcial e semiplena. A gestão semiplena caracteriza-se como a forma mais avançada de descentralização, uma vez que, os municípios tinham o controle total da gestão, inclusive a definição das políticas, a execução, o acompanhamento, o controle e a avaliação de todas as ações de saúde. Assim, assumiam a gerência de toda a rede pública existente no seu território, bem como, a execução e o controle das ações de saúde, nutrição, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e saúde do trabalhador. Heimann et al (2000, p.34) afirma que “estava, pois, deflagrado o processo de aprofundamento das experiências de descentralização do sistema de saúde”.

A partir da NOB 96, os municípios poderiam optar por duas formas de gestão: Plena da Atenção Básica em que o município teria o repasse, fundo a fundo, para o financiamento de todas as ações básicas de saúde e Plena do Sistema Municipal, no qual o município teria o repasse fundo a fundo ao financiamento de toda a assistência em saúde. Com base nessa NOB, foi implantado o Piso de Atenção Básica (PAB) que passou a financiar a atenção básica com pagamentos per capita e não mais por procedimentos realizados.

A NOB 01/96 recomendou a mudança do modelo de atenção vigente pela adoção do Programa Saúde da Família (PSF) e com isto acarretou uma série de transformações no setor da saúde, dentre as quais a substituição do sanitarista e da equipe multiprofissional das unidades básicas de saúde, que constituíam a base operativa do modelo sanitário preventista, pelo médico generalista e uma equipe formada por enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Entretanto, esta NOB não trouxe superações ou reais mudanças no modelo de saúde que estava em vigor, já que não articulou as mudanças propostas com a assistência hospitalar, que permaneceu intocada (Heimann et al., 2000).

Calipo (2002) cita que a NOB/96 cria as Organizações Sociais e o Programa de Publicização e a regulamentação dos planos de saúde no País; assim “os dois primeiros mecanismos introduzem mudanças na assistência à saúde executada pelo Estado, e a regulamentação dos planos de saúde normatiza os serviços oferecidos pela iniciativa privada” (Calipo 2002, p.125).

Conforme a autora citada, a Norma Operacional Básica de 1996 privatiza a saúde por meio:

- a) do conceito de Estado que orienta a reforma e no qual a política não intermédia às relações sociais. Na realidade, no Estado liberal, a política torna-se uma função da economia que, de natureza privada, passa a reger as relações políticas;
- b) da substituição do princípio da universalidade pelo de equidade, com restrição do universo das pessoas a serem atendidas pelo Estado, visando fazer justiça social. Na procura do significado de justiça social, verificou-se que há privatização do espaço público;
- (...) c) da limitação do significado de justiça social ao suprimento de necessidades em saúde de alguns grupos e na perda do direito de todos ao acesso universal e igualitário à assistência à saúde.
- (...) Pode-se afirmar que a NOB/96 que cria as Organizações Sociais, não garantem o princípio ético constitucional “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (...)
- (...) As Organizações Sociais significam a privatização (...) [uma vez que] tem objetivos, instrumentos de gerência, organização e finalidades próprias, que não estão referidas àquelas do SUS (Calipo 2002,p.125)

Em 2001, foi elaborada a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 2002) que preconiza as estratégias para a regulamentação da assistência, buscando a consolidação e o aprimoramento do SUS. A NOAS é apoiada em três eixos: regionalização; estratégias de fortalecimento da gestão; novas formas e critérios de habilitação.

Dessa forma, a integração e a descentralização passaram a serem consideradas como as diretrizes estratégicas para a definitiva implantação do SUS. O programa de integração possibilitou o deslocamento de recursos da Previdência para o setor público e acarretou a expansão quantitativa da produção de serviços públicos de saúde, especialmente ambulatoriais, por meio da ampliação da capacidade instalada de unidades básicas de saúde, criando-se, dentre outros, os ambulatórios de especialidades.

Assim, com as alterações introduzidas pela NOB/96, com destaque aos repasses de recursos financeiros do governo federal aos estados e municípios, por

meio do Plano Assistencial Básico (PAB). Este é considerado um marco inicial de um processo que viabilizou o acesso de milhões de brasileiros aos serviços de saúde e possibilitou aos municípios desenvolverem novos modelos de atenção à saúde, destinados aos problemas de saúde da população.

Dentre as estratégias propostas para a implementação do SUS, podemos citar o Programa Saúde da Família (PSF) que, em 1994, sob responsabilidade do Ministério da Saúde determinou sua operacionalização em todo território nacional com o objetivo de reorganização da prática de atenção à saúde. A Unidade Básica de Saúde passou a centrar seu atendimento diretamente no usuário e em sua família, assistidos por uma equipe multiprofissional, passando a ser uma das portas de entrada do sistema de saúde.

Passa a oferecer uma atuação sanitária que, incorpora a atenção médica tradicional à lógica de promoção à saúde, operando por meio da epidemiologia e da vigilância à saúde. O PSF caracteriza-se pelo atendimento desenvolvido por uma equipe multiprofissional, composta por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde, tendo os seguintes princípios: caráter substitutivo, centrado na vigilância à saúde; integralidade e hierarquização, territorialização e adscrição da clientela (Franco; Merhy, 1999).

No município de São Paulo, destacamos a implantação do Plano de Atendimento à Saúde (PAS) (Lei n. 11.866 de 13 de setembro de 1995), na gestão do Prefeito Paulo Maluf, permanecendo até 2000, quando terminou a gestão Pitta. O projeto político do PAS vinculava-se ao projeto neoliberal, cujos gastos sociais deveriam ser mínimos. Houve centralização na distribuição de verbas e interrupção

na municipalização dos serviços de saúde (Alexandre, 1998). Por outro lado, o PAS afirmou-se como um projeto popular, por caracterizar-se na oferta de serviços de atendimento individual e nos planos de carreira para profissionais, atraindo a atenção da população por meio de apelo ideológico (Alexandre, 1998).

Com esse processo, houve um afastamento da concretização do SUS, seus princípios e diretrizes; com o sucateamento dos serviços de saúde, a população perdeu a qualidade do atendimento em saúde.

1.3 MODELOS TECNOASSISTENCIAIS NA SAÚDE

Desde que o SUS foi legitimado, várias propostas surgiram com vistas à reformulação das políticas públicas em saúde e à reorientação da assistência à saúde, tendo como objetivo propiciar condições para que a rede básica de saúde fosse inserida no contexto da municipalização (Merhy, 1997).

As discussões a respeito dessas propostas tinham como ponto central pensar nos diversos modelos de atenção à saúde, pautados em diferentes concepções do processo saúde-doença.

Paim define que:

Modelo de atenção é uma dada forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas de saúde e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. É uma maneira de organizar os meios de trabalho (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas ou processos de trabalho em saúde (Paim, 1999).

Desse modo, em outras palavras, modelo assistencial é a organização das ações para intervir no processo saúde-doença, articulando os recursos físicos, tecnológicos e humanos para solucionar os problemas de saúde em uma população (Malta et al, 2004). Existem modelos que desenvolvem exclusivamente intervenções médico-curativas e outros que articulam em sua prática ações de promoção e prevenção; e outros que suportam serviços que simplesmente atendem as demandas dos usuários.

Merhy et al. (1992) discutem a dimensão articulada dos saberes e da política na determinação da forma de organizar a assistência: “modelo técnico assistencial constitui-se na organização da produção de serviços a partir de um determinado arranjo de saberes da área, bem como de projetos de ações sociais específicos, como estratégias políticas de determinado agrupamento social”.

Se pensarmos a respeito dos modelos assistenciais, olhando à organização dos processos de trabalho nos serviços de saúde, temos como referência Mendes-Gonçalves (1994) e Merhy (2003).

Mendes Gonçalves (1994) enfatiza os conceitos de “tecnologias materiais” aos instrumentos e “tecnologias não materiais” para o conhecimento técnico usado na produção em saúde. Merhy (2003) reforça os conceitos de “trabalho morto” para o trabalho instrumental e “trabalho vivo” em ato.

Merhy (2003) cita que, além dos instrumentos e do conhecimento técnico há também as relações tidas como fundamentais para produção do cuidado. Estas relações podem ser focadas em uma assistência produzida no ato prescritivo, um modelo em que o saber médico hegemônico é “produtor de procedimentos”. Pode ser

também as relações estabelecidas no trabalho em ato realizado no cuidado à saúde. Estas são denominadas tecnologias leves, que é como forma de agir entre trabalhadores e usuários, individuais e coletivos (Merhy, 2003).

Conforme autor citado, as tecnologias instrumentais são denominadas tecnologias duras “porque já estão estruturadas para elaborar certos produtos da saúde, e ao conhecimento técnico identificamos uma parte dura estruturada e outra leve, que diz respeito modo singular como cada profissional aplica seu conhecimento para produzir o cuidado”.

Para Merhy (2003), o modelo assistencial para a saúde esteve voltado às tecnologias duras e leve-duras que produziu um trabalho voltado à consulta médica, onde o conhecimento médico estrutura o trabalho de outros profissionais.

Diante desse quadro, o modelo assistencial hegemônico no Brasil é o “modelo médico produtor de procedimentos” (denominação utilizada e criada por Merhy) ou modelo médico hegemônico em que a assistência à saúde está centrada no ato prescritivo e não são consideradas as determinações do processo saúde-doença, valorizando apenas as questões biológicas (Malta et al, 2004).

Este modelo apresenta uma concepção negativa da saúde percebida como ausência de doença e restrita a seus aspectos biológicos e orgânicos. Esta concepção determina o predomínio do pensamento clínico sobre o processo saúde-doença, que leva a modelos explicativos restritos e a respostas unilaterais (Mendes, 1996)

Além disso, o modelo médico hegemônico tem um custo elevado, visto que faz uso de recursos tecnológicos centrados em exames e medicamentos, finaliza a assistência em saúde somente com esses recursos, como se estes fossem capazes de restabelecer a saúde. Diante desse quadro, as práticas de saúde são fragmentadas,

centradas em produção de atos, evidenciando uma desarticulação com inúmeras queixas dos usuários (Malta et al, 2004).

Como foi exposto, o Estado brasileiro e a Constituição Federal pautam intencionalidades quanto à saúde e seus princípios, por meio do Sistema Único de Saúde, que se propõe universal, integral e equânime. Desse modo, é preciso pensar em novos modelos assistenciais, que sejam pautados na integralidade do cuidado. Assim é necessário que sejam aprofundados novos fundamentos teóricos, particularmente, sobre a natureza do processo de trabalho e sua importância em relação a organização da assistência à saúde (Malta et al., 2004).

Assim, “propostas alternativas de modelagem dos serviços de saúde buscam incorporar outros campos de saberes e práticas em saúde e configurar outras formas de organização da assistência anti-hegemônicas” (Malta et al., 2004).

Segundo Teixeira, Paim e Vilasbôas (1998), a discussão sobre as macropolíticas na saúde, não tem privilegiado questões pautadas nos modelos assistenciais. Atualmente, no sistema de saúde brasileiro há uma disputa entre o modelo médico assistencial privatista e o modelo assistencial sanitarista, ao lado de esforços de construção de modelos alternativos. Este processo tentar articular ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em dimensões individuais e coletivas que passaram a ser operacionalizadas no processo de distritalização dos serviços de saúde com base no Sistema Único Descentralizado de Saúde - SUDS (1987-1989), anterior à construção do SUS.

Para que os modelos de assistência rompam com a situação atual, devem se respaldar nos fundamentos de garantia de acesso e acolhimento à população usuária,

integralidade na assistência, a participação de trabalhadores e usuários na gestão, gestão pública e ações com vistas a realidade local (Malta; Merhy, 2003).

O modelo assistencial sanitarista prevê ações de vigilância epidemiológica e sanitária, fundamentado no projeto ideológico que sustentou o Movimento da Reforma Sanitária (Teixeira; Paim; Vilasbôas, 1998).

Este modelo foi traduzido nas propostas da Ação Programática da Vigilância à Saúde (SILOS – Sistemas Locais de Saúde) e do modelo Em Defesa da Vida (Silva Júnior, 1996). O foco de atenção é às necessidades em saúde, com a intenção de superar as ações imediatistas e resumidas ao indivíduo doente.

Nesse contexto, as ações voltadas à eliminação da hanseníase passaram por transformações em âmbito nacional e culminaram com a implantação do novo modelo tecnológico de Saúde Pública, a proposta que o gerou foi denominada-se Programação (Nemes, 1989).

Dentre os vários Programas, estava contido o Programa de Controle da Hanseníase (PCH).

A característica principal desse novo modelo pautou-se na ampliação e a diversificação da assistência médica individual, segundo Sabroza, Kawa e Campos:

Os programas organizados de modo descentralizado representaram avanço considerável na direção de uma proposta capaz de dominar cobertura e efetividade. No entanto, o modelo assistencial dominante, centrado no atendimento às demandas e reduzido quase exclusivamente às atividades realizadas no interior dos serviços de saúde, não contribuiu para diminuir o potencial de produção de doenças (Sabroza et al., 1995, p.178)

Desse modo, as ações previstas na Resolução SS-130, de 08/10/2001 que trata da Norma Técnica e das Diretrizes e Estratégias para controle e eliminação da hanseníase, no contexto da Constituição de 1988 e nas Leis n. 8.080/90 e n. 8.142/90 contempladas na Lei Orgânica da Saúde (Brasil, 1996). Aparecem como propostas de intervenções do setor público de saúde para o controle da hanseníase, em nosso País. No entanto, sem atingir a eliminação da doença até o atual momento.

Para que seja possível a operacionalização de propostas de modelos assistenciais com vistas ao SUS, é necessário o enfrentamento dos atuais problemas de saúde que dêem conta dos problemas futuros (Malta; Merhy, 2003).

Neste contexto, abordaremos a questão dos modelos de atenção à saúde, sendo necessário discussões e avanços a respeito das alternativas de intervir nos serviços de saúde, com a intenção de problematizar e transformar o modelo assistencial a fim de atender as necessidades de saúde da população por meio dos serviços de saúde; de forma que estes estejam organizados para a finalidade de impactar sobre o nível de saúde dos cidadãos.

Assim, produziu inquietações para elaboração e o desenvolvimento desta investigação, com base nas seguintes indagações: como é operacionalizado o processo de produção de serviços de saúde em hanseníase nos serviços de saúde localizados na região da Subprefeitura de Cidade Ademar do município de São Paulo, implementados pela descentralização da saúde?

Assim, este trabalho circunscreveu-se a um problema crucial no encaminhamento da Saúde Coletiva, tendo por finalidade ampliar o conhecimento a respeito da prática de trabalho em hanseníase, a fim de estruturar um conjunto de informações que possam contribuir para o redimensionamento da organização dos

serviços para o problema da hanseníase e subsidiar a implementação da meta que visa a atingir a eliminação da doença em nosso município.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Dessa forma, neste trabalho discutimos a situação atual da assistência em hanseníase em dois serviços de saúde. Tem como objetivo geral caracterizar as práticas de saúde que regem a assistência dos agentes em saúde, em serviços de referência à hanseníase.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

* Apreender as práticas de saúde por meio das ações dos trabalhadores que compõem os serviços de referência à hanseníase, tendo como referência a percepção desses agentes;

* Apreender as práticas de saúde por meio dos saberes dos trabalhadores que compõem os serviços de referência à hanseníase, tendo como referência a percepção desses agentes.

***PROCEDIMENTOS
METODOLÓGICOS***

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

De acordo com as características históricas do objeto de investigação deste estudo e uma vez que o conhecimento científico deve ser uma “busca de articulação entre a teoria e a realidade empírica” (Minayo; Sanches, 1993), o presente trabalho baseou-se em uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório.

Para Minayo

(...) A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (Minayo 2004, p.21-22)

A pesquisa exploratória compreende a etapa de escolha do tópico de investigação da pesquisa, de delimitação do problema, definição do objeto e também dos objetivos, de construção do marco teórico conceitual, dos instrumentos de coleta de dados e da exploração do campo. No objeto de estudo estão inseridos os significados e as relações que os sujeitos concretos criam em suas ações, demarcando uma não neutralidade entre pesquisador e pesquisado (Chizzoti, 2001).

A pesquisa qualitativa, de acordo com seus aspectos característicos, o problema de estudo está pautado na identificação como problema na prática, experiências e percepções levantadas baseadas nos sujeitos (Minayo, 2004).

Para Chizzoti

(...) O problema [de estudo] decorre, antes de tudo, de um processo indutivo que se vai definindo e se delimitando na exploração dos contextos ecológico e social, onde se realiza a pesquisa; da observação reiterada e participante do objeto pesquisado, e dos contatos duradouros com informantes que conhecem esse objeto e emitem juízos sobre ele (Chizzoti 2001).

O pesquisador não é um relator passivo e deve manter uma conduta participante; os pesquisados são todos aqueles reconhecidos como sujeito do estudo e se estabelece relação com o pesquisador, uma vez que esta se dá de forma a apreender os significados que são construídos pelos sujeitos. Todos os dados colhidos são de importância para o estudo, considerando ainda a coleta de dados quantitativos na etapa exploratória, a fim de mostrar uma relação mais extensa entre fenômenos particulares (Chizzoti, 2001).

3.1 LOCAL DE ESTUDO

Para o desenvolvimento de uma investigação científica, pertinente às ciências sociais, é de extrema importância que se defina claramente o espaço geossocial onde se processará o trabalho de campo.

Na pesquisa científica, o trabalho de campo é de fundamental importância, onde ocorre uma relação dinâmica entre mundo real e sujeito da pesquisa, um vínculo indissociável, no qual o sujeito observador faz parte do processo de conhecimento e realiza a interpretação dos fenômenos observados na realidade. É

quando se verifica uma aproximação sucessiva da realidade e uma combinação particular entre teoria e dados (Minayo, 2004).

Consideramos relevante apresentar algumas características do Município de São Paulo e da Coordenadoria Regional de Saúde com enfoque na região administrada pela Subprefeitura de Cidade Ademar, campo onde realizamos a presente pesquisa. A escolha dessa região para a execução do estudo foi pautou-se na análise dos dados epidemiológicos, de 2004, que evidenciaram ser esta uma das regiões do município de São Paulo que apresentou o maior coeficiente de prevalência em hanseníase e uma alta detecção de casos novos.

3.1.1 O Município de São Paulo e o processo de organização dos serviços de saúde na atualidade

O Município de São Paulo congrega uma população de 10.434.252 habitantes, há ainda os moradores de rua que não são contabilizados pelos censos oficiais (IBGE,2006). A prefeitura do Município de São Paulo, por meio da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas, no ano de 2000, registrou o número de 8.706 pessoas sem endereço e vivendo nas ruas.

Atualmente, a crise habitacional vivenciada em São Paulo começou com a crise habitacional nos anos de 1940, observada em todo território nacional. Novarro (2003) aponta que o município não conseguiu abarcar o crescente êxodo de parte da população rural do Estado rumo aos centros urbanos, com destaque para a cidade de São Paulo e afirma que “(...) no final dos anos de 1970 a prática da remoção dos

assentamentos informais, nasce do reconhecimento da favela como um dado ‘de fato’ do contexto urbano”.

Para Barros, Henriques e Mendonça (2001), os altos índices de pobreza da população resultam da desigualdade na distribuição de renda e, também, nas oportunidades de inclusão social e econômica.

Em relação à orientação do modelo assistencial, a Secretaria de Saúde do Município de São Paulo (SMS-SP) passou por várias reformulações, desde sua implantação ocorrida por meio da Lei n.8.764 de 18/08/1978. A partir de 1994, vem passando por uma série de transformações e foi subdividida em subdistritos no decorrer das administrações municipais vigentes, a fim de facilitar a gestão no que toca à administração (Sposati, 2001).

Na gestão de Luiza Erundina do Partido dos Trabalhadores, foi extinta a categoria de subdistritos e conformou-se o Município de São Paulo em 96 distritos territoriais (Sposati, 2001).

Com a reorganização administrativa ocorrida em janeiro de 2001, a SMS-SP dividiu a cidade em 39 Distritos de Saúde, de tal forma que cada um tornou-se responsável por cerca de 250 mil pessoas (São Paulo, 2001).

Os Distritos de Saúde (DS) decorrem de um processo de regionalização, por meio do qual se justifica a universalização da cobertura e o acesso das pessoas da comunidade a atenção à saúde, conforme os princípios e diretrizes do SUS. Os DS são vinculados a um território que contém um amplo e dinâmico espaço-população, com características demográficas, sociais, culturais e epidemiológicas bem definidas.

Cohn, Elias (1999) estudaram o serviço de saúde de algumas regiões periféricas do Município de São Paulo e identificaram “questões centrais e ainda não

superadas no debate e no embate das políticas de saúde no Brasil”, em decorrência, os serviços de saúde apresentam uma prática assistencialista e clientelista.

3.2 COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE E A SUBPREFEITURA DE CIDADE ADEMAR

O presente estudo foi conduzido na região sob a responsabilidade da Coordenadoria Regional de Saúde – Sul, que abrange o extremo sul do Município de São Paulo, composta pelas subprefeituras de Cidade Ademar, Campo Limpo, Capela do Socorro, M’Boi Mirim, Parelheiros e Santo Amaro. Em 2005, com a reorganização e conseqüente reestruturação da SMS-SP, as Coordenadorias de Saúde foram divididas em: Coordenadoria Regional de Saúde – Centro Oeste; Coordenadoria Regional de Saúde – Leste; Coordenadoria Regional de Saúde – Norte; Coordenadoria Regional de Saúde – Sudeste e Coordenadoria Regional de Saúde – Sul (São Paulo, 2006).

**COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE E SUPERVISÃO TÉCNICA DE SAÚDE
MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

A atual Coordenadoria Regional de Saúde - Sul é responsável por 96 unidades básicas de saúde e congrega 12 Centros de Referência em Hanseníase. Trata-se de uma região com fortes expressões de exclusão social. No período de 1996 a 2005, apresentou a maior taxa de crescimento populacional do Município. Ocupa o segundo lugar em porcentagem de população com renda familiar inferior a R\$ 400,00; detém a maior porcentagem (16,8%) de população que habita favelas no município, bastante distante da segunda região que congrega 5,7% da população do Município que mora em favelas. É a única região onde o homicídio ocupa o terceiro lugar de causa de morte e detém o maior coeficiente de detecção de hanseníase no ano de 2005 (São Paulo, 2006).

Em 2003, uma população é estimada em 370.797 habitantes, disposta em uma área geográfica de 30,7 km², dividida pelos dois distritos administrativos (DAs): o DA Cidade Ademar – com 243.372 habitantes e o DA Pedreira com 127.425 habitantes.

A área da Cidade Ademar é cortada por sete importantes eixos viários: av. Cupecê, av. Washington Luís, av. Yervant Kissagikian , av. Nossa Senhora do Sabará, av. Nações Unidas, Estrada do Alvarenga e av. Alda que faz divisa com o Município de Diadema (São Paulo, 2006).

A rede de saúde é formada por dezesseis unidades básicas de saúde (UBS); dois Centros de Referência em Hanseníase e conta ainda com dois Ambulatórios de Especialidades; dois ambulatórios de Assistência Médica Ambulatorial (AMA), sendo um deles acoplado a um dos ambulatórios de especialidades e o outro AMA, acoplado a uma unidade básica de saúde; um Hospital e uma Clínica Odontológica Especializada (São Paulo, 2006).

A região da subprefeitura de Cidade Ademar possui dois Distritos Administrativos, onde estão localizadas as 16 unidades básicas de saúde: Distrito Administrativo Cidade Ademar, constituído por nove unidades de saúde (UBS Cidade Júlia, UBS Jardim Miriam, UBS Manoel Soares de Oliveira, UBS Jardim Niterói, UBS Jardim São Carlos, UBS Jardim Umuarama, UBS São Jorge, UBS Vila Constância Dr Vicente Octavio Guida, UBS Vila Império, UBS/AMA Vila Missionária) e o Distrito Administrativo de Pedreira, constituído por sete unidades de saúde (UBS Jardim Apurá, UBS Laranjeiras, UBS Mar Paulista, UBS Mata Virgem, UBS Parque Dorotéia, UBS Vila Aparecida e UBS Vila Guacuri) (São Paulo, 2006).

Na região, estão localizados os dois serviços de saúde onde a presente investigação ocorreu: o Centro de Referência em Hanseníase de Pedreira que funciona na planta física do Ambulatório de Especialidades Dr. César Antunes da Rocha, localizado em Pedreira e o Centro de Referência em Hanseníase Joaniza que funciona no Ambulatório de Especialidades João Yunes, localizado em Joaniza. Estes centros de referência em hanseníase são responsáveis pelo controle da doença na região.

A Resolução SS -130, publicada no Diário Oficial do Estado em 10 de outubro de 2001, p. 19-22, aprova a Norma Técnica que estabelece as Diretrizes e Estratégias para as Ações de Controle da Hanseníase (São Paulo, 2002). Dentre as quais consta a organização de um serviço ambulatorial de referência estadual e, pelos menos, um serviço ambulatorial de referência regional em hanseníase. Para atender essa determinação, a SMS-SP, em 2002, reestruturou a rede básica de saúde e criou os serviços de saúde denominados Centros de Referência em Hanseníase (CRH).

Atualmente, o Município de São Paulo conta com Centros de Referência em Hanseníase distribuídos nas diversas Coordenadorias Regionais de Saúde.

Esta investigação estruturou-se, tendo por base a preocupação em estudar um problema centrado nos saberes e nas práticas dos trabalhadores que compõem as equipes do serviço da rede básica de saúde em hanseníase. Trata-se, portanto, de um problema específico e concreto de uma dada realidade, problema subordinado aos processos determinantes e mediadores, gerados no âmbito social.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Por se tratar de um estudo no âmbito da saúde que envolveu a participação de seres humanos como sujeitos da pesquisa, por meio de suas falas, opiniões e ações, em todas as fases da pesquisa foram seguidas as diretrizes e normas de pesquisa, de acordo com o Conselho Nacional de Saúde em sua Resolução nº. 196 de 10 de outubro de 1996, incisos III que trata dos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, IV sobre o consentimento livre e esclarecido e V sobre riscos e benefícios.

Para tanto, antes de início da fase de coleta de dados, solicitamos permissão para realização do presente estudo na Secretaria Municipal de Saúde e Supervisão Técnica de Saúde Santo Amaro/ Cidade Ademar (Anexo I). A seguir, o projeto foi encaminhado para apreciação e aprovação do Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Anexo II) e, posteriormente, ao Comitê

de Ética da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo (Anexo III), após a aprovação dos Comitês de Ética foram realizados os contatos iniciais com os serviços de saúde para agendamento do período da coleta de dados.

Dessa forma, o um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo IV) foi usado que tendo por finalidade possibilitar ao pesquisador fornecer os esclarecimentos a todos os sujeitos que participaram do estudo sobre os objetivos, métodos e as implicações que ocorrem no processo de investigação. Em seguida, foi assinado pelos sujeitos antes da coleta de dados. Após ter sido firmado o compromisso de manter o sigilo e o caráter confidencial das informações coletadas a serem utilizadas exclusivamente para os fins da pesquisa. Entendemos que o cumprimento desses aspectos éticos é fundamental por se tratar de pesquisa que envolve seres humanos.

3.4 COLETA DE DADOS

O formulário para a coleta de dados (Anexo V) foi elaborado sendo composto de questões abertas e fechadas, organizadas de modo a alcançarem os objetivos propostos no estudo e aplicado aos profissionais da área da saúde dos dois serviços pesquisados. O instrumento (Anexo VI) empregado para entrevistar os gerentes dos serviços de saúde foi similar ao dos profissionais, mas acrescido de questões voltadas a gerência, a estruturação e organização do Programa de Controle da Hanseníase nos

centros de referência estudados. Inicialmente, foi realizado o pré-teste dos formulários e feito os ajustes necessários às suas adequações.

Antes da realização da coleta de dados, foi marcada uma reunião com os diretores de cada serviço para apresentação do projeto e expor a finalidade e os objetivos da pesquisa, bem como solicitar a participação dos sujeitos. Optamos por pesquisar a totalidade dos trabalhadores dos dois CRHs, uma vez o quadro amostral era compatível à análise que nos propusemos realizar.

A coleta de dados ocorreu entre agosto a novembro de 2006, sendo realizada pessoalmente pela própria pesquisadora, por meio de entrevistas semi-estruturadas individuais. A duração de cada entrevista variou entre 30 e 40 minutos. As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas.

No presente estudo a entrevista foi utilizada como uma técnica ideal para obter as informações necessárias para possibilitar uma maior aproximação da realidade pesquisada.

Para Minayo (2004), a técnica da entrevista é um procedimento que “combina perguntas fechadas (estruturadas) e abertas, onde o entrevistado tem a possibilidade de discorrer o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador”.

A entrevista baseia-se em um processo de interação social entre duas pessoas, na qual uma delas é o entrevistador que, intencionalmente, elabora um roteiro de acordo com a problemática central do estudo, com o objetivo de obter as informações do entrevistado. No processo de interação, existem quatro componentes que devem ser explicitados: o entrevistador, o entrevistado, a situação da entrevista e o

instrumento de captação dos dados; apontando-se vantagens, desvantagens e limitações (Haguete, 2003).

As informações são coletadas por meio de um roteiro de entrevista e alguns pontos devem ser previamente estabelecidos, de acordo com a problemática do estudo que será seguida ao longo da entrevista. (Haguete, 2003).

Para Minayo o que faz com que a entrevista seja fundamental para as Ciências Sociais é a possibilidade de

(...) a fala reveladora de condições estruturais, de sistema de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles), e, ao mesmo tempo, possuir a magia de transmitir, através de um porta-voz (o entrevistado), representações de grupos determinados em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas. (Minayo, 2004, p.78)

No presente estudo, para realização das entrevistas elaboramos os formulários, que se constituíram basicamente por duas partes, a saber: dados de identificação dos entrevistados e aqueles que retratassem o saber e as práticas desses profissionais.

Desse modo, procuramos traçar um perfil dos entrevistados responsáveis pelas práticas de saúde dos locais estudados, considerando as variáveis de identificação e caracterização profissional, como os dados referentes à idade, sexo, categoria profissional, tempo de formado, formação específica em Saúde Pública, tempo de atuação no serviço de saúde e tempo de atuação no PCH, conforme descreveremos, a seguir.

3.5 SUJEITOS DO ESTUDO

Nesse momento, procuramos identificar e caracterizar as equipes de saúde de dois serviços de referência à hanseníase do Município de São Paulo, em relação à conformação e tipo de atendimento.

Foram entrevistados onze sujeitos, representantes das seguintes categorias de trabalhadores: gerente das unidades, fisioterapeuta, assistente social, enfermagem (auxiliar de enfermagem e enfermeira) e médico (dermatologista, otorrinolaringologista, oftalmologista).

É importante destacar que a composição das equipes dos dois serviços estudados não eram iguais, tanto em relação à quantidade dos profissionais como a categoria profissional, o que evidenciou uma acentuada diferença na organização dos serviços pesquisados. Outra questão importante na composição das equipes, diz respeito à inserção do mesmo profissional médico oftalmologista nas equipes de saúde de ambos os serviços. Assim como o gerenciamento dos dois CRH era realizado pelo mesmo profissional.

Os trabalhadores de ambos os Centros de Referência em Hanseníase estão vinculados e prestam assistência tanto nos Centros de Referência em Hanseníase como nos Ambulatórios de Especialidades, de acordo com a categoria profissional e a jornada de trabalho.

Na apresentação dos dados obtidos, adotamos um modo de identificação dos sujeitos e dos serviços de saúde estudados que visou a preservar às suas identidades, como seus depoimentos para garantir o anonimato dos mesmos. Assim, cada depoimento será apresentado precedido por E e o número da entrevista.

A seguir, apresentaremos a composição das equipes dos serviços de saúde estudados.

3.5.1 A equipe de trabalhadores do Centro de Referência em Hanseníase Pedreira

O Centro de Referência em Hanseníase Pedreira está localizado no Ambulatório de Especialidades Dr César Antunes da Rocha, serviço de saúde que funcionava como um Pronto Atendimento à Saúde (PAS), até 2001. Ao ser extinta essa forma de assistência à saúde, época em que o Distrito Administrativo de Pedreira assumiu a gerência de todas as unidades de sua área de abrangência (Brasil, 2001).

No bojo das reformulações administrativas da SMS-SP, foi criado, em 2002, no mesmo espaço físico do Ambulatório de Especialidades, o Centro de Referência em Hanseníase com a implantação do Programa de Controle da Hanseníase (PCH). Atualmente, esse serviço de saúde serve de referência em hanseníase às 9 unidades básicas de saúde da região de Pedreira.

A organização do CRH para assistência à saúde em hanseníase está voltada ao atendimento individual, que ocorre das segundas às sextas-feiras e são disponibilizadas quatro vagas por dia aos doentes de hanseníase que chegam ao serviço com encaminhamento das UBS da região. As consultas iniciais são realizadas pela enfermeira e, posteriormente, pela dermatologista. Exceto às quintas-feiras, quando são atendidos cerca de dez doentes portadores de hanseníase. Para que sejam atendidos, a orientação é que os doentes compareçam ao serviço de saúde para a consulta mensal, agendada para a consulta médica. De acordo com o cronograma de

agendamento para retorno estabelecido no Manual do PCH. Assim, nesse dia, são atendidos os doentes que buscaram o serviço durante a semana e, ocasionalmente, não conseguiram vaga para a consulta médica dermatologista.

Este serviço de saúde conta com uma equipe constituída por sete profissionais, assim distribuídos de acordo com as categorias: um gerente do serviço; três médicos: um dermatologista, um oftalmologista e um otorrinolaringologista; uma assistente social; um fisioterapeuta e uma enfermeira. Esses profissionais prestam um atendimento aos doentes que buscam instintivamente o serviço de saúde, caracterizado como demanda espontânea ou atendem os doentes que foram encaminhados pelas unidades de saúde da região, sejam doentes ou suspeitos com hanseníase.

O Quadro 1 apresenta os dados relativos à identificação dos sujeitos estudados.

Quadro 1 – Trabalhadores do Centro de Referência em Hanseníase Pedreira estudados, segundo idade, sexo, formação, tempo de formado, formação em Saúde Pública, tempo de atuação no serviço de saúde e tempo de atuação no PCH. São Paulo, 2006.

Trabalhador	Idade (anos)	Sexo	Formação	Tempo de formado (anos)	Formação em saúde pública	Tempo de trabalho no serviço (anos)	Tempo de trabalho no PCH (anos)
Entrevistado 1	53	F	3º grau	29	Sim	cerca de 5	cerca de 4
Entrevistado 2	54	M	3º grau	29	Sim	cerca de 8	cerca de 4
Entrevistado 3	57	M	3º grau	31	Não	cerca de 2	cerca de 6 meses
Entrevistado 4	42	F	3º grau	20	Não	cerca de 14	cerca de 4
Entrevistado 5	54	F	3º grau	34	Sim	cerca de 4	cerca de 4
Entrevistado 6	42	F	3º grau	17	Não	cerca de 4	cerca de 4
Entrevistado 7	46	F	3º grau	23	Não	cerca de 4	cerca de 4

Nos dados do Quadro 1, verificamos em relação à faixa etária a predominância de 50 a 59 anos (quatro sujeitos, correspondendo a 57,1%), seguida pela faixa etária dos 40 a 49 anos (três sujeitos, correspondendo a 42,8%). Quanto ao sexo, o predomínio dos sujeitos estudados era do sexo feminino (cinco sujeitos, correspondendo a 71,4%).

Ao analisarmos a escolaridade dos sujeitos estudados, verificamos que a totalidade tinha cursado o 3º Grau. Com relação ao tempo decorrido da formação universitária, mais que a metade (quatro sujeitos, correspondendo a 57,1%) com 20 a 29 anos de formado e 30 a 39 anos de formado (três sujeitos equivalentes a 42,8%).

Com relação à formação em cursos de especialização ou outro curso voltado ao conteúdo de Saúde Pública, mais que a metade dos sujeitos estudados relatou não ter este curso completo (quatro sujeitos, equivalentes a 57,1%).

Quanto ao tempo de trabalho no serviço de saúde, sua quase totalidade (seis sujeitos, correspondendo a 85,7%) referem estar inserido há mais de quatro anos na unidade de saúde. A totalidade (100%) dos estudados desenvolvem práticas de saúde em hanseníase, há mais de quatro anos no mesmo serviço.

3.5.2 A equipe de trabalhadores do Centro de Referência em Hanseníase Vila Joaniza

O Ambulatório de Especialidades João Yunes, local onde está implantado o Centro de Referência em Hanseníase de Vila Joaniza, foi inaugurado em 1980 e teve implantado o Programa de Controle em Hanseníase (PCH) em outubro de 2002, após a extinção do PAS, em 2001, quando o Distrito Administrativo Cidade Ademar assumiu a gerência das unidades de saúde da região.

O ambulatório de especialidades Cidade Ademar, desde o início deste ano está acoplado a um Ambulatório Médico (AMA), que se situa no andar inferior do prédio do ambulatório e compartilha da farmácia e da sala para as atividades de curativos. A mesma gerente administra os dois serviços.

No momento da coleta de dados, a equipe de profissionais desse centro de referência compunha-se de três trabalhadores: dois médicos; um dermatologista e um oftalmologista e um auxiliar de enfermagem. Atualmente, a composição da equipe de profissionais desse CRH encontra-se quantitativamente reduzida, sem a

presença de profissionais considerados importantes na assistência e controle da hanseníase, como: o fisioterapeuta, a enfermeira e a assistente social.

O Quadro 2 apresenta os dados relativos à identificação dos sujeitos estudados.

Quadro 2 – Trabalhadores do Centro de Referência em Hanseníase Joaniza segundo idade, sexo, formação, tempo de formado, formação específica em Saúde Pública, tempo de atuação no serviço de saúde e tempo de atuação no PCH. São Paulo, 2006.

Trabalhador	Idade (anos)	Sexo	Formação	Tempo de formado (anos)	Formação em saúde pública	Tempo de trabalho no serviço (anos)	Tempo de trabalho no (PCH) (anos)
Entrevistado 8	54	M	3º grau	29	Sim	Cerca de 8	cerca de 4
Entrevistado 9	46	F	3º grau	23	Sim	cerca de 20	cerca de 4
Entrevistado 10	42	F	3º grau	17	Não	cerca de 10	cerca de 5
Entrevistado 11	32	F	2º grau	8	Não	Cerca de 1 ano e meio	cerca de 7 meses

Pelo Quadro 2, observamos que na faixa etária predominou de 30 a 49 anos (três sujeitos, correspondendo a 75%), considerados adultos jovens. Em relação ao sexo, havia um predomínio dos sujeitos estudados pertencentes ao sexo feminino (três sujeitos, correspondendo a 75%).

Quanto à escolaridade, a quase totalidade tinha cursado o 3º Grau (três sujeitos, correspondendo a 75%), que referiram um tempo superior a 15 anos de formado.

Com relação à formação em cursos de especialização ou outro curso com o conteúdo de Saúde Pública, verificamos que a metade dos sujeitos estudados relatou não ter realizado esse curso.

Quanto ao tempo de trabalho nesse serviço de saúde, predominou um tempo superior a oito anos de trabalho (três sujeitos, correspondendo a 75%). E, em quantidade igual, os sujeitos informaram que trabalham entre quatro e cinco anos com hanseníase.

No Quadro 2, um dos sujeitos estudados teve sua inserção na equipe de saúde do CRH relativamente recente em relação aos demais trabalhadores, cerca de menos de dois anos, bem como desenvolve prática com hanseníase há menos de um ano.

3.6 ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO SOB A ÓTICA DOS GERENTES

Em contato com os dados empíricos obtidos das falas dos gerentes dos serviços de saúde estudados, deparamos-nos com uma realidade prática muito importante, na medida em que, a gerência, pode ser apreendida como instrumento do processo de trabalho em saúde, que efetiva as políticas de saúde, e ao mesmo tempo, diretamente relacionada ao modo como se organiza a produção de serviços. Portanto, o gerente exerce um papel essencial de articulador e integrativo no processo de organização de serviços de saúde (Mishima et al, 1997).

Esta organização mostrou-se como um avanço na sistematização e implementação do Programa de Controle da Hanseníase, como fica expresso nos depoimentos, a seguir:

E7- (...) Quando a gente chegou aqui não havia quase pacientes de hanseníase (...) tinha um ou dois sem nenhuma sistematização de atendimento (...) e a gente foi criando nesses anos uma sistematização, aumento dos profissionais. Antes era só dermatologia, depois a dermato mais a enfermeira, depois outros profissionais pra trabalhar também com a hanseníase e o programa cresceu bastante. (...)

E2- [Quando foi estabelecido esse serviço como um Centro de Referência em Hanseníase] a gente chegou aqui e alguns profissionais continuaram, o dermatologista não, ele foi embora, e aqueles que foram chegando (...) a gente foi colocando na necessidade de fazer hansen, e partir daí foi havendo treinamentos etc. e tal, até que o programa deslanchou. (...)

No contexto observamos que a organização dos serviços vem sendo construída em uma trajetória particular e cumulativa de atendimento à demanda, como fica evidente na seguinte fala:

E2 – (...) Os pacientes são detectados, a grande maioria, pela própria equipe daqui, o paciente vem encaminhado pelas unidades, nós somos referência de 18, agora 19 unidades básicas de saúde. Outros [doentes de hansen] vieram dos serviços que foram fechados, teve um importante que era o Regional Sul que foi fechado e todos os pacientes vieram pra cá, mas esses pacientes que vieram pra cá, a grande maioria deles já estavam com o tratamento completo, era só a continuação do acompanhamento.

No processo de organização, verificamos que se redefinem competências e responsabilidades nas equipes de saúde que foram incorporadas pelas estruturas locais dos serviços de saúde e pelos diferentes trabalhadores que desenvolvem suas práticas de trabalho, como fica relatado nas seguintes falas:

E2 - (...) não tem demanda espontânea tá, é sempre marcado pelas unidades básicas, elas recebem uma cota todo mês do

número de vagas que vai ter, pra dermatologia inclusive. (...) Muitos casos foram detectados no exame dermatológico com outras queixas: coceira, micose e na verdade era hanseníase (...) outros foram detectados na fisioterapia (...) vêm as manchas, elas [fisioterapeutas] suspeitam, encaminham pra dermatologista que fecha diagnóstico.

E7 - Então eles [os portadores de hansen] têm uma marcada [agendamento] preferencial (...) se tiver a procura por telefone, marca por telefone, (...) é uma exceção porque nenhum outro paciente marca consulta por telefone, só caso de hansen (...) a gente não pergunta endereço nada, a gente prioriza qualquer queixa, a tem uma mancha (...) a gente orienta mais ou menos a pessoa da recepção (...) aí eles encaminhados pra vir na sexta-feira e já passar pela primeira vez com a dermatologista na mesma semana. (...) Assim eu acho que houve um progresso [nesses últimos 5 anos] (...) eu acho que a gente caminhou no geral bem, o oftalmologista fez prevenção de incapacidades, a única perda foi que o fisioterapeuta que fazia prevenção de incapacidades saiu da unidade e aqui antes ficando todo mundo junto fica mais fácil, mas tem essa equipe multidisciplinar envolvida, e tem a enfermagem, só que hoje eu tenho uma auxiliar de enfermagem que fora daqui ela é enfermeira, ela tem graduação, ela tem nível superior de enfermeira (...) agora é ela que pegou a vigilância

A implementação das práticas dos trabalhadores está diretamente relacionada ao reduzido quadro de profissionais e ao aumento de usuários portadores de hanseníase nos serviços, o que vem contribuir para uma preocupação dos gerentes quanto à forma de atendimento realizado, como podemos observar nos depoimentos, a seguir:

E2 – (...) A gente não tem condição de ir atrás de todos os contactantes desses pacientes, se você imaginar que a gente é um ambulatório que responde pela subprefeitura de Cidade Ademar inteira e mais um pedaço de Santo Amaro, então é uma área muito grande de abrangência pra gente estar indo atrás de todos os contatos (...) é muito difícil isso. Então a gente quer fazer uma parceria com os todos os PSFs da região, são muitos, mas pra que eles façam isso [assistência

aos contactantes] e mandem os casos pra gente, todos os suspeitos. (...) É sempre em cima da terra arrasada viu, é o que deu pra fazer.

E7 - (...) Mas houve muitas mudanças, houve muitas desonerações, transferências de funcionários, então aí fica difícil, uma pessoa faz curso e depois muda o pessoal não dá para deixar todo mundo reciclado ao mesmo tempo.

Neste contexto, como verificamos anteriormente, os trabalhadores dos dois Centros de Referência em Hanseníase acumulam suas atividades e desenvolvem uma jornada de trabalho diária dividida entre a assistência realizada nos CRH e nos Ambulatórios de Especialidades, o que contribui para potencializar um desgaste desses profissionais tendo em vista às suas condições de jornada de trabalho.

3.7 OS PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE

Em todas as diferentes etapas deste estudo, tivemos a preocupação de utilizar os procedimentos, estratégias e técnicas contidas em um método de investigação, e considerando o cenário situacional e contextuacional do presente estudo, os dados empíricos obtidos, quali e quantitativos, foram rigorosamente submetidos às estratégias de análise. Nesta fase da pesquisa, consideramos o conteúdo das entrevistas semi-estruturadas, as falas, dos trabalhadores das equipes dos dois Centros de Referência em Hanseníase (CRH) dos serviços de saúde estudados e adotamos o método de análise de conteúdo.

Bardin define a análise de conteúdo da seguinte forma:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens (...), [cuja intenção] é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou, eventualmente, de recepção), inferência essa que recorre a indicadores (quantitativos ou não) (Bardin 2003, p.38)

O método exige esforço de interpretação e está situado entre os dois pólos: o do rigor da objetividade e o da fecundidade da subjetividade, ultrapassa o descritivo do conteúdo manifesto da mensagem para atingir, mediante inferência, uma interpretação mais profunda.

A partir de uma amostra de mensagens particulares, a análise de conteúdo visa a estabelecer uma correspondência entre as estruturas semânticas ou lingüísticas e as estruturas psicológicas ou sociológicas das falas. Utiliza variáveis de ordem psicológica, sociológica, histórica, por meio de um mecanismo de dedução com base em indicadores reconstruídos apoiado em amostra de mensagens particulares (Bardin, 2003).

Para a realização dessa proposta metodológica de interpretação, Bardin (2003) recomenda que devemos seguir as seguintes etapas: pré-análise, exploração do material e o tratamento dos resultados. Na primeira fase denominada pré-análise do material empírico, obtido por meio do trabalho de campo, o pesquisador deve fazer uma ordenação dos dados que congrega a transcrição na íntegra das entrevistas gravadas, a releitura desse material e a elaboração de indicadores que fundamentam a interpretação final. O pesquisador deve realizar leituras exaustivas das falas obtidas até que o conteúdo de cada entrevista seja apreendido, de acordo com sua singularidade.

A segunda etapa, exploração do material, é considerada longa e “consiste essencialmente de operações de codificação ou enumeração em função de regras previamente formuladas” (Bardin 2003, p.95).

Na etapa final, denominada tratamento dos resultados, o pesquisador deve trabalhar com os resultados brutos de modo que se tornem significativos e válidos, pode propor inferências e iniciar as interpretações.

Assim, os dados brutos passam por um processo de codificação pelo qual são transformados sistematicamente e agregados em unidades que permitem uma descrição exata das características do conteúdo. É quando o pesquisador realiza uma fragmentação dos discursos, com o propósito de perceber as categorias empíricas a fim de organizar e interpretar de modo real o respectivo conteúdo, possibilita que se estabeleça um elo entre os dados do texto e o referencial teórico adotado (Bardin, 2003).

3.7.1 Trajetória percorrida para a configuração das categorias

Ao iniciarmos a análise dos dados, realizamos leituras da totalidade do conteúdo obtido nas entrevistas com os estudados, sem separá-los por categoria profissional ou por local de trabalho e, sem termos de nenhuma categoria predefinida. A partir desta visão geral, percebemos os temas recorrentes que emergiram desses conteúdos. Dessa forma, elaboramos uma lista de palavras e expressões mais comuns e que se destacaram durante o processo de leitura.

No momento seguinte, foi realizada a leitura das falas com a preocupação de perceber a presença de novos temas e analisar a fala de cada entrevistado frente aos

temas obtidos, o que nos possibilitou extrair dos conteúdos as unidades de significação, ou seja, as unidades temáticas.

Em seguida, procuramos estabelecer aproximações com as unidades temáticas para desenvolver uma análise, que segundo Bardin, essa análise “...é transversal, isto é, recorta o conjunto das entrevistas através de uma grelha de categorias projetada sobre os conteúdos; não se têm em conta a dinâmica e a organização, mas a frequência dos temas extraídos do conjunto dos discursos” (Bardin, 2003, p. 175).

Assim, após realizarmos as etapas acima descritas, e em uma primeira fase da análise, as unidades temáticas percebidas no conteúdo analisado foram: **práticas de saúde, processo de trabalho em saúde e processo saúde-doença.**

A primeira categoria, **práticas de saúde**, está constituída pelos núcleos de pensamento que os estudados expressaram: quais são as práticas, o objeto, a finalidade e os saberes/ conhecimento que embasam as práticas.

Para a segunda categoria, **processo saúde-doença**, observamos a existência dos seguintes núcleos de pensamento na fala dos estudados: entendimento da hanseníase, causas, controle e tratamento.

Na última categoria reconhecida como **processo de trabalho em saúde** estão contidos os núcleos: trabalho em equipe, autonomia e dependência, organização interna do trabalho e possibilidades e limites da prática de trabalho.

CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

4 CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

4.1 PROCESSO DE PRODUÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Neste capítulo tentaremos realizar um trabalho de situar e sintetizar as bases teóricas que fundamentaram o presente estudo, a partir dos conceitos centrais contidos nos conhecimentos da Saúde Coletiva que possam subsidiar a compreensão do processo de produção dos serviços de saúde em Hanseníase estudados.

Segundo Breilh

A saúde coletiva surge como um termo vinculado a um esforço de transformação, como opção oposta, como veículo de uma construção alternativa das formas da ‘praxis’ que se requerem. Enquanto saúde pública convencional conceitua a saúde-doença empiricamente, reduzindo-a ao plano fenomênico e individualizado da causação etiológica, a saúde coletiva propõe a determinação histórica do processo coletivo de produção de estados de saúde-doença. Enquanto a saúde pública acolhe os métodos empírico-analítico, popperiano ou fenomenológico, a saúde coletiva incorpora o método materialista dialético. Enquanto a saúde pública centra sua ação a partir da ótica do Estado, com os interesses que este representa nas sociedades capitalistas, a saúde coletiva se coloca como recurso de luta popular e da crítica-renovação estratégicas do ‘que-fazer’ estatal. Enquanto a saúde pública assume atitude possível da consecução de melhorias localizadas e graduais, a saúde coletiva propõe a necessidade de uma ação para a mudança radical” (Breilh 1991, p. 128).

A saúde coletiva é um campo de conhecimento que fornece a matriz teórico-conceitual para as estruturas das práticas sociais em saúde, construída na junção entre as Ciências da Saúde e as Ciências Sociais diante da visão histórica e dialética. A Saúde Coletiva entende que é na sociedade, na forma de como ela se organiza que se

dão os determinantes do processo saúde-doença. Dessa forma, as práticas de saúde são uma “resposta do setor público aos problemas e necessidades de saúde manifestos e/ou identificados no coletivo que se constitui em sociedade” (Salum; Queiroz, 1996).

Laurell (1989) propôs a Teoria da Determinação Social do processo saúde-doença a partir dos estudos desenvolvidos onde destacou que a doença tem caráter histórico e social. Em seguida, outros pesquisadores, tais como Jaime Breilh e Edmundo Granda, em trabalhos realizados na década de 70, agregaram a necessidade de considerar o processo de reprodução social para caracterizar a articulação entre o biológico e o social. Ressalta-se que a teoria da determinação social do processo saúde-doença norteou a concepção de saúde na Lei 8.080, mesmo que ainda tenha os reflexos da teoria da multicausalidade que considera que múltiplos fatores determinam o processo de saúde-doença sem hierarquizá-los (Queiroz; Salum, 1996).

Na saúde coletiva o objeto do processo de produção de serviços de saúde, é entendido como um conjunto de práticas assistenciais norteadas pelas diretrizes da política social pública localizada num determinado espaço geossocial, e se distribui em classes e/ou grupos sociais por meio de diferentes formas de trabalhar e de viver (Breilh, Granda, 1986; Queiroz; Salum, 1996)

O processo de produção de serviços de saúde abarca distintos processos de trabalho e que uma vez decomposto nos seus três elementos – objeto/finalidade, meios e instrumentos e o próprio trabalho – busca-se caracterizar o objeto de alguns trabalhos em saúde.

Mendes Gonçalves (1992), reforça que o trabalho é como uma transformação intencional de um objeto (recorte) a fim de responder a necessidades de um

determinado grupo (coletivo), o que lhe confere uma dimensão social. E que no modo de produção capitalista, vigente em nosso país, a finalidade do trabalho é o lucro, com vistas ao trabalho alienado e que responda às necessidades do capital. Sob essa perspectiva Althusser considera que

(...) Trata-se de um conjunto de processos de trabalho, cujo sistema constitui o processo de produção do modo de produção considerado. Um processo de trabalho é uma seqüência de operações sistematicamente reguladas, efetuadas pelos agentes do processo de trabalho que “trabalham” um objeto de trabalho, empregando para tal fim instrumentos de trabalho de maneira a “transformar” o objeto de trabalho, por um lado, em produtos próprios a satisfazerem as necessidades humanas diretas e, por outro, em instrumentos de trabalho destinados a garantir a prossecução ulterior do processo de trabalho (Althusser 1999, p.45)

Nas sociedades capitalistas o objeto da produção de serviços de saúde se distribui entre o capital e o trabalho e em classes e/ou grupos sociais que se evidencia na vida social por meio de diferentes formas de trabalhar e de viver.

O neoliberalismo encontrou na crise dos anos 70 a possibilidade de se consolidar como modelo hegemônico e de ser operacionalizado por meio de políticas e práticas econômicas e também sociais. Evidencia-se que o neoliberalismo está pautado na acumulação de bens, desigualdade social e concorrência para manter-se próspero, e por meio da globalização veicula e expande seus ideários e suas práticas (Anderson, 1995).

Laurel (1983) caracteriza as conseqüências do acúmulo de capital neoliberal no setor saúde a partir de três evidências. A primeira, está relacionada a diminuição de investimentos na saúde a fim de torná-lo insuficiente para justificar a privatização do setor. A segunda evidência é relativa à “estratificação da população em função da

sua capacidade de pagamento e probabilidade de adoecer (...) constituindo-se dois sistemas paralelos de administração de fundos e prestação de serviços – o privado e o público, (...) essa situação leva o sistema público a um círculo vicioso de deterioração, ao assistir, com seus recursos limitados, tanto os pobres como os velhos e os mais doentes, e enquanto o sistema privado floresce e obtém lucros elevados.” A terceira evidência é a concretização dos gastos sociais centralizados em programas seletivos e mínimos voltados aos pobres.

Conforme Laurell (1995), as conseqüências dos ideários do neoliberalismo nas políticas públicas pode ser destacadas pelas privatizações do financiamento e da produção de serviços, redução dos gastos sociais públicos passando para programas seletivos contra a pobreza e a descentralização em nível local.

Para Queiroz; Salum (1996) qualquer processo de produção exige um conjunto de saberes e recursos tecnológicos construídos de acordo com a necessidade de recortar e transformar o objeto. Assim, o trabalho pressupõe um recorte do objeto, definição do modelo assistencial, seleção dos meios e instrumentos para que seja possível alcançar uma finalidade para então se construir práticas sociais de saúde aderentes ao processo de produção de serviços de saúde.

Queiroz e Salum apontam que:

Tal como proposto, o processo de produção de serviços de saúde comporta distintos processos de trabalho que a ele se subordinam. Esses processos de trabalho é que irão mediar a transformação do objeto. Ora, se o nosso objeto são os perfis epidemiológicos evidenciados no território e se a nossa finalidade é a sua transformação visando o aperfeiçoamento dos processos saúde-doença de todos os habitantes, o trabalho em si corresponderá aos processos de trabalho necessários para tal produção: o de assistência à saúde, o de gerenciamento dessa assistência, o de ensino e o de

investigação científica (gerando o saber necessário à produção), reconhecendo que tais processos de trabalho se referem ao processo de produção e não ao trabalho específico de cada profissional (Salum; Queiroz, 1996)

Desse modo, o centro de cada um desses processos de trabalho localiza-se no objeto a ser transformado para alcançar a finalidade pretendida. O processo de trabalho de assistência à saúde deve ser o de reconhecimento e acompanhamento dos perfis epidemiológicos de cada grupo social homogêneo evidenciado no território. As práticas de saúde executadas pelos trabalhadores irão compor a assistência necessária e devem ser conjugadas com a mesma finalidade de monitoramento /acompanhamento. Queiroz; Salum (1996) esclarecem que o produto do processo de trabalho deve ser o resultado de um trabalho coletivo, conjunto de práticas orientadas pela finalidade desse trabalho para atender as necessidades de saúde constituídas em objeto para a prática dos serviços. Assim, se o objeto desse processo pauta-se nos perfis epidemiológicos dos grupos sociais homogêneos as ações de saúde de monitoramento devem incidir sobre esses perfis.

ANÁLISE E DISCUSSÃO
DOS DADOS

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Este estudo teve como proposta, nos limites de realização de um trabalho acadêmico, trazer contribuições no sentido de ampliar o conhecimento a respeito da prática de trabalho em hanseníase, na possibilidade de estruturar um conjunto de informações que possam contribuir no redimensionamento da organização dos serviços para o problema da hanseníase e subsidiar a implementação da meta que visa a atingir a eliminação da doença em nosso Município.

A seguir, discorreremos sobre as categorias que foram produtos das etapas da análise realizada até o momento, tais como: práticas de saúde; processo saúde-doença e processo de trabalho em saúde. Esclarecemos que estas três categorias foram didaticamente divididas, entretanto, apresentam-se interligadas durante todo o trabalho.

5.1 PRÁTICAS DE SAÚDE EM HANSENÍASE

Nesta etapa da presente investigação, buscamos apresentar a inserção dos trabalhadores em dois serviços de saúde especializados na intervenção em hanseníase (CRH Pedreira e CRH Joaniza), como e porque atuam, quais são seus entendimentos e expectativas nessas intervenções.

Por meio das falas dos trabalhadores, foi possível observar que as práticas de saúde dos estudados estavam vinculadas ao modelo biológico, no qual o serviço de

saúde era percebido como um lugar para atender os doentes, local onde são realizadas as ações que visam recuperá-los para devolvê-los à sociedade.

E6 - (...) a dificuldade é dar alta ao paciente (...) ele não quer ter alta, ele acha que ele vai ser aposentado por aquela doença (...) ele quando chega perto da perícia ele começa, entre aspas, a querer ficar doente (...) isso cria alguns atritos dentro do circuito médico, enfermeira, assistente social, paciente (...) e vai ficar nas costas daquela equipe durante um bom tempo.

E9 - (...) Eu acho que a hanseníase é do programa saúde da família, aqui deveria fazer diagnóstico e voltar para o PSF para cumprir a cartela [medicamentosa] lá.

As ações preconizadas no Programa de Controle da Hanseníase (Brasil, 2002) evidenciam que estas devem contemplar o indivíduo em seus aspectos biopsicossociais e sempre que possível envolver a comunidade. As finalidades destas ações incluem o acompanhamento do tratamento e das intercorrências da hanseníase visando a evitar a ocorrência de danos físicos/emocionais e socioeconômicos, bem como proporcionar ao paciente, durante o tratamento e após alta, a manutenção ou melhora das condições observadas no momento do diagnóstico.

Na atualidade, cabe destacar que observamos ainda a continuidade de programas verticalizados, como o da hanseníase, que a despeito das propostas de saúde visam a consolidar as diretrizes contidas no Sistema Único de Saúde (SUS). A saúde sendo vista sob um novo entendimento que poderia reverter o modelo de assistência que foi consolidado na década de 1970, caracterizado por ações individuais médico-hospitalares e ações de saúde pública com predominância de campanhas.

Em um estudo desenvolvido por Campos (2004), ficou comprovado que as práticas de saúde realizadas nos serviços de saúde estão voltadas para a assistência biopsíquica do indivíduo com vistas para a intervenção da doença, sob essa mesma ótica, conclui que o objeto do trabalho em saúde, recortado pelos trabalhadores, é a doença.

5.1.1 A doença como objeto de intervenção e a cura como finalidade

As práticas de saúde dos sujeitos do estudo eram constituídas de práticas cujo objeto de intervenção era o agravo, ou seja, a doença já instalada, e a finalidade do trabalho era a cura da doença, como podemos observar nos depoimentos a seguir:

E3 - Aqui a gente executa basicamente atividade de inspeção dos pacientes para fins de avaliação de graus de incapacidade, preenchimento daquela ficha para estabelecer grau zero, grau um, grau dois, e além da inspeção a gente atende os pacientes nas intercorrências.

E5 – (...) teve a descentralização e começaram os casos a serem encaminhados para os locais mais próximos da residência do paciente, então a gente teve, num primeiro momento, até casos mais antigos já com seqüelas (...)

E6– Eu faço [exames] de incapacidades e a reabilitação (...) nem sempre tem horário.

Por meio dos relatos dos sujeitos do estudo foi possível identificar que as ações realizadas estão voltadas ao agravo e focalizadas na clínica, entendida como a verificação de sinais e sintomas, tratamento, diagnóstico e controle da doença.

E4 – Eu realizo atendimento em consulta, diagnóstico, tratamento, atendimento pós-tratamento das seqüelas, neurites das reações hansenicas.

E9 – Aqui eu faço atendimento geral, paciente com hanseníase, o tratamento dele, acompanhamento mesmo depois de alta e biópsias.

A clínica, segundo Breilh; Granda (1986), tem sua atenção voltada à dimensão biológica dos problemas que se manifestam no doente como processo individual, enquanto que a epidemiologia utiliza métodos metodológicos que visam “estudar grandes grupos sociais, explicando as determinações mais profundas que operam sobre eles e trazem como conseqüências o aparecimento de perfis ou padrões típicos de saúde e doença característicos desses grupos sociais”.

Para Nemes (2000), a assistência médica individual à doença pode ser considerada um instrumento ora bom, ora ruim no sentido de controlar para melhor a saúde da população. Esta é a base do conceito de Programa que é “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”.

Em seu estudo, Campos (2004) comprovou que as práticas de saúde realizadas nos serviços de saúde estão sendo voltadas à assistência biopsíquica do indivíduo com vistas à intervenção da doença. Sob essa mesma ótica, a autora conclui que o objeto do trabalho em saúde recortado pelos trabalhadores é a doença.

5.1.2 A doença como objeto de intervenção na perspectiva de assistencialismo

Entendemos a intervenção em saúde na perspectiva do assistencialismo quando os trabalhadores responsabilizam-se por implementar a assistência à saúde, formas de cuidar da questão social dos doentes, por meio de doações, perpetuando a exclusão da emancipação dos indivíduos. Historicamente, esta prática foi muito desenvolvida com os doentes portadores de hanseníase, o que pressupõe sua permanência na atualidade, como podemos verificar nos depoimentos, a seguir:

E11 – (...) [Eu faço] atendimento caso, no atendimento caso inclui o atendimento das demandas, é familiares sociais é...é...previdenciárias tudo que é voltado ao paciente de hansen na questão social e sócio familiar eu apito tá? Isso inclui também as necessidades materiais, os encaminhamentos pra entidades que possam...é...assisti-los materialmente.(...) [Realizo] o encaminhamento à previdência quando é caso de paciente que tem direito aos benefícios previstos pela lei né...é...(...) então tudo que diz respeito as condições de vida desse usuário fora o tratamento, fora a questão saúde é...e pertinente ao meu trabalho tá?

E4 – (...) Infelizmente a hanseníase não é uma doença de ricos, a grande maioria dos pacientes hansenianos tem problema social muito sério (...) então por isso que a gente precisa resolver até essas questões básicas (...) tentar oferecer o máximo de condições pra que ele tenha adesão ao serviço né. (...) Essas características não interferem [no meu trabalho] porque o fato de estar trabalhando com hanseníase já faz com que você já espere que o paciente seja assim porque infelizmente essa é a realidade, uma realidade que não muda.

E8 - (...) A grande maioria [dos doentes portadores de hansen atendidos aqui] tem uma dificuldade social, sócio-econômica muito grande, muitos são desempregados, migrantes. (...) eles têm uma situação muito precária. (...) [Essas características] não chegam a interferir no meu trabalho com eles, mas é que a gente se sensibiliza com essa situação e tenta ajudar um pouquinho, (...) [então] o vínculo que a gente estabelece com eles acaba sendo um vínculo forte, a gente consegue não perder esses pacientes (...) e a gente tenta fazer o que dá por eles.

Demo (2002, p.26) faz um alerta em relação ao assistencialismo, ressaltando que esse tipo de assistência pode causar sérios problemas no sentido social de cassação da cidadania. Ressalta que “(...)é nesses casos que o doador, se não possuir consciência crítica, principalmente autocrítica, produz dialeticamente falando, o contrário do que se propõe. A doação mais facilmente confirma a pobreza do que a combate.”

Andrade et al. (1999), abordam que com o surgimento da sociedade industrial, no entendimento do conceito de saúde devem ser consideradas as condições de trabalho e vida da população, uma vez que é impossível conceber a existência de saúde sem considerar as condições materiais e políticas do espaço social. A relação das condições de vida de uma população e a sua saúde é real, no entanto, não está presente na concepção dos profissionais de saúde, uma vez que, para esses a doença está ligada a fatores biológicos/ psicológicos, em especial, `hanseníase.

5.1.3 Práticas com vistas ao coletivo

As falas de alguns dos sujeitos do estudo, trazem á tona elementos que permitem visualizar a questão da saúde na tentativa de aproximação com a dimensão coletiva do cuidar. Entretanto, destaca-se a fragilidade da prática desses trabalhadores no cumprimento desse novo papel no cotidiano dos serviços de saúde.

E4 – (...) Eu vim para cá justamente para tentar implantar o serviço de hanseníase (...) a hanseníase é um programa que está implícito como uma ação a ser desenvolvida pelo programa saúde da família (...) nós tínhamos aí uma

oportunidade de estar envolvendo mais profissionais que não um serviço único centralizado (...) foi isso que me atraiu para trabalhar nesse programa.

E9 – (...) Educação em saúde eu faço também, outro dia eu fiz na favela, ideal é na escola, isso parte da prevenção de incapacidade. Mas na favela eu fiz só uma vez, que o público alvo eram muitos. (...) Acho que tem que começar pelas escolas, as crianças vão ver os pais com problemas e vão estar encaminhando.

E4 – (...) eu acho que assim o profissional médico ele precisa pensar não só no atendimento daquele doente especificamente, mas saber também que é importante estar fazendo educação da família (...). Trabalhar diretamente com a comunidade, trabalhar diretamente com as equipes de saúde da sua área tentando aumentar a detecção.

Para Heimann et al. (2000), os serviços da rede básica de saúde, no plano técnico, vêm tentando desenvolver e implantar algumas técnicas com vistas à transformar o processo de trabalho, de tal maneira que possam contrapor ao modelo de assistência médico individual hegemônico predominante no sistema de saúde de nosso País.

Na atualidade, todos os trabalhadores da saúde e, em especial, os trabalhadores de enfermagem, devem incorporar os princípios e diretrizes do campo da Saúde Coletiva na reordenação de suas práticas voltadas ao processo saúde-doença como processo social, tendo em vista que a rede básica vem assumindo responsabilidades no desenvolvimento do Plano Estadual de Eliminação da Hanseníase (São Paulo, 2002).

5.1.4 O saber técnico necessário às práticas dos trabalhadores

Em vários depoimentos, os sujeitos do estudo evidenciaram a necessidade de um saber técnico que esteja voltado à intervenção da doença instaurada no corpo individual, revelando assim, o predomínio da clínica em suas práticas. Estas práticas estão circunscritas a experiências adquiridas ao longo das práticas profissionais, como podemos verificar nas falas abaixo:

E4 - (...) O profissional precisa ter um conhecimento técnico e teórico primeiro da doença (...) você tem que aumentar a detecção de hanseníase.

E6 - Você tem saber toda a parte da doença, do contágio (...). [Quando comecei] eu nem sabia como era realizada a avaliação, como era a ficha que usava do Ministério, nada disso a gente tinha acesso, que foi exatamente quando começou os atendimentos de hansen aqui no ambulatório.

E9 - (...) o ideal seria que todo mundo fizesse um curso de dermatologia. (...) [Saber] olhar para o doente (...) se você olhar e ouvir o paciente você já sabe o diagnóstico, nem precisa examinar ele, acho isso fundamental (...) hoje em dia é tudo corrido. (...) O ideal seria a formação em dermatologia por causa do diagnóstico diferencial.

E8 – [Para trabalhar com os portadores de hanseníase] precisa saber muita coisa, saber desde a doença até as ações coletivas, ações nos comunicantes, o exame físico (...) saber parte neurológica, [porque] nós tivemos caso aqui de uma hanseníase puramente neural quer dizer, uma coisa super rara de acontecer (...) conhecer muito bem as complicações, ter conhecimento em clínica médica (...) a hanseníase não dá para resolver só com manual de hanseníase, é uma coisa muito ampla.

Na análise de Nemes (1989), sobre os dez anos de implantação e práticas sanitárias do Programa de Controle da Hanseníase no estado de São Paulo, a autora tece uma série de questionamentos sobre o desempenho do referido Programa. Destaca que a existência de um número insuficiente de recursos humanos e a baixa

capacitação dos profissionais técnicos para o trabalho com a hanseníase comprometem sua eficácia.

No início da década de 80, Pedrazzani (1984) em estudo desenvolvido a respeito da enfermagem de saúde pública no controle da hanseníase referiu que “a assistência de enfermagem prestada não satisfaz a necessidade da clientela” (Pedrazzani 1984, p.87) desse modo, uma das recomendações da autora foi a de que era necessário a capacitação dos trabalhadores com vistas a melhorar a assistência.

5.1.5 O saber técnico adquirido para as práticas dos trabalhadores

Pelos conteúdos das falas dos sujeitos do estudo, observamos que o conhecimento e o saber tiveram uma significação na reconstrução da realidade, em seus diferentes aspectos, de tal forma, que possibilitaram aos profissionais desenvolverem práticas, muitas vezes, adquiridas no cotidiano de seu trabalho, indo além da assistência, conformando um compromisso com os demais profissionais e com a comunidade.

E3 - (...) Eu me desenvolvi autodidata {...} estudei a patologia e vi algumas aulas que a gente via na Especialidade.

E8 - [Os treinamentos que recebi contribuíram] para fortalecer e implementar o programa [aqui no serviço] porque se a gente não tivesse essa capacitação não enxergaria a dimensão do problema da hanseníase. (...) Todo o conhecimento adquirido foi para o desenvolvimento do programa e para aplicar tudo isso que a gente aprendeu para fazer para o programa, e conseguir fazer com que esse programa crescesse e se fortalecesse.

E9 - Os cursos que eu fiz foram bons para fazer diagnóstico (...) a primeira coisa é suspeitar (...) antes para mim tudo era hanseníase, então comecei a diferenciar mais o diagnóstico.

E11 – (...) Eu acho que [treinamentos/capacitação] fortalece a gente porque as coisas acontecem muito dinamicamente (...) as mudanças ocorrem muito rapidamente (...) você vai a um encontro você já percebe que aconteceram inovações, já há novidades (...) é tudo muito facilitador do trabalho.

E4 - (...) Logo que nós começamos nós tínhamos anualmente sensibilização de todos os profissionais de saúde (...) isso aconteceu até há mais ou menos dois anos atrás, quando houveram mudanças e depois disso nunca mais tive essa oportunidade de estar tendo esse contato com os colegas de PSF pra estar fazendo sensibilização (...) então hoje eu recebo ainda vários pedidos de avaliação, vários pedidos de suspeita desses colegas das unidades básicas mas não necessariamente mais do PSF. (...) Hoje a gente tem tido um aumento no número de detecção e, no entanto a gente está dando mais altas.

Nesse contexto, o Capítulo II das Diretrizes Básicas traz as Ações de Organização dos Serviços de Controle da Hanseníase (São Paulo, 2001) e dispõe sobre as Ações para o Desenvolvimento dos Recursos Humanos, preconiza que: as regionais de saúde são responsáveis pela avaliação contínua da existência de recursos humanos capacitados para execução das ações de controle da hanseníase, devendo identificar as situações em que há necessidade de capacitação ou reciclagem de pessoal no âmbito regional ou municipal.

As equipes de saúde devem ser capacitadas de forma descentralizada, conforme as necessidades do serviço e dentro dos princípios do Sistema Único de Saúde, para desempenho de sua função, com metodologias participativas e problematizadoras que permitam a reflexão crítica, a vivência de experiências e o compromisso social com o usuário a que serve, tendo como referência, as

experiências municipais de controle social e os Centros de Referência Regionais e Estaduais.

Breilh (1991) chama-nos a atenção, para a importância de compreendermos a produção da doença no plano coletivo e “para fazê-lo temos que construir uma idéia científica dos processos que operam como determinantes das mesmas”.

5.1.6 Prática de saúde centrada no médico

Em ambos os serviços, foi evidenciado que as ações eram realizadas majoritariamente pelos médicos, destacando-se que, inclusive, em um dos serviços, o médico era o gerente do CRH. Na relação de trabalho entre os membros das equipes, pelas falas dos sujeitos do estudo, observamos o poder da categoria médica em relação aos demais profissionais, e que estas estavam centralizadas no papel do médico.

De um modo geral, os trabalhadores listaram algumas das atividades que desenvolvem com os doentes com hanseníase, em alguns depoimentos observamos que a sua prática é, muitas vezes, como auxiliar do médico. Em outros depoimentos observamos a relação direta que o médico determina e estabelece com os demais trabalhadores que devem cumprir a prescrição, dar os remédios, fazer as anotações e dessa forma auxiliá-lo e possibilitar os elementos que ajudarão em sua prática médica.

E8 – [As atividades que executo é] quase tudo, tirando a parte médica. (...) Tudo que se refere ao programa [de hansen] e que não é da parte médica eu que faço.

E7 - [Para trabalhar com os doentes] tinha que ter não só cursos (...) a Doutora me explicou algumas coisas, mas acho que não sei a fundo, se explicassem todas as fases da doença seria interessante. (...) É a mesma coisa dos clínicos, eles sabem muito por cima (...) só quem sabe muito a fundo é o dermatologista ou aquela pessoa mesmo que faz o curso.

E10 – Eu só medico os pacientes dela [da médica], recebo notificação compulsória, ela [a médica] preenche os papéis dela e eu preencho a minha parte e mando para a SUVIS. (...) Ela [médica] mesma faz a agenda [de atendimento] e faz prescrição deles [doentes], dá a receita [pra mim] e eu pego os remédios, todos os remédios deles (...) [e também] supervisiono as primeiras doses [da medicação].

De acordo com Schraiber (1993), ao longo dos anos, algumas mudanças no processo de trabalho do médico foram observadas a partir da perspectiva das relações entre produtores e consumidores de serviços. Dessa forma, foram constituídas novas formas de inserção desse profissional nos serviços de saúde, “a partir da divisão progressiva do trabalho (...) que separou certas partes daquilo que só o médico realizava como também constituiu profissões subordinadas ao trabalho médico, tal como a enfermagem”.

Para Merhy; Campos; Queiroz, (1989), o processo de trabalho está vinculado aos recursos humanos e tem como finalidade servir de norteador quanto às necessidades tecnológicas de produção, de tal forma que, a divisão do trabalho ocorre perante a complexidade tecnológica do trabalho executado.

No entanto, esse paradigma mecanicista não tem contemplado os problemas modernos da saúde, já que o ambiente, condições de vida e de trabalho e cultura têm se mostrado muito mais importantes à saúde da população do que somente a intervenção médica individual. O aumento dessas intervenções médicas não tem

melhorado o nível de saúde da população e este tipo de intervenção acarreta alto custo aos serviços públicos (Merhy; Campos; Queiroz, 1989).

5.2 CONCEPÇÃO DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA EM HANSENÍASE

Em todas as falas dos sujeitos do estudo, foi possível observar que a concepção do processo saúde-doença estava sob a ótica da multicausalidade, destacando-se o entendimento de que a doença está restrita ao recorte da sintomatologia biopsíquica no corpo individual contendo aspectos do estigma da doença.

E3 – (...) A primeira coisa é saber que a hanseníase é uma doença que tem uma prevalência muito determinada pela baixa imunidade (...) mesmo que a gente consiga eliminar muitas micobactérias, nós vamos ter que lidar sempre com o paucibacilar (...) é uma doença difícil porque 40% dos pacientes tem reação (...) uma doença que não recebe investimento forte.

E5 – [Para trabalhar com os doentes] eu acho que [precisa] conhecer a fisiopatologia da doença a fundo e a distribuição da doença.

E6 – Você tem que saber toda a parte da doença, do contágio (...) enquanto você não conseguir diminuir essa sensação das pessoas [em relação] ao contágio (...) porque dá medo né (...) eu acho que isso é uma coisa mesmo com o tempo.

E9 - (...) O curso de Bauru foi bom para perder o medo, porque a gente tem muito medo de contágio.

E11 - Eu acho que primeiro é importante saber [para atender aos doentes] como é que se dá o processo, como é que a doença acontece, como é que se dá esse contágio, porque não dá para você trabalhar a hanseníase sem saber como é que a cadeia de transmissão da doença (...) você precisa um pouco

da história da doença e como ela foi trabalhada ao longos dos anos, porque ao você consegue entender de onde vem o estigma. (...) Então eu acho que pra você primeiro para trabalhar a parte social da hanseníase é imprescindível você conhecer a história da doença (...) a questão epidemiológica também é importantíssimo você saber [pra conseguir] trabalhar o social, mesmo porque você como profissional cria o estigma, a partir do momento que conhece [a doença] ele trabalha a hanseníase como outra doença.

Para Sabroza et al (1995), “nas últimas décadas, as doenças infecciosas retomaram importância como problema de saúde até mesmo nos países centrais, deixando de ser consideradas apenas como indicadores da persistência de modos de vida atrasados e em vias de superação”.

Nas falas dos sujeitos estudados para este estudo algumas características da população foram referidas, entretanto, não foram consideradas na produção dos serviços de saúde, ou seja, verificamos a ausência de relatos que evidenciassem a possibilidade do processo de trabalho ser implementado com base nas características da população atendida nos dois serviços de saúde pesquisados.

E5 – (...) [Quanto às características da população portadora de hansen] eu não tenho nenhuma [opinião] para fazer nenhuma avaliação, nem para ter uma impressão sobre isso.

E6 – (...) Primeiro nós temos que ter uma disponibilidade interna senão você não atende. Aqui a gente tá numa área de periferia onde você tem muitas favelas, então a gente tem um perfil sócio-econômico muito baixo (...) interfere [no atendimento] porque você tem aqueles que até passam fome, passam necessidades (...) então você imagina toma medicação, mas não come, às vezes ele não tem dinheiro para vir aqui.

Avançar no entendimento pautado na concepção do processo saúde–doença e redefinir processos de trabalho, baseados no âmbito da determinação e não somente nos dos resultados do processo saúde-doença (Campos; Soares, 2003).

Observamos que a concepção multifatorial do processo saúde-doença tem fundamentado as práticas nos serviços de referência em hanseníase, instaurando processos de trabalho que tomam majoritariamente por objeto o corpo doente (Campos; Soares, 2003). Esta teoria (multicausal) não considera as profundas diferenças sociais entre os sujeitos, reduzindo a determinação da doença a fatores eminentemente biológicos, portanto restringindo as medidas interventivas ao âmbito das biológico-ecológicas (Nunes, 1983).

Como afirmam Cohn et al.

As áreas periféricas no município de São Paulo abrigam atualmente mais de 70% da população, o que traz á tona de forma incontestes o aprofundamento das diferenças e a regionalização das carências no interior do Município (Cohn et al., 1983)

Os depoimentos acima apresentados evidenciam que os usuários dos serviços estudados são moradores de uma região, Cidade Ademar, marcada de forte exclusão social e muita desigualdade.

5.2.1 O entendimento da saúde como direito e como serviço

Por meio das falas dos sujeitos do estudo, foi possível que o doente e seus familiares são responsabilizados, tanto pela prestação da assistência realizada pelos

serviços pesquisados como pelas demandas sociais que os doentes com hanseníase apresentam, tornando-se um problema para a equipe.

Podemos observar que a questão da saúde como um direito do usuário e dever do serviço público não foi referida.

E6 - (...) Tem o problema de lidar com paciente (...) porque o que é engraçado que se fala em estigma (...) e tem paciente que começa a ver que ele tem uma atendimento especial dentro da unidade, consegue consulta pra ele e pra família, ele tem uma possibilidade de auxílios da previdência (...) ele vê nesse ninho que é dado a ele (...) ele vê uma vantagem em ser paciente (...) Outra dificuldade no atendimento de hanseníase é agendar o comunicante, você não consegue agendar e o comunicante chega, é aquela faxina que a moça dá e a patroa não quis [liberar para consulta] então ela chega, é aquele cara que vive de fazer bico, o dia que o bico furou ele chega (...) então eles não tem o dia certo pra vir, chegam e você tem que se virar pra atender, isso traz conseqüências e dificuldades para o nosso trabalho.

E9 - (...) Uma coisa que eu percebo que é uma característica dos pacientes com hansen é essa coisa de virar pedinte, então ele quer ganhar tudo, quer ganhar cesta básica porque tem hansen, isso é um perfil, (...) eles acham que eles tem que ser atendido em tudo, na hora hora em que eles chegam (...) isso é uma coisa que me preocupa, eu acho que você não tem sempre que ganhar.

Uma das características mais marcantes nos depoimentos a respeito da população atendida nos serviços estudados está vinculada às condições de trabalho e de vida dos usuários. Conforme Cohn et al. (1999, p.35) afirma “as oscilações conjunturais dos rendimentos familiares refletem diretamente o impacto da situação econômica e os sacrifícios impostos às famílias que precisam utilizar-se de diversas estratégias para garantir as suas condições de sobrevivência”.

Para Schraiber; Mendes-Gonçalves (2000), quando nos remetemos à organização de serviços as necessidades de saúde devem ser o aspecto mais importante a ser tratado. O doente ao dirigir-se ao serviço de saúde, está à procura de uma intervenção originada a partir de um carecimento, que pode ser entendida como algo que o indivíduo entende que deve ser corrigido em seu estado sociovital.

Neste contexto, a saúde, agora entendida como determinada socialmente, é afirmada como um direito social universal, estando sob a responsabilidade do Estado, que deve garanti-la mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução de riscos aos agravos (Fleury 1996, p.89).

5.3 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

5.3.1 Trabalho em saúde em equipe multiprofissional

Com relação ao trabalho em saúde em equipe multiprofissional, foi evidenciada, com base nas falas dos trabalhadores, a constituição de uma equipe com ações executadas de forma isolada e justapostas pelos trabalhadores.

Na totalidade dos depoimentos, não foram citadas comunicações intrínsecas ao trabalho desenvolvido pelos profissionais e, tampouco, a presença de um projeto de intervenção em comum. Assim, observamos entre os depoimentos, a ausência de interação entre os agentes no sentido de construção de planos de ação e de reconhecimento mútuo.

5.3.2 Autonomia técnica em relação à equipe de trabalho

Os entrevistados E4 e E8 mencionam que a assistência dedicada aos doentes é realizada de forma isolada no conjunto dos demais trabalhadores das diferentes categorias profissionais e também atribuem a si próprios à execução da maioria as ações voltadas aos doentes com hanseníase.

E4 – (...) Todos os procedimentos sou eu que faço e orientações em geral também . (...) É necessário uma equipe multiprofissional (...) porque existem ações de cada profissional.

E8 – [As atividades que executo aqui é] quase tudo, tirando a parte médica (...) tudo que se refere ao programa [de hansen] que não é da parte médica eu que faço.

5.3.3 Dependência técnica em relação à equipe de trabalho

Pelos conteúdos das falas dos estudados observamos que a presença de outros profissionais na equipe de saúde é ressaltada como uma necessidade para aprimorar ou continuar desenvolvendo uma prática isolada ou individual.

E9 – Aqui foi tudo que fui atrás, não foi nada de “mão beijada”, faço questão de falar que não tive tanto apoio da direção (...) tudo o que eu tento conseguir, eu não consigo, eu não tenho voz ativa (...) tudo tem que falar com a enfermeira para ela poder falar com a direção (...) eu acho isso um absurdo, porque quem responde no final sou eu (...) se eu falar direto com a direção “entra por aqui e sai por ali”. (...) Acho muita falta de apoio, faço mesmo mais porque eu gosto (...) é uma coisa que gosto de fazer e não tenho apoio

(...) uma vez por mês a gente se reuni aqui para conversar (...) é legal para a diretoria, mas não dá solução alguma.

E11 - (...) Aqui a gente está sempre mudando, sempre melhorando, agora o otorrino está entrando [para o programa], então a gente está sempre melhorando, bastante.

E10 – Para mim o que piorou [no serviço] foi porque não tem fisioterapeuta, eu acho que a fisioterapia seria muito interessante (...) a falta que faz aqui no serviço é a falta da fisioterapia.

No modelo biológico partilhado entre os agentes, estes deixam de compartilhar outras dimensões da atenção à saúde e deixam de construir um projeto assistencial que abarque as necessidades em saúde. Possivelmente, os trabalhadores conhecem o trabalho dos outros trabalhadores, mas o trabalho dos outros agentes situa-se no interior de relações hierárquicas e não à percepção de diferentes técnicas, destaca-se a autonomia técnica independente (Peduzzi, 1998).

5.3.4 Limites da prática em relação ao trabalho

Em vários depoimentos, os sujeitos do estudo evidenciaram que a prática cotidiana da maioria dos trabalhadores torna-se um enfrentamento frente às realidades de trabalho e vida da população, caracterizando-se como limites na intervenção.

Estes limites, de acordo com a análise realizada até este momento, nos permite visualizar que estão diretamente relacionados às práticas de saúde, ao processo saúde-doença e finalmente, ao processo de trabalho em saúde dos

trabalhadores estudados, ou seja, estão vinculados ao cotidiano do fazer/pensar saúde desses trabalhadores.

E5 - (...) As características dos pacientes, independente de Hansen que são atendidos no posto, são pessoas de baixa renda. (...) [Essas condições] torna o meu trabalho às vezes inútil, a gente sabe que uma grande porcentagem dos doentes não vai melhorar das doenças (...) o atendimento a saúde é limitado.

E9 – A maioria aqui é muito pobre, uma coisa interessante é que estamos pegando [doentes] muito jovens e que estão estudando, então isso é bom (...) mas os mais velhos não sabem nem ler e escrever (...) então teria que ficar explicando para eles. (...) Outra característica que me chama atenção é o lado da vida dele, o lado conjugal, que não é só um parceiro, eles têm outros, como muitos aqui. (...) A vida conjugal interfere no meu trabalho porque dependendo do problema conjugal que ele tem interfere na parte emocional. (...) Geralmente quem tem o lado emocional mais alterado evoluem pior [na doença]. (...) Tem alguns doentes que são desempregados (...) outros trabalham e tem que parar de trabalhar. (...) Com as crianças [doentes] que vão para a escola, as professoras não sabem o que é Hanseníase (...) isso interfere no tratamento aqui.

E10 – (...) os comunicantes são pessoas difíceis né? Eles são pessoas difíceis de lidar.

E11 - Os doentes aqui atendidos têm baixa qualificação profissional, pouco grau de escolaridade (...) o que dificulta muito a sobrevivência deles que hoje está doente (...) eles já se vêm impedidos de exercer atividades do mercado de trabalho (...) são pobres, com dificuldades de subsistência, quase todos sem direitos previdenciários algum. (...) Essas características não interferem no meu trabalho (...) mas no resultado final sim, claro que interfere (...) eu fico mais limitada no fazer (...) mas não interfere no meu desempenho, na minha disponibilidade interna não, aquilo que internamente me propunha a fazer eu vou fazer.

Nas falas dos sujeitos estudados para este estudo algumas características da população foram referidas, entretanto, não foram consideradas na produção dos

serviços de saúde, ou seja, verificamos a ausência de relatos que evidenciassem a possibilidade do processo de trabalho ser implementado com base nas características da população atendida nos dois serviços de saúde pesquisados.

Conforme Cohn; Elias. (1999), o acesso da população aos serviços de saúde em nosso País, pode ser caracterizado como estigmatizante e desigual, instituindo duas concepções, de um lado, uma clientela como carente; de outro, uma diferenciação entre os assalariados por níveis de renda e padrões de inserção nos setores da economia.

Frenk (1985) aborda que o acesso deve ser compreendido como além da disponibilidade de recursos de atenção a saúde em determinado local e tempo, compreende as características do recurso que facilita o seu uso por parte dos clientes potenciais.

Cabe destacar que as condições de trabalho e de vida da população são determinantes da situação de saúde da população, e tendo-se como pressuposto os ensinamentos da Saúde Coletiva de que devem ser contempladas as questões que estão intrinsecamente relacionadas a ela, contemplando-se a dimensão intersectorial da problemática da saúde.

5.3.5 Ausência de participação nas decisões a respeito do programa assistencial

Entre os depoimentos dos entrevistados observamos que alguns profissionais estão desvinculados do projeto assistencial realizado pelos demais membros da equipe de saúde e citaram que não participaram das decisões pertinentes ao programa

de controle da hanseníase dos serviços estudados. Essa manifestação pode ser visualizada e analisada sob duas diferentes dimensões; uma, que está relacionada às dimensões concretas e a outra, que diz respeito às questões subjetivas, quando são referidas interações mais sólidas com o gerente do serviço ou quando destacam a necessidade de reconhecimento e respeito profissional.

E3 - (...) Eu não sou especificamente designado para atender hansen, eu gosto de atender hansen ocular, mas não é sempre que passa comigo. (...) Eu atendo dentro das consultas e às vezes até por fora, os pacientes são encaixados e a gente faz o atendimento.

E5 - (...) [Entrar para o programa de hansen] foi sugestão da dermatologista (...) foi tudo informal e verbal. (...) Não estou envolvido com o programa, nunca participei de uma reunião, nunca tomei uma decisão, simplesmente examino os pacientes que são encaminhados para mim. (...) Eu ainda fui incluído no programa assim como um ajudante, não participo de decisões, estou na periferia do programa.

E10 - (...) Ela [médica] mesma faz a agenda [de atendimento] e faz prescrição deles [doentes], dá a receita [pra mim] e eu pego os remédios, todos os remédios deles.

Apesar de consolidada a organização e a implementação dos serviços estudados no atendimento à hanseníase, a participação dos trabalhadores nesse processo de organização sofre diretamente entraves em decorrências das circunstâncias gerenciais desses serviços. Portanto, fica evidente a ausência de um trabalho dos membros da equipe em conjunto com a administração dos serviços.

Segundo Mendes (1996), no âmbito municipal, o problema existente na produção do processo de trabalho em saúde, é decorrente “da forma como se desenha o aparato governamental da cidade, definido com base em uma estruturação baseada na divisão técnica do trabalho”.

5.3.6 Possibilidades de envolvimento na organização interna do trabalho

Pelos conteúdos das falas dos estudados, observamos que tendo de dar conta de uma demanda reprimida de assistência em hanseníase que fosse adequada, os municípios, com a descentralização, em um primeiro momento, criaram os centros de referências com sua atenção para o atendimento individual. Este fato está comprovado nos depoimentos de alguns pesquisados ao referirem questões pertinentes, tanto aos recursos humanos como aos conhecimentos técnicos necessários para intervenções no nível coletivo, que foi evidenciado como insuficientes e desigualmente distribuídos entre os dois serviços estudados.

Mesmo na existência destes, quase sempre estavam inversamente proporcionais à magnitude do problema da hanseníase, como podemos observar nos depoimentos abaixo:

E6 – Aqui o que acontece é que à cada ano tem aumentado o número de pacientes com hansen (...) a gente ainda está tentando organizar [o serviço] porque antes era tudo centralizado na Regional Sul.

E8 – (...) Só nos últimos quatro anos que a gente tá com paciente [com hansen] aqui e teve um aumento, aliás, significativo no número e na proporção de atendimento. Então hoje a gente tem um atendimento completo desse paciente e a gente procura todo mês, ou todo ano, estar melhorando e implementando esse atendimento.

E11 – (...) Os pacientes são encaixados na demanda do serviço (...) que é grande porque tem pacientes vindos de outros programas também e tem demanda espontânea. Agora as quintas-feiras é o dia específico para as questões voltadas ao programa da hanseníase. Eu acho que nesse quatro anos pra cá é que de fato as coisas começaram a acontecer, as mudanças aconteceram nesses quatro anos, porque o processo foi de quatro anos pra cá, a implantação, o aumento da

demanda, a qualificação desse serviço como referência, então tudo aconteceu nesses últimos quatro anos, não é que houve mudança, tudo aconteceu nesses quatro anos.

E5 - (...) Então a cada ano tá tendo uma melhora (...) [porque] todos os profissionais da saúde que trabalham começaram a entender um pouco (...) desde a recepção até chegar nos médicos para informar aos pacientes quanto à questão da hansen (...) começaram a ser mais sensíveis a olhar.

E3 – (...) Eu atendo dentro das consultas e as vezes até por fora, os pacientes são encaixados e a gente faz o atendimento. (...) [Nos últimos cinco anos] não houve nenhuma mudança no serviço (...) não houve nenhum refinanciamento mais eficiente (...) então não houve, apesar de terem profissionais, eles estão ocupados com outros programas, outros projetos e não consegue haver um número suficiente para o atendimento do pacientes com hanseníase, que aqui tem bastante.

Dentre as estratégias para as Ações de Controle da Hanseníase (São Paulo, 2001), destacamos que a rede de serviços do SUS – São Paulo deverá ser organizada de forma a que todo caso suspeito de hanseníase tenha acesso a serviços para a assistência integral em todos os níveis de complexidade. Para tanto, as regionais de saúde deverão identificar os serviços para as ações de suspeição, diagnóstico e tratamento, bem como identificar e organizar, pelo menos, um serviço ambulatorial de referência em cada Diretoria Regional de Saúde.

Processo que vem sendo implementado em nosso Município desde o ano de 2001, com uma série de potencialidades e fragilidades, como foi possível vivenciar nos depoimentos dos estudados apresentados acima.

Schraiber; Mendes-Gonçalves (2000) aponta que é preciso evitar a redução das necessidades em saúde a processos fisiopatológicos da doença entre os agentes do trabalho de saúde nas concepções dentro dos serviços. Historicamente a atenção primária tem sido vinculada a uma assistência de baixo custo, serviço simples e com

poucos equipamentos. Desse modo, parecerá ser um serviço do setor público, em que o objetivo, desde a sua origem, era ampliar a cobertura dos serviços públicos destinados para a população pobre e excluída dos serviços, ou seja, estabelecer uma assistência médica simples e de baixo custo (Schraiber; Mendes-Gonçalves, 2000).

Salum (1998) destaca que o avanço da lógica de mercado fortificada no interior do Estado neoliberal brasileiro, constitui uma ameaça à consolidação da universalidade, equidade e integralidade, que representam a possibilidade da saúde como bem social ser direito de todos e dever do Estado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao realizar este trabalho, a nossa preocupação foi evidenciar a atual prática de saúde voltada aos doentes de hanseníase, além que rotineiramente as investigações em hanseníase circunscreveram-se no biológico ou nas questões ligadas à quimioterapia que sempre receberam um enfoque maior.

Apoiados nos conhecimentos teóricos e práticos da Saúde Coletiva e dos princípios e diretrizes contidas no SUS, foi possível destacar como a rede básica de saúde atualmente está organizada para responder ao problema da hanseníase em nosso Município.

Os resultados do estudo retrataram que as práticas de saúde voltadas à hanseníase executadas pelos trabalhadores dos Centros de Referência em Hanseníase na região de Cidade Ademar estão de acordo com o modelo de produção capitalista contemplado pelo modelo biológico de assistência à saúde

Os processos de trabalho, de interação dos trabalhadores nas equipes e de qualificação dos trabalhadores na área da hanseníase expressam-se de forma homogênea e deficitária entre os sujeitos do estudo.

O estudo permitiu mostrar que as práticas de saúde dos trabalhadores dos serviços estudados estão fortemente vinculadas à assistência respaldada no modelo biológico, pois realizam práticas de saúde centradas na atenção individualizada e pautados na multicausalidade do processo saúde-doença. Assim sendo, podemos observar que a questão social não foi considerada, como determinante no processo saúde-doença.

Nos dois serviços de saúde estudados, evidenciamos ser preciso que avançar em práticas de saúde que sejam pautadas na concepção do processo saúde–doença, fundamentados na determinação social e não só nos dos resultados do processo saúde-doença, bem como a necessidade de que a equipe de saúde possa redefinir os processos de trabalho.

O estudo deixou claro a necessidade de que as práticas de saúde na área da hanseníase sejam incorporadas a um saber ampliado à intervenção do coletivo que possibilite trazer contribuições à meta de eliminação da doença e que sejam redefinidos os processos de trabalho, baseados no âmbito da determinação e não só nos resultados do processo saúde-doença.

REFERÊNCIAS

7 REFERÊNCIAS

Alexandre LBSP. A trajetória dos núcleos de epidemiologia pesquisa e informação no município de São Paulo no período 1991-1996: o caso do distrito de saúde Tucuruvi/Jaçanã [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1998.

Almeida ES, Chioro A, Zioni F. Políticas públicas e organização do sistema de saúde: antecedentes, reforma sanitária e o SUS. In: Westphal MF, Almeida ES, organizadores. Gestão de serviços de saúde: descentralização/municipalização. São Paulo: EDUSP; 2001. p. 13-50.

Althusser L. Sobre a reprodução. Petrópolis: Vozes; 1999.

Anderson P. Balanço do neoliberalismo. In: Sader E, Gentili P, organizadores. Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1995. p. 9-23.

Andrade VLG, Virmond M, Suárez RG, Morerira T., Custódio A. Uma nova abordagem para acelerar a eliminação da hanseníase. Hansen Int. 1999; 24(1):43-8.

Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2003.

Barros RP, Henriques R, Mendonça R. A estabilidade inaceitável: desigualdade e pobreza no Brasil. Texto para discussão nº800. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Rio de Janeiro; 2001.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. São Paulo: Atlas; 1989.

Brasil. Ministério da Saúde. ABC do SUS: doutrinas e princípios. Brasília: Secretaria Nacional da Assistência à Saúde, 1990.

Brasil. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Plano de Emergência Nacional para o Controle da Hanseníase, 1990a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Portaria n. 2.203, de 6 de novembro de 1996. Dispõe sobre a Norma Operacional Básica do Sistema Único

de Saúde (NOB – SUS 1/96). Diário Oficial da União, Brasília, 6 nov. 1996. Seção 1, p. 22.932-40.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Guia para o controle da hanseníase. Brasília; 2002. (Série Cadernos de Atenção Básica, 10; Série A. Normas e Manuais Técnicos, 111).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2004: uma análise da situação de saúde. Brasília; 2004. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

Breilh J, Granda E. Investigação da saúde na sociedade: guia pedagógico sobre um novo enfoque do método epidemiológico. São Paulo: ABRASCO; 1986.

Calipo SM. Saúde, Estado e ética NOB/96 e Lei das organizações sociais: a privatização da instituição pública na saúde? [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2002.

Campos CMS, Soares CB. A produção de serviços de saúde mental: a concepção dos trabalhadores. Cienc Saúde Coletiva. 2003;8(2):621-8.

Campos CMS. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil (os moradores) e do Estado (os trabalhadores de saúde) [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2004.

Carvalho GI, Santos L. Sistema Único de Saúde: comentários à lei orgânica da saúde (leis 8.080/90 e 8.142/90). 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1996.

Chizzotti A. Pesquisa em ciências humanas e sociais. 5ª ed. São Paulo: Cortez; 2001.

Cohn A, Elias PE. Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços. 3ª ed. São Paulo: Cortez; 1999.

Demo P. Educação pelo avesso: assistência como direito e como problema. 2ª ed. São Paulo: Cortez; 2002.

Donnangelo MCF. Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira; 1975.

Donnangelo MCF, Pereira L. Saúde e Sociedade. 2ª ed. São Paulo: Duas Cidades; 1979.

Franco T, Merhy E. PSF: contradições e novos desafios [texto na Internet]. In: Conferência Nacional de Saúde Online. Brasília; 1999. [citado 2005 nov 25]. Disponível em: www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsfTito.htm

Frenk J. El concepto y la medición de accesibilidad. Salud Publica México. 1985;27(5):438-53.

Fleury S. Paradigmas da Reforma da Seguridade Social: liberal produtivista versus universal publicista. In: Eibenschutz C, organizador. Política de saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1996. p. 69-91.

Gea NCCF. As ações básicas de saúde na eliminação da hanseníase - DIR XIII - Franca - SP [dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2004.

Haguete TMF. Metodologias qualitativas na sociologia. Petrópolis: Vozes; 2003.

Heimann LS, Cortizo CT, Castro IEN, Kaiano J, Rocha JL, Nascimento PR, et al. Descentralização do Sistema Único de Saúde: trilhando a autonomia municipal. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos; 2000.

Helene LMF, Salum MJLS. A reprodução social da hanseníase: um estudo do perfil de doentes com hanseníase no município de São Paulo. Cad Saúde Pública. 2002;18(1):101-13.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Anuário Estatístico: 2002 [texto na Internet]. Rio de Janeiro; 2006. [citado 2006 nov. 19]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>

Laurell AC. A saúde-doença como processo social. In: Nunes ED. Medicina social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global; 1983. p.

Laurell AC, Noriega M. Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec; 1989.

Laurell AC. Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo. In: Laurell AC, organizadora. Estado e políticas sociais no neoliberalismo. São Paulo: Cortez; 1995. p.151-79.

Malta DC, Merhy EE. A micropolítica do processo de trabalho em saúde: revendo alguns conceitos. Rev Min Enf. 2003;7(1):61-66.

Malta DC, Cecílio Merhy EE, Franco TB, Jorge AO, Costa MA. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. Cien Saúde Coletiva. 2004; 9(2): 433-44.

Mendes EV. As políticas de saúde no Brasil no anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: Mendes EV, organizador. Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO; 1995. p. 19-90.

Mendes EV. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec; 1996.

Mendes-Gonçalves RB. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde Cadernos CEFOR, 1-Série textos/SP, 1992/mimeo/

Mendes-Gonçalves RB. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. Hucitec, ABRASCO; 1994.

Merhy EE, Campos GWS, Queiroz MS. Processo de trabalho e tecnologia na rede básica de serviços de saúde: alguns aspectos teóricos e históricos. Caderno de Pesquisa nº6. Núcleo de Estudos de Políticas Públicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas; 1989.

Merhy EE, Cecílio LCO, Nogueira RC. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida. In: Cadernos da 9ª Conferência Nacional de Saúde. Descentralizando e Democratizando o Conhecimento; 1992; Brasília. v. 1. p.

Merhy EE. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 197-228.

Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p.71-113.

Merhy EE, Franco TB. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves: apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais. Saúde em Debate. 2003; 27(65).

Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo e o qualitativo: oposição ou complementaridade. Cad Saúde Pública. 1993;9(3):239-48.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004.

Mishima SM, Villa TCS, Silva EM, Gomes ELR, Anselmi ML, Pinto IC, et al. Organização do processo gerencial no trabalho em saúde pública. In: Almeida MCP, Rocha SMM, organizadoras. O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez; 1997. p. 251-96.

Moreira TMA. Avaliação da descentralização das ações programáticas de hanseníase: um estudo de caso [tese] Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2002.

Nemes MIB. A hanseníase e as práticas sanitárias em São Paulo: 10 anos de sub-programa de controle da hanseníase na Secretaria de Estado da Saúde (1977-1987) [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1989.

Nemes MIB. Prática programática em saúde. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica. 2ªed. São Paulo: Hucitec; 2000. cap 2, p.48-65.

Nogueira W. Eliminação da hanseníase: um projeto de impacto de uma intervenção em municípios do Estado com prevalência de eliminação [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2002.

Nunes ED. Medicina social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global; 1983.

Novarro E. Promover os talentos para reduzir a pobreza. *Estud Avan.* 2003;17(48):101-23.

Noordeen SK, Roxas MG, Fine PE, Smith WC, Feenstra P, Gokhale SD, et al. Eliminating of leprosy as a public health problem-is the optimism justified? *World Health Forum.* 1996;17(2):109-44.

Paim JS. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde [texto na internet]. In: Agência Nacional de Vigilância Sanitária Online. Brasília; 1999. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/seminario/modelo.htm>

Pedrazzani ES. A enfermagem de saúde pública do controle da hanseníase [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1984.

Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1998.

Queiroz VM, Salum MJL. Globalização econômica e a apartação na saúde: reflexão crítica para o pensar/fazer na enfermagem. In: *Anais do 48º Congresso Brasileiro de Enfermagem*; 1996 out. 6; São Paulo. São Paulo: ABEn-Seção SP; 1997. p. 190-207.

Salum MJL, Queiroz VM, Ciampone MHT, Batista VD, Cortina I, Zambelli R, et al. Necessidades de aperfeiçoamento dos enfermeiros da secretaria do Estado da Saúde do Estado de São Paulo diante do Sistema Único de Saúde. *Saúde Deb.* 1996;(51):50-8.

Salum MJL. Políticas sociais públicas, sua integração no projeto do Estado e a organização dos serviços de saúde. Documento de apoio pedagógico. Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, Escola de Enfermagem da USP. São Paulo. 1998. 11p.

Sabroza PC, Kawa H, Campos WSQ. Doenças transmissíveis: ainda um desafio. In: Minayo MCS, organizadora. *Os muitos brasis: saúde e população na década de 80.* São Paulo: Hucitec; 1995. p. 177-244.

São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Resolução SS-130, de 8 de outubro de 2001. Aprova a Norma Técnica que estabelece as diretrizes e estratégias para as ações de controle da hanseníase e preconiza esquemas de tratamento. Diário Oficial do Estado de São Paulo, São Paulo, 10 de out. 2001. p. 19- 22.

São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica Prof. Alexandre Vranjac - CVE. Divisão de Vigilância Epidemiológica da Hanseníase. Plano de Ação para o combate à Hanseníase no Estado de São Paulo para o período de 2003 a 2006. São Paulo; 2002.

São Paulo (Cidade). Prefeitura do Município [on line]. 2005. Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em:
http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/vigilancia_saude/doenca_agravo/

São Paulo (Cidade). Prefeitura do Município [on line] 2006. Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em:
<http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/organizacao/0008> >(20 dez 2006)

Schraiber LB. O médico e seu trabalho: limites da liberdade. São Paulo: Hucitec; 1993.

Schraiber LB. Políticas públicas e planejamento nas práticas de saúde. Saúde em Debate. 1995;4:28-35.

Schraiber LB, Mendes-Gonçalves RB. Necessidades de Saúde e atenção primária. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica. 2ªed. São Paulo: Hucitec; 2000. Cap 1, p.23-9.

Silva Junior AG. Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1996.

Sposati A, coordenadora. Mapa da exclusão/inclusão social da cidade de São Paulo. São Paulo: EDUC; 2001.

Teixeira SF (org.). Reforma sanitária: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez – ABRASCO; 1989

Teixeira CF, Paim JS, Vilasbôas AL. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Inf Epid SUS*. 1998; 7(2):7-28.

Vasconcelos CM, Pasche DF. O sistema único de saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Hucitec-FIOCRUZ; 2006. p. 531-62.

World Health Organization (WHO). Estratégia global para aliviar a carga da hanseníase e manter as atividades de controle da hanseníase: (período do plano: 2006-2010) [texto na Internet]. Geneva; 2005. (documento WHO/CDS/CPE/CEE/2005.53) [citado 2005 nov. 25]. Disponível na Internet: <http://www.who.int/lep/Reports/GlobalStrategy-PDF-verison.pdf>>

ANEXOS