

FILIZOLA, C. L. A., 1999. *O Trabalho em um Núcleo de Atenção Psicossocial do Município de Santos (SP) – Resgatando Desejos, Reconstruindo Projetos de Vida em um Tempo sem Milagres.* (Graciete Borges da Silva, orientadora) Tese de Doutorado, Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. 220 pp.

Este é um estudo sobre o trabalho realizado em um Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) do Município de Santos, em São Paulo, o NAPS II, com o objetivo de apreender os seus vários momentos, a sua finalidade, a sua organização, bem como o prazer e o sofrimento dos trabalhadores nesse contexto. Para realizá-lo, além da observação de campo, foram feitas entrevistas semi-estruturadas com os trabalhadores que compõem a equipe que presta cuidado direto aos usuários. Com o objetivo de caracterizar o objeto de trabalho desse NAPS, também foi realizado um levantamento de prontuários. Ao buscar reconstruir o processo de trabalho no NAPS II, foi possível afirmar que, embora a prioridade do serviço esteja centrada na atenção aos quadros mais graves de sofrimento psíquico, os psicóticos, o trabalho ali realizado vai muito além da concepção de que o tratamento se resume na remissão de sintomas da doença. Constitui-se em uma atenção individual que busca resgatar as histórias de vida de cada pessoa, os seus desejos e, a partir daí, construir/reconstruir um projeto de vida. A nova organização do trabalho identificada com a polivalência não é efetivamente executada por todos os trabalhadores, pois nem todos assumem a responsabilidade em ser referência de paciente (principalmente as auxiliares de enfermagem). Ao refletir sobre essa nova organização, sugere-se o resgate de especificidades de profissões que compõem a equipe. Ao analisar o prazer e o sofrimento advindos do trabalho, tornou-se necessário reafirmar que não se pode olhar o trabalho de uma posição maniqueísta. Deve-se, também, considerar a diversidade de formações, posições e situações de classe dos que o executam: os técnicos de nível superior e os auxiliares de enfermagem. Se, para os primeiros, esse trabalho faz parte de seus projetos de vida, para a maioria das auxiliares ele se constitui, mais, em uma necessidade de sobrevivência. No entanto, dentre os fatores que levam ao prazer e ao sofrimento, há um que transcende as formações, sendo responsável pelo maior ou menor desgaste do trabalhador. É o resultado do trabalho, o seu milagre ou a sua obra, que consiste na possibilidade de o trabalhador ver que o trabalho que fez trouxe repercussões concretas na vida da pessoa, que foi capaz de ajudá-la a crescer. Porém, isso é muito difícil de ser visto. Diante dos fatores geradores de sofrimento, os trabalhadores apontam algumas sugestões para amenizá-lo.

FARIAS, L. O., 1999. *Adesão Voluntária aos Planos de Saúde em Camadas Populares* (Jeni Vaitsman, orientadora). Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Departamento de Ciências Sociais, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. 90 pp.

O argumento de que a baixa qualidade do sistema público de saúde é responsável pela grande clientela dos planos de saúde tornou-se lugar comum dentro e fora do meio acadêmico. Neste trabalho, perguntamos algo tanto mais complexo. Nosso problema é descobrir modos pelos quais os dois fatos efetivamente se relacionam. É certo que entre eles existe uma multiplicidade de eventos intermediários que se conjugam em trajetórias distintas, mais ou menos típicas em cada segmento dessa clientela.

Em nosso estudo, pesquisamos exclusivamente indivíduos de camadas populares que custeiam, com recurso próprio ou familiar, seus planos de saúde, excluindo os que se mantêm neste sistema de forma compulsória derivada de vínculo empregatício. Embora não neguemos a importância da factibilidade econômica como requisito para o deslocamento de clientelas do sistema público para o privado, consideramos que ela não esgota os condicionamentos necessários para que tal movimento ocorra. São justamente os elementos não imediatamente econômicos que buscamos analisar ao pesquisarmos os motivos da adesão individual e voluntária aos planos de saúde por indivíduos das camadas populares.

Trata-se de um trabalho de caráter qualitativo apoiado na realização de dez entrevistas, que objetivavam capturar as representações acerca dos referidos sistemas de saúde. No período de realização da pesquisa, os informantes eram clientes de planos de saúde, porém, em algum momento anterior, todos haviam sido usuários do sistema público de saúde.

Os resultados do estudo demonstram que as representações acerca da qualidade do atendimento e das condições de acesso aos serviços de saúde, quando conjugadas às necessidades de proteção demandadas pelos sujeitos particulares, são elementos de segurança em relação à proteção da saúde, sendo centrais nesta escolha e remetendo a uma experiência subjetiva, na qual a representação da sua própria condição de saúde é o parâmetro da avaliação custo/benefício da adesão. No grupo estudado, a existência de gastos regulares derivados da contratação de planos de saúde é, por si só, reveladora de uma hierarquização de prioridades na qual a proteção da saúde aparece com destaque. Observa-se, também, que a posição da proteção à saúde dentro da hierarquia de prioridades dos sujeitos é afetada por representações referentes ao gênero e à idade.

**BRANCO, M. R. F. C., 1999. Gerenciamento Intra-Unidade dos Resíduos Sólidos dos Hospitais do Município de São Luís, Maranhão – Brasil (Jackson Maurício Lopes Costa, orientador). Dissertação de Mestrado, São Luís: Mestrado em Saúde e Ambiente, Universidade Federal do Maranhão. 128 pp.**

O gerenciamento de resíduos sólidos foi analisado em quatro hospitais contratados do Sistema Único de Saúde no Município de São Luís: dois públicos (Hospitais A e B), um filantrópico (Hospital C) e um privado (Hospital D). Havia programa de controle de infecção hospitalar nestas quatro unidades. Em nenhum dos quatro hospitais existiam piás, sabão, dispensadores de sabão líquido, papel toalha e porta-papel toalha (suporte) disponíveis e em quantidade suficiente para lavagem de mãos. No Hospital A, constatou-se, na área de coleta de sangue do laboratório, que não eram adotadas as recomendações de não recapar as agulhas contaminadas com sangue. Havia padronização de normas de limpeza e desinfecção de áreas e limpeza, desinfecção e esterilização de artigos no Hospital C. A limpeza úmida era usada em áreas críticas e semicríticas de forma regular no Hospital C. O Hospital A possuía aspecto sujo e mal conservado. No Hospital B, poucos setores estavam limpos. O Hospital C passava impressão de ambiente limpo na maioria dos setores visitados. O Hospital D encontrava-se em reformas. Não existiam plano de gerenciamento de resíduos, classificação de resíduos, manual ou rotinas sobre gerenciamento de resíduos, nem responsável técnico pelo gerenciamento dos resíduos nestas quatro unidades. Não havia respeito às normas de preenchimento dos sacos somente a dois terços de sua capacidade; amarradura da boca do saco com, pelo menos, dois nós; e uso de sacos duplos ou triplos para resíduos densos, em nenhuma das quatro unidades. Os programas de controle de infecção hospitalar previam o emprego de pré-embalagem para resíduos perfurantes e cortantes em três unidades; todavia, este uso ocorria de forma incorreta nestes três hospitais. O saco plástico de cor branca leitosa não era usado em nenhuma das quatro unidades. Nestes quatro hospitais, existiam recipientes para resíduos infectantes com paredes contínuas e tampa acionada por pedal, providos de saco plástico em seu interior, mas em número insuficiente. Os resíduos infectantes, além de serem depositados em recipientes inadequados, eram misturados a resíduos comuns. Nenhuma das quatro unidades possuía sala de resíduos. Coleta e transporte internos não obedeciam a fluxos exclusivos, preestabelecidos, com constância de horários, sentido único e fixo, em nenhuma das quatro unidades. Os carros de coleta interna I e II, conforme as especificações da legislação vigente, não foram encontrados em nenhum dos quatro hospitais. Todos os quatro hospitais tinham abrigo de resíduos,

mas nenhum deles estava de acordo com as especificações exigidas pela legislação brasileira. Os resíduos anatomopatológicos eram encaminhados pelos Hospitais B e C para sepultamento. O Hospital B fazia tratamento dos resíduos, mas sem classificá-los, encaminhando para o incinerador quase a totalidade dos resíduos. Encontrou-se desrespeito à legislação vigente sobre gerenciamento de resíduos sólidos nos quatro hospitais analisados.

**RIBEIRO, M. C. S., 2000. O Trabalho do Enfermeiro na Vigilância Sanitária: A Necessidade de Incorporar a Consciência Ecológica para Reordenar a Prática (Maria Rita Bertolozzi, orientadora). Dissertação de Mestrado, São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. 187 pp.**

O estudo teve como objetivo caracterizar os processos de trabalho de enfermeiros da vigilância sanitária, identificando como se desenvolvem em relação à questão ambiental. Foram entrevistadas enfermeiras que trabalhavam nas equipes de vigilância sanitária da Direção Regional de Saúde I (DIR I), da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Partiu-se do entendimento de que a saúde-doença é determinada socialmente, e a abordagem das questões ambientais foi fundamentada no ecossocialismo/ecomarxismo. Verificou-se a preponderância do processo de trabalho gerencial, instituído no âmbito dos serviços de saúde, orientado, sobretudo, pelo enfoque de risco. O trabalho se organiza, principalmente, com base na competência técnica, e é do cotidiano que emerge o conhecimento necessário para a prática. Este saber é fundamentado nos princípios legislativos e se operacionaliza como normativo. As ações em geral se conformam na fiscalização, e a punição é o instrumento para a normalização da ordem. Orientadas pela multicausalidade do processo saúde-doença, as enfermeiras concebem o ambiente como um fator constitutivo dessa rede e a “consciência ecológica” não permeia a sua prática cotidiana. Conclui-se que há a necessidade de inserção do conteúdo relativo à vigilância sanitária na formação das enfermeiras, assim como de incorporação da dimensão ambiental nos processos de trabalho da enfermagem, de forma a desenvolver e fortalecer o agir crítico no cotidiano rumo à consciência ecológica.

**TORRES-LOPEZ, T. M., 1999. "Sangre y Azúcar": Representaciones sobre la Diabetes de los Enfermos Crónicos en un Barrio de Guadalajara, México (Josep M. Comelles Esteban & Francisco J. Mercado Martínez, orientadores). Tese de Doctorado, Tarragona: Facultat de Lletres, Universitat Rovira i Virgili. 236 pp. Anexos.**

El estudio se encuentra ubicado en el campo de la antropología de la salud y se orientó al análisis de las representaciones sobre la diabetes de los enfermos crónicos de un barrio de Guadalajara, México. El enfoque metodológico fue cualitativo y etnográfico; 30 personas con diabetes mellitus fueron entrevistadas en cuatro ocasiones a lo largo de dos años. Los resultados principales destacan el carácter holístico de la representación del padecimiento, en el cual se consideran múltiples causas de la diabetes y muestran notables diferencias de acuerdo al género de las personas. En el control de la enfermedad y sus efectos destacaron la importancia del control emocional, el papel de Dios y de la vida espiritual. Hay una aceptación de los tratamientos alternativos como los remedios, mientras que el tratamiento médico fue percibido como peligroso para la salud integral. La representación de la diabetes es la expresión de sensaciones corporales, dolores, imágenes y significados propios, además de la consecuencia de un medio físico contaminado y antinatural, de un contexto social con limitaciones económicas, problemas afectivos y familiares. La diabetes es un medio de expresión y un catalizador de un medio adverso, que permite organizar acontecimientos, internos y externos, percibidos como negativos.