

NERI DE SOUZA
BIBLIOTECA

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA - NESC
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PERNAMBUCO - FESP
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIDISCIPLINAR EM MEDICINA
PREVENTIVA E SOCIAL

**PRÁTICAS COTIDIANAS DOS TRABALHADORES
DA SAÚDE E INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SUS:
UM ESTUDO DE CASO NA SES/PE**

AUTORA: EDILENE DE MELO SILVA
ORIENTADORA: MARIA LÚCIA BOSI

CONSULTA

(043.42)"1996"
S586p

fevereiro, 1996.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA - NESC
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PERNAMBUCO - FESP
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIDISCIPLINAR EM MEDICINA
PREVENTIVA E SOCIAL

**PRÁTICAS COTIDIANAS DOS TRABALHADORES
DA SAÚDE E INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SUS:
UM ESTUDO DE CASO NA SES/PE**

Anteprojeto de pesquisa a ser apresentado
pela residente EDILENE DE MELO SILVA
ao Programa de Residência em Medicina
Preventiva e Social, sob orientação da Prof^a
Maria Lucia Bosi.

Recife/1996

“E para um crescente número de pessoas
democracia não é apenas um método de
governo onde existem eleições. Para elas a
democracia é um estado de espírito e um
modo de relacionamento entre as pessoas.
Democracia é um estado de participação”.

(Bordenave)

AGRADECIMENTOS

A Maria Lúcia Bosi, pela orientação e por sua paixão pela Metodologia Qualitativa que, nos breves momentos de convivência, despertou-me para um novo campo de investimento profissional.

Aos docentes e funcionários do NESC/PE, especialmente a Profª Vanda Aquino, pela disponibilidade e investimento na Residência.

Aos colegas de turma pela “intimidade” da nossa convivência.

A todos que de alguma forma colaboraram para realização deste trabalho.

A Russell Scott por ter aceito o convite para debater este anteprojeto.

A minha família, amigos e, em especial, minha irmã Lourdes, pela presença marcante e incentivo à minha carreira profissional.

A memória do meu pai.

A Vera Palha por ter me ouvido e me acompanhado até aqui.

RESUMO

SILVA, E. M. **Práticas Cotidianas dos Trabalhadores da Saúde e Institucionalização do SUS: Um Estudo de Caso na SES/PE.** FIOCRUZ/CPqAM-NESC-PE, 1996.

Este trabalho surgiu da necessidade de buscar respostas às dificuldades presentes na institucionalização do Sistema Único de Saúde-SUS – uma das conquistas mais recentes da sociedade brasileira na área da saúde. Desta forma, se insere no campo da institucionalização dos direitos.

A observação das contradições presentes no cotidiano das práticas dos trabalhadores da saúde, em relação aos princípios e diretrizes do SUS, nos fez supor que, nesse campo, as explicações macrosociológicas não eram suficientes para dar conta desta realidade.

Tomando então como referência alguns pressupostos teórico-metodológicos de escolas que reconhecem a presença da subjetividade na construção da realidade social, nos propomos a investigar em que medida as concepções dos trabalhadores da saúde sobre estes princípios e diretrizes, influenciam na institucionalização dos mesmos.

Dentre os princípios, optamos por investigar a participação enquanto conteúdo básico a ser observado no universo simbólico destes trabalhadores.

SUMÁRIO

1. Notas Preliminares	2
2. Delimitação do Problema	5
3. Justificativa do Estudo	11
4. Objetivos	16
5. Alguns Elementos Teóricos	17
6. Metodologia	28
7. Bibliografia	33

1. NOTAS PRELIMINARES

NA BUSCA DO ORIENTADOR, O ENCONTRO DO OBJETO

Tentava delimitar meu objeto de monografia.

Anotava inúmeras “impressões” que vinham à cabeça, ora no serviço, ora na rua, ora no supermercado...

Mais que um compromisso formal com a academia, parece que algo existencialmente muito importante precisava ser compreendido. É assim que resolvo pedir ajuda de um orientador e, pensando sobre como abordá-lo, faço as seguintes observações:

Há alguns anos é alvo das minhas reflexões (e espanto!) o quanto minha razão é constantemente traída por determinações (desejos) inconscientes.

Inúmeras vezes pego-me surpresa ao perceber que meus discursos e “crenças” nem sempre estão materializados nas minhas atitudes cotidianas.

Hoje em vias de apresentar à academia um projeto de monografia, ao rastrear o fio condutor daquelas “impressões”, dos temas que me interessam, a escolha da área de estágio, etc, encontro-me novamente diante de uma antiga busca, refletida em anos a fio de psicoterapia e na

minha prática como psicóloga – o esforço incansável de ampliar meu campo de consciência para perceber minhas contradições e alcançar maiores níveis de coerência, é o que parece hoje recortar meu objeto.

Não é à toa que esta preocupação foi estendida para o espaço de trabalho, dentro da organização pública de saúde.

Por que o SUS hoje ainda não é uma instituição? Por que o discurso participativo da nova gestão da SES/PE encontra tantos entraves no cotidiano da instituição? Por que somos quase sempre diferentes do que gostaríamos (e dizemos) ser?

Buscando melhor compreender os aspectos subjetivos do complexo processo de institucionalização do SUS, propondo alternativas de intervenção no âmbito gerencial, não estarei pretendendo também, num processo dialético, identificar elementos que me possibilitem maior coerência existencial e que fortaleçam a própria identidade?

A mão que modela, modela a si mesmo, num processo contínuo de construção e reconstrução...

Desta forma, o SUS está e será “modelado” nas mãos de muitos atores sociais. Supomos porém, que os trabalhadores da saúde, responsáveis pela formulação das políticas e prestação direta dos serviços, são atores por excelência desse processo. No entanto, precisam se reconhecerem como tal e serem valorizados pela instituição, para que no seu

processo de transformação, possam viabilizar a transformação dos princípios constitucionais em realidade institucionalizada, por dentro da humanização da estrutura organizacional.

2. DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

Fruto de um amplo movimento social pela redemocratização do país e pela ampliação dos direitos que garantem uma cidadania plena,¹ a Constituição da República Federativa do Brasil tem sido normalmente caracterizada como um dos textos mais avançados do mundo.

No preâmbulo, a Assembléia Nacional Constituinte assume perante à nação brasileira, o compromisso de “*instituir*”² um Estado Democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos...” (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988).

No que diz respeito a saúde, o compromisso com estes valores é mais uma vez expresso, através da mudança de paradigma refletida na concepção de saúde como “direito de todos e dever do Estado” que tem como consequência, entre outras coisas, o deslocamento do tema “saúde” de um campo estritamente biológico para o campo político e histórico da construção dos direitos (Bosi, 1994:446).

(1). Aqui nos referimos aos inúmeros movimentos que minaram a ditadura militar que vivemos a partir da década de 60, na América Latina e no Brasil e, sobretudo, ao movimento de reforma sanitária que teve papel fundamental na garantia de direitos no campo da saúde, por ocasião da elaboração da Constituição.

(2) O grifo é nosso, para chamar atenção para a problemática que se coloca em se falando de “institucionalização”, a seguir aprofundada.

Os Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde-SUS, a saber, “participação da comunidade”; “descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo”; “prevenção da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral”; “direito a informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde” (LEI 8.080, 1990), apenas para citar alguns que evidenciam de imediato sua dimensão política e ética, também seguem a mesma direção.

No entanto, passados oito anos da promulgação da nova Carta Magna, não obstante a legitimidade do processo constituinte, ainda é muito evidente o descompasso entre a base jurídico-legal e a efetiva institucionalização desses direitos. Os inúmeros ataques a essas conquistas apontam, inclusive, para o complexo processo que representa a institucionalização dos mesmos.

Como frisa BOSI, “esta nova abordagem por si só não é capaz de materializar em práticas as conquistas legais que representa; no caso brasileiro, há um descompasso evidente entre os dois níveis, sendo oportuno lembramos que é função prática dos direitos a de emprestar força particular às reivindicações dos movimentos que demandam para si e para outros satisfação de novas carências materiais e morais; ao mesmo tempo que a torna enganadora e obscurece a diferença entre o direito reivindicado e reconhecido e protegido (Bobbio Apud Bosi; 1994:446).

No campo da saúde também se observa significativas contradições entre o discurso constitucional assumido pelo setor saúde, e as práticas cotidianas do mesmo. Ao relativo avanço na operacionalização dos aspectos mais técnico-burocráticos presentes na lei, não tem correspondido uma atitude favorável à institucionalização de seu princípios éticos.

Se tomados entre as diretrizes do SUS, o controle social e descentralização político-administrativa, por exemplo, esta realidade fica bem evidenciada. Segundo dados da Secretaria Estadual de Saúde, dos 170 municípios que compõem o Estado de Pernambuco, 118 já estão municipalizados e com Conselhos Municipais de Saúde formalizados. No entanto, o cumprimento desses requisitos legais³, não tem sido capaz de paralelamente, materializar a efetiva participação popular e a descentralização do poder, dos processos decisórios, etc. Estes, representam um processo muito mais complexo, conflituoso, que envolve, primordialmente, dimensões sociais, políticas, culturais, psicológicas e, portanto, são também, da ordem da **subjetividade**. É nesta dimensão que este estudo se inscreve.

(3). Além da legislação vigente, representada pelas Leis 8.080 de novembro de 1990 e a 8142 de 28 de dezembro de 1990, existem outros instrumentos que disciplinam a reorganização do sistema de acordo com as novas diretrizes. No caso da Municipalização, por exemplo, é a Norma Operacional Básica/SUS/93 e a INSTRUÇÃO NORMATIVA/SAS/MS/93 que disciplinam os fluxos e conteúdos para enquadramento dos municípios às novas condições de gestão do sistema de saúde.

Estando pois, a saúde colocada no campo dos direitos, as abordagens macro-estruturais a despeito da sua utilidade em análises do processo (dialético) de disputa de poder, exercido pelos diversos segmentos da sociedade, parecem não dar conta da complexidade da questão.

Desta forma, trazendo a problemática para o âmbito da saúde, optamos conforme já assinalado, por centrar nosso enfoque na dimensão subjetiva das práticas cotidianas do setor saúde fazendo um contraponto entre princípios constitucionais do SUS e as representações que dele são feitas no processo da sua institucionalização.

Dito de outro modo, esse estudo pretende responder em que medida as concepções dos trabalhadores da saúde sobre as dimensões da “participação”, da “descentralização” e da “igualdade”, por exemplo, expressas nas suas práticas cotidianas, favorecem ou impedem/dificultam a institucionalização desses princípios tal qual dispostos na constituição.

Ao nosso ver, a institucionalização dos princípios constitucionais do SUS não passa apenas pelas lutas estabelecidas no espaço macro da sociedade mas, sobretudo, pelas representações que alimentam e dão legitimada a essa luta, através de relações estabelecidas no espaço micro das práticas cotidianas.

Colocada desta forma a questão da implementação do Sistema Único de Saúde, remete à necessidade de mudanças nas práticas

cotidianas do setor. Uma mudança conjunta de atitude, de todos aqueles que alguma forma estão envolvidos com o Sistema, exercendo funções fins, técnico-administrativas ou gerenciais. Isto, no entanto, gera resistências, demanda maior partilha da concepção do SUS e, sobretudo, um enfoque gerencial e uma Política de Recursos Humanos que dê maior valor aos aspectos humanos da Organização, favorecendo com isto uma transformação nas relações sociais de trabalho.

Tendo em vista a amplitude do contexto em que este trabalho se insere e frente ao fato de contarmos com um pequeno espaço de tempo, bem como a exigência de serem respeitados os limites próprios de um trabalho acadêmico, mais um recorte impô-se a este objeto. Desta forma, dentre os princípios e diretrizes constitucionais do SUS, escolhemos a **participação** como conteúdo básico a ser observado no universo simbólico dos trabalhadores da saúde que, a partir de alguns critérios se nos apresentaram como essenciais.

- 1) A importância do tema da participação pela sua relação direta com o controle social, considerado como o mecanismo por excelência que, efetivamente, poderá garantir a sobrevivência do SUS frente à agressividade com que avançam as reformas neoliberais no país;
- 2) O interesse pessoal, profissional e, porque não dizer, existencial pelo tema, instigado atualmente pela minha inserção profissional no

Departamento de Descentralização, da Diretoria de Planejamento da SES/PE que, inclusive vem investindo numa proposta de planejamento participativo;

- 3) O conceito de participação permite uma reflexão sobre os demais a partir de seus desdobramentos;
- 4) E, por fim, a possibilidade enriquecedora de ‘trocas’ com os demais colegas da Residência posto que, a partir de enfoques diversos, o tema da Participação tem permeado o trabalho de todos os residentes concluintes deste ano (mera coincidência ou emergência da questão?)

Ainda tendo em vista as questões acima referidas e por considerarmos nosso espaço de inserção profissional o espaço privilegiado e legítimo para realizarmos um estudo desta natureza, o nível central da Secretaria Estadual de Saúde foi escolhido como locus onde se desenvolverá o referido estudo.

3. JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

O Curso de Residência em Medicina Preventiva e Social tem por objetivo preparar profissionais para atuarem no campo da saúde coletiva, numa perspectiva de mudança no quadro de saúde do país.

O Sistema Único de Saúde - SUS, coloca-se hoje, no centro desta discussão, por refletir uma mudança de paradigma quanto ao processo saúde-doença e por buscar uma transformação no modelo assistencial, adequando-o às conquistas sociais do povo brasileiro.

Desta forma, a compreensão sobre os fatores facilitadores e impeditivos ao seu fortalecimento, em particular, os situados no plano subjetivo, passa a ser primordial para construção de estratégias que visem sua implementação.

Não obstante a importância do tema para o debate nacional da Saúde Coletiva, observa-se que a produção científica na área é escassa. Se por um lado, as modernas teorias da Administração incorporam a subjetividade como elemento presente nas práticas no trabalho, poucos estudos buscaram evidenciar este aspecto nas instituições e serviços públicos de saúde.

Até o início da década de oitenta os estudos relacionados aos Recursos Humanos e à Força de Trabalho em saúde eram relativos apenas

ao ensino e à formação dos médicos, revelando a hegemonia dessa profissão e desse saber na produção dos serviços de saúde (Campos; :46).

Durante a década de oitenta, provavelmente em resposta aos estímulos gerados pela dinâmica do processo de reforma sanitária, que gerou novas necessidades de investigação em virtude da operacionalização desses novos modelos de assistência médico-sanitária, uma grande produção de estudos e pesquisas trouxe ao debate os vários componentes de um sistema de saúde incluindo a força de trabalho empregada no setor. A maior parte desses trabalhos, tem um caráter descritivo, limitando-se a identificar a quantidade, a qualificação e a distribuição dos recursos humanos segundo o tempo ou pelas várias instituições e serviços de saúde.

Na Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, em 1986, referindo-se à notável densidade política que se revestiu o movimento de reforma sanitária, NOGUEIRA (1987) já chama atenção para o fato de que, no novo contexto em que se conforma o cenário do setor saúde no país “(...) essa força de trabalho não pode se limitar a ser alvo de uma descrição, através dos números referentes à sua disponibilidade e uso, em seus distintos segmentos. Não basta quantificá-la e descrevê-la; devemos, ao contrário, estabelecer um juízo, ou seja, uma avaliação” (Nogueira; 1987:332).

Na mesma ocasião, o autor propõe duas modalidades de avaliação que podem ser feitas, nesse particular, que passa a nortear a maioria das análises e trabalhos a partir daí, a saber:

“1. de natureza macroeconômica, levando em conta os aspectos de capacidade de geração de emprego e absorção de pessoal recém-formado, dinamismo do setor no conjunto da economia, perspectivas de expansão etc.;

“2. de natureza política, que consiste em julgar se a dimensão, distribuição, composição interna e utilização da força de trabalhos estão consistentes com as linhas e diretrizes da política nacional de saúde” (Nogueira: 1987:33)

Posicionando-se em relação a essa produção científica, CAMPOS enfatiza que, não obstante o enriquecimento que essas abordagens trouxeram ao tema, principalmente para o planejamento estratégico de sistemas de saúde, a visão instrumental desses estudos não considera os trabalhadores como **sujeitos sociais**, capazes de “imprimirem a sua perspectiva profissional ou política à prestação de serviços de saúde”. (Campos; :48).

Segundo o mesmo autor, a aceitação da premissa de que os profissionais da saúde não podem ser reduzidos “de sujeitos sociais à condição de insumos-objetos”; que são “agentes políticos, produtores de

serviço, militantes de movimentos corporativos mas que também fazem política e perseguem a cidadania plena”, obriga a que seja ampliado o leque de metodologias que vêm sendo utilizadas para a pesquisa em saúde. (Campos; :49).

Apesar dessas evidências ainda existe em vazio na produção científica no que diz respeito aos “aspectos humanos” nos serviços de saúde, principalmente no que diz respeito às representações sociais dos profissionais de saúde⁴.

Por se oferecer como a metodologia mais adequada à abordagem da dimensão subjetiva da realidade, a metodologia qualitativa tem recebido um status nunca antes visto, diante da hegemonia do viés positivista na pesquisa social e do desafio metodológico que ainda representa essa abordagem.

É nesse contexto que um estudo qualitativo que busca evidenciar os fenômenos de ordem subjetiva que permeiam a institucionalização do Sistema Único de Saúde, além de oportuno reveste-se de uma importância singular.

(4) Tratando da questão temos conhecimentos apenas do trabalho de BOSI, Maria Lúcia M. Cidadania, participação popular e saúde na visão dos profissionais do setor: um estudo de caso na rede pública de serviços in Cad. Saúde Públ. Rio de Janeiro, 10(4):446-456, out/dez, 94. Pela identificação do tema e abordagem da autora com a discussão que pretendemos realizar ao longo deste trabalho, o mesmo serviu de referência em muitos aspectos.

Além do mais, ao centrar sua análise em torno de questões inerentes às relações humanas, práticas no trabalho e exercício da cidadania, este trabalho poderá contribuir, ainda que indiretamente à discussão mais ampla que resgata a humanidade enquanto valor universal, que enfoca o indivíduo na estrutura organizacional e que entende a saúde como qualidade de vida.

4. OBJETIVOS

Como objetivo geral o trabalho pretende identificar em que medida as concepções dos trabalhadores da saúde sobre Participação influenciam na Institucionalização do Controle Social, e de modo específico:

- a. Analisar os princípios e diretrizes do SUS segundo as dimensões da igualdade, participação e descentralização.
- b. Explicitar segundo os diversos modos, níveis e graus de participação, as relações presentes nas práticas cotidianas dos trabalhadores da Saúde da SES/PE.
- c. Identificar os elementos presentes na subjetividade do grupo relacionados à dimensão da participação e seus desdobramentos.

5. ALGUNS ELEMENTOS TEÓRICOS

Estando o presente trabalho dentro dos marcos teórico-metodológicos da Pesquisa Qualitativa, que reconhece o caráter intrínseco e extrínsecamente ideológico da pesquisa social pela identidade entre sujeito e objeto (Minayo; 1994:14), impõe-se desde o início a necessidade de que sejam demarcados os referenciais teórico-conceituais que vão noitear nosso “olhar” sobre a realidade.

Aqui, a construção do quadro teórico reveste-se de importância especial também pela natureza qualitativa de seu objeto, que não poderá ser apreendido a partir de dados quantitativos. E a coerência entre dado/teoria, o esmero na constituição ampliação e articulação do seu quadro teórico que vai permitir ao pesquisador estabelecer perguntas fundamentais para compreensão da realidade empírica (Malinowski Apud Minayo; 1994:96).

Buscaremos pois, a partir da delimitação de alguns conceitos e de uma breve retrospectiva histórica das construções dos Direitos no ocidente, estabelecer esse referencial, que guiará nossa aproximação do cotidiano da SES/PE na certeza de podermos lançar luz sobre alguns elementos da subjetividade do grupo e sua relação com a institucionalização do SUS.

5.1. PARTICIPAÇÃO: O CONCEITO

Segundo Bordenave (1994: 17/18) a participação é uma **necessidade** fundamental do ser humano, que acompanha sua evolução desde a tribo e o clã dos tempos primitivos até as associações empresas e partido políticos de hoje.

Na criatividade que se instala no processo participativo, “passa-se de objeto de manipulação para sujeito de seu próprio destino, fazendo emergir o sujeito social”. (Demo; 1993:25). **Autonomia** enquanto condição emancipatória, que implica num grau de **consciência política**, são categorias inerentes a esse processo.

A participação pode ser entendida também, como **instrumento** para resolução de problemas com vistas ao aumento de eficácia e eficiência.

No contexto do Sistema Único de Saúde, a participação toma uma nova característica que a de ser reconhecida constitucional como **Direito**, através do que se convencionou chamar controle social⁵.

(5) A Constituição Federal/88 em seu art. 198, Inciso 3, estabelece como diretriz do Sistema Único de Saúde - SUS, a participação da comunidade.

A Lei nº 8142 de 28.12.90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, através de suas instâncias colegiadas – a Conferência de Saúde – de caráter avaliativo e propositivo em relação a política de saúde – e os Conselhos de Saúde – de caráter deliberativo.

*Part.
instrumento*

*Particip.
SUS
Direito*

Como pode se perceber, apenas essas três dimensões da participação já imprimem um alto grau de complexidade, que vai ampliando à medida que nos adentramos mais e mais no conceito.

Ainda segundo Bordenave (1994, 22) “a palavra participação vem da palavra parte. Participação é fazer parte, tomar parte ou ter parte”, o que aponta de início, para os distintos **modos, graus e níveis** de participação, que vão definir as dimensões do poder de decisão do indivíduo ou grupo.

Entre tantos outros elementos inerentes ao fenômeno da participação, não podemos deixar de mencionar ainda, a **qualidade** da participação, exhaustivamente trabalhada por Demo (1991).

Mas, é sobretudo o entendimento da participação enquanto elemento presente no processo histórico de construção de uma sociedade mais humana e igualitária, onde convivem verdadeiros cidadãos, que permeará neste trabalho.

5.2. PARTICIPAÇÃO E CONSTRUÇÃO DOS DIREITOS

Mesmo que não pretendamos fazer uma exaustiva retrospectiva histórica, a análise do fenômeno da Participação no contexto

do SUS nos remete, necessariamente ao surgimento da idéia de “constituição”, e de “cidadão” enquanto sujeito de direitos e deveres.

Estes conceitos emergem na modernidade, no contexto das profundas transformações ocorridas na Europa dos sec. XVI e XVII, que vivia sobre o impacto do Liberalismo emergente.

No campo político, essas transformações culminam na configuração do Estado Moderno, que viria assegurar as condições para o desenvolvimento do Capitalismo mas, inventaria, também, a “soberania popular”. (Bobbio, 1993; Aranha, 1993; Quirino, 1986).

Partindo da necessidade de dar uma explicação laica e racional ao poder do Estado de garantir o cumprimento das liberdades burguesas – liberdade pessoal, política e econômica – filósofos “contratualistas” ou “Jusnaturalistas”⁶ consubstanciam a idéia da existência de direitos naturais, inatos, expondo a necessidade do respeito aos mesmos por parte da autoridade política.

Segundo Quirino (1986, 14), “num mundo que guardava as marcas da desigualdade que definia fronteiras claras entre os grupos sociais

(6) “Para os jusnaturalistas modernos, os indivíduos abandonam o Estado de natureza (diversamente entendido, mas sempre carente de organização política) e fazem surgir o Estado politicamente organizado e dotado de autoridade, a fim de que sejam melhor tutelados e garantidos os seus direitos naturais; o Estado é legítimo na medida em que e enquanto cumpre essa função essencial, que lhe foi delegada mediante pacto estipulado entre os cidadãos e o soberano (contrato social).” (Bobbio, 1993:658).

(...) pela primeira vez a idéia de que os homens não são súditos, sujeitos de deveres em relação ao poder ao qual devem obediência, mas cidadãos, sujeitos de direitos em relação a esse poder e, em última instância, fonte de onde o poder se origina. O poder soberano de organizar a vida dos homens em sociedade não mais deriva de Deus e se encarna no monarca, mas deriva da vontade dos homens e se expressa nas leis por eles criadas e, em especial, na Grande Lei de sua constituição, que funda as nações e as organiza enquanto Estados.”

Ao longo dos últimos séculos várias críticas à essas teorias clássicas foram elaboradas fazendo surgir no pensamento político outros caminhos para explicar a legitimidade da lei tais como o Historicismo e as correntes marxistas.

Configurada ainda no séc. XVIII, o Historicismo é uma corrente filosófica que, partindo da crítica às teorias contratualistas, pretendia explicar a legitimidade da lei, vinculando-a aos costumes e às tradições construídas ao longo da história de um povo.

No Brasil, essa discussão veio à tona nas décadas de 20 e 30 quando os estudiosos da nossa realidade consideraram a Constituição da Primeira República inadequada. Segundo eles, por não refletir as diversidades existentes neste país de dimensões continentais, os valores expressos na Lei jamais encontraram uma expressão prática no

comportamento real dos brasileiros, impossibilitando que se consolidasse no povo uma consciência de cidadania. (Quirino; 1986,41).

Ainda de acordo com Quirino (1986;45) foi em meados do século XIX que se elabora vigorosa crítica, tanto das teorias liberais clássicas, quanto do viés conservados do historicismo, através do enfoque marxista sobre os “fatores reais de poder” existentes em uma sociedade, isto é, as bases econômicas e sociais sobre as quais se articulam diferentes grupos de interesses, com valores, crenças e aspirações não só distintos, mas também antagônicos”. Aqui, o poder dos diferentes grupos sociais reside no controle das condições materiais de existência, gerando franca contradição entre o ordenamento da vida social explicitado no plano político e as condições reais de existência.

Contemporaneamente vários teóricos têm-se debruçado sobre o problema de uma sociedade não apenas liberal mas também democrática, que equacione de modo adequado tanto os direitos dos cidadãos quanto o grau de intervenção estatal considerado necessário a sua garantia. Não se pode perder de vista, porém, que toda essa construção teórica é realizada em cima de uma base concreta, constituída pelas lutas históricas pela ampliação da cidadania⁷

(7) Cidadania será entendida aqui como “a qualidade social de uma sociedade organizada sob a forma de direitos e deveres majoritariamente reconhecidos” (Demo; 1993:70)

Partindo da premissa clássica de que todos os homens são iguais e livres perante a lei, em meio a tensões e conflitos, a trajetória da construção dos direitos se inicia com o reconhecimento social dos direitos civis, políticos e, finalmente, os direitos sociais⁸ – que nos interessa em particular.

A profunda transformação na ordem liberal e no Estado capitalista provocada pela ampliação da cidadania política e social, configura o que se chama hoje de “Estado do Bem-Estar” (Welfare State), que se inspirou nos pensadores ingleses utilitaristas do final do início do séc. XIX. Estes supunham a legitimidade da lei da sua capacidade de responder as necessidades sociais, ou seja de que as leis, numa sociedade democrática, tinham a capacidade de produzir um aumento de satisfação de demandas, num processo crescente e acumulativo (Quirino; 1986:52).

Essa ampliação imprimiu um forte nível de complexidade na relação Estado/Sociedade tendo em vista que “o Estado continua a ser capitalista, por mais ‘ampliado’ que seja, por mais que represente interesses plurais (...) Não é possível compatibilizar a plena cidadania política e social

(8) Entende-se por direitos civis “os direitos necessários à liberdade individual – liberdade de vi e vir, liberdade de imprensa, pensamento e fé, o direito à propriedade e de concluir contratos válidos e o direito à justiça”. Os direitos civis dizem respeito “a participação no exercício do poder político, como membro de um organismo investido de autoridade política ou como eleitor dos membros de tal organismo”. Enquanto que os direitos sociais regem-se “a tudo que vai desde o direito a um mínimo de bem-estar econômico e segurança até o direito de participar, por completo da herança social e levar a vida de um ser civilizado, de acordo com os padrões que prevalecem na sociedade”. (Marshall Apud Quirino; 1986: 56/58/62).

com o capitalismo. Assim como a expansão dos direitos políticos, da democracia participativa, quando impulsionada além de certo limite, entra em choque com a dominação capitalista, também a expansão dos direitos sociais termina por encontrar obstáculos na conservação da lógica da acumulação do capital” (Coutinho; 56/57).

Diante do que foi exposto, parece que se coloca no centro da construção histórica dos direitos de cidadania, o fenômeno da **dominação** e sua consequência mais imediata – as desigualdades sociais – que permeiam todas as formas de sociedades conhecidas.

De acordo com o ponto de vista histórico-estrutural de Demo “a desigualdade como forma faz parte estrutural da história humana (...) é daquelas estruturas que originam, não esfriamento da história ou paralisação, mas, ao contrário, a dinâmica do acontecer (Demo; 1993:83)

Pela sua capacidade de gerar ideologias, o poder⁹ tece uma malha complexa de comportamentos que ora tende a legitimá-lo, ora tende a desinstitucionalizá-lo e superá-lo. Gera, portanto, no seio da sociedade a perpetuação do conflito e de formas de superação.

(9)“Tanto para Weber – capacidade de um indivíduo induzir ou influenciar o outro a seguir suas diretrizes, ou quaisquer outras por ele apoiadas –, como para Poulantzas – os interesses objetivos de uma classe social contra a resistência de outros –, são conceituações pouco elucidativas para as análises microsociológicas” (Machado; 1995:92). É apropriada para o contexto desse trabalho a definição de poder Foucault, enquanto “microfísicas do poder”. Como ele mesmo coloca, “Parece-me que se deve compreender o poder, primeiro como a multiplicidade de correlações de força imanentes ao domínio onde se exercem e são constitutivas de sua organização; o jogo através de lutas e afrontamentos incessantes as transforma, reforça, inverte; os apoios que tais correlações de força encontram umas nas outras, formando cadeias ou sistemas, ou ao contrário, as defasagens e contradições que as isolam entre si. (Foucault, 1979 apud Machado; 1995:92).

Entendendo a construção dos direitos numa perspectiva dialética, onde a participação entra no contexto da dominação histórica como face complementar e antagônica da mesma moeda, dentro de uma unidade de contrários, Demo define como “cidadão o homem participante” e cidadania como “a qualidade social de uma sociedade organizada sob a forma de direitos e deveres majoritaritariamente reconhecidos (Demo; 1993:70-71).

Ao discurtir algumas questões tais como Democracia, ciência, instituições e política, TESTA faz importantes considerações sobre a relação entre os fenômenos históricos e individuais, indicando assim, uma mudança de paradigma na compreensão da realidade social.

Segundo este autor, devido às conexões que são estabelecidas no nível institucional entre os poderes cotidianos – dirigidos principalmente para dentro da instituição – e societários - dirigidos para fora da instituição, parece haver uma possibilidade, nesse nível, de concretização dessa relação.

Dito de outro modo, é a relação entre os fenômenos históricos e individuais, concretizada na dimensão institucional, que capacita o poder cotidiano de contribuir o espaço de desenvolvimento do poder societário. Assim, “ser democrático ultrapassa a significação da ideologia política, para tornar-se parte dos traços culturais de um determinado grupo

social. Neste sentido, a democracia é um objetivo participativo e igualitário, mas também é um comportamento cotidiano; quando não se realiza a integração destes dois aspectos, debilita-se a possibilidade de lutar pelo objetivo societário e, portanto, de atingí-lo (Testa; 1992:52-53).

Como TESTA, atualmente outros autores tem discutido a **vida cotidiana** nos seus aspectos mais finos e complexos e suas implicações na construção social da realidade.

Ao estabelecer essa relação, que é intermediada pelos sujeitos sociais, nos remetemos, necessariamente, ao campo da subjetividade. E portanto, “a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais (Minayo; 1992:10).

No estágio atual da produção científica, as **representações sociais**¹⁰ ainda é a categoria que oferece maiores possibilidades de apreensão desta dimensão da realidade.

Retomando nosso problema inicial sobre a relação entre a participação concebida/exercida no cotidiano do trabalho e o controle

(10)Terreno complexo e polêmico, onde se encontram diversas disciplinas, este conceito é abordado a partir de diferentes pontos de vista filosóficos.

Não sendo objetivo desta etapa aprofundar a esse nível a questão, entendemos por representação social neste trabalho “categorias de pensamento, de ação, e de sentimento que expressam a realidade, explicam-na justificando-a ou questionando-a” (Minayo; 1994:158)

social¹¹, o que acima foi exposto, parece reforçar nossa hipótese sobre a importância dos trabalhadores da saúde e da dinâmica institucional da SES/PE, para institucionalização do SUS no Estado. Como lembra BORDENAVE (1994:58), “a microparticipação, além de cumprir objetivos imediatos de elevada relevância social, prepara para a macro-participação como cidadãos em nível da sociedade global”.

Para concluir, fazemos nossas as palavras de MACHADO, e assumimos seu desafio enquanto postura teórica-metodológica na construção deste trabalho: “na perspectiva das ciências sociais aplicada à saúde acreditamos que as análises microsociológicas têm demonstrado mais sensibilidade às questões polêmicas que envolvem o campo da saúde (...) o grande desafio é a necessidade de flexibilizar posturas acadêmicas que advogam uma ou outra corrente, deixando de lado a ortodoxia da opção metodológica rígida e meramente acadêmica, para uma real compreensão do mundo da vida” (Machado; 1995:93-93).

(11) Analisando os dilemas e contradições vivenciadas pelo “partido sanitário”, GALLO (1995) faz importantes considerações sobre a influência da “visão-de-mundo” dos seus atores, no reformismo elitista do partido que favoreceu a hegemonia das classes dominantes.

6. METODOLOGIA

Em face da natureza essencialmente subjetiva do fenômeno que ora nos dispomos a estudar, a abordagem qualitativa se oferece como instrumental teórico-metodológico mais adequado, em função da sua capacidade de “incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais” (Minayo Apud Bosi; 1994:447).

O trabalho de campo realizar-se-á no nível central da Secretaria Estadual de Saúde-SES/PE, por ter sido o espaço onde veio a consolidar-se nosso interesse pelo tema, na observação e reflexão diárias, por ocasião do estágio curricular. Observações estas que, inclusive, deram configuração ao problema ora colocado.

É importante que se diga, porém, que as hipóteses¹² aqui colocadas, em nosso entender, podem ser investigadas em qualquer nível da SES. Até porque, o que queremos demonstrar, em última instância, são as fronteiras fluidas da institucionalização do SUS, que incorporam atores e dimensões que perpassam o espaço intra e extra-institucional, bem como processos micro e macro de participação.

(12) Na abordagem qualitativa o termo “hipótese” tem uma conotação distinta de sua concepção positivista, relacionada à comprovação objetiva da realidade a partir de provas estatística matemáticas. Nesta, “as hipóteses perdem a sua dinâmica formal com probatória para servir de caminho e de baliza no confronto com a realidade empírica”. (Minayo; 1994:95).

Quanto ao fato de estarmos solidariamente imbricados e comprometidos com nosso objeto, não apenas por razões culturais, de classe, de faixa etária entre outros, no dizer de Minayo (1994), e mais intensamente por nossa inserção profissional nesse espaço, buscaremos adotar enquanto postura observacional a perspectiva paradoxal de “máxima internidade e máxima distância” que está no cerne da atual antropologia. “A máxima distância e a máxima internidade são dois processos mutuamente contraditórios, separados mas vinculados, e que constituem as bases metodológicas da observação antropológica nos territórios urbanos e das suas possíveis representações. O ponto de vista subjetivo, o do observado e do observador devem estar sempre presentes no próprio (foco) ocular: por isso o olhar antropológico é oblíquo. Seu ângulo cognitivo é a do pela calibração – que não é nunca determinada – entre a horizontalidade da empatia fusional e a verticalidade da abstração visionária”. (Canavacci; 1993:21).

O autor entende por **empatia** “a solidariedade com a diversidade; por isso, é horizontal, enquanto paritária: coloca sobre o mesmo plano fusional observado e observador; enquanto a abstração verticaliza (isto é, eleva os níveis teóricos), discrimina, distancia-se do seu objeto para dele extrair modelos, mesmo que seja possível atenuar-lhes a dureza racional com a tensão visionária” (Canavacci; 1993:26).

Nesse sentido, a concepção teórica de participação enquanto processo gerador de horizontalidade, identifica-se com a postura metodológica de observação, reforçando de certa forma o que se encontra no cerne deste trabalho – a presença da construção na contradição. Dessa forma, nossa “intimidade” com o fenômeno a ser observado, ao contrário de um empecilho, representa uma aliada na nossa busca de apreensão da realidade.

Quanto a amostra para realização do estudo será composta por trabalhadores da saúde de vários níveis hierárquicos, que estejam exercendo por ocasião do estudo, funções gerenciais, técnicas, administrativas, ou de apoio.

Numa etapa posterior outros critérios para seleção da mesma serão melhor definidos, não se perdendo de vista que, na abordagem qualitativa “ a validade da amostragem está na sua capacidade de objetivar o objeto empiricamente¹³, em todas as suas dimensões (...) o número de pessoas é menos importante do que a teimosia de enxegar a questão de várias perspectivas, pontos de vistas e de observação (Minayo; 1994:103).

A esse critério (Bosi; 1995:25) chama de “exaustão”, ou seja, a recorrência do material coletado frente as finalidades da pesquisa.

(13) A necessidade da rejeição da objetividade clássica não significa que devemos ou podemos abandonar nossa busca pelo conhecimento objetivo. Simplesmente que devemos modificar nossa teoria do conhecimento ou concepção da objetividade (...) A cientificidade das ciências sociais passa pela compreensão adequada da vida cotidiana”. (Douglas apud Machado; 1995:90).

Nesse sentido, os critérios além de não serem numéricos, são flexíveis. Assim como a própria constituição da amostra podem vir sofrendo alterações ao longo do trabalho de campo.

Em relação aos instrumentos para coleta das “informações”, é importante que se considere a natureza do fenômeno a ser pesquisado, as condições de trabalho dos informantes, a dinâmica da instituição, a familiaridade/habilidade do investigador em relação aos instrumentos entre outros, que podem surgir na aproximação com o campo.

Considerando estas questões, optamos a priori para trabalhar com 3 (três) instrumentos básicos: entrevistas não diretivas, observação participante e análise de documentos.

Na metodologia qualitativa a escolha da entrevista como instrumental privilegiado para a apreensão da realidade parte da premissa que “a vida cotidiana é sobretudo a vida com a linguagem, e por meio dela, é que participo com meus semelhantes. A compreensão da linguagem é por isso essencial para a minha compreensão da realidade da vida cotidiana” (Berger e Luckman, 1983 apud Machado, 1995:87).

Minayo (1994) chama atenção para o fato de que na dimensão da comunicação cotidiana, a comunicação ideológica não pode ser vinculada a uma esfera ideológica em particular. É portanto, nessa dimensão, que os valores, concepções e ideologias, inclusive contraditórias,

através da **palavra**¹⁴, se expressam.

Dentre as várias técnicas de entrevista, a despeito da polêmica em torno da questão da “não-diretividade” (Thiollent, 1987), escolhemos a **entrevista não-diretiva** por ser “uma técnica que oferece vantagens para apreensão do conteúdo simbólico permitindo ao entrevistado uma ‘atitude de exploração’ na medida em que não estrutura o campo de investigação” (Bosi, 1994:448).

Quanto a **análise de documentos**, pretendemos utilizar, em especial, o registro das Oficinas de Planejamento Participativo da SES/PE, coordenadas pela Diretoria de Planejamento - DIPLAN. Por constituir-se de trabalhos de grupo, onde a palavra é acessível a todos, bem como haver preocupação com a fidedignidade de seu registro, poderemos através deste, ter acesso a dinâmica institucional¹⁵.

(14) Apesar da ênfase dada a palavra, é importante, não perder de vista outras formas de comunicação humana também importantes e, como bem lembra Goffman, lançar mão dos “olhos e dos ouvidos do pesquisador como instrumentos refinados para captar sensações, situações, comportamentos sociais no processo interativo” (Goffman apud Machado; 1995:86).

(15) Tratando do contexto em que foi elaborado o texto “Reflexões Sobre o Uso da Entrevista, Especialmente a Não-diretiva, e sobre as Pesquisas de Opinião” (in: thiollent, M. Crítica Metodológica, Enquete Operária e Investigação Social. São Paulo, Ed.Polis, 1980), Kandel faz importante consideração que se adequa perfeitamente ao contexto em que foi elaborado este trabalho: “este texto (...) só representa o resultado de um trabalho ‘individual’ no sentido em que correntes, orientações e forças diversas estão em ‘ação’ permanentemente em todo ‘indivíduo’ e se exprimem, por exemplo, naquilo que ele pode ser levado a escrever (e assinar). Ele reflete, assim, de modo totalmente direto um certo número de preocupações, de perspectivas e de problemas evocados, debatidos e vividos no seu de acontecimentos, de reuniões e de grupos.

7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARANHA, Maria L. de Arruda. **Filosofando: introdução à Filosofia**. 2ª ed.

- São Paulo: Editora Moderna, 1993

BOBBIO, Noberto. **Dicionário de Política** - 5ª ed. - Brasília, DF: Editora

Universidade de Brasília, 1993.

BORDENAVE, Juan E. Díaz . **O que é participação**. 8ª ed. - São Paulo:

Editora Brasiliense

BOSI, Maria Lúcia M. **Cidadania, Participação Popular e Saúde na Visão**

dos Profissionais do Setor: Um estudo de caso na Rede Pública de

Serviços in **Cadernos de Saúde Pública**, Vol. 10 n. 04, out/nov. 1994.

CAMPOS, Gastão Wagner. **Recursos Humanos na Saúde: fator de produção**

e sujeitos sociais no processo de reforma sanitária no Brasil. in

CANEVACCI, Massimo. **A cidade polifônica : ensaio sobre a**

antropologia da comunicação urbana. São Paulo: Studio Nobel,

1993.

DEMO, P. **Participação é conquista**. 2ª ed. - São Paulo: Cortez, 1993.

MACHADO, Maria Helena. Macro-Micro: os novos desafios da sociologia e os efeitos no campo da saúde in **Dilemas e Desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva**. Org. Ana Maria Kanequi. São Paulo, Rio de Janeiro, 1995 .

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Maria de Souza Minayo (org.) - Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

_____ **O desafio do conhecimento - Pesquisa qualitativa em saúde**. 3ª ed. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1994.

_____ **Quantitativo e Qualitativo em Indicadores de Saúde: Revendo conceitos** . Mimeo. 1992

NOGUEIRA, Roberto Passos. A força de trabalho em Saúde no contexto da Reforma Sanitária in **Caderno de Saúde Pública**, R.J, 3(3): 332-342, jul/set, 1987.

QUIRINO, Célia Galvão. **Contituições**. São Paulo: Editora Ática, 1986

TESTA, Mario . **Pensar em Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

THIOLLENT, M. **Crítica metodológica, Enquete Operária e
Investigação Social**. S. Paulo, Ed. Polis, 1980.

DOCUMENTOS

**BRASIL . Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada
em 5 de outubro de 1988**. Juarez de Oliveira (org.) 11^a - São Paulo:
Saraiva, 1995.

Lei Orgânica da Saúde 8.080 de 19 de setembro de 1990.

Lei 8.142 de 28 dezembro de 1990