SILVIA MATUMOTO

O ACOLHIMENTO:

um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde

Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Pública do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Ribeirão Preto

1998

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

O ACOLHIMENTO:

um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde

Dissertação de Mestrado apresentada ao Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Enfermagem de Saúde Pública, área de concentração: enfermagem como prática social.

Aluna: Silvia Matumoto

Orientadora: Profª Drª Silvana Martins Mishima

Ribeirão Preto

1998

Capa:
Rodin Sculptures. Oxford, Phaidon, 1988. Plate n. 92: The Cathedral.

FICHA CATALOGRÁFICA

Matumoto, Silvia
O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde. Ribeirão Preto, 1998.
219 p.: il.; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / USP - Departamento Materno Infantil e Saúde Pública.
Orientadora: Mishima, Silvana Martins

Dedicar é também consagrar, tributar...
Acolher

— ***Sigeru*** (in memorian) e ***Sizuko***, meus pais
— ***Katu Kitamura*** (in memorian), minha avó

Pela dedicação e empenho para que eu trilhasse pelo caminho do conhecimento.
Pela Sabedoria que sempre nos transmitiram em cada gesto, em cada palavra... Exemplos de vida...

Acolher... *para colher*
refúgio, aconchego, esperança, frutos do ***Acolhimento***

Muitos tem excelentes metas, mas não as concretizam porque lhes falta persistência

O gênio é uma gota de Sabedoria
e um oceano de persistência.

Nesta caminhada fui aquecida por ondas de persistência e acolhimento, símbolos de fé e esperança.
A todos, de todos que me semearam estes dons dedico o entusiasmo do presente trabalho, a sensibilidade e motivação.

Aos trabalhadores do Centro de Saúde Escola de Ribeirão Preto, a quem devo grande parte do aprendizado sobre as relações no âmbito do trabalho.

As enfermeiras do Pronto Atendimento do Centro de Saúde Escola, pela colaboração nas mudanças de escalas que viabilizaram a realização do curso de mestrado e desta investigação.

Aos trabalhadores da UBS de Vila Recreio, especialmente a Maria Renata Bellizzi Villela, gerente da unidade, pela colaboração prestimosa na etapa de definição do problema.

A Profª Drª Maria Cecília Puntel de Almeida, pela clareza e pertinência de suas orientações, sempre nos impulsionando na busca do novo.

A Profª Drª Graciette Borges da Silva, pelas importantes observações acerca do projeto no exame de qualificação.

Registro um agradecimento especial a Angela Maria Aparecida Serafim, Luzia Márcia Romanholi Passos e Sonia Camila Sant'Anna pelas instigações provocadas em nossa convivência e pelo incentivo ao meu ingresso na pós-graduação.

A Eliete Maria Silva, pela criteriosa revisão da pró-forma e valiosas sugestões.

A Cinira Magali Fortuna e Maria José Bistafa Pereira, pelas trocas teóricas e vivenciais que contribuíram para que em cada volta da espiral da vida nos tornássemos mais conscientes.

Aos meus irmãos, cunhados e sobrinhos pelo apoio e compreensão pela minha falta de disponibilidade em alguns momentos.

À minha mãe, companheira dedicada, pela presença e apoio incondicionais, sem os quais seria impossível a realização deste trabalho.

A Profª Drª Silvana Martins Mishima, minha orientadora e acima de tudo, amiga, pela dedicação e empenho em ajudar-me a clarear dúvidas e compreender um pouco mais o cotidiano do meu trabalho assistencial e de pesquisa, e pela oportunidade de compartilhar momentos de aprendizagem na vida, tão ricos e inesquecíveis.

Ao Sabiá, meu amor, amigo e grande companheiro, que me emprestou suas asas e a coragem para ousar voar por outros ares.

Muito Obrigada

SUMÁRIO

Resumo

1 - APRESENTAÇÃO 1

2 - O RECORTE DO OBJETO DE INVESTIGAÇÃO 6

2.1 - Explorando uma temática para investigação: o acolhimento 6

2.2 - Da perspectiva do estudo 24

2.2.1 - Destacando os pressupostos 25

2.2.2 - Justificando o recorte selecionado 26

2.3 - Objetivos do estudo 29

3 - O SUPORTE TEÓRICO E O PERCURSO METODOLÓGICO 30

3.1 - O trabalho em saúde e sua micropolítica 30

3.2 - O percurso metodológico 49

3.2.1 - O campo de estudo - O CSE no município suporte teórico e o percurso metodológico 53

3.2.1.1 - O município 53

3.2.1.2 - O Centro de Saúde Escola 55

3.2.2 - O local de estudo 59

3.2.3 - Instrumentos de coleta de dados 61

3.2.3.1 - A observação participante 62

3.2.3.2 - As entrevistas 70

3.3 - A análise dos dados 73

3.3.1 - Análise de conteúdo 73

4 - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS 77

4.1 - O modelo assistencial - seus elementos constitutivos 78

4.1.1 - Os usuários 80

4.1.2 - Os trabalhadores de saúde 90

4.1.3 - O problema do usuário, objeto de trabalho do trabalhador 97

4.1.4 - A estruturação do trabalho no CSE 111

4.2 - As relações 154

4.2.1 - O preparo para a relação 155

4.2.2 - A comunicação 166

4.2.3 - A resposta e a finalidade (responsabilização) 180

4.2.4 - O espaço-tempo da relação 189

5 - ACOLHIMENTO: ALGUMAS FACES 200

6 - ANEXOS 208

7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 217

Summary

RESUMO

O objeto deste estudo é o acolhimento do usuário em uma unidade da rede básica de serviços públicos de saúde de Ribeirão Preto. Este constitui-se em um processo, ocorrendo em quaisquer das etapas do processo de trabalho, cuja responsabilidade cabe aos trabalhadores. Sua efetivação implica no estabelecimento de relações humanas, no uso das tecnologias disponíveis para a solução dos problemas, estando estreitamente relacionada ao desenvolvimento de autonomia dos usuários em relação à sua vida e com a conformação do modelo assistencial. Dentre os objetivos buscou-se identificar e analisar os aspectos que o compõem bem como identificar e analisar como os trabalhadores efetuam-no e compreendem seus componentes no processo de trabalho. Utilizou-se como técnicas de investigação a observação participante, tomando-se o fluxograma analisador do modelo de atenção como organizador desta, acompanhando-se usuários adultos da clínica médica e pronto atendimento e entrevistas semi-estruturadas com trabalhadores que participaram desses atendimentos. Identificou-se como componentes do acolhimento: a forma como se produz o atendimento, o autogoverno dos trabalhadores, a mútua representação entre os envolvidos, a objetivação do problema/necessidade, as linhas de fuga da estruturação do trabalho, a plasticidade no uso das tecnologias, o preparo para a relação, a comunicação, a escuta, o espaço-tempo que lhe é destinado e a responsabilização pelo trabalho. Verificou-se que o trabalhador não se apercebe produtor do acolhimento, efetuando o atendimento como um procedimento técnico externo a ele.

1 - APRESENTAÇÃO

A necessidade de se fazer este estudo foi sendo conformada ao longo de 17 anos de minha vivência profissional, enquanto enfermeira, dos quais 13 anos aconteceram em um serviço público de saúde, o Centro de Saúde Escola de Ribeirão Preto (CSE). Neste percurso, foi possível acompanhar algumas das modificações do setor decorrentes de seu movimento histórico, desde os programas de atenção primária com base na educação sanitária, passando pelas mudanças determinadas pelas diretrizes das AIS e SUDS até o SUS, no município de Ribeirão Preto.

Esta vivência acima referida foi constituída de experiências de chefia da equipe de enfermagem em um serviço hospitalar, coordenação de uma das unidades materno-infantil do CSE e da equipe de enfermagem em sua unidade sede, centro de referência para uma região do município. Atualmente, presto assistência de enfermagem no pronto atendimento do CSE, serviço 24 horas, incorporado em março de 1993.

Nessa experiência, observam-se relações predominantemente tensas ou de indiferença e descaso, que dão margem a reações agressivas com insultos e desrespeito, por sua vez, contraditórios no que se refere aos objetivos da instituição pública, a prestação de serviços de saúde, especialmente em relação ao direito universal à saúde de qualquer cidadão.

A ocorrência de tais fatos foram nos alertando enquanto enfermeira, posteriormente conformaram-se na temática deste estudo, a forma como se dá o atendimento na rede pública de saúde, sobretudo quanto ao tratamento oferecido ao usuário e às suas necessidades.

Autores como CAMPOS (1994, 1997) e MERHY (1994, 1997a), mostram que esta situação representa apenas a ponta do *iceberg* do complexo institucional da saúde, não podendo ser analisado somente pelo aspecto individual dos envolvidos, trabalhadores e usuários.

O trabalho em saúde constitui-se em um processo de produção que se faz essencialmente através do relacionamento entre as pessoas envolvidas, inseridas em um contexto. Ele é parcelar e em cada etapa acontece um encontro do usuário com um dos trabalhadores integrantes da equipe de saúde, que, no conjunto, devem responder por uma dada produção.

Neste relacionamento há influência de aspectos subjetivos, de propósitos pessoais que as normatizações e regras de funcionamento não conseguem prever e controlar, sendo que os trabalhadores ora os ignoram, ora os utilizam na defesa de seus projetos.

No quotidiano, os objetivos e propósitos do serviço, especialmente aqueles princípios do SUS, se perdem em meio às demandas individuais e urgentes, definidas pelas necessidades de cada pessoa, seja ela trabalhador de saúde ou usuário do serviço, considerando não haver um projeto de assistência que explicitamente conduza à produção de saúde coletiva. Cada

trabalhador decidirá o que fazer na situação, podendo utilizar-se de seu auto-governo (MERHY, 1997b) neste processo.

No quotidiano há um limiar muito tênue entre as demandas das necessidades individuais e aquelas que pertencem ao conjunto da sociedade, sobre as quais se organizam as práticas de saúde. O trabalhador de saúde que atende ao usuário lida com esta situação e de alguma forma expressa-lhe sua resposta, ou seja, no processo de atendimento, à medida em que capta uma necessidade do usuário e a toma como sendo seu objeto de trabalho; assume-o à partir de uma internalização desta necessidade, socialmente produzida e reconhecida, desencadeando o esboço de um cardápio de intervenções possíveis face à situação, gerada neste espaço intercessor. Esta questão estará sendo melhor explorada no corpo do trabalho.

Nos diferentes espaços intercessores do processo de trabalho em saúde vai-se construindo o atendimento e no conjunto caracterizam o acolhimento que se pode proporcionar ao usuário. Essa intercessão é considerada crítica, pois representa os momentos em que se concretizam as disputas de diferentes projetos, do usuário, da instituição, de um trabalhador ou, de um grupo e outros tantos mais que compõem este jogo. O acolhimento a ser conformado deixará transparecer o real projeto defendido, porém, na maioria das vezes, este não se apresenta de forma explícita, ou pode ter um discurso divergente da prática executada. O usuário fica perdido em meio a este jogo, uma vez que se constitui em um dos atores com menor poder, nesta disputa pela defesa do atendimento de suas necessidades, e

que ainda não aprendeu a utilizar seus recursos e suas potencialidades nesta direção.

O acolhimento não se limita à recepção da população à porta dos serviços de saúde, mas estende-se até a resolução do problema apresentado. Faz-se presente em toda situação de atendimento do usuário dentro do sistema, no processo de produção do serviço de saúde.

As questões acima referidas remeteram-me à necessidade de reflexão sobre o processo de produção do trabalho em saúde, na busca de compreender seu contexto, sua constituição e seus determinantes, principalmente a subjetividade (intencionalidades) de seus agentes.

Desta forma, nesta investigação proponho-me a averiguar os elementos constitutivos do acolhimento, a forma como os trabalhadores o efetuam e se utilizam destes elementos no processo de produção da assistência, em uma unidade de atendimento da rede pública de saúde.

No capítulo 2 exploro o acolhimento, enquanto temática passível de investigação. Elaboro uma discussão com os autores que têm trabalhado este tema, apontando alguns elementos que pareceram relacionados ao acolhimento, identificados com a ajuda do material acima referido, além de reflexões sobre minha prática de trabalho assistencial com também de uma aproximação direta ao campo, por meio de uma observação livre. Este trajeto contribuiu para a definição do recorte feito para este estudo e seus pressupostos.

No terceiro, trago parte da produção de alguns autores que são utilizados como suporte teórico à investigação pretendida. À partir de

MENDES GONÇALVES (1992, 1994) discuto o trabalho em saúde, sua conformação, enquanto processo sócio-histórico, que considera as necessidades do homem na vida quotidiana e uma aproximação à produção de MERHY (1996, 1997b) referente à micropolítica do trabalho em saúde, para apreender e compreender como se processam as operações internas deste trabalho. Neste capítulo, também apresento o percurso metodológico vivenciado para buscar os objetivos propostos, tendo como campo de estudo o Centro de Saúde Escola de Ribeirão Preto.

Exponho, no quarto capítulo, a análise dos dados coletados nos dois grandes grupos temáticos encontrados, os elementos constituintes do modelo assistencial e as relações, buscando compreender o acolhimento na perspectiva dos objetivos propostos; relaciono-os aos pressupostos previamente definidos, fundamentados nas referências teóricas apresentadas no segundo capítulo.

Para finalizar, elaboro uma síntese sobre o acolhimento, buscando olhar para o todo e para frente, para encontrar na própria produção das práticas de saúde algumas linhas de fuga, as potencialidades de novos trabalhos.

2 - O RECORTE DO OBJETO DE INVESTIGAÇÃO

2.1 - Explorando uma temática para investigação: o acolhimento

A construção desta investigação teve início na vivência prática do trabalho quotidiano em unidades da rede básica de saúde de Ribeirão Preto, onde foi se conformando um questionamento que se transformou nesta investigação relativa à forma como vem se dando o atendimento, especialmente a relação trabalhador/usuário na recepção, levando-me à temática acolhimento.

O processo de municipalização tem representado um avanço importante na ampliação da oferta de serviços de saúde da rede pública, com os municípios assumindo diretamente a assistência à saúde individual e coletiva de sua população, apresentando maior densidade tecnológica (equipamentos, conhecimentos) no atendimento ambulatorial das unidades da rede básica, incorporando algumas tecnologias, antes presentes apenas no âmbito hospitalar. Ademais, há a incorporação de novos trabalhadores, diversificando o perfil das equipes de saúde e “em tese” possibilitando a constituição de um trabalho multidisciplinar e interdisciplinar.

A municipalização possibilita aos municípios autonomia para gerir seu sistema de saúde, porém, o que se observa é a redução do problema saúde-doença a uma questão de organização racional (custo/produtividade) das ações médicas, transformando a rede básica numa verdadeira triadora de problemas

de saúde (MERHY & QUEIROZ, 1993), onde ainda se constata "*uma nítida separação, um claro distanciamento, entre profissionais e os pacientes, entre as equipes e a comunidade, entre os trabalhadores e seus meios de trabalho"* (CAMPOS, 1994, p.42).

Este quadro aponta a situação crítica do processo de trabalho dos serviços de saúde, até mesmo daqueles municípios com maior autonomia de gestão de seus serviços. Tais processos precisam ser *"reorganizado(s) tomando como substrato as necessidades da população, seu sofrimento e doença, pautado pela efetiva eficácia das ações de saúde na defesa da vida dos usuários individuais e coletivos"* (BUENO & MERHY, 1998, p. 2); neste sentido, a forma de tratamento dado ao usuário parece ser importante para favorecer esta reorganização dos serviços de saúde.

À partir do movimento de implantação do SUS, vivencia-se, sem dúvida, uma melhora do acesso com a ampliação da oferta de serviços, contudo, somente isto não basta, é essencial a eficácia de suas ações, ou seja, a capacidade destas resolverem os problemas de saúde, buscando criar formas alternativas de solução, conforme a necessidade. A descoberta dos verdadeiros problemas e possíveis soluções inicia-se pela abertura com que se colocam trabalhadores e serviços para reconhecer o usuário e acolhê-lo, assim como se apresenta.

MERHY (1994), aponta a sensação de insegurança e a fragilidade daquele que necessita de qualquer serviço de saúde, pela dificuldade de fazer o outro, o trabalhador ou serviço de saúde, compreender a natureza de seu problema, tendo que se submeter a um processo de produção de saúde (ou de doença), do qual espera um determinado tipo de resposta, ignorando quais caminhos percorrer e quais os resultados obtidos. Esta situação não é privilégio

daqueles que se utilizam do serviço público, tal insegurança e incerteza são também para aqueles que podem pagar e se utilizam de serviços privados.

Uma das razões para tal situação é decorrente da própria natureza dos serviços de saúde, que lidam com um bem de características específicas, pois a saúde é inerente à vida, à doença e à morte, não sendo um bem passível de troca; condiciona o consumo de outros bens e serviços; os indivíduos não decidem, quando desejam consumir os serviços; o consumidor desconhece seu problema de saúde e a eficácia do serviço em resolvê-lo, delegando a um profissional a responsabilidade de agir por ele; a utilização desses serviços produz vantagem não só para o consumidor, mas também para a sociedade no seu conjunto (MENDES, 1994).

MERHY (1994), refere que este problema está relacionado também à forma de organização dos serviços de saúde no país, com o modelo de atenção. Aponta como predominante tanto nas instituições públicas quanto nas privadas o modelo liberal-privatista (CAMPOS, 1989), que conserva dentre suas características, o usuário — individual ou coletivo — como um objeto com problemas de saúde, identificados pelos saberes da clínica[1] e/ou da epidemiologia, organizados de acordo com o modelo assistencial vigente. Suas necessidades serão identificadas pelos trabalhadores de saúde, tendo no médico a figura central.

> *"O modelo liberal-privatista tem sido responsável pela construção de uma determinada postura dos trabalhadores de saúde, capitaneados pelo estilo médico-centrado, que procura tratar o usuário, ou*

[1] Clínica aqui se refere ao conjunto estruturado de conhecimentos para intervenção terapêutica da ciência médica.

> *qualquer outro — inclusive os próprios trabalhadores entre si — de maneira impessoal, objetivisante e descompromissada"* (MERHY, 1994, p. 118).

No quotidiano concretizam-se as relações que caracterizam o trabalho em saúde e cristalizam suas práticas, isto é, transformam o atendimento em um ato. O encontro entre o trabalhador e o usuário traz à tona as necessidades do usuário que procurou o serviço de saúde, as necessidades do profissional que o atende, estando mediadas pelas diferentes formas de organização dos serviços de saúde. Olhar para o acolhimento significa olhar para este encontro, para a relação que se estabelece, em que circunstância, em que local, qual sua finalidade e resultados, ou seja, olhar para os fatos do quotidiano, buscando identificar os constituintes do acolhimento, como ocorre, como são utilizados os recursos tecnológicos existentes, para que servem as ações executadas pelos trabalhadores de saúde e a quem favorecem.

Neste estudo, ao compreender o trabalho em saúde como processo, tem-se como pressuposto que o acolhimento também é um processo, não se restringindo ao espaço físico do setor de recepção da unidade de saúde ou como de responsabilidade somente daquele que trabalha na recepção; diz respeito a toda situação de atendimento, a partir da entrada do usuário no sistema, podendo ser praticado por todos os trabalhadores de saúde, seja no desenvolvimento de práticas individuais ou coletivas.

A produção escrita sobre o acolhimento é pequena, trata-se de uma temática que necessita ser mais explorada. Dentre as referências relacionadas

ao tema encontram-se perspectivas como a religiosa, psiquiátrica e da organização e panejamento de serviços de saúde

Uma dessas abordagens encontradas sobre o acolhimento é a religiosa. Nesta, sob o ponto de vista da igreja católica (GASQUES, 1996), o acolhimento tem origem nas palavras de Jesus. Acolher aparece como sinônimo de buscar, acolher os excluídos, vencer obstáculos, despertar a necessidade de mudança de vida, de transformação profunda, a partir dos valores, entender o significado da vida. O autor destaca a necessidade de humanização dos grandes centros urbanos. Vê o acolhimento como estratégia para equacionar este problema. Enfatiza a importância de pequenos detalhes, desde o modo de cumprimentar as pessoas, seus gestos, como falar, e outros como o amor ao próximo, o relacionamento harmônico, confiança, considerando principalmente as pessoas com as quais se relacionam, suas circunstâncias e sua realidade. GASQUES (1996), mostra a amplitude desta temática quando afirma: "*É provável que o acolhimento deve envolver muitas outras questões que o nosso limite humano não pode alcançar nesse momento*" (GASQUES, 1996, p. 77).

Esta concepção religiosa traz elementos importantes para se pensar o acolhimento, sobretudo no que se refere à valorização do humano, e a assunção de uma postura mais solidária e respeitosa para com o outro.

No Novo Dicionário Aurélio a palavra

> "ACOLHIMENTO é o *ato ou efeito de acolher; recepção. Atenção, consideração. Refúgio, abrigo, agasalho*. ACOLHER, significa *dar acolhida ou agasalho a. Dar acolhida a; receber. Atender; receber. Dar crédito a, dar ouvidos a. Admitir, aceitar. Tomar em consideração; atender a. Abrigar, agasalhar. Agasalhar-se, hospedar-se. Abrigar-se, recolher-se. Refugiar-se; amparar-se"* (FERREIRA, s/d, p.27).

A tradução de acolhimento, enquanto recepção, pode nos levar a pensar em ato, mas o atendimento não se limita ao ato de receber e nem a um setor, a recepção da unidade de saúde, mas em uma seqüência de atos e modos que compõem o processo de trabalho em saúde, como já foi evidenciado no primeiro pressuposto deste estudo. As palavras atenção e consideração nos remetem que o acolhimento pode estar sempre presente, quando se deseja um atendimento mais humanizado, lembrando que no trabalho em saúde temos "gente que cuida de gente".

O significado do verbo acolher dá uma certa idéia da ação do acolhimento, ou seja, atender, receber dando crédito àquilo que o outro traz, ouvindo-o e considerando sua queixa como algo digno de atenção. A tradução abrigar, hospedar-se, amparar-se, recolher-se demonstra que o processo de acolhimento implica em trazer o outro para dentro de si mesmo, trazê-lo para dentro de sua casa, como na abordagem religiosa ou da unidade de saúde, implicando em *relações de aproximação das pessoas*.

NASCENTES (1981), em seu Dicionário de Sinônimos faz distinção entre "acolhida" e "acolhimento", sendo o primeiro o ato de acolher e o segundo o modo de acolher.

Esta distinção parece interessante uma vez que acolhida como ato é algo já definido, digamos algo duro; e acolhimento como modo, apresenta um aspecto mais flexível, em processo. BAREMBLITT (1996), explanando sobre o instituído e o instituinte, coloca o primeiro como efeito das atividades do segundo, algo estático, definido, o segundo, o instituinte, como aquele que vai

se dando, transmite uma característica dinâmica, um processo que pode ser criativo, transformador, revolucionário.

Por outro lado, esta distinção pode parecer contraditória, uma vez que ato e modo se complementam, não sendo passíveis de separação. O acolhimento em si implica em um ato produzido no momento do atendimento, e ao mesmo tempo far-se-á em um modo específico de realizá-lo.

Na perspectiva da organização e planejamento de serviços de saúde, autores como MERHY *et al.* (1991,1997); CAMPOS (1994) e MERHY (1994, 1996, 1997a, 1997b), têm buscado olhar para o acolhimento como parte do processo de trabalho em saúde, com vistas a um projeto em defesa da vida, distinguindo, de certa forma, ato e modo, com ênfase neste último, na dinâmica do atendimento, naquilo que pode ser criativo, como um dispositivo analisador e de mudança.

Nesta abordagem, o acolhimento, enquanto um processo, resultado de práticas de saúde, constitui-se um conjunto de atos executados de modos distintos, lembrando que em tais práticas os sujeitos que as executam se determinam e são determinados histórica e socialmente no contexto das políticas sociais do país.

Para CAMPOS (1994), a noção de acolhida tem dupla perspectiva: a abertura dos serviços públicos para a demanda, isto é, o *acesso* de pacientes ao atendimento e a de *responsabilizar-se* por todos os problemas de uma região e, nesse sentido, apresentar *plasticidade*. A utilização dos conceitos de acesso, responsabilizar-se e plasticidade que o autor relaciona à noção de acolhida parecem importantes para o estudo do acolhimento do usuário dentro de uma unidade da rede básica de saúde.

Na primeira perspectiva, o aspecto explorado é o acesso, mais relacionado ao ato de acolhida, uma vez que diz respeito à existência de serviços públicos ao alcance da população.

O acesso é também uma abordagem possível para o acolhimento, como referem os autores UNGLERT (1986, 1990); UNGLERT *et al.* (1987) e FEKETE (1995) que estudam esta temática. Estes estudiosos também fazem a distinção acima discutida e alertam para a abrangência do conceito que vai muito além de seu aspecto geográfico, atribuindo uma distinção entre acesso e *acessibilidade*.

UNGLERT (1990), afirma que a questão do acesso à saúde envolve aspectos que extrapolam a assistência; a

> "*acessibilidade deve ser garantida do ponto de vista: geográfico, através do adequado planejamento da localização dos serviços de saúde; econômico, pela remoção de barreiras derivadas do sistema de pagamento ou contribuição pelo usuário; cultural, com a adequação das normas e técnicas dos serviços aos hábitos e costumes da população em que se inserem; e funcional, através de oferta de serviços oportunos e adequados às necessidades da população"* (UNGLERT, 1990, p.445).

FEKETE (1995), coloca o estudo da acessibilidade como eixo de análise na avaliação dos serviços de saúde pois permite "*apreender a relação existente entre as necessidades e aspirações da população em termos de 'ações de saúde', e a oferta de recursos para satisfazê-las*." (FEKETE, 1995, p.179).

Na perspectiva do acolhimento aqui em estudo, parece ser a acessibilidade mais coerente com a abrangência que se quer adotar; acolher

não se limita ao ato de acessar geograficamente uma unidade de saúde, mas incluem-se aí uma gama de aspectos presentes na vida quotidiana.

Quanto à segunda perspectiva apontada por CAMPOS (1994) em relação à noção de acolhida, a de responsabilizar-se pelos problemas de uma região e apresentar plasticidade aponta a potencialidade do modo de acolher, isto é, do acolhimento ser capaz de desencadear a criação de formas alternativas à resolução dos problemas.

A noção de responsabilizar-se está inerente à noção de *vínculo* originária da prática clínica liberal, da relação médico-paciente, em que se busca estabelecer uma ligação um pouco mais estável e duradoura entre trabalhador e usuário (CAMPOS, 1994), implicando em um processo de mútua representação interna (PICHON-RIVIÈRE, 1995), de relações entre pessoas. O vínculo não se estabeleceria exclusivamente com um trabalhador, mas com uma dada equipe, em um certo serviço, ao mesmo tempo buscar-se-ia deixar claramente caracterizado quem seria responsável por cada tarefa (CAMPOS, 1994).

Outro aspecto a destacar é que a noção de responsabilizar-se reinterpreta o sentido do *contrato* embutido no conceito de vínculo, um certo contrato em que se explicita certo projeto terapêutico que se quer trabalhar, um "*contrato de cuidados, de direitos e deveres do paciente/família e da equipe de saúde"* (CAMPOS, 1994, p.63), considerando os elementos técnicos, o acesso, o intercâmbio possível usuário/serviço e o potencial de produção destes.

De certa forma, o conceito de responsabilizar-se desencadeia uma revisão crítica dos princípios do SUS. MERHY (1996), neste sentido, demonstra as diferentes e violentas formas de desrespeito ao direito à saúde, tanto pelos serviços privados como pelos públicos, desresponsabilizando-se dos problemas

e do fazer saúde. Estes últimos fazem-no de forma velada, utilizando, muitas vezes, a própria questão técnica para isto, como a negação do acesso aos que "não pertencem à área da unidade".

Em relação ao conceito de plasticidade, CAMPOS (1994) define-o como

> "*capacidade de mudança, de adaptação de técnicas e de múltiplas combinações de atividades, objetivando sempre dar conta da variedade dos* problemas *de saúde, da inconstância dos recursos disponíveis e ainda do entrelaçamento da saúde com aspectos sócio-econômico e culturais*" (CAMPOS, 1994, p.63).

A plasticidade, no quotidiano, pode ser traduzida pelas práticas que buscam as possibilidades de colocar os serviços de saúde a serviço da população usuária, desvendando novos caminhos para o processo de trabalho em saúde que levem os envolvidos, trabalhadores e usuários, a uma vida mais autônoma, aprendendo a lidar com as limitações de cada momento, desvinculando-se das normatizações e regras estabelecidas para o funcionamento do sistema.

Outra abordagem do acolhimento diz respeito à *humanização* do atendimento. Além da humanização, presente na abordagem religiosa, encontrei que para MERHY (1994, p.138) uma das traduções de acolhimento "*é a relação humanizada, acolhedora, que os trabalhadores e o serviço, como um todo, têm que estabelecer com os diferentes tipos de usuários que a eles aportam*."

A humanização aqui referida diz respeito ao resgate do *humano* no trabalho, uma vez que é através do trabalho que o homem busca satisfazer suas necessidades; *"as necessidades aparecem como aquilo que precisa*

'necessariamente' ser satisfeito para que esse ser continue sendo um ser" (MENDES GONÇALVES, 1992, p.19).

Na área psiquiátrica, PITTA *et al.* (1995) preocupa-se com o acolhimento dos usuários e seus acompanhantes, dizendo que para acolher de modo humanizado, deve-se preservar as características dos procedimentos de acolhida: cortesia, afabilidade, discrição, solidariedade e atenção.

Outro enfoque do acolhimento, dentro desta área, é dado por MIRANDA & MIRANDA (1996), como constituinte das relações humanas em geral e das relações de ajuda em particular. Acolher é abrir as portas da percepção, abrir-se para ajudar o outro, chamando-o pelo nome, cumprimentando-o, enfatizando sua individualidade e sua importância, nutrindo-o fisicamente, com um copo de água ou café, o que pode simbolicamente, nutri-lo emocionalmente.

Assim, humanização é entendida aqui como o resgate do homem no processo de trabalho em saúde; o trabalho humanizado é percebido como necessário ao desenvolvimento da essência humana.

Neste sentido, o segundo pressuposto concerne ao acolhimento, implica no estabelecimento de relações de aproximação entre pessoas de modo humanizado.

Na saúde o acolhimento tem sido proposto como um certo dispositivo de mudança[2], tendo em vista a autonomia[3] do homem, isto é, como uma ferramenta capaz de *"instrumentalizar o conjunto de trabalhadores, como gestores efetivos do processo de trabalho"*, bem como analisar *"(...) 'o como' se trabalha, (...) 'o quê' este modo de trabalhar está produzindo, (...) e o 'para quê'*

[2] Este trabalho vem sendo desenvolvido pelo LAPA - Laboratório de Planejamento e Administração da UNICAMP, um grupo que atua junto a diferentes instituições públicas de saúde, conduzindo processos de mudança e reorganização dos serviços, estabelecendo uma ponte entre a produção teórica e as práticas do quotidiano do trabalho em saúde. Emerson Elias Merhy, Gastão Wagner de Sousa Campos, Luis Carlos de Oliveira Cecílio são alguns de seus pesquisadores.

se está trabalhando" (MERHY, 1996, p. 25), na perspectiva da produção de intervenções frente à necessidade de mudanças para o setor saúde, dando ênfase ao lado humano deste trabalho. Ademais, é relevante este movimento constante de revisão das regras e normas estabelecidas, em confronto com a realidade atual no processo de trabalho em saúde.

O acolhimento resgata também alguns aspectos das abordagens apresentadas como a solidariedade, a humanização, o respeito para com o outro, o estabelecimento de vínculo nas relações entre os envolvidos, o acesso aos serviços considerando-se a acessibilidade, a organização dos serviços, enfatizando a necessidade de responsabilizar-se pelos problemas de uma dada população e ter coragem de arriscar novos caminhos na busca de plasticidade.

O acesso aos serviços é uma primeira etapa, caso seja possível dividir o atendimento em etapas, a ser vencida pelo usuário, quando parte em busca da satisfação de uma necessidade ou da resolução de um problema, entendido como da esfera do serviço de saúde. As questões relacionadas a esta etapa seriam: se há serviço disponível, a que distância, para qual tipo de assistência está organizado, qual tipo de usuário este serviço identifica como seu objeto de trabalho, de quais recursos dispõe, qual o preparo técnico de seus profissionais, de que forma têm se responsabilizado pelos problemas da população, a quem deve prestar serviço.

Ultrapassada esta etapa, o usuário se depara com a disputa de interesses no momento do atendimento. Este enfrentamento se dará através dos encontros com os trabalhadores, percepção do outro, identificação de necessidades, busca pelo estabelecimento de vínculos, tendo como finalidade o

---

[3]Autonomia está sendo usado como a "*capacidade dos indivíduos e das comunidades de lidarem com essas* (suas) *dificuldades, eliminando-as ou recebendo apoio para reduzir seus efeitos maléficos."* (CAMPOS,

desenvolvimento da autonomia do usuário em relação a sua saúde. O acolhimento resultará destas relações que serão estabelecidas neste processo de atendimento.

Após estas considerações, o terceiro pressuposto que se conforma é que a efetivação do acolhimento relaciona-se à utilização dos recursos disponíveis que se adequem e concorram para a resolução dos problemas dos usuários.

Assim, qualquer que seja a definição de acolhimento, é preciso ter bem delimitado *quem são as pessoas envolvidas*, em que situação se encontram; *qual é o problema* de saúde, como se apresenta e como é tomado como objeto das ações de saúde, *qual é o conceito de saúde/doença* que está por trás deste problema e de que ponto de vista (do usuário, do trabalhador, ou de qualquer ator[4] interessado). Importa conhecer também quais os caminhos possíveis de intervenção, olhando para as práticas, para que servem, como estão organizadas, e ainda, como determinado grupo social faz com que seus projetos e interesses se transformem em problemas de saúde.

Os pontos acima têm como referência a discussão feita por MERHY *et al.* (1991) em relação aos modelos assistenciais[5]. Segundo este autor, os modelos expressam um projeto de política e se apoiam em dimensões assistencial e tecnológica (saber tecnológico[6]), denominando-os como tecno-

---

1994, p. 50).

[4]O conceito de ator aqui referido têm base na produção de MATUS (1993). Ator social é o sujeito da ação social, aquele, individual ou coletivamente, que têm um projeto e uma intencionalidade, e o coloca em produção, criando fatos sociais, constituindo-se um ator em uma dada situação.

[5]Modelos assistenciais é utilizado aqui tanto em sua definição relacionada à organização da produção de serviços de saúde a partir de um determinado conjunto de saberes (Modelo clínico ou epidemiológico, Modelos hospitalocêntricos ou redebasicocêntricos), como aquela de projetos de política social para área de saúde, com ações sociais específicas, como estratégia política de determinados agrupamentos sociais (MERHY *et al.,* 1991).

[6] O termo tecnológico está aqui empregado no sentido usado por MENDES GONÇALVES (1994), como um instrumental de domínio do especialista contido em sua formação, e não somente enquanto equipamentos externos a ele.

assistenciais. O modelo deve ser capaz de descrever explicitamente qual é o problema de saúde, o que implica em uma dada compreensão do processo saúde/doença; quais são suas práticas, para que servem e como devem ser organizadas, enquanto serviços de saúde; além de tornar expresso quem são os seus trabalhadores e os seus usuários.

No atendimento, ao olhar para o processo de acolhimento, é fundamental investigar *qual é o problema* tomado como objeto de trabalho pelos envolvidos, o usuário e o trabalhador, bem como estar atento à forma como o problema se apresenta. Este talvez seja o motivo de procura pelo serviço de saúde referido pelo usuário; ou aquele identificado pelo trabalhador, ou ainda o eleito pela instituição, sobre o qual organiza suas ações de saúde.

Qualquer que seja o problema eleito, este terá uma relação direta com a concepção de saúde/doença tomada e com a organização (dos serviços) que o definiu como objeto de trabalho. Esta concepção orientará a direção a ser dada às práticas de saúde e ao acolhimento, se um fim em si mesmo, se um veículo de autonomia para usuários e trabalhadores lidarem com as dificuldades que se apresentam no transcorrer de suas vidas, ou qualquer direção entre estes dois extremos.

É importante apreender também como os problemas se configuram no quotidiano dos serviços de saúde; isto é, como os usuários, individuais ou coletivos, manifestam seus problemas, seja na forma de demanda por atendimentos médicos, solicitação por medicamentos, curativos e outras; ou ainda, através de críticas aos serviços públicos; poliqueixas, agrado ao trabalhador de saúde com “presentinhos” e pedidos de informação. Esta forma pode ser resultado de representações decorrentes de encontros anteriores entre usuário, trabalhador e serviço, que de certa forma influenciará sobre como

será acolhido no momento atual, pois estamos falando da interação usuários e agentes dos serviços que defendem a satisfação de suas necessidades e propósitos.

Outra dimensão básica é a definição dos caminhos de atuação possíveis para interferir sobre o problema, que podem ser recursos humanos, tecnológicos e/ou institucionais. O usuário utilizará de seus próprios recursos para buscar o que entende ser o serviço capaz de realizar, criando uma expectativa quanto a esta intervenção; da mesma forma, do lado do trabalhador esta intervenção provavelmente deverá ser elaborada a partir da apreensão do problema apresentado, valendo-se de seus próprios conhecimentos tecnológicos, das normatizações instituídas, dos recursos tecnológicos disponíveis. Disto resulta a realização de uma atividade, composta pela objetividade e subjetividade, a avaliação objetiva das condições do meio *versus* a avaliação das estruturas objetivas do campo dos possíveis, a subjetividade (MENDES GONÇALVES, 1994), ou seja, o julgamento elaborado tanto pelo trabalhador quanto pelo usuário, do que é possível realizar, acreditando na invenção, na realização do desejo, considerando o que é concreto e real.

Em relação ao serviço, estes caminhos possíveis de intervenção podem já estar estabelecidos, quando este define seu modelo de assistência, prevê que tipo de problema estará preparado para atender, quem são seus agentes e usuários e qual direção será dada ao atendimento.

No estudo do acolhimento, devemos pensar nos serviços de saúde, em *porquê* acolher, *para quê* acolher, e *como* acolher. O *porquê* diz respeito ao motivo, à razão do acolhimento, que está relacionada à concepção de homem e de saúde/doença que norteia o trabalho, o estabelecimento de saúde e a adotada pelo trabalhador individualmente que executa a ação propriamente

dita. Em outras palavras, o acolhimento explicita, de certa forma, como se efetiva a implantação do SUS e como os envolvidos no atendimento se posicionam frente ao lema “Saúde como direito de todos e de cidadania”, através dos princípios de universalidade, equidade, integralidade e acesso.

O *para quê* acolher diz respeito à finalidade dada ao trabalho, seja ela como um dispositivo de mudança em busca da autonomia do homem e de uma vida mais saudável, ou simplesmente para manutenção da ordem presente. O *como* acolher é o modo como se efetiva o acolhimento nos serviços de saúde, mais técnico, mais humano, mais solidário, e outras tantas possibilidades criadas nas relações entre os homens na vida quotidiana.

Estas respostas serão diferentes para cada um dos envolvidos e serão dadas durante o processo de produção do trabalho em saúde, quando entram em disputa, com toda sua objetividade e subjetividade, em meio aos recursos disponíveis tanto deles próprios como os do estabelecimento, dentro de um contexto. Observa-se, através dos produtos deste processo, a plasticidade possível dada ao atendimento, segundo o enfoque proposto por CAMPOS (1994).

Outra dimensão busca entender como um determinado grupo social faz com que seus projetos, interesses e necessidades se transformem em problemas que merecem ser acolhidos como objeto de trabalho pelo serviço de saúde. Neste sentido, no momento do atendimento, a disputa se dará entre atores, os usuários organizados, trabalhadores e instituição, e configurará um certo modelo assistencial através das ações executadas no quotidiano. Estas últimas apontarão a existência, ou não, de formas de acolhimento características do modelo em construção. Por sua vez, o acolhimento apresentar-se-á coerente com os propósitos dos atores, que muitas vezes não estarão explicitados publicamente.

No quotidiano, as situações não necessariamente se constituem nesta forma de relações entre atores sociais. As pessoas apresentar-se-ão como indivíduos que são, em busca de satisfazer suas necessidades, sem as articulações que as façam representantes de grupos de interesses, em defesa de um projeto que venha a se tornar público. Por este motivo esta dimensão não será objeto deste estudo.

Tendo em vista a diversidade de interesses, situações e concepções que darão forma aos modelos tecno-assistenciais, há conseqüentemente uma variedade de práticas que os caracterizam. Assim, o quarto pressuposto deste estudo é que o acolhimento pode apresentar-se de formas diferentes, segundo as práticas de cada modelo assistencial.

Para melhor apreensão do acolhimento, enquanto objeto de investigação, foi realizado também uma aproximação ao campo, através de um exercício de observação livre[7] (TRIVIÑOS, 1994). Os aspectos metodológicos serão apresentados em discussão específica. Neste momento apontarei os elementos que foram identificados e se destacaram como aspectos relacionados ao acolhimento.

Estes apresentaram-se na mesma direção das dimensões presentes no modelo tecno-assistencial traduzidas por MERHY *et al.* (1991), isto é, os envolvidos no processo, no caso, os usuários e os trabalhadores, as pessoas que efetivamente concretizaram as ações observadas. Em se tratando de pessoas, homens em relação no mundo, estes assim se apresentaram e mostraram como agiam e reagiam em dadas circunstâncias.

---

[7]Observação livre é aquela não padronizada, que busca satisfazer as necessidades da pesquisa qualitativa, destacando *"a relevância do sujeito, neste caso, da prática manifesta do mesmo e ausência total ou parcial, de estabelecimento de pré-categorias para compreender o fenômeno que se observa. A categorização será*

Outro elemento que se destacou, nesta primeira exploração do campo, foi o que denominei de organização e dinâmica do trabalho, onde estavam incluídas as normas e regras do sistema e do estabelecimento de saúde, como a regionalização, a hierarquização, os critérios de priorização dos atendimentos e a forma com que se organiza o processo de trabalho, sua divisão, a fragmentação desta, resultando em um trabalho mecânico, na valorização de coisas em detrimento da humanização, afastando o homem de seu objeto de trabalho. Nesta dinâmica busquei identificar como se fez uso dos elementos citados, detectando-se a influência de aspectos subjetivos sobre o atendimento e sobre as possibilidades de solução dos problemas. Através da organização e dinâmica do trabalho, ficaram evidentes também as relações de poder existentes no processo de trabalho em saúde e como os agentes faziam uso destas.

Outros elementos como o espaço físico destinado ao atendimento e às formas de comunicação estabelecidas pareceram favorecer ou dificultar o acolhimento.

2.2 - Da perspectiva do estudo

A aproximação ao campo, nesta fase exploratória, somada à discussão teórica, iniciada na apresentação da temática, levaram às reflexões que apontavam as várias alternativas de investigação do acolhimento, apresentando mais claramente os elementos relacionados a ele.

O acolhimento pode estar relacionado aos diferentes modelos de assistência oferecidos à população; tem relação direta com a concepção de

---

um processo que se realizará posteriormente no processo de análise do material coletado" (TRIVIÑOS, 1994, p.154).

saúde/doença que embasa as práticas; está relacionado também às diferentes expectativas dos usuários, dos profissionais e da própria instituição referente aos propósitos do serviço de saúde; apresenta ainda implicações sobre o âmbito cultural da comunidade em que se insere o serviço de saúde (forma como procura o serviço, eleição do problema de saúde e outros).

A dinâmica do trabalho mostra a importância da influência dos aspectos subjetivos, quando se olha para o acolhimento, assim como o interesse e motivação dos trabalhadores de saúde em responsabilizar-se pela resolutividade do atendimento que realizam.

Outro aspecto levantado diz respeito à necessidade de resgate da humanização do atendimento, uma vez que a forma de uso das normas e das coisas denotam certa valorização destas em detrimento das necessidades humanas. O atendimento ao qual a população é submetida não parece coerente com a proposta preconizada pelo SUS, de saúde como direito do cidadão, como resgate do homem autônomo, livre para fazer suas escolhas na vida quotidiana.

> *"O acolhimento na saúde, como produto da relação trabalhadores de saúde e usuários, vai além da 'recepção, atenção, consideração, refúgio, abrigo, agasalho', do conceito do Aurélio. Passa pela subjetividade, pela escuta das necessidades do sujeito, passa pelo processo de reconhecimento de responsabilização entre serviços e usuários, e abre o começo da construção do vínculo. Componentes fundamentais para um re-inventar a qualidade da assistência"* (BUENO & MERHY, 1998, p. 3).

2.2.1 - Destacando os pressupostos

Os pressupostos aqui destacados foram apresentados à medida em que foi sendo delimitado o acolhimento como um problema de investigação, porém faço seu agrupamento para melhor explicitá-los.

- O acolhimento constitui um processo que não se restringe ao espaço físico do setor de recepção da unidade de saúde ou como de responsabilidade somente daquele que trabalha nesta recepção; diz respeito a toda situação de atendimento praticado pelos trabalhadores de saúde.
- O acolhimento implica no estabelecimento de relações de aproximação entre as pessoas de modo humanizado, na perspectiva do desenvolvimento de autonomia.
- A efetivação do acolhimento está relacionada à utilização dos recursos disponíveis que se adequarem e concorrerem para a resolução dos problemas dos usuários.
- Há um estreito elo entre o acolhimento e a conformação de um dado modelo assistencial.

2.2.2 - Justificando o recorte selecionado

A escolha está pautada na importância dos aspectos identificados através da observação, na primeira aproximação ao campo (organização e dinâmica do trabalho em saúde, tratamento dado aos usuários, no que diz respeito ao relacionamento trabalhadores e usuários, priorização das atividades a serem oferecidas, aspectos relacionados à comunicação entre os mesmos, dinâmica do uso do espaço físico), principalmente no atendimento em saúde,

onde a fragilidade do usuário em obter o que necessita é grande, e sua capacidade de organização, para transformar seu problema em objeto de atenção dos serviços de saúde ainda é incipiente.

O alicerce do trabalho em saúde é a prestação de serviços e seus agentes, os trabalhadores. Como tal, é de extrema importância considerar as características dos sujeitos sociais que formulam, portam e constróem o projeto de assistência à saúde (MERHY, 1992a).

Desta forma, a questão dos recursos humanos revela-se como uma das chaves, tanto para promover a elevação do padrão de qualidade da assistência prestada, quanto para a implantação efetiva dos princípios do SUS.

CAMPOS (1989), assinala que o processo de Reforma Sanitária criou novas necessidades de investigação e práticas na área de recursos humanos, em virtude da possibilidade da operacionalização de novos modelos de assistência médico-sanitária.

A busca de conhecimentos que levem à compreensão desses processos e questões é imprescindível, bem como o desenvolvimento de práticas que promovam e respeitem a cidadania através de serviços voltados para a saúde individual e coletiva.

A conscientização dos trabalhadores de seu papel como agentes de saúde, e não como meros “robôs” isentos de responsabilidade pelo funcionamento do sistema de saúde, mostra-se essencial.

Assim, os trabalhadores de saúde não podem ser considerados apenas como insumo “*passível de ser administrado e planejado como qualquer outro fator de produção*” (CAMPOS, 1989, p.47). Outrossim, cabe-lhes características próprias que os distinguem de outros insumos, uma vez que têm como característica a capacidade de atuar socialmente em diferentes e várias

ocasiões. A gerência desses agentes não obedece à lógica de outros fatores de produção.

> "*Aqui, interferem a ação ou* reação*, individual ou coletiva, de sujeitos dotados de uma determinada ideologia, de interesses próprios, de capacidade de ação individual e, eventualmente, até mesmo de adesão e de defesa de determinadas políticas de saúde*"(CAMPOS, 1989, p.48).

Em relação à crise atual CAMPOS (1994, p. 29) diz:

> "... *hoje, próximo ao ano 2000, mais do que nunca há necessidade de nos metermos em uma empreitada filosófica, teórica e prática, que procurasse responder a esses desafios de maneira inovadora. Como recuperar a vontade dos indivíduos, grupos e coletividades, de maneira a compor-se uma massa crítica apta a construir projetos novos. Projetos críticos e alternativos ao senso comum, ao niilismo e à mixórdia neoliberal, as três modalidades de discurso atualmente dominantes*"

Parece essencial a recuperação da vontade das pessoas, transformando-as de "insumos" do planejamento, em "sujeitos" da ação, que governam criticamente em busca de autonomia, liberdade e felicidade. Assim sendo, a necessidade de saúde deve ser dirigida para a melhoria da qualidade de vida das pessoas, respeitando suas individualidades dentro do contexto sócio-histórico. Isto pode ser obtido através de exercícios na direção do resgate da humanização, do interesse e valorização dos indivíduos, trabalhando formas de organização de serviços que devolvam e desenvolvam a autonomia de

pessoas, atribuindo-lhes responsabilidades claramente definidas, através de um movimento em que “a*s transformações só se dão no conjunto de práticas do processo de trabalho, que são dinâmicas e contraditórias*” (ALMEIDA, 1991).

2.3 - Objetivos do estudo

Assim proponho-me a fazer um estudo de caso tendo como objetivos:

- Identificar e analisar os aspectos que compõem *o acolhimento* no Centro de Saúde Escola de Ribeirão Preto à partir do atendimento do usuário.
- Identificar e analisar como os profissionais de saúde efetuam *o acolhimento* e como compreendem seus componentes no processo de trabalho.

3 - O SUPORTE TEÓRICO E O PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 - O trabalho em saúde e sua micropolítica

Tomando por referência um dos autores que estuda a temática do trabalho em saúde, mais especificamente, a produção teórica de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, entendo o trabalho em saúde enquanto um processo determinado histórico, social, econômico e politicamente, como parte de um contexto, em que suas contradições apresentam-se através de movimentos de avanços e retrocessos na prática quotidiana.

É neste processo de produção social em que se podem observar as particularidades e complexidades do trabalho em saúde.

O trabalho em saúde produz homens em relação com outros homens e com a natureza, como um outro trabalho, mas de forma específica, em um dado processo sócio-histórico (MENDES GONÇALVES, 1992). Lida com homens (seus agentes e usuários) cujas necessidades também são constituídas histórica e socialmente.

Sendo o homem, o objeto do processo de trabalho em saúde, é preciso apreendê-lo em seu processo de objetivação do que é saúde/doença, ou seja, enquanto movimento de objetivar suas necessidades de saúde, quando externaliza sua subjetividade em relação ao processo

saúde/doença (MENDES GONÇALVES, 1992). É preciso reconhecer e acolher objetivamente, através de ações de saúde, suas necessidades que são objetivas e subjetivas (necessidade de consulta médica para alívio de dores e sofrimentos, necessidade de atenção dentre outras). Aqui se faz presente a capacidade de criação do homem, trabalhador de saúde, base de um vir-a-ser sócio-histórico em sua própria individualidade.

No movimento de objetivação, quando o homem vai externar o que subjetivamente entende como saúde/doença, é capaz de ser normativo em relação à natureza e a si mesmo, voltado moralmente para um dever-ser, ou seja, define padrões, regras e condutas (gerais). Na saúde por exemplo, estabelecem-se padrões de normalidade, definem-se programas de saúde com formato definido, critérios de priorização de atendimento e outros mais. Esta normatização, no entanto, pode levar à redução dos processos de trabalho àqueles referidos, quase exclusivamente, à doença, à uma prática em que o homem não se reconhece enquanto homem, enquanto produtor de um trabalho e muito menos através do produto de seu próprio trabalho.

Apreender a característica do homem objetivo/subjetivo, enquanto objeto de trabalho, implica em considerar outro aspecto, complementar ao acima, isto é, sua capacidade de produzir-se e re-produzir-se enquanto homem (usuário e trabalhador), nos processos de trabalho em saúde, o que permite discriminar as práticas de saúde, enquanto verdadeiramente humanas (vir-a-ser), abrindo espaços para uma produção em saúde humanizada, acolhedora, em defesa dos princípios do SUS e da cidadania, ou em qualquer outra direção como as que se conformam no setor saúde.

O trabalho em saúde possui especificidades, que não são naturais, são constituídas em processos específicos, na tríplice relação “homem”, “natureza” e “trabalho”, como o saber tecnológico, a hierarquia entre seus agentes, divisão intelectual e manual do trabalho, através dos quais o ser humano, um ser natural com carecimentos e poderes é capaz de produzir-se nos processos de trabalho, reproduzir-se e novamente produzir-se já modificado, em novos processos desencadeados a partir dessa nova constituição.

As necessidades humanas não são quaisquer, *“(...) aparecem como aquilo que precisa “necessariamente” ser satisfeito para que esse ser continue sendo um ser”* (MENDES GONÇALVES, 1992, p.19), em um dado espaço-tempo. Tomando como exemplo as práticas dos xamãs, estas constituíam-se em uma forma de atender necessidades de saúde por meio de rituais, rezas e benzeções, que mediavam as relações entre o homem e a natureza, para debelar o “mal” que determinava restrições na capacidade humana de viver a vida. O xamã era responsável, e assim reconhecido, pela execução deste trabalho que provavelmente apresentava formas variáveis de sociedade para sociedade.

As práticas de saúde atuais lidam com a identificação de necessidades constituídas em processos sócio-históricos, que se expressam de formas variadas, ou seja, solicitação por consultas médicas, curativos, imunização, exames laboratoriais, radiológicos ou outro tipo qualquer de atenção dos trabalhadores de saúde, que podem ou não ser reconhecidas e tomadas como objeto de trabalho. O acolhimento se processa nesta relação

de reconhecimento de necessidades, individuais e/ou coletivas, transformando-as em objeto das ações de saúde.

Nessa perspectiva, elas não se apresentam como necessidades de saúde em geral, devendo ser satisfeitas de forma específica, por profissionais e instrumentais próprios, conforme o estabelecido na sociedade em que se insere.

As práticas de saúde devem estar referidas às "necessidades sociais"[8], comportam uma racionalidade com uma finalidade concreta, um projeto de ação; criam e consolidam um sistema de necessidades, inclusive as de saúde, humanas, individuais, socio-historicamente determinadas, especificamente objetualizadas, moralmente normalizadas.

Neste momento, o SUS constitui-se uma das manifestações de um conjunto de "necessidades sociais" de saúde, que portam um caráter ético-moral, que defende a saúde como direito de todo cidadão, propondo-se a garanti-lo através de seus princípios de acesso, universalidade, eqüidade e integralidade. É dentro deste conjunto de necessidades que se procura apreender os elementos constitutivos do acolhimento ao usuário pelos serviços de saúde e como seus trabalhadores estão vivenciando esta prática.

No quotidiano, o problema da hipertensão arterial fundamenta-se enquanto "necessidade social" (de indivíduos), que tomou a forma de um

[8] As aspas colocadas em "necessidades sociais" são usadas intencionalmente para caracterizar as necessidades sociais como sendo *"sempre necessidades de indivíduos, que como são sempre de indivíduos sócio-historicamente determinados, isto é, que estão em relações sócio-históricas com outros indivíduos, são produzidas por essas relações e para essas relações, sem deixarem nunca de serem individuais"* (MENDES GONÇALVES, 1992, p. 20).

programa de saúde, transformando-se em uma necessidade da sociedade[9]. O trabalhador entretanto vive a antinomia, entre "necessidades sociais"/individuais e necessidades da sociedade, quando não há vaga de consulta médica, para atender a um dado usuário hipertenso, sabendo da necessidade 'em geral' de atendimento dos hipertensos. O mesmo acontece com o usuário em crise hipertensiva no pronto atendimento. Neste caso, não há limite de número de atendimento, mas após a estabilização de seus níveis pressóricos, o trabalhador deve encaminhar o hipertenso para acompanhamento ambulatorial pelo programa de uma das unidades básicas, mesmo sabendo previamente das dificuldades para se conseguir vaga; o usuário novamente não tem outra opção que não voltar ao PA, em uma nova crise hipertensiva até que tenha um problema de maior complexidade. O problema, na maior parte das vezes, é tratado 'em geral' não passando pela subjetividade do indivíduo hipertenso ou do trabalhador com quem interage. Esta antinomia precisa ser superada positivamente,

> *"de modo que o reconhecimento das necessidades como individuais não acarrete sua "subjetivação" em infinitos e relativos "valores" equivalentes, e a paralisia da práxis teleologicamente orientada para a socialidade dos mesmos indivíduos"* (MENDES GONÇALVES, 1992, p. 21).

[9] Necessidade da sociedade é definida como *"a problemática envolvida em opções que, defendidas por um presumível 'interesse geral', passam por cima das necessidades conscientes dos indivíduos e justificam-se, antes e depois, por seus resultados técnicos"* (MENDES GONÇALVES, 1992, p. 21).

No encontro trabalhador/usuário este conflito está presente, caracterizando uma disputa de interesses em que ambos se constituem enquanto homens em relação, em que cada um empenha-se em atingir sua finalidade, seja ela a defesa de um projeto ou a satisfação de uma necessidade qualquer, em dada situação. O resultado dessa disputa, em termos de ações de saúde, será construído na relação, mas é certo que, de alguma forma, tanto trabalhador como usuário, poderão ser modificados no processo e passarão a ter outras necessidades.

Esse encontro é denominado por MERHY (1997) de espaço intercessor[10], em que se opera a produção de ações de saúde na relação trabalhador/usuário, isto é, refere-se ao espaço comum que se produz nessa relação, a interseção partilhada, que passa a existir para ambos em ato, mas que não seria possível sem este momento da relação em processo.

Isso significa dizer que no encontro trabalhador/usuário, na relação produção/consumo, há um processo intercessor, um movimento de criação de intervenções para os problemas de saúde (de indivíduos e/ou de coletivos), à partir da interseção de cada um como instituinte do processo de trabalho em ato, com distintos interesses, desejos e formas de satisfazê-los.

---

[10] No livro Agir em saúde, MERHY (1997b) adota a grafia "*interseçor*" significando *interseção/intervenção*, justificando-se no rodapé da página 87 como buscando ampliar o significado do termo "*intercessor*" utilizado por Gilles Deleuze no livro Conversações (DELEUZE, Gilles. Os intercessores, in *Conversações*. Trad. Peter Pál Pealbart, Rio de Janeiro, Ed 34, 1992, p. 151-168), pois entende que neste livro o termo se restringe à intervenção. Entretanto, opto pela grafia "*intercessor*" como a utilizada pelo próprio Merhy (1996), em versão anterior à publicada no livro Agir em Saúde, e por Deleuze, na produção acima referida, por entender que este último refere-se às intervenções à partir de relações, que "*O fundamental é como se fazer aceitar pelo movimento de uma grande vaga, de uma coluna de ar ascendente, 'chegar entre'(...)"*. Mais ao longo do texto afirma que "*a filosofia, a arte e a ciência entram em relações de ressonância mútua e de relações de troca, mas a cada vez por razões intrínsecas. É em função de sua evolução própria que elas repercutem uma na outra (...) é preciso criar seu próprio movimento* (...) *a criação são os intercessores"* (DELEUZE,1992, p. 156).

A dinâmica dessa estruturação e da organização do trabalho é dada principalmente pelo trabalhador no processo de atendimento, à medida em que toma decisões e desenha um cardápio de intervenções possíveis frente às dificuldades e possibilidades de cada situação. Este processo, denominado por MERHY (1997a, 1997b) de "micropolítica do trabalho vivo em saúde", é operado essencialmente pelas "tecnologias leves", isto é, "*tecnologias de ação mais estratégicas* (que) *se configuram em processos de intervenção em ato"* (MERHY *et al.*, 1997, p.121), cuja essência é a produção de processos intercessores de relações.

A relação trabalhador/usuário representa um processo de intercessão que pode abrir-se para um processo de escuta de problemas, para troca de informações, para mútuo reconhecimento de direitos e deveres e para um processo de decisões que pode ainda viabilizar intervenções (MERHY, 1997a, 1997b). É neste espaço intercessor que as necessidades dos usuários se fazem presentes, das mais diferentes formas, e que estes (usuários e suas necessidades) serão reconhecidos ou não pelos trabalhadores, acolhidos ou não, e tomados enquanto objeto de trabalho, ou seja, neste espaço intercessor há o encontro da objetividade e da subjetividade dos envolvidos no atendimento.

MERHY (1997a, 1997b), afirma que neste processo, cada trabalhador tem uma certa potencialidade para "decidir coisas", ou seja, exerce um certo "autogoverno", detém uma certa autonomia no uso das tecnologias segundo a finalidade de seu trabalho, dominando um certo espaço, com sua sabedoria e experiência prática, intervindo ou não sobre o modo de atuar,

podendo ultrapassar o preconizado pelas normas. Aponta ainda, haver uma variedade de critérios adotados para a tomada de decisões, destacando a importância dos processos de “aceitação” do problema de saúde/necessidade.

Estes processos de intercessão, de autogoverno e decisões, distintos entre si, mas inter-relacionados, tornam-se concretos nas ações de saúde executadas pelo trabalhador, apoiado no aparato institucional disponível e, ao mesmo tempo, dão forma a um dado modelo assistencial.

Os serviços de saúde, segundo NOGUEIRA (1994), definem-se essencialmente por sua “utilidade imediata” (têm um valor de uso) em uma relação externa com o usuário como recuperar, preservar ou melhorar um bem. Os serviços servem também ao usufruto mais pessoal, no sentido de utilidade, envolvendo valores e comportamentos socialmente reconhecidos. Trata-se de formas de serviço que se realizam na esfera do consumo privado, individual ou coletivo.

A forma como os sistemas de saúde apreendem as necessidades de consumo assume contornos distintos e as objetivam em um modo específico. Um deles é como um fim em si mesmo. O alcance de sua finalidade caracteriza-se em uma relação quantitativa abstrata com o consumo de serviços, transformando-se em um fim. A racionalidade que norteia esta apreensão é a quantitativa, que se ajusta ao processo de valorização do capital, reduz as práticas de saúde a práticas homogeneizadas, alienadas e mecânicas. Neste caso, não há preocupação com o acolhimento das necessidades do usuário; segundo a perspectiva

tomada neste estudo, trata-se de um consumo de algo como um “dever ser”, distante do homem que a produz e que o consume.

Outra forma das necessidades serem apreendidas no consumo de serviços de saúde é como meio para o alcance de um certo padrão de qualidade de vida; uma vez que a racionalidade presente nesta escolha conduziria ao desenvolvimento da essência humana, o que possibilitaria práticas emancipatórias (MENDES GONÇALVES, 1995).

O consumo de serviços de saúde é distinto do consumo de qualquer produto industrializado, considerando que os atos de produção e consumo se dão ao mesmo tempo, e seu consumidor busca a transformação útil de cada ato parcial (exames laboratoriais, radiológicos, cirurgias, consultas médicas, e outros) em expectativas que nem sempre são acolhidas e/ou se cumprem. Já o consumo dos produtos industrializados pode ser analisado previamente, por qualquer consumidor através do próprio produto.

O usuário pode optar pelo serviço, médico, hospital, mas não dispõe de informações prévias concernentes ao produto da intercessão com o trabalhador, pois o trabalho em saúde é produzido na mesma medida em que é consumido, dependendo do quanto o trabalhador se sensibilizou face à situação do usuário e da forma como apreendeu sua necessidade naquele momento.

Outra característica da produção de serviços de saúde é que a “mercadoria” produzida só tem utilidade para o indivíduo que desencadeou seu processo de produção; já o produto industrial deve servir aos consumidores em geral, ou a uma parcela deles.

O processo de produção de serviços de saúde caracteriza-se também pela divisão social e técnica do trabalho. A divisão vertical constituiu o médico como trabalhador coletivo, isto é, o trabalho médico é dividido em sua dimensão “mais intelectual” e “mais manual”, sendo este último atribuído a outros profissionais como os enfermeiros. A própria enfermagem também se dividiu da mesma forma, ficando as ações mais intelectuais destinadas aos enfermeiros e as atividades manuais delegadas aos técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem. O trabalho médico coletivo também se dividiu horizontalmente, quando surgiram os médicos especialistas por um lado e por outro a agregação de outros profissionais de áreas complementares como, assistente social, dentista, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, sociólogo e administrador (MENDES GONÇALVES, 1992).

O trabalho em saúde, acima desta divisão, constitui-se em torno da tarefa de prestar assistência ao usuário à partir de suas necessidades e como tal, processa-se em várias etapas para atingir essa finalidade. O acolhimento conforma-se nesse processo de produção, sendo executado por um conjunto de trabalhadores de saúde na busca desse fim.

No entanto, o trabalho em saúde agrupa, sob um mesmo rótulo, trabalhadores de diversas categorias profissionais sem que haja, apesar da denominação única, homogeneidade de agentes, instrumentos e de processos de produção (NOGUEIRA, 1994).

NOGUEIRA (1994), analisou a heterogeneidade desses processos e dos trabalhadores. Identifica que *“alguns desses processos, como os de limpeza, hotelaria e segurança, apesar de conferirem apoio à produção de*

um determinado tipo de serviço, nada têm de muito específico ao setor em que se inserem" (NOGUEIRA 1994, p.82) e aponta a tendência deste tipo de atividade ser repassada para terceiros. O envolvimento destes trabalhadores com o que executam certamente interferirá sobre a forma com que irão relacionar-se com os usuários nos serviços de saúde, não há responsabilidade direta sobre eles e sim com um contrato de trabalho que define claramente a parte que deverão executar no processo.

O autor aponta ainda que há outros tipos de atividades que se utilizam, quase exclusivamente, de tecnologias automatizadoras, de métodos e parâmetros objetivos, semelhantes aos da indústria moderna, como nos laboratórios de análises clínicas (NOGUEIRA, 1994), onde o foco do trabalho é o fazer da máquina. Neste tipo de atividade em saúde, habitualmente, não há abertura para que se estabeleçam espaços intercessores de relações, não há preocupação com quaisquer aspectos da subjetividade humana, o homem e suas necessidades se perdem entremeio às máquinas.

Outro tipo de processo de trabalho identificado por este autor é aquele que desenvolve o atendimento clínico, cirúrgico e de enfermagem. Refere-se ao processo específico que envolve o paciente, seu corpo e sua personalidade, o que o diferencia de outros tipos de serviços pessoais existentes na sociedade como barbeiros, manicure. Esse processo de trabalho envolve vários profissionais, que constituem a equipe de saúde, responsáveis pela prestação do serviço e por atender às necessidades dos

usuários. Relevante aqui é o trabalho Clínico[11], de relações, embora na prática atual estes momentos tenham sido raros. O usuário do serviço pode ser tomado como um ser integral, a partir de suas objetividades e subjetividades.

Nesta perspectiva do processo de trabalho em saúde, mas centrando o olhar para o fazer quotidiano, MERHY (1996, 1997a, 1997b) traz uma contribuição fundamental com sua teorização sobre a micropolítica do trabalho em saúde.

Neste modo de olhar a micropolítica do processo de trabalho em saúde, MERHY (1997b) tomando os conceitos marxistas discute dois componentes operadores, o trabalho vivo e o trabalho morto.

> *"Chamamos de trabalho morto, neste processo, a todos aqueles produtos-meios que nele estão envolvidos — ou como ferramenta ou como matéria-prima, como o martelo e a madeira — e que são resultados de um trabalho humano anterior, isto é, não existiam antes de sua produção como resultado de um processo de trabalho, anteriormente realizado. E os chamamos de trabalho morto neste processo do marceneiro porque, apesar de ser produto de um trabalho vivo, agora ele é incorporado como uma "cristalização" deste trabalho vivo (...)"* (MERHY, 1997b, p.83).

[11] Clínica está sendo tomada neste estudo segundo uma concepção mais abrangente que aquela estruturada no saber da clínica médica, e sim num *"âmbito cujo estatuto não se reduz ao domínio de uma teoria, de um método ou de uma técnica (...) transcorre num espaço* sui generis *que pode ser constituído em qualquer lugar, toda vez que 'vontades de ajuda' (..) dispostas a localizar e demolir tudo que entorpece seu acoplamento produtivo tratando de atualizar as virtualidades desde até chegar às suas últimas conseqüências."* (BAREMBLITT, 1997, p. 7-8).

Já o trabalho vivo, denominado como o trabalho em ato, permite uma produção. É aquele que

> *"está em ação, em um certo 'dando', pode tanto fazer uso do que está dado, quanto em uma certa medida exercer com alguma 'autonomia' este uso do que já está dado. O marceneiro, neste sentido, também pode ter um certo 'autogoverno' neste processo. Este autogoverno, por sua vez, estará marcado pela ação do seu trabalho vivo em ato sobre o que lhe é ofertado como trabalho morto e às finalidades que persegue"* (MERHY, 1997b, p.84).

Ao discutir estes dois componentes operadores, coloca-se que há no quotidiano do trabalho um processo de captura do trabalho vivo pelo morto, onde o trabalhador guarda uma "autonomia relativa" no ato de produção, não produz livremente seu trabalho, uma vez que suas ações também são socialmente definidas, estão inseridas em um contexto. Terá que usar seu trabalho vivo de um certo modo, orientado por uma forma específica de consumir os serviços de saúde. No presente estudo, olha-se para a produção dos serviços básicos de saúde da rede pública.

Na saúde identifica-se que este processo de captura está relacionado a suas características.

> *"o trabalho em saúde não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto, expresso nos equipamentos e nos saberes tecnológicos estruturados, pois o seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas se configuram em processos de intervenção em ato, operando como tecnologias*

> *de relações, de encontro de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados"* (MERHY *et al.*, 1997, p. 120-121).

MERHY *et al.* (1997), denomina-os como tecnologias duras (equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais), e leve-duras (saberes bem estruturados presentes no processo de trabalho em saúde como a clínica, a epidemiologia, a psicanálise e outros). Essas tecnologias dispõem de características mais fixas, instituídas pela estruturação de um conjunto de saberes necessários à operação do trabalho em um dado contexto social. Este autor afirma ainda que:

> *"como equipamentos tecnológicos, não tem razão (instrumental) por si, pois quem a torna portadora desta intencionalidade racional-instrumental é o trabalho vivo em ato com seu modo tecnológico (seu modelo de produção) de agir* (do trabalhador)*"* (MERHY *et al.*, 1997, p.120).

A discussão destes conceitos é valiosa ao se pensar o acolhimento enquanto um processo que se produz em ato, na intercessão do usuário com o trabalhador, qualquer que seja ele, como assinalado em um dos pressupostos deste estudo. Esta intercessão implica em relações entre seres humanos, o que resgata outro pressuposto, qual seja, o acolhimento implica no estabelecimento de relações entre pessoas de modo humanizado, voltadas à produção e re-produção de homens através dos processos de trabalho.

Outro aspecto importante dos conceitos acima apresentados para o estudo do acolhimento passa pela compreensão de como o trabalhador opera seus instrumentais (as tecnologias duras, leve-duras e leves), isto é, de uma forma específica, com um certo autogoverno, determinado sócio-historicamente por uma dada sociedade, nesta e para esta, produzindo um modo de uso dos recursos disponíveis para atender às necessidades dos usuários, que pode ser mais flexível, criativo, plástico, o que fundamenta outro pressuposto: a efetivação do acolhimento está relacionada à utilização dos recursos disponíveis que melhor se adequarem e concorrerem para a resolução dos problemas dos usuários.

Retomando as características do trabalho em saúde, considerando sua micropolítica e especialmente as relações que se processam, a cooperação aparece como outra característica necessária entre os trabalhadores.

Essa cooperação também deve estar presente na relação intercessora entre trabalhadores de saúde e população, pois ambos se caracterizam pelo propósito a resolução de um problema, seja como prestação de serviço ou como necessidade a ser atendida. O que se observa, às vezes, é que o usuário deixa a inteira responsabilidade de sua saúde ao profissional ou ao serviço que o atende, esquecendo-se daquela (responsabilidade) em relação ao seu próprio corpo e seu auto-cuidado; ao mesmo tempo os profissionais vestem-se de autoridade única do saber das necessidades do usuário.

Do usuário espera-se a inserção neste sistema fragmentado, submetendo seu corpo, seus problemas e necessidades nesta lógica, tendo que deslocar-se fisicamente de sala em sala (consultório médico, pré-consulta, pós-consulta, farmácia e outras) dentro da unidade de saúde, e para outros serviços especializados em outros locais, quando necessário. Espera-se também um comportamento cordato, sem muitos questionamentos.

A lógica capitalista afastou o trabalhador do objeto e do objetivo de seu trabalho, isto é, o homem e a produção de saúde. O resultado do processo de produção do trabalho em saúde é a reprodução dessa lógica, produção alienada sem visão do todo, quando não se vizualiza o trabalho como possibilidade de libertação do homem. O trabalho é mecânico e fragmentado e, da mesma forma, é visto o indivíduo que necessita de atendimento. O ser humano desaparece, é visto a partir de fragmentos de seu corpo ou de funções que devem ser mecanicamente reguladas. As subjetividades inerentes a este ser humano parecem estar esquecidas, ou seja, seus desejos, sentimentos, escolhas, paixões, ódios, repulsas, que também o constituem como ser em uma dada sociedade.

A prática do acolhimento pode justamente promover um movimento em outra direção, face às relações mais humanas, favorecendo processos de “amadurecimento” do homem em sua quotidianidade, tornando-o adulto, adquirindo habilidades de manipular as coisas e também as relações sociais (HELLER, 1992), o que nos coloca na direção dos pressupostos deste estudo, que o acolhimento é um processo em que se estabelecem relações

humanizadas, e se utilizam de recursos necessários à resolução dos problemas dos usuários, na perspectiva do desenvolvimento de autonomia na vida, especialmente na do usuário.

Esse mesmo dia-a-dia que reproduz a lógica capitalista, que transforma o homem e seu trabalho em objetos, oferece alternativas de escolhas que podem elevar as decisões acima da quotidianidade, mais criativas. São opções moralmente motivadas. *"Quanto maior é a importância da moralidade, do compromisso pessoal, da individualidade e do risco na decisão acerca de uma alternativa dada, tanto mais facilmente essa decisão eleva-se acima da cotidianidade"* (HELLER, 1992, p.24).

Para MERHY (1997b) o encontro dessas alternativas mais criativas decorre do fato do trabalho vivo em ato, dentro do processo de trabalho, não poder libertar-se totalmente do trabalho morto, *"mas tem condições de comandá-lo, se conseguir aprender a interrogá-lo, a duvidar do seu sentido e a abrir-se para os ruídos/analisadores presentes no seu quotidiano"* (MERHY, 1997b, p. 71). Isto significa dizer que no processo de trabalho existem "linhas de fuga", para que no dia a dia, o trabalhador, ao operar a micropolítica do trabalho, com seu autogoverno, possa fazer o trabalho vivo comandar o morto, interferindo na produção do trabalho em saúde.

No plano concreto das práticas em saúde, os trabalhadores parecem não identificar as possibilidades de escape, mantendo como referência básica para as alternativas do "cardápio de intervenções" as necessidades da sociedade, justificando-se por seus resultados técnicos, conformando determinados modelos assistenciais; segundo um suposto "interesse geral",

mas que não atende às “necessidades sociais” (dos indivíduos), interfere diretamente sobre o acolhimento frente à estruturação do próprio processo de trabalho em saúde.

O trabalhador é o agente, quem executará a ação de saúde. Ele é um indivíduo particular, com desejos, vontades, necessidades, inserido em um contexto social; ao mesmo tempo, é um ser humano-genérico, orientado por uma motivação moral que se torna determinante de seu impulso e sua finalidade, advinda dessa inserção na comunidade que se expressa em valores morais e éticos, social e historicamente determinados. Esse trabalhador, assim constituído, no desempenho de seu trabalho deverá efetuar escolhas em relação ao projeto de ação que defende; consequentemente, determinará a forma de relacionar-se com o usuário. Suas decisões podem ser as normalmente estabelecidas (aquelas orientadas pelas tecnologias duras e leve-duras) ou podem elevar-se acima da quotidianidade (aquelas que exploram principalmente as tecnologias leves), buscando conscientemente formas alternativas no desempenho profissional; estas podem incluir uma preocupação com o acolhimento das necessidades dos usuários na direção de um desenvolvimento humano para ambos.

A atitude do trabalhador e sua ação habitual são reflexos de múltiplos fatores integrantes do processo de trabalho em saúde e da constituição desses sujeitos; desta forma não podem ser considerados apenas como resultado de fatores de natureza individual.

Conhecer a dinâmica do trabalho em saúde, como operam seus componentes, as práticas profissionais e as condutas da população usuária no atendimento ajudarão a apreender a concepção de saúde/doença, necessidades, propósitos e recursos dispostos nesse processo e, consequentemente quais os valores que estão em jogo no momento do atendimento, elevando-o acima da quotidianidade ou não, concretizando-o como acolhedor ou não.

Mediante a consideração dessa característica do homem, de seu poder de transformação, de sua capacidade de busca de satisfação de suas necessidades e da transformação de si próprio nesse processo, é possível pensar na transformação de nossa prática de saúde. Uma nova prática, pautada no paradigma da saúde e qualidade de vida, sem deixar de atuar sobre seu tradicional objeto de trabalho, a doença. Uma nova prática cidadã que respeite as pessoas e construa canais que favoreçam a participação do usuário, individual ou coletivo, na definição e gestão de alternativas de respostas para suas necessidades de saúde.

Atuar sobre essa questão implica olhar para o sujeito da mudança, para sua constituição, suas necessidades “necessárias” e seus valores. Promover a recuperação da vontade das pessoas, considerando-as enquanto sujeitos críticos, autônomos, que buscam liberdade, felicidade e a realização de si mesmos, enquanto ser.

Na dinâmica desse processo, estes sujeitos poderão transformar-se, ao seu meio e as estruturas de suas vidas. Acredito ser esse um dos caminhos para o surgimento de uma nova prática de saúde que considere a

história, a vida quotidiana e as relações intercessoras de um grupo social em determinado contexto.

3.2 - O percurso metodológico

Tendo em vista as questões até aqui assinaladas, impôs-se em um primeiro momento a realização de ampla pesquisa bibliográfica que pudesse dar suporte à problemática em foco.

Após esta etapa inicial, para a elaboração do projeto de pesquisa busquei explorar no quotidiano as teorizações até então estudadas, procurando elementos que confirmassem o acolhimento, enquanto problema da vida prática e o conformassem enquanto um objeto de investigação.

Nesta fase exploratória, fui a campo realizar um exercício de observação livre do qual emergiram elementos concretos para delimitar o acolhimento, enquanto objeto de investigação; a definição dos objetivos para este estudo, possibilitando eleger os instrumentos de coleta de dados, o campo de estudo e o referencial teórico. MINAYO (1994a) denomina esta fase como “fase exploratória da pesquisa” que

> *“compreende a etapa de escolha do tópico de investigação, de delimitação do problema, de definição do objeto e dos objetivos, de construção do marco teórico conceitual, dos instrumentos de coleta de dados e da exploração do campo”* (MINAYO, 1994a, p.89).

“Observar é destacar de um conjunto... algo especificamente, prestando, por exemplo, atenção em suas características...” (TRIVIÑOS, 1994, p. 153). Ao referir-se à observação de um fenômeno social este autor aponta que a observação livre separa-o de seu contexto, para que seja

possível um estudo em uma dimensão singular dos atos, atividades, significados, relações..., no sentido de descobrir os aspectos mais evidentes e, se possível, captar sua essência, ao mesmo tempo em que busca identificar contradições, relações dentre outras.

A observação foi realizada na Unidade Básica de Saúde (UBS[12]) de Vila Recreio e na unidade sede do Centro de Saúde Escola (CSE), uma das cinco unidades básicas e distritais de saúde (UBDS[13]) do município. A escolha destas unidades de saúde foi intencional, uma vez que o acolhimento estava sendo visto relacionado às noções de acessibilidade da demanda aos serviços de saúde, integralidade da assistência, plasticidade dos serviços na busca de soluções para os problemas bem como responsabilizarem-se pela saúde de uma determinada população. Assim, pareceu importante observar o acolhimento dos usuários atendidos nas UBSs e nas UBDSs frente à diferença de estruturação desses serviços. Também pareceu relevante a população ser originária da mesma área geográfica, como no caso das unidades escolhidas, uma vez que até certo ponto não haveria grandes diferenças de acessibilidade.

Além dos aspectos acima apontados, outros fatores contribuíram para a escolha do campo para a observação livre. A primeira unidade, a UBS de

[12] UBS - Unidade básica de saúde oferece atendimento básico à população nas áreas de clínica, pediatria, ginecologia e obstetrícia, odontologia, imunização e aplicação de tratamentos como curativos, aplicação de medicações.

[13] UBDS - Unidade básica e distrital de saúde oferece atendimento em áreas básicas como uma UBS, clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia, odontologia, imunização, curativos e aplicação de tratamentos e em áreas especializadas como cardiologia, dermatologia, oftalmologia e outras. Estes atendimentos especializados são oferecidos à população da área geográfica de um conjunto de UBSs que constitui a área distrital. Oferece também o pronto atendimento médico 24 horas e um serviço de vigilância epidemiológica à população dessa mesma área distrital.

Vila Recreio, encontrei em sua gerente, um elemento facilitador, em termos de disposição da unidade para o desenvolvimento de atividades de pesquisa. A segunda, constituindo-se meu local de trabalho, favoreceria a inserção, enquanto pesquisadora.

Foi previsto um tempo de observação de uma semana, totalizando 10 horas para cada uma delas. No CSE Sumarezinho, a observação foi realizada em setores de áreas básicas (recepção, pré e pós consulta da clínica médica, pediatria), em áreas especializadas (cardiologia, oftalmologia e saúde mental), além do pronto atendimento. Na UBS de Vila Recreio, nos setores de recepção/fichário e pré e pós consulta da clínica médica e pediatria. Estabeleceu-se previamente observar: a descrição do meio físico, das atividades desenvolvidas, das pessoas (comportamentos, ações, atitudes, traços físicos, expressões) e diálogos, supondo serem estes aspectos os “mais visíveis” relacionados ao acolhimento.

As anotações de campo foram registradas em cadernos (um para cada unidade). Após cada período de observação, registrei comentários e impressões a respeito da experiência.

Realizada a observação, as anotações foram analisadas no sentido de identificar as convergências de ocorrências, fatos e situações que pudessem estar relacionados ao acolhimento do usuário pela unidade de saúde.

Este movimento de análise exigiu um grande esforço no sentido de focalizar o acolhimento, uma vez que a observação livre teve como foco diferentes áreas de atendimento, contendo portanto, enorme variedade de

questões presentes no quotidiano da unidade de saúde. À medida em que se processou a análise, foi-se percebendo que esta técnica de observação, bem como a fixação por áreas de atendimento não seriam suficientes para investigar o acolhimento de forma a atingir aos objetivos propostos. Concomitantemente, um novo foco definiu-se como mais pertinente, o atendimento em si, envolvendo o usuário, o trabalhador e a ação de saúde realizada. Diante deste fato, elegeu-se outra técnica de coleta de dados que pudesse responder aos objetivos da investigação e fosse coerente com seus pressupostos.

Com os dados desta exploração inicial do campo, somados à natureza do objeto e o referencial teórico eleito para nortear o estudo, este foi se conformando dentro da pesquisa qualitativa.

A pesquisa qualitativa trabalha com os significados das ações, motivações, aspirações, crenças, valores, atitudes e relações humanas, captados à partir do olhar do pesquisador, isto é, um fragmento de uma complexa realidade. A preocupação principal é compreender e explicar a dinâmica das relações sociais estabelecidas com a vivência e experiência no quotidiano compreendidas dentro de estruturas e instituições (MINAYO, 1994b).

MINAYO (1994a), aponta a complexidade da realidade no campo da saúde por demandar conhecimentos distintos e integrados que dialeticamente confrontam teoria e prática num fazer diário que envolve um conjunto de relações sociais nas áreas de produção de ações de saúde.

Neste percurso, o *estudo de caso* apresentou-se como o caminho adequado para se buscar os objetivos traçados.

O estudo de caso *"é uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa profundamente"* (TRIVIÑOS, 1994, p. 133). Uma de suas características é dada por duas circunstâncias principais, a natureza e abrangência da unidade de análise, neste estudo, a natureza e abrangência do acolhimento em uma unidade de saúde. Outra característica, sua complexidade é determinada pelo suporte teórico do estudo.

Assim sendo, optou-se por realizá-lo na unidade sede do Centro de Saúde Escola de Ribeirão Preto. Pesaram também nesta decisão aspectos operacionais de realização da investigação como a possibilidade de oferecimento de modalidades variadas de práticas de atendimento, na busca de solução para os problemas trazidos pelos usuários.

3.2.1 - O campo de estudo - O CSE no município

3.2.1.1 - O município

Considerou-se importante trazer algumas características de Ribeirão Preto, para contextualizar no município o estabelecimento em estudo.

Ribeirão Preto localiza-se ao norte do Estado de São Paulo, com 519.486 habitantes[14], sua atividade econômica principal é a agro-indústria canavieira, com relevante área de prestação de serviços na região. Na área

[14] Dados do Departamento de Planejamento em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, para o ano de 1997, baseado na Contagem de População do IBGE 1996, acrescido de taxa de 0.99% de crescimento anual.

educacional conta com importante centro de formação, com estabelecimentos de ensino públicos e privados, com destaque os cursos na área de saúde[15].

Para a prestação de serviços em saúde conta com um complexo de equipamentos médico-sanitários e profissionais em grande número e diversidade. Este complexo foi se constituindo, segundo os movimentos da própria história da saúde pública e da assistência médica no Brasil.

A participação dos municípios em geral, inclusive Ribeirão Preto, na assistência à saúde da população pela Lei Orgânica dos Municípios antes da década de 70 era mínima, sendo responsáveis somente pela assistência de urgência. Cabia ao Estado, através da rede própria e da rede privada financiada por ele mesmo, prestar assistência aos previdenciários, ficando a primeira responsável pelas ações preventivas em saúde pública, de caráter coletivo e pelo atendimento dos não previdenciários, a segunda pelas ações de cunho individual e curativo.

Com a implantação das “Ações Integradas de Saúde” em Ribeirão Preto em 1983, este começa a envolver-se mais com a assistência básica de sua população. A rede municipal vai se estruturando, aumentando suas unidades de saúde, tanto em quantidade como em complexidade de assistência, à medida que se implanta o SUS e se estabelece o convênio de municipalização da saúde, o município vai assumindo a gestão da atenção à saúde. A rede de serviços municipais passa em 10 anos, de 1984 a 1994, de 13 para 30 unidades (ALMEIDA, 1994), alocando em algumas unidades

[15] Cursos de Medicina, Odontologia, Ciências Farmacêuticas, Ciências Biomédicas, Enfermagem, Psicologia, Fisioterapia.

profissionais especialistas como cardiologistas, psiquiatras, otorrinolaringologistas, fonoaudiólogos, dermatologistas, oftalmologistas.

No ano de 1998, a rede pública ambulatorial conta com 26 Unidades Básicas de Saúde que oferecem atendimento médico em clínica, pediatria, ginecologia e obstetrícia; odontologia, de enfermagem, imunização, aplicação de tratamentos e vigilância epidemiológica; 5 unidades básicas e distritais de saúde (UBDS) que oferecem o mesmo atendimento básico das UBSs acrescidos de atendimentos de referência para a área distrital em especialidades como em serviços de apoio e diagnóstico como também eletrocardiografia, ultra-sonografia, Raio-X e pronto atendimento 24 horas em clínica e pediatria; 2 NAPS - Núcleo de Atenção Psicossocial - que oferecem atendimento multiprofissional de saúde mental para adultos em regime de semi-internação; 1 Ambulatório Regional de Saúde Mental e 1 Ambulatório Regional de Especialidades (NGA-59). Estes dois últimos oferecem atendimentos em especialidades ao município e para a região.

Conforme preconizado pelo SUS, o município assume a gerência da assistência à saúde de sua população, fazendo-o através da Secretaria Municipal da Saúde. A partir de 1995 passa a trabalhar em regime de gestão semi-plena[16], isto é, o município é responsável pela gestão da assistência de sua própria rede e também por definir os convênios de compra de serviços dos prestadores como os hospitais e maternidades, laboratórios e outros necessários, para complementar o atendimento à saúde.

[16] Forma de gestão prevista na NOB1-93.

3.2.1.2 - O Centro de Saúde Escola

O Centro de Saúde Escola (CSE) é uma instituição criada desde 1979 através de um convênio entre a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e a Universidade de São Paulo, gerenciado pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.

Caracteriza-se pelo propósito de trabalho nas áreas de Assistência, Ensino e Pesquisa. No documento "Modelo de Assistência à Saúde para o DSE" (ALESSI & FORSTER, 1994) constam como objetivos do CSE:

> *"ser responsável pela organização de serviços de assistência à saúde, na perspectiva da saúde coletiva, em sua área de abrangência; formar e capacitar recursos humanos em saúde nos níveis profissionalizante, graduação e pós-graduação; constituir-se em campo para investigações em saúde, derivadas das necessidades do serviço e da população"* (ALESSI & FORSTER, 1994, p.1).

É composto por três unidades, CSE Ipiranga, CSE Vila Tibério e CSE Sumarezinho que integram a rede ambulatorial pública. As duas primeiras são unidades básicas que oferecem assistência à saúde da criança e da mulher. A unidade do Sumarezinho constitui-se em uma das 5 UBDSs do município, abrangendo a responsabilidade de sua assistência à população da área distrital estimada em 117.013 habitantes[17] correspondente às seguintes unidades básicas de saúde: CSE Sumarezinho, CSE Ipiranga,

[17] Ver nota 14 na página 53.

UBS Ipiranga, UBS Dom Mielli, UBS José Sampaio, UBS Vila Recreio, UBS Presidente Dutra, UBS Vila Albertina e Centro Médico Social Comunitário de Vila Lobato.

O CSE Sumarezinho, enquanto unidade distrital, desenvolve atividades de assistência ambulatoriais programáticas, especializadas, serviços de apoio e diagnóstico, aplicação de tratamentos, pronto atendimento 24 horas e vigilância epidemiológica.

A assistência programática é aquela estruturada através de programas de saúde. Segundo PAIM (1993, p. 458) *"Denomina-se programa um conjunto de recursos (humanos, materiais e financeiros) e de atividades visando a objetivos bem definidos".* Os programas oferecidos pelo CSE incluem os de saúde da criança, da mulher, controle da tuberculose, hanseníase, AIDS, diabetes, hipertensão e imunização.

Em assistência especializada o CSE Sumarezinho oferece atendimento em algumas especialidades médicas como cardiologia, dermatologia, infectologia, oftalmologia, psiquiatria, saúde ocupacional e em outras especialidades não médicas como psicologia, fonoaudiologia, enfermagem e serviço social.

Quanto aos serviços de apoio e diagnóstico, a unidade oferece à rede serviços de radiologia, eletrocardiografia, monitoragem fetal, exame "do pezinho", teste PPD e mitsuda.

Para desenvolver as atividades citadas, o CSE Sumarezinho contava com o seguinte quadro de pessoal, por ocasião da coleta de dados:

Quadro 1 - Distribuição numérica dos trabalhadores vinculados à área assistencial no CSE Sumarezinho no período de fevereiro a maio de 1997. Ribeirão Preto, 1998.

Profissional	Atividade Ambulatorial	Pronto Atendimento	Total
Médicos	21	22	43
Enfermeiras	04	05	09
Técnicos de enfermagem	09	04	13
Auxiliares de enfermagem	11	32	43
Atendentes de enfermagem	01	03	04
Técnico de RX	02		02
Visitador sanitário	02		02
Assistente social	02		02
Farmacêutica	01		01
Fonoaudióloga	01		01
Psicólogas	03		03
Dentistas	04		04
Total	61	66	127

Fontes: Relatório de atividades do CSE - 1996 e Setor de pessoal do CSE - 1997.

Quadro 2 - Distribuição numérica dos trabalhadores vinculados à área de apoio no CSE Sumarezinho no período de fevereiro a maio de 1997. Ribeirão Preto, 1998.

Profissional	n°
Motoristas	12
Telefonistas	02
Escriturários	05
Serventes	17
Vigias	04
Setor administrativo	10

Total	50

Fontes: Relatório de atividades do CSE - 1996 e Setor de pessoal do CSE - 1997.

3.2.2 - O local de estudo

A UBDS foi eleita como campo de estudo pois, considerei importante investigar a temática acolhimento, naquela unidade considerada uma das portas de entrada no sistema de saúde.

Optei por realizar o trabalho na unidade sede do CSE onde poderia estudar o acolhimento nas diferentes modalidades de assistência ali existentes. Esta escolha deu-se à medida em que os dados da observação livre foram sendo trabalhados, mostrando ser importante concentrar a investigação na demanda de usuários em uma só unidade, para que fosse possível aprofundar o olhar sobre o acolhimento.

A unidade deveria oferecer uma variedade de possibilidades de respostas em termos de ações de saúde para os problemas trazidos pelos usuários, uma vez que o acolhimento estava sendo visto de certa forma relacionado à capacidade do serviço utilizar seus recursos disponíveis. Em sendo o CSE Sumarezinho uma unidade distrital poderia oferecer ao usuário maior variedade que uma UBS, ou seja, um usuário com algum problema de saúde tem possibilidade de atendimento médico no PA, nas clínicas básicas e nas áreas especializadas, além de atendimentos por outros profissionais não médicos.

Outro recorte foi necessário, a escolha foi trabalhar com a demanda de adultos, dada a possibilidade do próprio usuário interagir com o serviço para obter seu atendimento, sem a intermediação de um responsável como seria o caso de crianças.

Foram escolhidas as áreas de atendimento básico de clínica médica e pronto atendimento para a realização do estudo. A exclusão das áreas especializadas exploradas inicialmente (oftalmologia, cardiologia e saúde mental) prendeu-se ao fato dos atendimentos nas áreas básicas e pronto atendimento constituírem-se nos locais em que ocorre o primeiro contato do usuário com a unidade de saúde, além do que, estes setores mostraram, na fase exploratória do campo, situações mais exuberantes de dificuldades para acolher, pelas mais diversas razões. Outro fator foi o de observar-se que a demanda das áreas especializadas já era previamente triada nas UBSs, pronto atendimento e outras instituições, a maioria chegando com uma ficha de referência, já tendo recebido um primeiro atendimento em outro local, o que não exclui a problemática do acolhimento mas, que não será explorada neste estudo.

O pronto atendimento (PA) do CSE Sumarezinho foi organizado e implantado em 1993 para atender os casos de urgência e emergência da região distrital. No período de coleta de dados, o serviço estava organizado para funcionar 24 horas/dia, ininterruptamente para o atendimento de adultos e das 16:00h às 7:00h também para o atendimento de pediatria. Atualmente, o PA de clínica e de pediatria funcionam 24 horas. Atende à

qualquer pessoa que procure, sem agendamento prévio ou limite de consultas.

A clínica médica oferece atendimento básico à saúde do adulto com o propósito de minimizar seus sofrimentos, norteia-se, em tese, pelos princípios do SUS: universalidade, eqüidade, hierarquização e regionalização, tendo sua assistência organizada, segundo os princípios da vigilância em saúde do indivíduo e sua família[18]. Atende a qualquer morador da área de abrangência da unidade básica do Sumarezinho, com idade acima de 14 anos, previamente agendado ou não desde que haja disponibilidade de vagas para consulta médica. O horário de funcionamento é de 7:00h às 17:00h, com exceção a alguns dias da semana em que a clínica médica estendia seu atendimento até 20:00 horas[19].

3.2.3 - Instrumentos de coleta de dados

A escolha dos instrumentos de coleta de dados foi ocorrendo no processo de investigação. Proceder à observação livre, já comentada no item 3.2 - O percurso metodológico possibilitou identificar que seria importante utilizar uma forma de coleta que permitisse ter como foco da investigação o acolhimento do usuário pelo serviço.

Considerando também um dos pressupostos deste estudo, que o acolhimento é um processo que se dá durante o atendimento, a coleta de

[18] Relatório de atividades do CSE 1996.
[19] Horário da rotina no período em que se realizou a coleta de dados.

dados deveria ocorrer através de um instrumento que permitisse o acompanhamento do usuário, durante seu percurso na unidade, desde o momento de sua chegada até sua saída. O recurso pensado como possível de contemplar esses quesitos foi a observação participante.

De posse do material das observações livre e participante considerou-se suficientes os dados relacionados ao atendimento propriamente dito, ao processo de trabalho da unidade, incluindo a situação do usuário frente a seu atendimento. Percebeu-se uma lacuna em relação à realidade sob o ponto de vista dos trabalhadores o que levou à realização de entrevistas com os mesmos.

A entrevista foi outro instrumento de coleta de dados necessário, diante da complexa realidade do trabalho em saúde. Esta necessidade refere a captação, sempre parcial, de uma dada realidade através de um instrumento. Com o uso de diferentes instrumentos é possível a triangulação dos dados, para obter descrição, explicação e compreensão da realidade em estudo (TRIVIÑOS, 1994).

3.2.3.1 - A observação participante

O principal instrumento de coleta de dados nesta investigação foi a observação participante. Esta técnica permite captar fenômenos que não seriam obtidos por meio de entrevistas ou através da observação total. Nesta modalidade de coleta de dados o observador se insere na situação social, estabelece uma relação direta com os observados, tornando-se parte

de seu contexto e, nesta relação, tanto pode modificar esse contexto quanto ser modificado por ele.

Segundo MINAYO (1994b) *"a inserção do observador no campo está relacionada com as diferentes situações da observação participante por ele desejada"* pode variar desde uma participação plena a uma observação com distanciamento total de participação, priorizando somente a observação. Entre estes extremos podemos encontrar variações da técnica no que se refere ao papel do pesquisador, enquanto participante observador. Nesta investigação, minha inserção como pesquisadora no campo foi na qualidade de *participante observador,* nesta situação

> "o *pesquisador deixa claro para si e para o grupo sua relação como sendo restrita ao momento da pesquisa de campo. Nesse sentido, ele pode desenvolver uma participação no cotidiano do grupo estudado, através de eventos do dia-a-dia"* (MINAYO, 1994b, p.60).

Informei aos trabalhadores da unidade sobre a realização da investigação e também como seria minha participação enquanto pesquisadora/observadora, acompanhando alguns usuários para este estudo, em horários diferentes do trabalho como enfermeira do setor de pronto atendimento do CSE Sumarezinho. Não obstante, durante as observações fui procurada por colegas e usuários para fornecer informações, auxiliar no atendimento, sendo que, nas situações que exigissem deixar a atividade de observação, solicitei que procurassem a

enfermeira responsável pelo plantão naquele momento. Todas as observações foram realizadas fora do meu horário de trabalho como enfermeira, agora também pesquisadora.

Minha participação também se deu quando o usuário demonstrava incerteza, insegurança e/ou ignorância sobre o que fazer, como em algumas situações para localização do setor de atendimento. Nestes momentos, cheguei a sugerir que perguntasse para algum trabalhador ou mesmo ajudava-o com a indicação das placas de sinalização da unidade.

A observação teve como ponto de referência o processo de atendimento do usuário na unidade de saúde; durante esse percurso, aguardava seu movimento natural, muito embora a própria presença da pesquisadora na unidade ao lado do usuário interferisse na "naturalidade" do atendimento, uma vez que enquanto enfermeira/pesquisadora/observadora, também pertenço ao quadro de pessoal desta unidade.

Para a organização das observações foi utilizada uma "ferramenta" proposta por MERHY (1996), chamada "fluxograma analisador do modelo de atenção de um serviço de saúde".

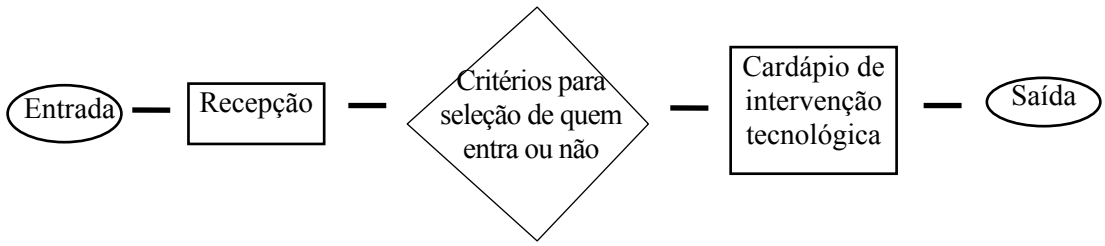
Trata-se de um diagrama com a *"(...) perspectiva de desenhar um certo modo de organizar um conjunto de processos de trabalho que se vinculam entre si em torno de uma certa cadeia de produção"* (MERHY, 1996, p.8).

Os símbolos utilizados no diagrama são universais. Uma elipse mostra o começo e o fim da cadeia produtiva, chamada representação de entrada e saída do processo global de produção. Um retângulo mostra os

momentos nos quais se realizam etapas de trabalho importantes da cadeia produtiva, quando se realizam consumos de recursos e se realizam determinados tipos de trabalho cujos produtos bem definidos vão servir para abrir novas etapas na cadeia de produção. Um losango representa os momentos em que a cadeia produtiva enfrenta um processo de decisão de caminhos a serem seguidos; são momentos de perguntas e de possibilidades de percursos para atingir etapas seguintes e distintas.

Esta ferramenta nos ajuda a representar o que acontece no processo de trabalho analisado, apresentando uma síntese de todos os processos chave que ocorrem e caracterizam o serviço de saúde. Ela pareceu adequada para este estudo, dado que um de seus pressupostos é o acolhimento, enquanto processo de atendimento em saúde.

Assim a representação do diagrama seria:



Desta forma, a entrada (elipse) deve ser analisada pelo movimento na “porta”, no caso, na recepção da rua Teresina. Como aponta MERHY (1996), sabemos que alguns usuários não chegam a esta etapa, desconhecemos este número, seriam aqueles que por qualquer motivo nem chegam até à unidade de saúde, por diversas razões, ou chegam e não aguardam o

atendimento, entretanto este não foi o objeto deste estudo, e sim aqueles que aportam à unidade.

Dada a organização do trabalho na unidade em estudo, o fluxo estabelecido para os usuários determina a entrada por uma de suas portarias, sita à rua Teresina, onde há uma recepção, aqui referida como recepção da Teresina. Esta é a entrada para os usuários dos ambulatórios e seus acompanhantes. Neste local, faz-se a identificação da pessoa e orientação sobre como chegar ao setor desejado e/ou indicado. O horário de funcionamento da recepção da Teresina é de 7:00h às 17:00h, de 2ª à 6ª feira. Assim sendo, este foi um dos locais do trajeto de acompanhamento dos usuários, local em que se efetuou a primeira abordagem para a coleta de dados. A outra entrada de usuários é a da rua Cuiabá, reservada para a chegada dos usuários para atendimentos de emergência e/ou daqueles que necessitam de macas ou cadeiras de rodas para sua locomoção. Esta porta de entrada não foi focalizada neste estudo em função das características dos usuários que chegam por ela.

A seleção dos usuários a serem acompanhados foi realizada na recepção da Teresina, a partir de sua chegada à unidade, considerando a área de atendimento a que se dirigiria: PA ou clínica médica. O usuário foi abordado, explicando-se o objetivo do trabalho e se permitiria o acompanhamento de seu atendimento pela unidade. Uma vez aceito, acompanhei-o durante todo seu trajeto na unidade, na qualidade de pesquisadora.

Foram registradas informações sobre o usuário, obtidas durante o trajeto acompanhado: sua identificação, de onde vem, se é da área de abrangência da UBDS, segundo a regionalização, se já utiliza o serviço, qual o seu problema, por que acha que esta unidade de saúde é capaz de resolver seu problema. O usuário também foi observado quanto aos aspectos de comunicação e quais os recursos que utilizou para obter o atendimento desejado.

Ao mesmo tempo procurei observar o trabalhador de saúde que o atendia, buscando identificar qual problema do usuário foi eleito como objeto de trabalho, quais os recursos de que lançou mão, para processar o trabalho e como se comunicou com o usuário.

Após esta etapa, dando prosseguimento ao atendimento, o usuário dirigiu-se a um dos setores de atendimento: clínica médica ou PA. Em cada um destes setores encontrou outra recepção, onde novamente colocou ao trabalhador qual era seu problema ou o motivo de procura do serviço, aguardando sua resposta. Foi observado como esta comunicação se processou, qual foi o problema priorizado pelo trabalhador, e quais foram os encaminhamentos dados, podendo-se, pois, avaliar quais os recursos utilizados para resolvê-lo.

Foram percorridas as etapas de entrada, recepção e critérios para seleção de quem entra ou não, contactuando com o cardápio de intervenção tecnológica do estabelecimento. Este tem variado dependendo do problema do usuário e do trajeto eleito pelos trabalhadores que o atenderam, podendo ser uma consulta médica, um curativo, uma orientação de enfermagem, uma

aplicação de tratamento, imunização, farmácia, serviço social, RX, ECG ou algum setor de atendimento especializado.

A idéia foi elaborar uma breve identificação do usuário, focalizando a atenção no acompanhamento de seu percurso de atendimento, cujo propósito era conhecer qual o problema que o trouxe à unidade de saúde, verificar como eram recebidos, isto é, quem o recebia, onde o recebia, em que condições o fez, qual foi o espaço físico destinado para esta recepção e para o usuário, quais as etapas do processo de produção a que o usuário se submeteu e de que forma, quem decidiu o que sobre o usuário, com quais critérios selecionou o problema a ser abordado naquele momento, quais foram os recursos utilizados, com quais finalidades e como estes usuários transformaram suas necessidades em problema a ser acolhido como tal, pela instituição de saúde.

Prosseguindo, caberia descrever como saíram os usuários, fechando este ciclo de atendimento na unidade. Este seria o ponto final para completar os dados visando à análise do acolhimento. Averiguar se o processo de produção foi capaz de responder às demandas do usuário, como foi este processo de resolução e o que o serviço foi capaz de responder. Este aspecto está aqui colocado como parte do processo, mas a questão da resolutividade não constitui o foco deste estudo. O problema do usuário, sua necessidade/carecimento terá seu momento de apresentação e discussão.

A observação se encerrou no momento em que terminou o processo de atendimento dentro da unidade, quando não havia mais ações a serem executadas nesse âmbito. Isso não significa a resolução definitiva de seu

problema, ou seja, o atendimento do usuário podia estender-se para outros serviços, ficando a observação restrita ao CSE.

Ao término da observação, após os agradecimentos pela colaboração e despedidas, retornava à recepção da unidade para iniciar a coleta de dados com outro usuário.

O trabalho de campo foi realizado pela própria pesquisadora, no período de fevereiro a maio de 1997 em horários variados dentro do período de funcionamento ambulatorial, de 2ª à 6ª feiras, da 7:00h às 17:00h. Em cada dia de trabalho de campo foi possível acompanhar um número limitado de usuários. A coleta de dados foi encerrada quando as informações tornaram-se coincidentes e repetitivas, considerando-as suficientes.

O total de observados, considerados para a análise dos dados, foi de 19 usuários, sendo que 02 deles passaram pelos dois setores de atendimento, clínica médica e PA como demonstra o quadro anexo (Anexo A).

Foram realizadas 20h 48min de observação (Anexo A), sendo que cada uma teve a duração média de 1h 2min, oscilando entre o mínimo de 7min (um atendimento no PA) e 3h 21min (um atendimento na clínica médica). O tempo de espera foi em média de 42min, mais especificamente de 55min para a clínica médica e 22min para o PA. O tempo médio de atendimento foi em torno de 19min, sendo de 22min e 16min para a clínica e PA respectivamente.

A observação teve um roteiro norteador (Anexo B), indicando os pontos a observar:

- organização e dinâmica do trabalho: identificação do problema do usuário, priorização de ações, intervenção proposta, forma como se executa o trabalho, forma de tratamento (relacionamento) do usuário, forma de uso da normatizações estabelecidas;
- espaço físico: aspectos gerais do local onde se realiza o atendimento, estrutura física, dimensão, barreiras, acomodações que oferece ou não, dinâmica de utilização;
- comunicação estabelecida entre envolvidos observados, o usuário e o trabalhador: comunicação verbal, não verbal (expressão facial, corporal, olhar, ouvir, reconhecimento do trabalhador), formas alternativas de comunicação, barreiras.

O registro das observações foi feito em um diário de campo, onde foram anotadas além das informações contidas no roteiro, aspectos importantes que extrapolavam o mesmo mas se mostraram relevantes nas situações apresentadas.

A ferramenta e roteiro apresentados foram testados em período de uma semana, no próprio campo, para avaliar sua adeqüabilidade, viabilidade e factibilidade para a coleta dos dados desejados.

3.2.3.2 - As entrevistas

A entrevista foi utilizada como técnica para obter informações, confrontar dados, identificar contradições, complementando as observações,

buscando melhor aproximação à realidade. Entrevista na pesquisa diz respeito a

> *"conversa a dois, feita por iniciativa do entrevistador, destinada a fornecer informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e entrada (pelo entrevistador) em temas igualmente pertinentes com vistas a este objetivo"* (KAHN & CANNELL apud MINAYO, 1994a, p. 108).

Foram realizadas na forma semi-estruturada, isto é, foi elaborado um roteiro, com a finalidade de nortear a entrevista. Sua construção obedeceu a uma forma interessada, após a realização das observações, apoiada no referencial teórico e questionamentos do pesquisador relativa a quem é o trabalhador que atende o usuário, como o trabalhador vê seu trabalho, o estabelecimento em que trabalha e o usuário que atende. Descrição de um dia típico de trabalho, um atendimento típico, um atendimento não típico, recursos e limitações do trabalho, relações com outros trabalhos. O entrevistado tinha possibilidade de discorrer livremente sobre o assunto proposto. À medida em que o conteúdo discorrido atendia aos itens constantes no roteiro era dado como respondido, não havendo necessidade de abordá-lo novamente.

O roteiro foi elaborado após o término das observações. Foi o mesmo para todos os trabalhadores entrevistados, independente de formação e função.

Foi testado em quatro entrevistas e ajustado até chegar na forma final (Anexo C). O teste também serviu para preparo da pesquisadora/entrevistadora, além de contribuir para clarear o objeto de estudo. O conteúdo dessas quatro entrevistas piloto (Anexo D 1) também foi considerado no material para análise, dada sua pertinência à discussão.

A escolha dos trabalhadores a serem entrevistados foi intencional. Tendo em mãos a relação de trabalhadores que estiveram envolvidos no atendimento dos usuários acompanhados, foram escolhidos obedecendo aos critérios de relevância para o estudo do acolhimento e por categoria profissional, buscando obter dados de trabalhadores das diferentes etapas do atendimento. No caso dos auxiliares de enfermagem e médicos a escolha foi pela área de atuação, pronto atendimento e clínica médica, e pelo maior número de vezes que apareceu nas observações.

Desta forma, dos 41 trabalhadores envolvidos no atendimento dos usuários acompanhados foram eleitos para entrevista (Anexo D 2): 1 vigia, 1 auxiliar de farmacêutico, 2 médicos e 5 auxiliares de enfermagem.

É importante ressaltar que a participação da enfermeira se deu em uma única situação em que esta ofereceu ajuda à auxiliar da clínica médica na recepção dos usuários, sendo logo a seguir interrompida e solicitada para realizar outra atividade em sua área de responsabilidade, a pediatria. Considerando não ser regular a participação desta na clínica médica na atividade de pré consulta, este profissional não foi selecionado para entrevista.

Foi solicitada autorização das respectivas chefias dos entrevistados para a realização das entrevistas. Estas foram agendadas previamente, a

maioria realizada no próprio estabelecimento, em dia, horário e local da escolha do entrevistado, excetuando uma que ocorreu na residência da trabalhadora por esta se encontrar em período de férias. Foram gravadas com a permissão dos entrevistados.

As entrevistas foram realizadas no período compreendido entre 30/07/97 a 14/08/97, com duração média de cerca de 50 minutos. Foram transcritas e digitadas por profissionais especializados e conferidas pela entrevistadora/pesquisadora.

3.3 - A análise dos dados

Para a análise dos dados obtidos, foi utilizada a técnica da triangulação, cujo objetivo básico é abranger a máxima amplitude na descrição, explicação e compreensão do foco em estudo (TRIVIÑOS, 1994). Considerando-se que os fenômenos não existem isoladamente, utilizou-se de instrumentos diversos (suporte teórico, observação participante e entrevistas) para abordá-lo por diferentes aspectos. A triangulação permite que no transcorrer da pesquisa, as etapas de coleta e análise de dados se retroalimentem, isto é, um dado de campo é imediatamente descrito, explicado e compreendido, considerando sua relação com os dados das entrevistas, com o conteúdo de minha experiência prática assistencial, com um olhar orientado pelo referencial teórico adotado, num processo constante de aproximação à realidade.

3.3.1 - Análise de conteúdo

Os dados foram trabalhados utilizando a técnica de análise de conteúdo de acordo com BARDIN (1995). Este define análise de conteúdo como:

> *"um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens"* (BARDIN, 1995, p. 42).

Empregou-se a Análise Temática que *"consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação e cuja presença ou freqüência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico escolhido"* (BARDIN, 1995, p. 105).

Iniciou-se pela análise das observações e em seguida das entrevistas.

De acordo com a técnica, a primeira etapa foi a pré-análise: reunião de todo material empírico, leitura flutuante do mesmo, explorando exaustivamente o conteúdo de cada observação e entrevista.

Ainda nesta etapa trabalhou-se horizontalmente o conjunto de observações e de entrevistas, buscando uma forma de fazer os recortes, a categorização e a codificação, à medida da recorrência dos dados. Concomitantemente hipóteses emergentes apareceram. O olhar, nesta fase de análise, esteve orientado pelos pressupostos e objetivos iniciais da pesquisa. A sensação nesta fase é bem descrita por MINAYO (1994a, p.

209): *“A dinâmica entre as hipóteses iniciais, as hipóteses emergentes, as teorias relacionadas ao tema tornarão a leitura progressivamente mais sugestiva e capaz de ultrapassar à sensação de caos inicial.”*

A organização deste material visa a algumas normas de validade:

> *“’exaustividade’ (que contempla todos os aspectos levantados no roteiro); ‘representatividade’ (que contenha a representação do universo pretendido); ‘homogeneidade’ (que obedeça a critérios precisos de escolha em termos de tema, técnicas e interlocutores); ‘pertinência’ (os documentos analisados devem ser adequados ao objetivo do trabalho)”* (MINAYO, 1994a, p. 209).

Na segunda etapa, exploração do material propriamente dito, procedeu-se à operação de codificação, isto é, a partir dos dados brutos recortou-se do texto as unidades de registro significativas por temáticas, visando a alcançar o núcleo de compreensão do texto.

As unidades de registro inicialmente identificadas foram: integralidade, comunicação, acesso, processo de trabalho, vínculo, envolvimento e relações. Estas, em um primeiro momento, foram agrupadas na temática organização do trabalho que se subdividia em estrutura (os elementos como espaço físico, recursos, normatizações, rotinas) e processo, incluindo aqui as relações e comunicação.

A terceira etapa foi quase concomitante a segunda, pois a partir da identificação, recorte e categorização dos elementos importantes para o

acolhimento, a interpretação ia sendo elaborada, tendo como norteador o quadro teórico já trabalhado.

A análise levou a um quadro de referências, buscando sínteses convergentes e divergentes de idéias, tendo apoio nos materiais e informações desde a etapa de pré-análise. Não se limitando ao conteúdo manifesto, a análise procurou desvendar o “conteúdo latente”.

Ao final deste exaustivo trabalho, os dados se apresentaram em dois grandes grupos de análise: os elementos constitutivos do modelo assistencial e as relações no CSE. O primeiro compreendido pela estrutura, organização do trabalho, os trabalhadores de saúde e os usuários que em ação conformam um certo modelo de assistência na unidade de saúde. O segundo apareceu como as relações estabelecidas entre trabalhadores e usuários inseridos, nesta estruturação do trabalho.

Os dois grupos na verdade estão intimamente relacionados, mas apresentam características distintas, ou seja, o primeiro constitui-se dos aspectos mais duros e com formas mais definidas e o segundo caracteriza-se por algo que passa a ter existência no momento em que se produz a ação de saúde. Por este motivo optei por mantê-los separados para melhor explorar os aspectos do acolhimento.

4 - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Apresentarei os dados buscando seguir dois recortes. O primeiro acompanha o percurso do atendimento e o segundo refere-se aos dois grandes grupos identificados na análise temática, os elementos constituintes do modelo assistencial e as relações.

Iniciarei pela apresentação dos usuários, quais problemas os trouxeram à unidade e de que forma, quem os atendeu, qual problema o trabalhador elegeu como objeto de trabalho, em que circunstância se deu o atendimento (estruturais e organizacionais), quais recursos foram utilizados, como foi o atendimento e qual seu resultado.

Os dados acima compõem o primeiro grupo de análise, os elementos constituintes do modelo assistencial, isto é, os agentes, a estrutura e a organização do trabalho e seus instrumentos – os recursos disponíveis.

À seguir, focalizo o segundo grupo de dados, as relações, entre os trabalhadores, usuários e o próprio estabelecimento, relações estas decorrentes da representação entre os envolvidos, inseridos no contexto do trabalho da clínica médica e do pronto atendimento do CSE Sumarezinho. O modelo de assistência vai-se conformando à medida em que seus elementos

e as relações desencadeiam, em cada situação, a abertura de um leque de intervenções, desenhando as formas possíveis de acolhimento.

4.1 - O modelo assistencial - seus elementos constitutivos

O modelo está aqui tomado no aspecto que trata da organização da produção de serviços de saúde, partindo de um conjunto de saberes manejado por seus agentes, os trabalhadores, ou seja, o aparato institucional utilizado para a organização das ações de saúde e expressão de um projeto de política de saúde (MERHY *et al.*, 1991).

O outro foco importante para a discussão do acolhimento, dentro do modelo assistencial, é o problema, ou melhor, qual e como é tomado o problema de saúde pela organização do serviço e seus agentes.

O problema trazido pelo usuário é, antes de se tornar um objeto de trabalho, uma necessidade, um carecimento deste usuário. Nem sempre o carecimento de um usuário é um problema para o trabalhador e/ou para o serviço de saúde.

Como afirma MERHY *et al.* (1991), a definição de qual é o problema tem por trás um conceito sobre saúde-doença que norteia as ações, isto é, como o conhecimento nos permite entender e definir os problemas, é a forma como os lemos. Este estudo, porém, não se ateve a esta questão propriamente, ficando mais com os aspectos da discussão do problema, enquanto foco norteador para o acolhimento das necessidades expressas dos

usuários e como tais necessidades foram trabalhadas dentro da organização e dinâmica do trabalho.

Tornou-se possível notar que a própria unidade de saúde, quando estabelece sua política e seu modelo de assistência, sobre os quais organiza todo seu aparato, define algumas das necessidades dos usuários, muitas vezes não sentidas por estes, uma vez que

> *"(...) carecimentos desta ou daquela pessoa, mas podem ser, de fato, de muitas delas e, potencialmente, de todas elas. A noção sanitária de risco, por exemplo, indica bem essa idéia de qualificação de coletivo que não representa, naquele momento ou território, a realidade física de todos, senão potencialmente (...)*
> *(...) o problemático não está na origem social da necessidade, mas na situação em que essa pretensão de bem comum, de 'social', ocorre, ignorando a efetiva desigualdade das necessidades sociais, tanto pela má distribuição de benefícios já alcançados por alguns, quanto pelos contextos instauradores de necessidades, com a criação de demandas voltadas, de fato, para um segmento da população"* (SCHRAIBER & MENDES GONÇALVES, 1996, p.31).

A investigação teve como foco o atendimento ao usuário, mais especificamente o processo de trabalho a que este se submeteu ao ser atendido no CSE Sumarezinho. O olhar foi dirigido para o atendimento ao usuário que se mostrou mais um fórum de relações humanas que um fórum de procedimentos técnicos, o que vai ao encontro de um dos pressupostos deste estudo, que o acolhimento implica em relações humanizadas entre as pessoas. Autores como MERHY (1994, 1997a, 1997b); CAMPOS (1994) e

SCHRAIBER & MENDES GONÇALVES (1996), cada um à sua maneira, também discutem e defendem um atendimento em saúde mais humano resgatando a integralidade do homem, defendendo a cidadania, instrumentalizando-o a lidar com a própria vida.

Diante disto, considerei importante apresentar algumas características dos usuários acompanhados e dos trabalhadores envolvidos para aprofundarmos o estudo de caso, embora este não tenha tido a pretensão de caracterizar a demanda da unidade ou o conjunto dos trabalhadores desta.

4.1.1 - Os usuários

A caracterização dos usuários para o estudo do acolhimento é relevante, pois o atendimento se processa à partir da expressão de suas necessidades e prossegue (ou não) através da tomada desta como objeto de trabalho pelos trabalhadores e serviço.

Quando o usuário expressa uma necessidade de saúde, manifesta a solução pensada para aquilo que representa para ele um problema. A definição deste problema tem por trás um conceito de saúde-doença apreendido em suas relações sociais da vida quotidiana. Aproximar-se da caracterização deste usuário parece importante para se estabelecer um atendimento mais humano e acolhedor.

Outra importância desta caracterização é subsidiar a reflexão referente às relações que se estabeleceram, durante o processo de atendimento, o outro grupo identificado pela análise temática. A mútua

representação social entre usuário e trabalhador é entendida por esta pesquisadora como relevante uma vez que interfere no acolhimento, mais especificamente na disponibilidade das partes se relacionarem.

Na distribuição geral (ver Anexo A) em relação a sexo e área de atendimento observa-se predominância do sexo feminino tanto no PA como na clínica, com discreta ênfase na segunda. Em relação à idade, há um pequeno destaque na faixa etária de 20 a 59 anos especialmente no PA.

A predominância de mulheres atendidas na clínica médica parece mostrar que, de alguma maneira esta forma de organizar o serviço, dentre outros fatores, favorece o acesso das mesmas. Esta tendência foi detectada por CACCIA BAVA *et al.* (1995), em avaliação do atendimento desta mesma área, a clínica médica, referente ao período de novembro de 1993 a outubro de 1994, cujo resultado demonstra predominância de mulheres atendidas (67,9%), assim como na composição da demanda não atendida, 64,6%.

CASTRO & MATUMOTO (1994), analisaram a caracterização da demanda do PA do CSE e encontraram em relação a sexo e idade, predomínio do sexo feminino em 54,9% do total de entrevistados, com ênfase nas faixas etárias de 31 a 50 anos. Apontam ainda que 77% do total de entrevistados apresentam até 50 anos, caracterizando uma demanda predominantemente em idade produtiva.

Em relação à atividade de trabalho, dentre os usuários da clínica médica temos, neste estudo, cinco do lar, três com atividade de trabalho, um estudante e um sem atividade. No pronto atendimento, cinco têm atividade de trabalho, quatro são do lar e um aposentado.

Os usuários com atividade produtiva procuraram mais o PA que a clínica médica. Possivelmente, as características do PA como por exemplo o funcionamento 24 horas, sem limitação de vagas, sem exigência de documentos, oferecendo um atendimento mais rápido e focalizado[20], que demanda menor tempo de espera em relação ao da clínica médica[21], parecem, de alguma forma, definir a escolha do usuário.

A apresentação destes dados de sexo, idade, área de atendimento e atividade de trabalho dos usuários acompanhados é pertinente para o estudo do acolhimento no sentido de desencadear uma reflexão sobre estas características; relacionando-as às ofertas de ações em saúde pelo estabelecimento, se estas estão atendendo ou não às demandas dos usuários, *"uma busca ativa por intervenção"* (SCHRAIBER & MENDES GONÇALVES, 1996, p. 29).

Quanto à área geográfica, tomando como referência a regionalização oficial do município, os usuários da amostra pertencem à área de abrangência do CSE. Na clínica médica nove dos dez acompanhados pertencem à área básica da unidade pesquisada, isto é, moram nas imediações, é a demanda oficialmente prevista. Somente uma das usuárias referiu morar fora da área básica, no bairro de Vila Tibério.

Dentre os acompanhados no PA, cinco eram moradores da área do CSE Sumarezinho e os outros cinco de outras unidades, quatro delas do próprio distrito e um do distrito do Simione.

---

[20] Será discutido posteriormente neste capítulo no item 4.1.4 - A estruturação do trabalho do CSE, página 111.

[21] Ver página 69 em O suporte teórico e o percurso metodológico.

Aqui, a amostra se apresenta como em outros estudos sobre a demanda do PA realizado pelo serviço. BRITO *et al.*(1994), detectou que 77,9% dos usuários atendidos no PA do CSE eram moradores da área de abrangência das unidades CSE Sumarezinho, UBS Ipiranga, UBS Vila Recreio e UBS Vila Albertina, todas pertencentes à mesma área distrital. CASTRO & MATUMOTO (1994) mostram que 95,27% da demanda atendida no PA é originária da área do próprio distrito para o qual o serviço foi previsto. Esses pacientes são em sua maioria, moradores da área de abrangência da própria unidade Sumarezinho, com destaque também das UBSs Ipiranga, Vila Albertina e Vila Recreio.

No presente estudo, o local de residência dos usuários apareceu como um aspecto importante para o acolhimento, ou seja, ele concretiza um dos aspectos da acessibilidade, o geográfico. A acessibilidade está sendo tomada aqui em uma perspectiva mais ampla (FEKETE, 1995), e também no sentido de abertura do serviço ao acesso dos usuários, plasticamente estruturada, como uma das perspectivas da acolhida, isto é, ter capacidade de criar formas alternativas de ações face às demandas (CAMPOS, 1994).

Como já apresentado, o serviço atende à população esperada tanto no PA como na clínica médica, ficando também registrado que a população usuária aprende a lidar com os limites impostos pela organização do trabalho. Um exemplo disto foi o relatado pela usuária moradora na Vila Tibério, fora da área de atendimento básico do CSE Sumarezinho. Em resposta à pergunta feita pela pesquisadora sobre como conseguiu manter seguimento no CSE Sumarezinho, morando em outro bairro, esta referiu que

apresentou comprovante de endereço fictício. Referiu ainda que procurou atendimento no posto perto de sua casa, mas prefere o CSE.

"Lá no postinho da Vila Tibério tem médico bom também, mas gosto mais do Doutor X ... Meu horário é sempre este... Venho depois do almoço... Agora é tudo com hora marcada, né?" (OBS 17).

No quotidiano, o usuário aprende a lidar com os limites impostos pelo próprio serviço e mostra que ele, de certa forma, apreende as regras e normatizações que disciplinam o atendimento, seus agentes e usuários. A relação que se estabelece entre usuário e trabalhador de saúde busca nesse dia-a-dia respostas alternativas para o problema, ao mesmo tempo em que evidencia a relação de poder ali existente. Esse poder é constituído nas relações sociais e é histórico, uma vez que atribui ao trabalhador de saúde, detentor de um saber específico, um poder maior que o do usuário, na relação acima citada. Trata-se da mesma relação que permite produção de ações de saúde que podem responder às necessidades destas pessoas.

Nas observações, foi possível registrar que o usuário vem ao serviço com uma expectativa de atendimento, sabe o que quer.

"O senhor JRS comparece ao posto, pois tem retorno marcado com o clínico geral e quer fazer exame da próstata como ouviu pelo rádio: após os 40 anos, os homens devem fazer este exame" (OBS 1).

Neste caso o usuário sabia claramente o que desejava do atendimento, relatando sua necessidade ao médico, assim que entrou no consultório, persistindo na solicitação, quando este já dava o exame físico por encerrado:

> *"Enquanto o doutor escreve, o paciente levanta-se e diz: 'o exame que vou fazer é muito chato...'*
> *O paciente havia ficado de pé próximo ao divã e com o que disse lembrou ao médico que o exame não havia terminado"* (OBS 1).

Dos quatro que não tinham consulta programada na clínica, três vinham pela primeira vez tentar marcar e uma delas veio pela segunda vez, já seguindo as orientações recebidas, veio "aguardar vaga".

> *"HMS refere que veio ao posto ontem e foi orientada a procurar uma vaga, pois não está sendo feito agendamento. Refere que está com uma alergia no rosto e no corpo. Coça muito o rosto, incha a pele e fica grossa (...)*
> *HMS: 'Está difícil marcar... Eu já vim aqui ontem. Eles não estão marcando acho que até julho. Até lá tem que vim tentar vaga...'"* (OBS 19).

A usuária estava decidida a conseguir sua consulta médica, demonstrando isso através do tempo de espera pelo atendimento de 2h50min.

O usuário em si nem sempre é capaz de exigir atendimento ou a prestação de algum tipo de serviço. A manifestação de insatisfação com o atendimento foi variada.

Na observação n° 14 há o registro do atendimento de um usuário no balcão da clínica médica, enquanto a usuária acompanhada aguardava sua vez.

> *"No balcão há dois rapazes sendo orientados pela auxiliar. Um dos rapazes diz: 'retorno.'*
> Aux.: *'O senhor perdeu. Era à uma e meia, já foi.'*
> Paciente: *'mas o serviço... não deu para vir antes...'*
> Aux.: *'Acabei de colocar os pacientes que não tinham consulta marcada'"* (OBS14).

No caso descrito o usuário não teve espaço para colocar sua necessidade e não obteve sucesso na tentativa de justificar seu atraso. A auxiliar, após atender o outro rapaz que estava no balcão, volta-se para o primeiro e o orienta sobre como proceder para vir "tentar vaga".

Em outra situação, enquanto a usuária aguardava pela consulta médica ouve o chamado das outras pessoas e comenta:

"Aí! Pronto! Vou ser a última."

Sua irmã: "é... agora ficamos até o fim..." (OBS 19).

Na seqüência do atendimento, a usuária não manifestou a nenhum trabalhador qualquer comentário ou protesto pela demora.

No primeiro exemplo, o usuário esboça uma reação, porém não consegue sensibilizar a auxiliar de sua necessidade de atendimento e ao mesmo tempo pareceu se render ao poder da auxiliar em conduzir o trabalho e as normatizações do serviço de saúde. No segundo exemplo a usuária protesta com sua irmã, mas igualmente se submete às determinações da organização do trabalho.

Outros usuários entraram em conflito com os trabalhadores.

> *"Às 7h29min chega a funcionária que entra na sala de pós consulta. Em seguida entra um paciente que a*

> *aguardava fora da fila, de lado, e fala com ela. Os dois estão à porta, o paciente está nervoso.*
> Aux.: *'Senhor, o senhor. nunca veio aqui comigo, quem pediu seu exame?'*
> Paciente: *'Doutor... '*(não entendi)
> Aux.: *'O senhor terá que vir aqui no horário que o médico atendeu para ele dar outros pedidos.'*
> *O paciente ficou mais nervoso e saiu dizendo alto: 'Ah! Mas não volto aqui mesmo! Não volto!'*
> *A auxiliar observa à porta da sala de pós consulta, depois se aproxima do balcão dizendo: 'Ah! Logo cedo isso aí. É fogo!'"* (OBS 3).

Não obstante o manifesto de insatisfação, o usuário também não obteve sucesso na resolução de seu problema.

Em algumas observações foram registradas a frustração do usuário frente ao não atendimento de sua expectativa. Na observação n° 13 a auxiliar explica sua impossibilidade de marcar a consulta de clínica por falta de vagas e nega também a solicitação de reagendamento da consulta da vizinha da usuária, justificando novamente a falta de vagas, dizendo que nas duas situações é preciso vir cedo para tentar vagas. A usuária sai dizendo *"Que bagunça! Nada pode."* No trajeto até a saída do prédio comenta: "*Não vou vir não... não vou perder dia de serviço... deixa para lá"* (OBS 13).

Em outra situação, o usuário após o atendimento médico no PA sai comentando: *"Isso é que eu não entendo! Uma dor de cabeça dessas e manda tomar maracujá!..."* e continua *"vou tomar, mas acho que não vai valer nada..."* (OBS 15).

Nestes casos, o serviço não atendeu às expectativas do usuário mas, de certa forma, acolheu-o parcialmente, informando-o como obter a consulta

ou realizando-a apesar de seu resultado não corresponder ao que era esperado. É pertinente colocar aqui o conceito de espaço intercessor produzido por MERHY (1997b). Nessa intercessão, o resultado das relações é muito maior que a soma dos produtos de cada uma das partes envolvidas, ou seja, no momento de executar uma ação de saúde é que se abrirão as janelas de possibilidades de respostas às demandas dos usuários.

Os exemplos anteriores confirmam a fragilidade do usuário na relação com o trabalhador e o serviço de saúde apontada por MERHY (1994), ou seja, a dificuldade de sensibilizar o outro de sua necessidade e sofrimento, ficando muitas vezes, em situação constrangedora, com uma sensação desagradável de insatisfação, incerteza e/ou insegurança.

Voltando aos exemplos citados, quero ratificar que acolher não significa a resolução do problema por completo, mas a atenção dispensada na relação de atendimento, envolvendo a escuta, o respeito ao outro, com valorização de suas queixas, questões que serão posteriormente discutidas.

Uma dispensa pode ser acolhedora, se houver a disposição para escutar, procurar dar o encaminhamento adequado ao caso, percebendo as necessidades do usuário na situação. Um exemplo de dispensa "acolhedora" foi o ocorrido na recepção da Teresina.

> *"(...) Uma senhora jovem entrega um encaminhamento à auxiliar. Ela está acompanhada de uma senhora mais idosa e um senhor jovem. A auxiliar 1 olha para mim após ler o encaminhamento e diz: 'Saúde mental do Quintino I não é aqui, né?'.(...)*
> *o Sr disse: 'Que bagunça, o médico mandou vir aqui!'*
> *Auxiliar 1: 'O Quintino não é da nossa área é do ambulatório de Saúde Mental.'*

> *Conversa com a auxiliar 2 ao lado. Mostra o encaminhamento. Esta diz: 'É, não é aqui. Olha não atendemos ninguém do Quintino aqui.'*
> *A Sra.(...): 'Mas está marcado para hoje às 9:00 h.'*
> *Auxiliar 2: 'Não é aqui, primeiro porque hoje não tem atendimento de saúde mental. É preciso saber onde esta consulta foi marcada. E segundo não atendemos alcoolistas.' e aponta para anotação do encaminhamento.*
> *Auxiliar 1: 'Ah! pode ser no Naps, ali na Rua Pará.'*
> *Auxiliar 2: 'É isso mesmo, lá eles atende alcoolistas.'*
> *Outra acompanhante: 'Onde é isso?'*
> *Auxiliar 1: 'Ali na R. Pará, no Hospital Vicente de Paula.'*
> *O Sr, o paciente: 'Ah! lá eu não vou não. Naquele Hospital não!' E sai em direção à porta da rua.*
> *A auxiliar não diz nada ao paciente. Olha para a Sra. e diz: 'aguarda um pouquinho que eu vou ver se é lá mesmo a consulta.'*
> *Pega o telefone e pede a ligação para o Naps.(...)*
> *O telefone toca. A auxiliar 1 atende e confirma o endereço: 'R. Pará, 1280.'*
> *A Sra. se aproxima do balcão e a auxiliar escreve no encaminhamento o endereço do local correto de atendimento: 'Pode ir lá. É lá na rua Pará 1280.'*
> *Sra.: 'Onde fica'*
> *A Auxiliar 1 explica-lhe o trajeto. A Sra. pega o encaminhamento e agradece"* (OBS 13).

No exemplo, a auxiliar dispensou o usuário de fora da área distrital, mas antes confirmou a programação do atendimento por telefone no outro serviço, assim como orientou a acompanhante a chegar até lá. Neste caso, a auxiliar reconheceu o usuário e a necessidade de sua família, abrindo um espaço de escuta; entendeu que era possível ir além das normatizações da regionalização, hierarquização e da própria recepção, fez contato com o outro serviço, acolhendo o usuário, munindo seus familiares de informações

que iriam facilitar seu atendimento, indo além da cotidianidade do trabalho da recepção da Teresina.

4.1.2 - Os trabalhadores de saúde

Entendendo os trabalhadores de saúde como um dos elementos constituintes do modelo assistencial e por serem estes os agentes que produzem as ações de saúde, torna-se relevante para o acolhimento um olhar mais detalhado, embora este estudo não pretenda caracterizar o grupo.

O papel do trabalhador para o acolhimento é crucial, pois é ele quem o produz através de um conjunto de atos em processos de relações, à medida em que executa seu trabalho.

O acolhimento pode ser visto como um dos resultados do atendimento e como propõe MERHY (1997a, 1997b); MERHY *et al.*(1997), uma tecnologia-leve, uma ferramenta analisadora do processo de trabalho em saúde.

Na produção do trabalho em saúde, os momentos de produção e consumo se dão ao mesmo tempo (MERHY, 1997b), não havendo distinção ou possibilidade de se analisar previamente o que se quer consumir ou não, ou seja, não se pega em uma prateleira e se avalia se este trabalho em saúde vai ao encontro do que se deseja. É preciso submeter-se ao processo, sem saber exatamente como será seu resultado final. É uma negociação de interesses, de prioridades; nesta intercessão trabalhador/usuário é que abrem-se as possibilidades de alternativas para as demandas apresentadas pelos usuários. Tais alternativas podem ser

variadas e distintas, dependendo do trabalhador e do usuário que constróem a relação.

É preciso destacar que o acolhimento não depende exclusivamente dos envolvidos, usuário e trabalhador, depende também das condições políticas, econômicas, sociais e históricas dadas pelo aparato institucional que também se modificam nesse processo de produção do trabalho em saúde.

Ao pensar os trabalhadores não se pode tomá-los como insumo ou recurso de um processo de produção, como uma máquina capaz de produzir certa quantidade de procedimentos. Urge considerá-los como humanos que são, “inteiramente” no quotidiano do trabalho em saúde em constante relação, trazendo consigo, como afirma HELLER (1992), todos os aspectos de sua individualidade e de sua personalidade, seus sentidos, suas capacidades intelectuais, suas habilidades manipulativas, seus sentimentos, paixões, idéias, projetos e ideologias. São estes trabalhadores que estabelecem com o usuário, no contexto da unidade de saúde, um processo de relações que pode criar (ou não) alternativas de atendimento em cada situação. Os trabalhadores são agentes com potência de ação, produtores de atos vivos, que autogovernam seu quotidiano. MERHY (1997b) denomina autogoverno a atitude do trabalhador tomando decisões diárias que desenham um dado trajeto, que pode não ser necessariamente aquele estabelecido pelas normatizações e regras do serviço, à partir de seus próprios instrumentos.

Denomino neste estudo, trabalhadores de saúde, todos os trabalhadores da unidade, independente de sua qualificação técnica. Aqui farei referência ao que foi observado dos trabalhadores (vigia, guarda municipal, auxiliar de enfermagem, técnico de RX, enfermeira, médico, auxiliar de farmacêutico, farmacêutico e escriturário) enquanto interagiam com os usuários acompanhados, durante o atendimento e ao conteúdo das entrevistas realizadas, conforme exposto na metodologia.

A idade dos trabalhadores entrevistados ficou na faixa entre 29 e 56 anos e o tempo de experiência na saúde maior ou igual a 3 anos e 6 meses. Isto significa uma experiência de vida e profissional, sugerindo um certo amadurecimento dado pela vida quotidiana à medida em que adquire habilidades na manipulação das coisas e das relações sociais (HELLER, 1992). No quotidiano do trabalho em saúde os trabalhadores, através de suas ações, demonstram seu amadurecimento, enquanto homens inseridos em sua quotidianidade, como também suas habilidades. Este amadurecimento pode estar vinculado ao acolhimento, à medida em que podem (os trabalhadores) conscientizar-se de seus papéis, de suas necessidades e das circunstâncias em que se estabelecem as relações, podendo torná-las mais produtivas.

A disponibilidade dos trabalhadores, para estabelecer a relação de atendimento parece estar relacionada, de alguma forma, à sua satisfação com o trabalho. Esta temática não constitui foco deste estudo, mas está aqui presente, pois diz respeito aos trabalhadores, um dos agentes do acolhimento.

Observou-se que a correspondência entre formação e atividade contratada tem alguma influência sobre essa satisfação. No caso de divergência foram relatados e observados dois posicionamentos distintos ligados ao próprio trabalho, de não reconhecimento e de superação e assunção.

Um dos médicos contratado como clínico do PA relata:

> *"(...) eu me formei... fiz faculdade de medicina... eu fiz residência, não fiz em clínica, fiz em especialidade X, sou especialista X na vida extra posto de saúde... não faço clínica não..."* (Entrevista 4).

Em outra entrevista é possível perceber que o mesmo ocorre, quando há divergência entre o que é contratado e o que é exercido:

> *"a minha relação com a atividade como vigia por enquanto eu não estou exercendo, quer dizer, no momento eu não estou exercendo ela, está totalmente fora do meu trabalho de vigia para portaria...*
> *Estava à procura de emprego, né? Aí fui e falaram que tinha vaga, entrei e... hoje eu acho que até é interessante esse negócio. Claro que não é o que eu pretendo ficar a minha vida, no resto da minha vida mas no entanto, eu procuro fazer o melhor possível, mas melhor. Se eu não puder fazer o melhor é porque não deu mesmo. Mas eu gosto de saber, eu aprendi a gostar" (Entrevista 1).*

Quando a formação técnica, a atividade exercida e a contratada foram coincidentes não houve relato de conflito de identidade profissional.

> *"Eu sou médico clínico geral, ... fiz residência em clínica médica e... sempre trabalhei assim em área pública, né? Em centro de saúde... em área de clínica médica, né? Caso de hipertensão, diabetes, né? Em clínica médica em geral"* (Entrevista 3).

Conhecer a circunstância em que o trabalhador se percebe no trabalho é válido para procurar compreender em que patamar se encontra, no momento em que ele participa do processo de acolhimento do usuário. Se ele se identifica com uma atividade distinta daquela que deve executar, sua disponibilidade para fazê-la pode estar prejudicada, assim como poderá estar prejudicada sua disposição para interagir com o usuário.

Outro aspecto em relação ao trabalhador é como ele percebe seu próprio trabalho e o local em que o realiza. Se ele se identifica ou não com o que faz e com o estabelecimento em que trabalha. Foi possível identificar sentimentos de ambigüidade, satisfação e frustração, o que pareceu interferir em sua disponibilidade em relacionar-se com o usuário, em lançar mão de suas habilidades no momento do atendimento.

> *"(...) eu adoro ... a profissão de auxiliar de enfermagem... Eu acho assim, você tem que gostar da profissão porque se não... não funciona, né? Eu gosto muito... de lidar com as pessoas, com os pacientes... eu gosto. Eu sei ... eu acho assim... você está fazendo um bem, né? Para a pessoa"* (Entrevista 8).

A mesma auxiliar de enfermagem relata sobre o trabalho no pronto atendimento:*"(...) o serviço aqui é paliativo... a gente vai fazer essa medicação agora mas que não tem certeza assim... se... se vai sarar... isso aqui, pode ser que vai melhorar, mas que o problema tá aí"* (Entrevista 8).

Expressa também sua percepção sobre o trabalho na recepção da Teresina.

> *"Ai! A recepção da Teresina é um caso sério, né?(...) O dia que eu sei... que eu olho na escala, que eu estou na recepção da Teresina no outro dia... ai menina... me desanima, sabe? Eu acho que não funciona aquela recepção.. (....) Eu acho que... pra começar... não é serviço de auxiliar de enfermagem..."* (Entrevista 8).

Foram expressos sentimentos de frustração com o trabalho por este não corresponder às expectativas do trabalhador:

> *"(...) tenho um pouquinho de frustração sobre o meu trabalho no Centro de Saúde, eu acho que a saúde pública é mais pra prevenção, não é curativo..."* (Entrevista 5).

> *"É desgastante porque você não vê uma perspectiva de melhora... e uma mudança... Se isso aqui é realmente um serviço de PA, deveria funcionar como PA, não é? Um serviço de urgência."* (...)
> *"Frustrado, frustrado, porque como eu te falei já, até agora a gente não vislumbra nada em relação*

> *a isso, para mudar esse sistema está certo? ... eu acho que o sistema de saúde é deliberado... essa maneira de se atender a saúde no Brasil, se pagar pouco pela consulta, etc, etc, isso é uma coisa deliberada, é uma coisa premeditada, já está certo..."* (Entrevista 4).

Outro posicionamento do trabalhador em relação ao seu trabalho é encará-lo como obrigação contratual: *"Bom, eu sou empregado da Prefeitura, tá certo? Eu acho que quem é empregado tem que prestar o seu serviço, né? O melhor que você consegue fazer..."* (Entrevista 4).

O trabalhador apareceu também como um "ser necessitante" tanto quanto os usuários, fazendo um grande desabafo.

> *"(...) a única coisa que eu gostaria de assim de que... a gente tivesse era mais ... ser mais valorizada no trabalho... Isso que a gente não é, pra ter motivação, você entendeu? Quando você faz alguma coisa... críticas... você tem demais..., elogio nunca, (...) isso vai te desmotivando cada veis mais, cada veis mais. Então, o que é que tava acontecendo! (...) você trabalha e é gostoso, você trabalha pelo paciente, pelo retorno que você tem deles, pela amizade deles, que você acaba tendo, você não trabalha mais assim... pelo... pelos seus chefes, pela direção, não, (...) eu não tenho mais aquela motivação que tinha... de não abonar.... (...) eu tinha poucas abonadas e eu não tinha licença (...) agora, eu tiro o que tenho e o que eu não tenho pra não vir. Você não tem mais motivação... Eu queria que voltasse aquela motivação que a gente tinha, sabe? Aquelas ... ou reunião de grupo ou alguma coisa, precisava, precisava resgatar aquilo que nós perdemos... porque ninguém trabalha contente mais, não é só eu, (...) é você ser não reconhecida, isso é muito ruim. Acho que eles teriam que fazer alguma forma, trabalhá pra reconhecê, a partir do... Como*

> *os pacientes estão carentes e vem procurar nós aqui..., os funcionários tão carente... e sai, tira licença, mas estão carente, tão carente assim, de um reconhecimento..., você trabalha... (...) você corre..., você se desdobra... e você não vê e você não tem tempo de ir atrás dos chefe e (...) o tempo que você for subir lá e falar eu tô correndo, você já perdeu o teu tempo aqui, (...) então eles não percebem, não vê (...) e vai continuá e vai tá piorando.... (...) tanto a população que procura (...) tá carente e o serviço tá carente. Quando o pessoal carente e quando (...) tem essas discussões aí... com alguns funcionários..., porque eles já estão estressados.... Aí vai reclamação lá, aí chega reclamação. O chefe, em vez de entender o lado carente dele... (...) ele acaba descendo de lá pior do que subiu. Eu acho que deveria ser esse lado que deveria mudar, mudando esse lado acho que o restante resolve....”* (Entrevista 6).

É possível perceber por este relato que a disponibilidade deste trabalhador em atender o usuário estará prejudicada, não favorecendo o estabelecimento de nenhuma relação acolhedora.

O trabalhador de saúde é um elemento chave na definição do desenho do trajeto que o usuário fará dentro da unidade de saúde, pois é ele quem decide quais ações serão executadas.

O problema a ser trabalhado tem por trás de si uma necessidade, um carecimento que é reconhecido como necessidade de intervenção, solução antevista para o carecimento. Esta solução pode ser criada na interação à partir das tecnologias disponíveis ou pode ter sido vista pelo trabalhador como eficaz em outras situações semelhantes.

O trabalhador, ao mesmo tempo que demonstra sua falta de disponibilidade para o trabalho, mostra que é possível fazer diferente do normatizado, criando alternativas de atenção e cuidado, confirmando sua potencialidade de autogovernar seu quotidiano e assim poder transformar as práticas de saúde.

4.1.3 - O problema do usuário, objeto de trabalho do trabalhador

O problema aqui está caracterizado como qualquer questão a ser resolvida que motivou o usuário a procurar o serviço de saúde e/ou que poderá ser o foco de atenção do trabalhador. Sob a ótica do usuário, o problema representa sua necessidade/carecimento e sob o ponto de vista do trabalhador o objeto de seu trabalho e a finalidade deste.

Os problemas que os usuários trouxeram para a unidade de saúde, de certa forma, já vieram moldados, segundo as possibilidades por eles apreendidas no jogo de relações sociais, ou seja, suas necessidades são sócio-historicamente construídas (HELLER, 1992; MENDES GONÇALVES, 1992). Neste estudo, estas necessidades apresentaram-se objetivadas principalmente na forma de solicitação por atendimento médico e da mesma forma a resposta pensada e posta em ação pelo trabalhador de saúde aos problemas dos usuários também foi a consulta médica.

Dentre aqueles que procuraram o PA, nove referiram queixas agudas como cisco no olho (OBS 5), sinusite (OBS 6), forte dor no joelho (OBS 7 e 11), febre (OBS 8 e 13), dor de garganta (OBS 9), dor ao urinar (OBS 11),

dor nas costas e na barriga (OBS 12), dor de cabeça (OBS 15 e 22). Um deles referiu além do problema físico falta de médico na UBS de origem (OBS 11) e uma usuária procurava um determinado médico para obter uma declaração para o instituto de previdência (OBS 14).

Dentre os usuários que procuraram a clínica médica, seis o fizeram em razão de retorno médico, destes, quatro além do retorno tinham outras necessidades no momento como pegar encaminhamentos, medicações, exames ou queixas clínicas. Aqueles que não tinham retorno marcado referiram queixas como dor de cabeça (OBS 18), alergia (OBS 19) ou necessitavam de encaminhamentos como no caso das usuárias das OBS 13 e 16 que precisavam consultar na clínica médica para obter encaminhamento para cardiologia e oftalmologia respectivamente.

O trabalhador reconhece uma necessidade, um carecimento dentro de um universo que reduz o usuário a um corpo, um processo patológico previsível e estruturado e ao mesmo tempo reduz a si próprio a depositário do saber que o comanda, a um mero cumpridor de rituais (MERHY, 1994). Este seria um processo de “dever ser”, onde tanto trabalhador quanto usuário não se reconhecem enquanto homens, sujeitos ativos de suas próprias vidas. (MENDES GONÇALVES, 1992).

Neste processo de definição do problema/necessidade do usuário a relação que se estabelece é revestida de representações sociais adquiridas na vida diária, que se processa através da objetivação do que é saúde/doença, atendimento em saúde, objetiva e subjetivamente para o usuário e trabalhador em um dado contexto sócio-histórico.

É importante ressaltar também que os trabalhadores priorizam os problemas a serem trabalhados, segundo um conjunto de saberes que determinam uma dada organização dos serviços de saúde, na prática quotidiana.

As percepções dos trabalhadores à respeito das necessidades e motivos de procura dos usuários foram variadas.

1) problemas relacionados à demanda e consumo de serviços de saúde, como curar e tratar doenças, alívio de queixas agudas, busca de melhora do estado físico, busca de medicamentos. Estes usuários foram mencionados como aqueles que realmente necessitavam de assistência e orientação. A representação de consumo de serviços de saúde é frente a doença.

> *"mais gostoso, - é quando eu resolvo os problemas dos pacientes. (...) é o paciente chegá, ele procurá uma consulta ou um problema relacionado a ele, que eu pegue esse paciente e resolva, ele sai daqui resolvido o problema dele, ou seja consulta, ou seja encaminhamento, ou seja medicamento, o que sê, eu resolvi o problema dele*" (Entrevista 6).

> *"(...) desses que chegam com dor... principalmente assim... de cólica renal, chama muita atenção, né? porque já chega... se rolando de dor, né? Então, você já pega o paciente, deita na sala de observação, chama o acompanhante para fazer a ficha, se não tem acompanhante, você vai até a sala, né? Faz a fichinha, já passa na frente... então, você já entra na sala e fala para o doutor: - olha, tem uma cólica renal na sala de observação... então, você já vai... sabe? Adiantando, né? Um dia, chegou uma dor pré-cordial e o doutor estava lá em cima tomando café. E então, eu é quem estava na recepção. Ela*

> *chegou mal mesmo, sabe? Pus na cadeira para receber a paciente, né? aí já levei para a sala de urgência, enquanto isso fui vendo a pressão... até mesmo sem fazer ficha. (...) enquanto eu vi a pressão, pedi para alguém chamar o médico, nem lembro quem que foi... o médico desceu, traçou eletro, tudo... Era uma suspeita de infarto mesmo. Essas coisas... dá gosto de você atender... você estar agilizando para que tudo saia bem, sabe?"* (Entrevista 8).

2) problemas relacionados ao sistema de saúde sob dois aspectos, o primeiro aponta problemas em sua operatividade.

> *"porque as pessoas não encontram uma solução de uma determinada doença na UBS, aquilo que a gente já comentou...*(demanda que deveria ter ficado na UBS) (...) *na UBS dela, ela vai demorar muito tempo para ser atendida, aqui não, ela chega, é feita a ficha e ela é atendida..."* (Entrevista 4).

Estes usuários são vistos pelos trabalhadores como aqueles que procuram desnecessariamente a unidade. Fica evidente também a representação dos trabalhadores que o serviço de saúde é só para doença, sendo esta uma questão básica para o acolhimento.

> *"(...) Eu acredito, não sei estatística, mas 90% normais... são coisas que... se um posto de saúde, uma UBS estivesse funcionando adequadamente, seria adequado que ele não viesse, esses pacientes, acredito então que 90% dos pacientes não teriam necessidade de vir aqui (...)"* (Entrevista 4).

O segundo aspecto dos motivos de procura relacionados ao sistema de saúde revela o modelo como produtor de necessidades e privilegiador da queixa. Neste caso a crítica é colocada sobre o usuário.

> *"(...) Às vezes não tem nada... A gente vê que quer vim passar no médico porque quer ter o gosto de passar no médico (...) uns tem coceira no pé... (...) outros tá com tossinha... coisa que você vê que não tem necessidade (...) são coisinhas que dá pra agendar uma consulta... que dá pra esperar um pouco mais... mas eles vem no pronto atendimento... (...) o paciente vem pra consulta, vem um acompanhante junto... Ah! Tem muita gente que... Ah! Então eu acho que eu vou fazer uma ficha também... É por isso que eu falo: é à toa, não é à toa?*
> *Ah! Eu vou fazer também... Aí vem um lá... sentado há um tempão, esperando... veio com fulano e viu que todo mundo tava fazendo ficha e resolve: acho que eu também vou fazê..."* (Entrevista 9).

3) problemas de natureza social e econômica variados como busca de lar, abrigo, segurança, proteção. São usuários considerados carentes que necessitam de assistência social. Também foi referido aqueles que procuram o serviço por falta de condições econômicas, para pagar um convênio médico.

> *"(...) Eu acho que eles estão precisando de um lar. De um lugar que eles possam ficar quando chove, que não tenha sol, e que... ele está seguro (...) eu acho que tem uma necessidade enorme de estar protegida (...) Então eu acho que ela fala*

> *assim: Gente! Eu vou pro posto! Porque lá eu vou até arrumar um chazinho (...) eu comparando, se eu tivesse que ir no posto (...) só se for extrema necessidade, porque eu prefiro ficar em casa (...)"* (Entrevista 1).

> *"(...)eu diria que a maior parte são pessoas que têm um nível econômico mais baixo de indivíduos das classes C e D, mas tem pacientes também, de classe média que se queixam que não estão podendo pagar o convênio médico, que antes eles tinham o convênio, mas agora por perder o emprego... é muito freqüente isso, pacientes que se não podem pagar o convênio... vem procurar o atendimento gratuito na unidade de saúde, então eu acho que, em termos de classe sociais, há uma variabilidade... desde... das pessoas mais carentes, né? As classes econômicas... C, D e E até... as pessoas de classe média mesmo"* (Entrevista 3).

4) Foi referido também como motivo de procura vínculos estabelecidos com o serviço e/ou a equipe através dos atendimentos e/ou busca de local para conversar, desabafar, ter atenção. Estes usuários são reconhecidos pelos trabalhadores em suas falas nas entrevistas:

> *"(...) outros já vem com problema assim... de conversar, de se abrí, sabê, de ter uma pessoa prá escutá, entende? Procura muito isso, a pessoa vem prá tentá desabafá (...)"* (Entrevista 5).

> *"(...) o que a gente ouve muito deles, a maioria, é que eles gosta daqui do posto. Eu gosto de ser atendida aqui, porque aqui é rápido, os funcionários atende bem, os médicos são bons e o posto é limpo. Isso muito deles falam... e curativo também eles gostam de fazer aqui,*

> *porque aqui faz bem feito e em outros postos eles não fazem direito"* (Entrevista 9).

O motivo de procura e as necessidades apreendidas pelo trabalhador permitem uma aproximação à disponibilidade deste em relacionar-se com o usuário. Expressa o reconhecimento (ou não) do usuário (ou seu problema), isto é, o "patamar para o início da conversa" e, consequentemente possibilita pensar sobre as relações e o acolhimento. A competência para ouvir e para cuidar, portanto, fazem parte do acolhimento.

No quotidiano, porém, o que se observa é a cristalização de rotinas que dificultam ao trabalhador olhar os problemas dos usuários — necessidades/motivos de procura de forma mais flexível.

No material coletado, através das observações, foi possível perceber que em cada etapa ocorre a definição de um problema/necessidade resultante da interseção dos problemas/necessidades do usuário e trabalhadores.

Assim, na recepção da Teresina o problema do usuário se apresentou na forma de solicitação de consulta médica, para resolução de queixa aguda ou para retorno, submeter-se a exames (RX, ECG, exame "do pezinho" e outros) ou tratamentos (curativos, aplicação de injeção, aerossóis), busca de medicamentos e outros atendimentos como por exemplo serviço social e psicologia.

O trabalhador que o recebe tem como preocupação principal, foco de seu trabalho a definição do local a que o usuário terá que se dirigir, assim o

problema referido pelo usuário é uma informação que auxilia o trabalhador a resolver o seu problema, decidir o local de atendimento do usuário.

> *"Às 13h40min chega à recepção um casal acompanhado por uma criança. A senhora retira um cartão de retorno da bolsa e aguarda.*
> *Às 13h42min a recepcionista desocupa da orientação de outra pessoa. Entrega à recepcionista o cartão dizendo: 'É retorno de exame.'*
> *Recepcionista: 'Pode entrar'"* (OBS 10).

> *"NSV chega à recepção da Rua Teresina. Dirige-se ao balcão e diz à auxiliar: 'Gostaria de marcar uma consulta para mim, porque estou com dor no joelho. Está muito forte.'*
> *Auxiliar: 'Faz muito tempo?'*
> *NSV: 'um pouco. Já fui no postinho. Minha consulta está marcada para o dia 28. Lá eles só atendem consulta marcada (...) a moça falou para vir aqui. Disse que é igual a um pronto socorro, que dá remédio para passar a dor.'(...)*
> *Auxiliar: 'a senhora então vai consultar no pronto atendimento, mas deve fazer seguimento no postinho. Pode descer esta rampa (gesticula apontando a direção) e segue o corredor até o fim. Faz a ficha lá no balcão.'"* (OBS 7).

Na etapa seguinte, as recepções da clínica médica e do PA, o enfoque do trabalhador é o encaminhamento para o atendimento médico de acordo com as regras e normatizações do serviço. No caso da clínica médica, em se tratando de retorno, é verificado se está dentro do horário de chegada programado e, em caso de consulta eventual, verifica-se a regionalização e se haverá vaga disponível. A necessidade expressa pelo

usuário não é explorada, é ouvida tanto na clínica quanto no PA, qualquer que seja ela, somente como solicitação de consulta médica.

> *"(...) balcão da clínica médica. 7h10min Não há ninguém no balcão. (...) Dentro da sala de pós consulta a funcionária parece preparar sua área de trabalho. Esta se aproxima do balcão: 'Bom dia!' e continua ao mesmo tempo seu trabalho. Abre duas agendas nas datas do dia, tara a balança. Organiza e olha ao redor. (...) Sem dizer mais nada pega o cartão de senhor JRS, checa na agenda, pega o prontuário, coloca um número, abre o prontuário e diz: 'Pesar?'*
> *Senhor JRS: 'vamos.' E já se dirige para a balança.*
> *Aux.: 'Quantos anos?'*
> *Senhor JRS: '52'*
> *A auxiliar anota o peso, a idade e a data no prontuário.*
> *Auxiliar: 'Agora é só esperar.' São 7h12min"*(OBS 1).

> *"8h24min Dona PBD: 'Vim marcar uma consulta para pegar um encaminhamento para consulta das vistas.'*
> *Auxiliar: 'Onde a Sra. mora?'*
> *Dona PBD: 'Na Paranapanema.'*
> *Auxiliar: 'de 5ª feira não pega eventual porque o Dr. X chega mais tarde e a Dra. Z não atende clínica na 5ª feira, só diabetes. A senhora tem que tentar uma vaga amanhã antes das sete e antes do meio dia. Mas isso não quer dizer que vai conseguir consulta, é para tentar vaga. Nós não estamos marcando nada até julho. A senhora tem que vir tentar vaga antes das sete e às onze e meia, tá certo dona ACMD ?' (a auxiliar entendeu que ACMD era o nome da senhora com quem falava, Dona PBD é a avó de ACMD). ACMD riu da situação. Dona PBD pega de volta o cartão e sai. São 8h26min"* (OBS 16).

No PA o trabalhador toma como objeto o preenchimento da ficha de atendimento médico, a queixa parece não ter importância.

> *"(...) o usuário cumprimenta a auxiliar: 'Bom dia!'*
> *A auxiliar não olha para o seu rosto. Continua olhando para baixo e mexendo no bloco de fichas. Quando termina diz ainda olhando para baixo: 'vai consultar agora?'*
> *Usuário: 'sim.'*
> *Auxiliar: 'me dá um documento.'*
> *O usuário entrega o RG à auxiliar. Esta faz as anotações, pergunta pelo endereço e devolve o documento. Não diz nada. Destaca a folha do bloco e coloca-a sob a ficha do senhor da frente"* (OBS 9).

O problema do usuário, na maioria das vezes, expresso na forma de queixa clínica aguda (forma apreendida socialmente como aquela que abrirá as portas para o atendimento), é tomado na clínica e no PA como um critério de priorização do atendimento, questionável às vezes, pela demonstração de contradições, isto é, um quadro mais agudo não é reconhecido como prioridade para a clínica médica, talvez porque este seja o perfil entendido como para o PA.

> *"A auxiliar entra novamente no consultório. Quando sai passa (...) e diz à paciente que está ao lado de Dona RCM no balcão: 'Esqueci, a próxima é a senhora. Ela está passando mal..., esqueci. Falei com o Doutor, a próxima é a senhora.'*
> *A auxiliar fala isso e se retira (...)"* (OBS 17).

> *"13h48min. O senhor que está a frente de HMS apresenta dificuldade respiratória. Está aflito. Olha os cartões que estão sobre o balcão, os cartões de quem aguarda vaga. Reclama da demora para a auxiliar: 'Que esperança... Não tem vaga! A gente*

> *pode até morrer...Eles não ligam... a gente tem asma...'*
> *Auxiliar: 'Pode esperar... tem duas pessoas aguardando vaga na sua frente...'*
> *O paciente senta no banco: 'sou do Dr. K... perdi a consulta do dia oito, agora é isso...'"* (OBS 19).

O problema do usuário define também as alternativas de solução como encaminhamento ou não da clínica para o PA, em casos de falta de vagas, "tentar vaga" em outro dia ou procurar atendimento médico na UBS.

> *"(...) o que que eu vou fazer com ele (...) - eu vou perguntar pra ele o que ele tá pretendendo, qual que é a consulta dele, (...) eu vou ver se eu vou ter vaga, se for a primeira vez que ele tá vindo, vou primeiro procurar saber onde ele mora. Aí se ele mora na nossa área e vou olhar se vai ter vaga no dia, (...) eu vou ver se ele pode aguardar, ou pra aguardar vaga ou pra marcar. Se ele não está bem, eu encaminho ele pro PA para ele ser consultado. Depois da consulta vê o que co médico vai falá, pra depois ele voltá pra vê se eu marco com mais espaço ou se eu tento encaixar ele o mais rápido possível. (...) porque agendas são sempre lotadas. Aí eu falo pra ele: vai passando no pronto atendimento, consulta alí, o que o médico ti falá, se dá pra esperar, a gente vê... a gente marca pra você. Muitas vezes, dali mesmo ele vai ser encaminhado, vai pro hospital ou alguma coisa assim, a outras vezes ele volta pra mim aí eu marco pra ele.*
> *(...) - você passa pro pronto atendimento. Você não é da área, infelizmente tem que passar no posto da sua área, procura ver o posto mais próximo. Passa no pronto atendimento já que você já está aqui (...) e depois que você sair de lá, você procura o teu posto mais próximo da sua casa. Eu não vou procurar saber o que ele tá sentindo, eu não tenho tempo pra isso"* (Entrevista 6).

No atendimento médico propriamente dito, tanto no PA quanto na clínica, a queixa referida é tomada como objeto de trabalho sobre a qual será colocada a atenção do trabalhador médico.

> *"Às 7h53min SHRS é chamado pelo médico (...)*
> *Entramos no consultório. (...) o médico (...) com a ficha de SHRS na mão pergunta-lhe: 'O que foi?'*
> *SHRS: 'Estava trabalhando ontem quando caiu café em meu olho. E agora está raspando. Hoje acordei com aqui (aponta) amarelo.'*
> *Médico: 'Está raspando? É?'*
> *SHRS confirma com um movimento de cabeça.*
> *O médico escreve e após terminar levanta-se e pega uma lanterna (...): 'Vamos dar uma olhada, levanta.' Fala para o paciente.*
> *Dirige-se para SHRS. Fecha a porta do consultório, que até então permanecera aberta. Examina o olho do paciente de pé (...) diz: 'Tem um cisco bem encravado. Se você olhar bem no espelho entre o preto e o branco do olho. Ta aí.'*
> *O médico volta para a mesa. O paciente senta-se. O médico também, que passa escrever dizendo: 'Vou te encaminhar para o HC[22], no hospital eles têm material para tirar isto sem machucar, se não estivesse tão encravado, a gente tentava aqui mesmo, com um cotonete mesmo. Lá eles têm umas pinças, é só puxar. Você vai aqui no HC Campus. Eles atendem oftalmologia no Campus durante o dia. Se for à noite, é na UE[23].' Entrega o encaminhamento a SHR"* (OBS 5).

O olhar focalizado, dirigido por uma certa concepção de saúde/doença não favorece a exploração de outras possibilidades de

22 HC - Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. Constituído por duas unidades, uma no Campus Universitário e outra no centro da cidade, a Unidade de Emergência.

23 UE - Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto.

atenção, como por exemplo, a realização de uma limpeza mínima, um curativo oclusivo, orientação e encaminhamento posterior ao atendimento hospitalar especializado, para o ambulatório de saúde do trabalhador. Mesmo com respeito à solução proposta não houve se preocupou com a compreensão do usuário em relação a ela. Na saída da unidade este perguntou à pesquisadora: *"O HC é aqui na Faculdade?"*, demonstrando uma certa insegurança. O encontro não se abriu para a escuta, para a percepção do que está além do que está sendo relatado, ou seja, como se sente a pessoa. O olhar é sobre o cisco que está no olho e não sobre a pessoa que tem um cisco no olho e que precisa de ajuda face à nova situação de sua vida.

Após a consulta há a etapa da pós consulta na clínica e a realização dos procedimentos indicados, como aplicação de medicações, vacinas, curativos, aerossóis, imobilizações e outros. O que é tomado como objeto de trabalho pelo auxiliar que executa as ações é a conduta definida pelo médico.

> *"Às 7h45min a auxiliar entra na sala de pós (...). Pega as agendas e o prontuário do paciente. (...) Senta-se e diz: 'Vamos começar'. São 7h46min.*
> *Carimba a receita e diz: 'Aqui está a receita do remédio da pressão. O senhor tem papel de dieta? O doutor não falou da dieta? Está escrito aqui'. O paciente responde que não têm. Que como agora está de férias fará um regime. Quando viaja não tem condições.*
> *Carimba agora o pedido de exame. Pega o cartão e a agenda para marcar o retorno. 'Seu retorno vai ser no dia 4 de abril' diz olhando para o paciente.*

> *Olha depois para o impresso do pedido de exame e para um calendário pregado na parede e diz: 'dia 17 de março, está bom?'*
> *Paciente: 'está bom, dia 17 de março.'*
> *A auxiliar registra esta data no alto do pedido de exame e diz: 'aqui está o pedido de exame. Jejum, heim!?'*
> *O paciente pega os papéis e o cartão.*
> *Despede-se com um aperto de mão. 7h49min"* (OBS 1).

Aqui, da mesma forma, o trabalhador tem como foco de seu trabalho o ato padronizado. Não o concebe como algo que precisa ser explicado, ensinado a alguém que irá executá-lo, considerando suas circunstâncias de vida. A orientação da dieta limita-se à entrega de um impresso e a orientação dos exames a serem realizados restringe-se à frase: "*Jejum, heim!?"* A concepção básica para o trabalho não é aquela que busca a compreensão do usuário ou a autonomia deste em lidar com a própria vida, isto é, instrumentalizá-lo a fazer seu tratamento com as informações necessárias e consciência sobre sua saúde. Tais orientações podem levar a uma transformação das práticas no quotidiano dos serviços de saúde.

4.1.4 - A estruturação do trabalho no CSE

A estruturação do trabalho está constituída pelos instrumentos, recursos disponíveis, sejam eles os físicos relativos à edificação e espaço físico propriamente ditos, assim como os equipamentos, as tecnologias (duras, leve-duras e leves) necessárias para diagnósticos e tratamentos e as normatizações do estabelecimento.

As tecnologias de características mais fixas, duras e leve-duras são instituídas pela estruturação de um conjunto de saberes necessários à operação do trabalho em um dado contexto social.

O trabalho em saúde resulta de um jogo de interesses muitas vezes não explicitados claramente, segundo as necessidades de cada um dos envolvidos no momento do atendimento, o usuário, o trabalhador e o próprio estabelecimento de saúde. O trabalhador é quem comanda a dinâmica deste trabalho, à medida em que toma decisões à partir de um cardápio de intervenções possíveis elaborado por ele, na situação dada pelo espaço intercessor de produção das ações de saúde.

Em algumas situações o usuário tem uma necessidade expressa e o trabalhador em seu processo de escuta (ou não), ou com o olhar armado pelas tecnologias e estruturação do serviço (refiro-me aqui aos programas de saúde orientados pela noção de risco, portanto trabalho morto capturando o trabalho vivo), identifica outro problema como necessidade de saúde, como ocorreu na OBS 1[24], situação em que o usuário expressou sua preocupação com o exame da próstata e o médico preocupava-se com o exame de diabetes e com a pressão arterial elevada.

Os *trabalhadores de saúde,* elemento fundamental da relação intercessora do trabalho em saúde, têm sido vistos tradicionalmente pelo planejamento como recursos, insumos, como um fator de produção qualquer do estabelecimento, como produtor de atos quantificáveis.

[24] Ver página 84.

Sob a ótica da micropolítica do trabalho, entretanto, é um agente potente que possui recursos próprios que são colocados ou não a serviço do atendimento ao usuário no momento de executar as ações de saúde, ocorrem processos internos no próprio trabalhador, dado que não são coisas, são seres humanos, que fazendo parte de uma estrutura estabelecem relações com outras pessoas.

Os *usuários,* da mesma forma, constituem-se parte desta estrutura representados pela demanda propriamente dita, estabelecendo relações com ela, modificando-a ou sendo modificada por ela, no quotidiano.

> *"Eu acho que eles não sabem usar o serviço... (...) Teve uma dor de cabeça, eles já estão aqui no posto. Estão aqui dentro. Aí você fala assim para ele: você tomou novalgina? Você tomou algum remedinho para passar a dor? Não, eu tive dor de cabeça e já resolvi vir aqui. Aproveitei que eu ia passando... e parei aqui, sabe? Você pode pegar as fichas... que você vai ver... tem um dia que o doutor consultou gripe, resfriado, sabe? Coisa assim que não tinha nem medicação... nem medicação.... então isso também... enche, enche bem o saco, né? Agora dá gosto você atender um paciente que vem mesmo porque precisa, sabe? Você fala não, esse paciente realmente tinha que vim..."* (Entrevista 8).

Este exemplo demonstra a dependência do usuário à figura do médico criada pela prática de saúde contemporânea. Esta dependência hoje gera uma dificuldade de acolhimento em função da demanda excessiva, sendo identificada pelo trabalhador como procura desnecessária.

Um dado modelo assistencial expressa um projeto de política de saúde e define um arranjo tecnológico, disposição de recursos e, uma dimensão assistencial, ou seja, uma certa disponibilidade (predisposição)

para um determinado atendimento, para um tipo de usuário cujo modelo foi pensado (oferta/demanda, finalidade).

Tanto no PA como na clínica, cada um deles configura previamente o perfil do usuário que irá atender. A clínica parece trabalhar com aquele que pode aguardar pelo atendimento ou pela disponibilidade de vagas ou, ainda, que entende ser o problema abordado, segundo as ações da clínica (consulta médica) e o PA parece atender pessoas que buscam os serviços de saúde frente a uma ocorrência súbita, inesperada ou uma situação aguda de algum problema anterior. É preciso lembrar, contudo, que quem atende na verdade é o trabalhador e não a clínica e o PA; estes não são entidades com vida e desejos próprios, mas se movem na direção dada pelos sujeitos que aí atuam.

Um dos aspectos da estrutura e organização do trabalho relacionado ao acolhimento, apontados por estudiosos como MERHY (1994) e CAMPOS (1994), é o acesso dos usuários aos serviços de saúde, isto é, a abertura do serviço de saúde e capacidade deste de sensibilizar-se e responder a diferentes demandas de forma estruturada ou não. Compartilho da opinião destes autores, quando defendem uma forma mais flexível na dinâmica dos serviços de saúde. CAMPOS (1994), enfatiza a necessidade de plasticidade do serviço, isto é,

> *"capacidade de mudança, de adaptação de técnicas e de múltiplas combinações de atividades, objetivando sempre dar conta da variedade dos problemas de saúde, da inconstância dos recursos disponíveis e ainda do*

> *entrelaçamento da saúde com aspectos socio-econômicos e culturais"* (CAMPOS, 1994, p. 63).

Em relação ao acesso dos usuários aos serviços de saúde acima referido, cabe lembrar que aqui ele está sendo tomado na perspectiva da acessibilidade, ou seja, *"grau de ajuste entre as características dos recursos de saúde e às da população, no processo de busca e obtenção de assistência à saúde"* (FEKETE, 1995, p.180). Esta autora aponta que a acessibilidade está relacionada a fatores de ordem geográfica, organizacional, sócio-cultural e econômica.

Na prática quotidiana o aspecto geográfico é objetivado através do uso do princípio da regionalização; este foi observado preso, capturado a alguns princípios e regras do serviço. Apareceu como um aspecto rígido, não favorecendo o acolhimento.

O caso abaixo foi registrado na recepção da Teresina, enquanto aguardava pela chegada de algum usuário que pudesse acompanhar.

> *"(...) o senhor: 'Esse, é a garganta'. Põe a mão na cabeça da criança, um garoto de ± 5 anos. 'Fui ao Pronto Socorro e eles lá mandaram vir aqui, diz que é aqui que tem que atender'.*
> *Auxiliar: 'Onde o Sr mora?'*
> *Paciente: 'Travessa Antônio Moro - Sumarezinho.'*
> *A Auxiliar vira-se e pega uma pasta, procura o nome da travessa e diz: 'O posto que o senhor deve levar o menino é o da Vila Tibério. A travessa Antônio Moro pertence ao posto da Vila Tibério'. (...)*
> *O pai da criança: 'Mas como, se a moça do Pronto Socorro falou que era aqui?'*
> *Auxiliar: 'O senhor vai descer e falar com o pediatra, mas o seu posto é o da Vila Tibério, sabe onde é?'*

> *O guarda municipal que acabou de chegar diz: 'um posto perto da pracinha.'*
> *Auxiliar: 'O senhor vai descer falar com o pediatra e fala que eu já vi que pela regionalização o senhor pertence à Vila Tibério.'*
> *Pai da criança: 'Por que a moça do Pronto Socorro não falou isso? Eu vim de lá a pé com o menino. A gente tem problema, minha esposa está operada, eu tive que trazer ele, está com dor de garganta, febre...' (...)"* (OBS 11).

É no processo de trabalho da clínica médica que a regionalização torna-se um dos aspectos fundamentais do fator geográfico da acessibilidade do usuário. Ele deve ser morador da área básica de abrangência da unidade[25]. Esta informação apresenta-se para esta unidade de saúde como algo de difícil diferenciação aos usuários, pois trabalha com diferentes delimitações de área, dependendo do setor de atendimento. Para os atendimentos básicos, como no caso a clínica médica, segue-se a regionalização da área básica; para os atendimentos especializados segue-se a regionalização distrital ou não se segue regionalização alguma, como no caso do PA.

A investigação sobre o local de moradia do usuário esteve bastante presente nas observações da clínica médica, especialmente nos casos de usuários sem consultas agendadas previamente. Esta teve a conotação de identificar se aquele usuário deveria ser atendido ali ou não. Caso pertencesse à área de abrangência de outra unidade, a alternativa de solução dada pelo serviço foi encaminhar o usuário ao setor de pronto

atendimento e orientá-lo a procurar sua unidade básica. O usuário só foi aceito, se morador da área do CSE Sumarezinho e se houvesse possibilidade de ser encaixado no lugar de algum faltoso. No caso dos usuários, com retorno programado, não ocorreu investigação sobre o local de moradia, nem para atualização do endereço. O usuário que possui prontuário ou cartão de agendamento já passou pelo primeiro crivo do acesso geográfico.

O trabalhador tem preocupação com a "demanda invasora" como o citado na entrevista:

> *"(...) A gente não tem que orientar que cada paciente, que procure a sua UBS de origem pra tá tomando despacilina, voltaren e aerossol? Só que eles vem tudo pra cá. Então nós temos essa orientação, pra orientá pro paciente, é uma norma, da regionalização, né? Que o paciente que pertence ao Piloto[26], que vá tomar a despacilina no Piloto e que faz os curativos no Piloto, que toma o voltaren no Piloto (...) só que os pacientes não aceita isso, porque... porque eles consultou foi aqui e é aqui que eles tem que tomar (...) aí eu explico... mas não é que... mas o médico mandou eu tomá aqui. Eu falei: não, o médico mandou o senhor tomar aqui porque o médico não tá inteirado com o regulamento e com as normas da área do posto (...)"* (Entrevista 9).

É preciso destacar que a "demanda invasora", olhando para o sistema como um todo, sob a ótica do acolhimento, pode revelar de certa forma, que há obstáculos entre os usuários e as unidades de saúde e estes determinam

---

25 População geral da área de abrangência básica do CSE Sumarezinho = 16.124 habitantes. População geral da área de abrangência distrital do CSE Sumarezinho = 117.013 habitantes. (Dados do Departamento de Planejamento em Saúde da SMS para 1997, baseados na Contagem de população do IBGE 1996 acrescida de taxa de 0,99% de crescimento anual).

26 Posto Piloto é uma denominação da UBS de Vila Recreio, uma das unidades do distrito do Sumarezinho.

um movimento dos usuários na busca de satisfação de suas necessidades em diversos serviços de saúde. O acolhimento em cada unidade tem relação com o das demais. O que se observa é um verdadeiro “jogo de empurra” quando os trabalhadores não utilizam a potencialidade dos recursos disponíveis, com prejuízo dos usuários, que terão que se deslocar de unidade, aguardar mais tempo pelo atendimento, às vezes dias, além de outras dificuldades.

Outro fator importante para a acessibilidade na clínica médica foi organizacional, relativo ao número de vagas para consulta médica. O usuário fica na dependência dessa disponibilidade. É o “aguardar vaga” que significa na prática pela espera de uma falta de algum usuário agendado.

> *“HMS, no balcão diz à auxiliar: ‘tentar vaga...’ Entrega os cartões, ‘Para mim e para o meu pai...’*
> *Auxiliar: ‘Não vou te garantir nada... Tem muita gente marcada ... Pode esperar’(...)*
> *HMS volta ao balcão e fala para a auxiliar: ‘O pai não está, não pode vir...’*
> *Auxiliar: ‘Não dá para marcar...’ Mostra a agenda e explica: ‘Todos os das doze e trinta vieram. Você tem que esperar os das treze horas. Se alguém faltar te encaixo, se não faltar, você tem que esperar para ver se falta alguém das duas horas’”* (OBS 19).

Na impossibilidade de consultar no mesmo dia as alternativas de intervenção observadas foram orientar o usuário a “tentar vaga” em outro dia e/ou encaminhar para atendimento no PA, não havendo investigação sobre o problema/necessidade do usuário no momento.

> *“Dona MNPO: ‘Quero marcar uma consulta. Estou tendo dor de cabeça... Não sei se é enxaqueca ou alérgica’*

> *Auxiliar: 'Senhora, não estamos marcando. Só depois de julho... A senhora pode vir tentar uma vaga antes das 7 e antes do meio dia e meio. Pode vir hoje à tarde tentar vaga.'*
> *Dona MNPO: 'Então, onde vou agora?'*
> *Auxiliar: 'No pronto atendimento. Se não resolver lá volta aqui à tarde para tentar vaga'"* (OBS 18).

Esta prática gera para o próprio serviço uma demanda tanto para o PA quanto para a clínica médica, uma "fila boba", que mereceria um estudo mais aprimorado. Por outro lado, há relatos de experiências como as de Betim (FRANCO *et al.*, 1997) e Ipatinga (MERHY, 1994) que propõe a implantação do acolhimento para reorganizar o serviço, tendo em vista o acesso universal, resolutividade e atendimento humanizado, ou seja, oferecer sempre uma resposta positiva aos problemas de saúde apresentados pelo usuário. Em Betim, a implantação do acolhimento mudou o foco da organização do trabalho da consulta médica para a "equipe de acolhimento", uma equipe multiprofissional preparada, que passou a usar todo seu arsenal tecnológico para a assistência, escuta e solução dos problemas dos usuários.

Esta experiência pode constituir-se em possibilidade para se repensar a organização do trabalho em saúde, especialmente nas chamadas clínicas básicas, como as focalizadas neste estudo, a clínica médica e o PA.

A hierarquização, ainda dentro de fatores organizacionais da acessibilidade, aparece como trabalho morto capturando o vivo, uma normatização condicionadora do atendimento; traduz-se na prática pela

exigência de encaminhamento por escrito, principalmente no caso de atendimento de especialidades.

> "A paciente diz*: 'Vim marcar consulta na Cardiologia. O ginecologista é que mandou aqui.'*
> Auxiliar.: *'Cadê o encaminhamento.'*
> Paciente.: '*Ele não deu só falou para vir aqui. No posto da Vila Lobato não tem cardiologista e nem clínico.'*
> (...)
> Auxiliar: *'Ah! você vai precisar primeiro consultar na clínica médica e se o clínico achar necessário consulta na cardiologia, ele mesmo encaminha.(...)"* (OBS 13).

O motivo de procura pelo serviço foi relatado na recepção da Teresina como sendo marcar consulta na cardiologia, conforme orientação do ginecologista do outro posto. Frente à estrutura e organização do trabalho, a usuária não tendo o encaminhamento escrito em mãos, foi mandada à clínica para obtê-lo. Na clínica, recebeu dispensa sem ter oportunidade de dizer o motivo da procura, uma vez que o *espaço de escuta*[27] era inexistente e a comunicação só se abriu para informar que não havia vaga. LEITÃO (1995), ao trabalhar a temática da escuta, refere que a fala do usuário está sendo ouvida e não escutada pelos trabalhadores de saúde. Escutar a fala implica em

> *"• perceber o outro como indivíduo e não como número de prontuário;*

27 "No contexto psicanalítico a escuta não limita seu campo de entendimento ao do falado, mas ao contrário, é no mais lacunar do discurso que um fio de significado vai se tecendo" (LEITÃO, 1995, p.47).

> • *compreender e valorizar as experiências de vida do outro;*
> • *apreender a relação Trabalhador-Usuário como troca de saberes, despojando-se do poder e da autoridade;*
> • *interpretar o pensar, sentir e agir do outro de acordo com a realidade onde ele está inserido*" (LEITÃO, 1995, p.49).

A discussão destes aspectos será melhor explorada, à seguir, no grupo de dados de análise — as relações.

Para obter atendimento no PA, o usuário deverá objetivar sua necessidade de atendimento na forma de uma queixa aguda. Na organização do trabalho assim concebida, aspectos como a regionalização, hierarquização ou exigência de documentos, parece não haver importância. Não há limite de número ou horário de atendimento, assim como não há dispensa de nenhum usuário que chegar, mesmo que não tenha queixa aguda.

> "Chega um rapaz (recepção da Teresina): *'Vim marcar uma consulta. Estou com dor de cabeça. Vim aqui ontem à noite e o médico falou se não melhorasse era para voltar. Ele mandou marcar uma consulta.'*
> Auxiliar$_1$ fala para a auxiliar$_2$: '*A essa hora não vai conseguir mais vaga.'*
> Paciente: '*Dói demais!'*
> Auxiliar$_1$: *'O Sr vai consultar no PA agora, mas lá pelo meio dia e meia volta aqui para marcar consulta na clínica.'*
> Paciente: *'É para fazer um check-up.'*
> (...) balcão do PA.(...) O paciente (...): *'Vim pegar uma vaga para depois do meio dia...'*
> Auxiliar: *'Mas...'*

> Paciente: *'Estou com dor de cabeça... O médico que estava aqui ontem falou para voltar se a dor não melhorasse.'*
> Auxiliar: '*O senhor está com dor?'*
> Paciente: *'Dói aqui, começa no olho e vai para trás assim...'* e gesticula. *'melhor um clínico...'*
> Auxiliar: *'É um clínico... me dá a identidade...'"* (OBS 15).

Outro fator relacionado à acessibilidade do usuário diz respeito à sua decisão de procurar (ou não) o serviço de saúde, identificando-o como capaz de intervir positivamente sobre seu problema; aqui também estão presentes aspectos da intercessão trabalhador/usuário, especialmente o reconhecimento e o não reconhecimento mútuo do usuário (e de sua necessidade expressa) e do trabalhador. Na perspectiva do meu olhar, enquanto pesquisadora, as observações destacaram que a acessibilidade apareceu como um aspecto importante para o acolhimento, uma vez que evidencia a dinâmica da estruturação do trabalho e as tecnologias de relação presentes.

Após ter sido dispensada por falta de vagas uma usuária comenta:

> *"Vou lá embaixo agora na Jorge Lobato[28]... Vou ver se eles dão o encaminhamento lá... Já teve vez da gente sair chorando daqui sem conseguir consulta... As vistas é sagrada... ela tem que consultar..."* (OBS 16).

[28] Jorge Lobato foi o nome que a usuária utilizou, sendo que a denominação popular daquela unidade é Posto da Vila Lobato e a oficial é Centro Médico Social Comunitário de Vila Lobato.

A acessibilidade foi evidenciada em diferentes aspectos, sendo interessante o que se refere à doença *versus* lazer ou ocupação, isto é, fatores que parecem ter levado o usuário procurar ou não o serviço de saúde no olhar dos entrevistados, sugerindo uma relação entre compromissos sociais e manifestação de queixas/problemas de saúde.

> *"(...) os pacientes... como que eu vou falar... eles são assim, ó... eles vem no pronto atendimento, às vezes muito pacientes para pegar atestados. É para pegar atestado... eu não sei... às vezes parece até que não tem o que fazer... sabe? tem casos que é assim... Ontem foi dia da Lapa[29], o último dia da Lapa, se você ver... como é que estava esse posto às seis horas... cinco e pouco... você não acreditava, vaziinho que não tinha nada... mas porque... acho que é assim... é algum lugar para ir, compromisso... é a Feapam[30], sabe? eu acho que tem muito disso... O pessoal não tem muito que fazer então, eles tem depressão... eles vem... uns vem fazer aerossol, vem uns três, quatro, junto...* (Entrevista 8).

Em outra entrevista houve referência por outra auxiliar de enfermagem que com o início das atividades do PIC[31] os usuários diminuíram suas necessidades de consultas eventuais e retornos próximos.

> *"(...) pra começar, os velhos que vinham aqui diminuíram bastante os retornos, estão ficando mais longe, depois do PIC, por causa que começou ter aí nas praças... eles estão vindo.... eles vinham todos os meses, agora não...., estão*

29 O dia 06 de agosto acontece anualmente a Festa do Bom Jesus da Lapa, um evento religioso, em Jardinópolis, município vizinho de Ribeirão Preto.

30 FEAPAM - Feira Agro Pecuária da Alta Mogiana, ocorre no mês de agosto em Ribeirão Preto.

31 PIC - Programa de Integração Comunitária que desenvolve atividades de integração, dentre elas atividades físicas orientadas em praças públicas.

> *vindo de treis em treis meses... e muitos ainda falava: eu pedi pro médico por mais longo* (o retorno) *porque eu tô bem. Melhorou (...)"* (Entrevista 6).

O fator econômico da acessibilidade foi observado nos dados empíricos. A questão "convênio" apareceu tanto para o trabalhador como para o usuário como questão de acesso a serviços de saúde.

> *"(...) tem pacientes também, de classe média que se queixam que não estão podendo pagar o convênio médico, que antes eles tinham o convênio, mas agora por perder o emprego... é muito freqüente isso, pacientes que se não podem pagar o convênio... vem procurar o atendimento gratuito na unidade de saúde(...)"* (Entrevista 3).

> *"Dona PBD: 'Está difícil conseguir esta consulta... Fui lá na Jorge Lobato, depois na Vila Tibério e agora aqui. A gente mora na Paranapanema. Até agora ela podia consultar na Jorge Lobato, agora, fez 15 anos e não pode mais...É que lá não tem clínico... A Vila Tibério falou que é aqui... É um jogo de empurra...'*
> *ACMD: 'Vou ter que parar com o judô, jazz e balet para pagar um convênio... (...) o São Francisco é 40 por mês. Se eles não me atenderem mais aqui, vou ter que pagar o convênio'"* (OBS 16).

Apesar do princípio do SUS da universalidade da assistência, em que o acesso é um direito, independe de quaisquer condição ou situação; registra-se a queixa da usuária do "jogo de empurra", entendendo que passa por aquela situação pelo fato de "não ter convênio". Ao mesmo tempo, o

trabalhador transparece a forma como representa aquele serviço de saúde como alternativa para aqueles que “não podem pagar” um convênio. Observou-se, na prática quotidiana, que os trabalhadores representam os usuários com convênio, como aqueles que não deveriam estar procurando atendimento naquele serviço, que deveriam ser atendidos pelo segmento privado, de certa forma ignorando o princípio da universalidade, alimentando uma predisposição negativa para o acolhimento. No entanto, este mesmo trabalhador não percebe que o convênio, em muitas situações passa a constituir uma das alternativas do cardápio de intervenções, especialmente nos casos em que se necessita de algum tipo de atendimento hospitalar.

Em termos de acesso, observa-se que no PA é universal, qualquer usuário que chega é atendido. Para um dos trabalhadores este fato é referido como negativo, pois esta facilidade faz com que o usuário procure desnecessariamente o serviço. *“(...) O P.A. aqui é uma porta de igreja, está certo? É uma igreja, entra quem quiser, certo? (...) Você não tem triagem, como é feito ao HC, quer dizer, só vai entrar lá quem precisa, aqui não (...)”* (Entrevista 4).

Para as auxiliares de enfermagem a oferta de atenção referida na entrevista faz com que os usuários as procurem para conversar, mesmo sem haver queixa de saúde, ou mesmo para desabafar problemas de ordem pessoal (família, escola, trabalho). Estas trabalhadoras não reconhecem, porém a orientação e atenção dadas como um trabalho de enfermagem.

> *“(...) Então, esses que vêm para conversar, eu acho que são pessoas que já tiveram aqui com*

> *um problema, algumas vezes... e que por um acaso, calhou de consultar na clínica. Eu, talvez... de uma maneira ou outra, eu consegui fazer com que ele se acalmasse, com que ele resolvesse o problema dele. Não resolvesse, mas pelo menos, que ele ficasse mais assim... sabe? Ele entendesse melhor o problema. Algum dia eu poderia ter conversado com esse paciente, né? E que ele gostou de conversar... ou ele veio aqui para me contar que aquele fato que aconteceu que não tem mais... ou ele veio para conversar e contar que continua do mesmo jeito, né? Ou ele veio simplesmente para me desejar um bom dia, sabe? Conversar comigo assim... coisas assim... que não tem nada a ver...."* (Entrevista 7).

A escuta e o acolhimento, enquanto atenção e cuidado, parecem ir ao encontro da especificidade da enfermagem, o cuidado; por outro lado, não são reconhecidas como compondo o trabalho de enfermagem pelas auxiliares.

SILVA *et al.* (1993), apontam que o curar e o cuidar estão presentes nas práticas de saúde, compondo a mesma realidade. Propõem que em um projeto para a enfermagem considere-se a humanização deste curar e cuidar na perspectiva do resgate da cidadania de cada indivíduo e de melhora das condições de vida a nível individual e coletivo.

A experiência de Betim (FRANCO *et al.*, 1997), demonstra o impacto da reorganização do serviço de saúde, através da implantação de uma equipe de acolhimento, centrada no usuário, encarregando-se pela escuta e comprometendo-se a resolver seu problema. Neste trabalho, os profissionais não médicos utilizaram seu arsenal tecnológico (conhecimento, experiência, escuta e outros) instrumentalizados por protocolos do serviço.

Demonstraram um aumento da autonomia do trabalhador em decidir sobre seu trabalho, a integração deste com a equipe, onde cada um cumpre sua função na divisão das tarefas, sem haver uma relação de subordinação de um pelo outro.

Ao contrário do PA, na clínica médica, o atendimento apresentou alguns condicionantes mais evidentes como a regionalização, número de vagas, horário de atendimento. Nas duas áreas de atendimento, porém observou-se o trabalho morto governando o vivo, vestindo-o com uma camisa de força, tolhendo-lhe as possibilidades de criar alternativas de solução para as demandas, oferecendo, quase exclusivamente, atendimento médico. No trecho da entrevista 7, há pouco referida, as ações de escuta não são reconhecidas pelas auxiliares. Fica claro nos exemplos citados, os obstáculos à acessibilidade, sendo uma contradição na prática do princípio da universalidade preconizado pelo SUS, mas ao mesmo tempo como saída a própria escuta.

A organização do trabalho define um fluxo para o atendimento, como já citado, no caso das especialidades, é preciso passar pela clínica para obter encaminhamento, acarretando um estrangulamento do atendimento, pois tudo tem que passar pela clínica. No quotidiano, este fluxo hierarquizado se viabiliza através de uma ficha de referência exigida para o acesso, definida pela organização do sistema de saúde.

> *"Sra. PBD: 'Vim marcar uma consulta de vista para ela.'*

> *Auxiliar: 'tem cartão?'*
> *A Sra. procura o cartão na bolsa e o estende ao auxiliar: 'Já fui marcar consulta, mas falaram que a Paranapanema não pertence àquele posto, me mandaram aqui.'*
> *Auxiliar. 'A senhora tem encaminhamento?'*
> *Sra. PBD: 'não, vim marcar a consulta de vista'*
> *Auxiliar: 'Olha senhora, para marcar a consulta na oftalmo, a senhora precisa primeiro consultar na clínica para o médico dar o encaminhamento.'*
> *Sra. PBD.: 'Ai meu Deus do céu!!'*
> *Aux.: 'A senhora vai lá dentro, na clínica médica, fala com a moça para marcar a consulta. No dia da consulta a senhora pede o encaminhamento'"*(OBS 16).

Esta discussão da acessibilidade e acolhimento nos leva a pensar que uma das especificidades da clínica seria sua inespecificidade, tanto a exercida no ambulatório de clínica médica, como no setor de pronto atendimento; em se tratando de áreas de atendimento básico, é a elas que se aportam as mais diversas demandas dos serviços de saúde, exigindo algum tipo de resposta. O que se destaca também é observar que o que se obtém como resposta a esta diversidade de demandas inespecíficas é tão somente a consulta médica.

Ainda, o processo de trabalho em saúde como um todo apresenta uma finalidade e características que interferem no acolhimento, como por exemplo, a divisão do trabalho. Em cada uma de suas etapas há interação entre trabalhador, usuário e serviço. Nesta interseção, pode-se evidenciar alguns dos aspectos que compõem o acolhimento e como os trabalhadores os manipulam.

Antes, porém, é preciso explorar a divisão de trabalho, uma das características do processo de trabalho em saúde. Esta foi observada e está presente na estruturação do trabalho na clínica médica e no PA. É uma divisão histórica, técnica e social. Trata-se de uma divisão do trabalho em saúde e não do usuário que se submete a este processo. *"A equipe de saúde é uma mini organização que reconstrói a unidade perdida — através das sucessivas divisões do trabalho que geram outras tantas profissões diferentes — do trabalho social cujo objetivo é a atenção à saúde"* (TESTA, 1995, p.295).

O trabalho, se efetivado desarticuladamente, não favorece o acolhimento, toma o usuário como coisa, não humano e fraciona-o em objeto sobre o qual executar-se-ão atos. Nas observações foi possível identificar além da divisão em si do trabalho, o fracionamento das ações.

Desta forma, como já discutido anteriormente[32], em cada uma das etapas do processo de trabalho há a eleição de um problema como objeto de trabalho, que não estará centrado na necessidade do usuário.

Na recepção da Teresina, a preocupação é basicamente com a identificação da regionalização e da queixa para definir o setor a que o usuário deve dirigir-se. Na recepção da clínica, a preocupação é regionalização e o número de vagas. Na recepção do PA o trabalho é o preenchimento da ficha de atendimento. Na consulta médica, o foco principal é a queixa. Na pós consulta o agendamento de retornos, exames,

[32] Ver páginas 103-104 do capítulo Apresentação e discussão dos dados.

encaminhamentos. Na farmácia entrega de medicamentos e na sala de medicação aplicação do tratamento prescrito.

Fica evidente a captura do trabalho vivo pelo morto, os autogovernos dos trabalhadores, os critérios de priorização de atendimento, ou seja, o processo de tomada de decisões pelo trabalhador não está centrado no usuário, na perspectiva de ajudá-lo a manejar os fatores que dificultam a manutenção da saúde, assim como a direção dada ao atendimento.

Foi observado, especialmente na pré consulta da clínica médica, que o atendimento é realizado de forma mecânica. O usuário é pesado, sem que se faça qualquer relação entre o atendimento do momento com os anteriores, não há investigação de queixa atual, se houver. O diálogo fica limitado às perguntas das informações que devem constar no prontuário como idade e registro do peso. Observei um certo "condicionamento" dos usuários a esta rotina, registrando a antecipação destes nos atos a que iriam ser submetidos.

> *"LSM está com o cartão de retorno sobre o balcão. A auxiliar pega-o, e sob o balcão procura o prontuário, fixa o cartão com um clip, se dirige à balança, tarando-a.*
> *LSM após responder ao cumprimento aguarda quieta e dirige-se à balança à medida que a auxiliar dirige-se para lá também. A paciente sobe na balança sem que a auxiliar precise pedir.*
> *Auxiliar: '54 e 800.'*
> *LSM: 'acho que emagreci um pouco. Estava com 60 e poucos...'*
> *Auxiliar: 'pode aguardar.'*
> *A paciente abaixa-se com cuidado e com certa dificuldade para pegar sua bolsa que havia deixado no chão. A auxiliar não nota a dificuldade de LSM"* (OBS 3).

Aqui, novamente, a escuta aparece como um elemento fundamental para o acolhimento. Fica claro também que este significa muito mais que obter a vaga para o atendimento médico.

Além da divisão do trabalho, observa-se o fracionamento de ações dentro dessas divisões. Um exemplo é o fracionamento da pré consulta em ações realizadas por duas auxiliares, uma pesa e a outra registra.

> *"As duas auxiliares estão no balcão. A auxiliar$_1$ abre as agendas e a auxiliar$_2$ tara a balança. Não ouço o que dizem, mas a auxiliar$_1$ pega os cartões, marca na agenda e separa o prontuário entregando-o a auxiliar$_2$. Esta pesa o paciente.*
> *O movimento da auxiliar$_1$ é mais rápido e os pacientes se aglomeram em frente à balança, obstruindo a passagem do corredor"* (OBS 19).

Este aspecto já havia sido observado na fase de exploração do campo, sendo registrada também, quando uma auxiliar descrevia seu trabalho: "(...) *a Colega também chega cedo, e nós duas vamos (...) ou um dia eu faço a triagem... ela pesa.. Outro dia (...) eu peso e ela faz a triagem...*" (Entrevista 7).

Esta forma de executar o trabalho não favorece o acolhimento, uma vez que a relação estabelecida tem como foco principal um ato (triagem, pesagem) e não o usuário e suas necessidades. A trabalhadora não se percebe fazendo mecanicamente seu trabalho, o que significa a captura do

trabalho vivo pelo morto, assim como dos envolvidos no processo, o trabalhador e o usuário.

Terminada a pré consulta, o usuário vai para o *hall* de espera. Alguns seguem imediatamente para lá, não havendo qualquer verbalização para isto. O usuário aguarda pelo chamado do médico.

Essa espera pelo atendimento mostra também como se efetua o acolhimento do usuário. A presteza na atenção é um componente importante, quando se trata de um sofrimento. A espera é menor para aquele com retorno programado e maior para aqueles que necessitam de atendimento eventual, na maioria com alguma queixa aguda. Não podemos esquecer também daquele que espera o dia seguinte para tentar a vaga, uma espera ainda maior, “escondida” pela estruturação do serviço que o manda para casa.

Todo processo de trabalho gira em torno do atendimento médico. A consulta é baseada nas informações contidas nos prontuários e nas queixas referidas no momento. O atendimento é voltado para o corpo biológico, lançando mão dos recursos disponíveis como os de apoio diagnóstico para as investigações, medicamentos, atendimentos especializados, isto é, explora-se o uso das tecnologias duras e leve-duras, não usufruindo das potencialidades das leves.

O foco do atendimento distancia-se de uma relação mais humanizada, solidária, dificultando ao trabalhador perceber o outro, o usuário, como uma pessoa inteira, que necessita de atenção e cuidados; muito além de uma

queixa manifesta, ultrapassando o olhar delimitado pelas tecnologias duras e leve-duras, elementos também necessários para esta atenção e cuidado.

A cura representa, nas mais variadas formas, o foco do atendimento à saúde. Esta, na perspectiva deste estudo, vai ao encontro do conceito proposto por CAMPOS (1994):

> *"curar alguém seria sempre lutar para a ampliação do Coeficiente de Autonomia dessa própria pessoa (...) neste sentido, faria parte fundamental de qualquer processo terapêutico todo esforço voltado para aumentar a Capacidade de Autonomia do paciente, para melhorar seu entendimento do próprio corpo, da sua doença, de suas relações com o meio social e, em conseqüência, da capacidade de cada um instituir normas que lhe ampliem as possibilidades de sobrevivência e a qualidade de vida"* (CAMPOS, 1994, p.50).

Observa-se um movimento em direção oposta em relação ao trabalho de proporcionar aumento de autonomia na perspectiva citada.

> *"Dra.: 'O colesterol também está acima de 200. Por enquanto a senhora vai fazer só dieta. Se melhorar não precisa de remédio. Tem uma parte que vem da alimentação, das gordurinhas que comemos. A senhora come muita gordura?'*
> *Paciente: 'Ah doutora! Gosto muito de uma gordurinha... No açougue peço sempre que deixe a gordurinha da carne! Meu filho sempre me dá a gordurinha dele. Ele não gosta de jeito nenhum!'*
> *Dra.: 'Vai precisar deixar de comer. A outra parte do colesterol às vezes é da própria pessoa. Nós também fabricamos o colesterol. Às vezes dá uma disfunção e a gente não consegue abaixar só com a dieta, aí*

> *precisa de remédio. (...) Aqui está escrito o que pode e o que não pode comer. (...)'*
> *Paciente: 'Nossa! Tudo o que eu gosto de comer agora não posso mais!'*
> *Dra.: 'É. Agora a senhora tem que fazer regime'"* (OBS 10).

A proibição fica clara, mas não há preocupação em ajudar a usuária a readaptar sua alimentação, trabalhar a restrição alimentar, para que esta descubra alternativas, para lidar com esta nova situação em sua vida. A entrega de um impresso parece por si só suficiente. O olhar da trabalhadora fica restrito ao conhecimento estruturado da clínica, ao corpo biológico e aos mecanismos de fazer com que este corpo volte à "normalidade"; não se abre às linhas de escape, que no exemplo mostrou-se na exclamação da usuária: *"Nossa! Tudo o que eu gosto de comer agora não posso mais!"*. Esta poderia ser a abertura para a introdução das tecnologias leves, de relação, de acolhimento, vínculo e humanização do atendimento, o que possibilitaria, de fato, que a usuária fizesse uma dieta.

Na seqüência do processo de trabalho a que o usuário foi submetido, após a consulta médica ocorre a pós consulta. Esta caracterizou-se como uma fase "burocrática" de carimbar receitas e pedidos de exames, marcar datas de coleta de material e retorno médico, orientação de onde seriam feitos os agendamentos como ECG, RX, consultas especializadas e de onde pegar medicação. É um atendimento mecânico e rápido, mas houve, mesmo assim, espera antes de acontecer.

Enquanto espaço intercessor a pós consulta não foi além do universo delimitado pelo atendimento médico; pelo contrário, ficou presa aos procedimentos, esquecendo-se também da pessoa que submeter-se-ia a eles, perdendo a oportunidade de escuta do ali existente, embora nas entrevistas as auxiliares tenham relatado como a escuta acontece em seu quotidiano.

> *"MRD entra na sala de pós consulta.*
> *A auxiliar diz: 'Pode sentar aqui (...) Retorno em um do sete. Vai colher os exames no dia onze de junho. O sangue é em jejum, heim? Prontinho.' Entrega o pedido de exame, o cartão de retorno. 'A senhora não é diabética não, né? Então o agendamento é no dia cinco de maio.'*
> *D. MRD: 'das vistas?'*
> *Auxiliar: 'é. A senhora vem cedo para marcar.'*
> *D. MRD: 'que horas?'*
> *Auxiliar: 'olha, eu mesma já falei para muita gente vir, então se a senhora vem cedo marca para maio, se vem mais tarde, a consulta é marcada, mas só para junho, julho..., entendeu? Traz este papel aqui e o cartão. A dieta a Dra. explicou, né?'*
> *D. MRD: 'O café é com adoçante?'*
> *Auxiliar interrompe: 'isso, como a doutora explicou. Leva este papel aqui. Aqui tem o que a senhora pode e o que não pode comer. Este outro aqui... (...) este também é da dieta. Leva para a senhora ler. Seu retorno então é um do sete.' A auxiliar anota no prontuário"* (OBS 10).

A usuária não obteve atenção nem da médica, nem da auxiliar no sentido de ajudá-la a lidar com as restrições alimentares a que terá que se submeter. A entrega do impresso tomou o lugar das relações humanas que

poderiam ter sido estabelecidas e nesta intercessão buscar a autonomia usuária.

Em outra situação a auxiliar de enfermagem deu um caráter diferente ao atendimento, estimulando de alguma forma essa autonomia, buscando capacitar a usuária a realizar os exames indicados e obter as medicações prescritas; mas, mesmo assim, esta autonomia teve um caráter de disciplinarização, para a localização do setor, ou seja, para aspectos de forma e não de conteúdo.

> *"(...)LSM pega os pedidos de exame e guarda na bolsa.*
> *Aux.: 'Ah! O eletro, este aqui (entrega o papel à LSM), a senhora vai lá em cima, por onde a senhora entrou, lá na janelinha marca o dia do exame.'*
> *LSM: 'Ela aqui (pesquisadora) sabe onde é.'*
> *Aux.: 'Não, a senhora têm que saber onde é. De outra vez ela não vai estar com a senhora.'*
> *LSM: 'Tá certo.'"* (OBS 3).

Outro aspecto do processo de trabalho surgiu à partir da pós consulta, as condições de trabalho. A auxiliar desabafa sobre sua sobrecarga antes de fazer um atendimento.

> *"RASG dirige-se para a sala de pós consulta. (...)*
> *Auxiliar: 'Pode sentar...' Dirigindo-se à pesquisadora, a auxiliar diz: 'Pelo amor de Deus, escreve aí no seu relatório sobre todo o movimento da clínica. Não agüento mais isso daqui! Se fosse criança ia parar e fazer muita birra'"* (OBS 4).

Em outra situação, o trabalho está interrompido pela falta de um aparelho de pressão. É a auxiliar de enfermagem quem está providenciando o equacionamento do problema.

> *"Dona RCM fica de pé na porta. (...)*
> *Entra na sala um médico que se senta na mesa ao lado aguardando a auxiliar terminar. Esta diz: 'tenho que fazer este comunicado aqui para darem outro aparelho de pressão para o doutor. O dele sumiu da sala.'*
> *Dr.: 'É só de um aparelho de pressão que preciso para começar a trabalhar.' (...)*
> *Auxiliar: 'A enfermeira do PA disse que não tem outro. A moça do almoxarifado disse que só dá outro se eu fizer este papel... Assim não dá, cada dia some uma coisa... A gente fica aqui sozinha e não dá para tomar conta de tudo...'*
> *Uma auxiliar da pediatria entra trazendo um aparelho: 'serve este? Peguei lá no armário.'*
> *O doutor imediatamente levanta e pega o aparelho: 'serve sim, obrigado.' Sai em seguida da sala"* (OBS 17).

Nas entrevistas houve críticas às condições físicas da sala de pós consulta, apontando a inadequação para as orientações necessárias, pela falta de privacidade.

> *"(...) você não pode é... fazê... conversá com paciente com outro paciente fazendo o pós consulta alí perto... tem muitas vezes, você tem que chamar a atenção do teu paciente porque tá prestando atenção na pós consulta do outro, entendeu? Ele tá sentado aqui com você e a colega tá conversando lá, como eu tô conversando e o paciente da colega fica olhando o que eu tô falando com o meu paciente aqui. Eu tô dizendo, bem é aqui. Você entendeu? Então*

> *não dá pra você.... (...) não, não tá adequada (a sala) não é adequada , nunca foi, eu já falei isso. Não tem como você fazê um pós consulta ali dentro... você simplesmente orienta e... quanto mais rápido o paciente sair da sala... é melhor pro seu trabalho, porque tem treis, quatro esperando lá fora... pra entrá e você manda sentá e eles não sentam mesmo e eles ficam ali no balcão ainda batendo o dedinho assim e olhando pra dentro. Então, você, o quanto mais rápido você dispensar...."* (Entrevista 6).

Uma das queixas referidas pelos trabalhadores das condições de trabalho pode ser mencionada em relação à recepção da Teresina:

> "*(...) essa portaria, lá também você fica lá... não tem uma água... tem aquela água... aquele bebedouro pra tomar e se você quiser copo tem que ir buscar, não tem um banheiro e ninguém lembra que você tá lá..., você fica esquecida lá. Tem que tá pedindo socorro... Gente! eu quero água, quero ir no banheiro... aí...* (...) *ah, eu ligo aqui, no PA. (...) vê aí quem pode vim aqui, né? (...) é, porque tá lá a supervisão... Chefe1 ou Chefe2..., mas eles não vão... (...) eu já pedi: Chefe1, quem que vem ficar aqui? Chefe2, quem vem? Ah! eu vou ver quem vai e.... (...) ah! às vezes dá resultado... demora um pouquinho mas aparece um lá. Mas aí quem... (...) porque eles tão... às vezes ocupados, né? Oh! agora eu não posso, tô apertado aqui. Então, é mais difícil também, né? Aí dá vontade de largar lá e descer, uai, dá vontade....* (...) *você ficar seis horas lá... sem banheiro e sem água e sem nada, sem um café..."* (Entrevista 9).

Essas mesmas condições ruins de estar, como falta de banheiro e falta de copo para água, estão colocadas para os usuários, entretanto, os trabalhadores não fizeram qualquer referência a isto.

Houve também referência sobre as condições de trabalho no sentido oposto.

> *"(...) nós temos uma boa condição de atendimento, inclusive assim... exames laboratoriais... que podem ser solicitados... através do Hospital das Clínicas, né? Agora exames secundários também poderia citar agora... também como uma endoscopia digestiva, né? que pode ser pedida pelos clínicos da unidade..., então são boas condições de atendimento..."* (Entrevista 3).

Os trabalhadores têm consciência de que condições desfavoráveis de trabalho interferem na forma de atendimento do usuário como relata a auxiliar:

> *"(...) eu sei que você tem que mostrá qualidade e não quantidade, mas isso é muito fácil falar... Se você for mostrar qualidade, tipo: eu acho que o paciente merece uma atenção, você olhar, conversar, ouvir... mas, infelizmente prá nós não tem condições de fazer assim... E se a gente for fazer com cada um, os outros vão fazendo fila, aumentando mais e vão falando que está demorando... e já começam a brigar... Então, acho que... infelizmente, não consigo fazer isso..."* (Entrevista 9).

O trabalhador está em constante relação com seu meio, como pode ser demonstrado, as condições de trabalho tanto podem favorecer quanto dificultar o trabalho, sendo desta forma importante para o acolhimento na medida em que atuam sobre o trabalhador, especialmente sobre sua disponibilidade para o trabalho.

Olhando para o processo de trabalho, agora no pronto atendimento, fica evidenciado que este é simplificado e seu acesso, como já colocado, universal, no sentido de que está facilitado. Inicia com o preenchimento de uma ficha na recepção, esta é pega pelo médico plantonista que chama o usuário ao consultório. O tempo de espera é relativamente pequeno e a consulta é em sua maioria focalizada, direcionada para a queixa referida.

Após a consulta, o usuário é encaminhado pelo próprio médico aos demais setores, de acordo com a necessidade por ele identificada, como a sala de medicação, sala de curativos, farmácia, ambulatórios e outros serviços ou saída da unidade. O atendimento em cada um dos setores citados é em sua maioria direcionado, focalizado no ato a ser executado; não se abre para a possibilidade de ampliar o foco do entendimento da assistência à saúde para além do prescrito pelo médico. A articulação entre tais setores é através de receituários, encaminhamentos, folhas de atendimento. O trabalho é executado de forma mecânica, sem relacionar a pessoa do usuário com o ato em si. Como exemplos destaco a observação do preenchimento da ficha na recepção, de forma mecânica, não se perguntando qual seria a queixa que motivou esta procura e também o

atendimento na sala de medicação, quando nenhum trabalhador identificou a ansiedade da usuária:

> *"Chegamos ao balcão de recepção do PA. A paciente (...) com o documento à mão, estende-o à auxiliar que está no balcão dizendo: 'Queria marcar uma consulta para mim.'*
> *A auxiliar pega o documento, preenche uma ficha e pergunta: 'Qual é o seu endereço?'*
> *A paciente responde.*
> *Auxiliar: 'pode esperar.' Diz isso colocando a ficha da paciente que acaba de preencher de lado"* (OBS 7).

> *"D. MNPO entra na sala e entrega sua ficha de atendimento.(...)*
> *Uma auxiliar prepara a medicação de D. MNPO no balcão (...)*
> *Auxiliar: 'Vamos aplicar ali?' (na sala ao lado). 'É na veia...'*
> *D. MNPO a segue e se senta na cadeira indicada com um gesto pela auxiliar. Aplica a injeção lentamente. Termina a aplicação.*
> *Auxiliar: 'Segura aqui.'*
> *D. MNPO segura o algodão e fica de pé: 'Vou ficar aqui um pouquinho para ver se não passo mal.'*
> *A auxiliar já havia se retirado para a outra sala.(...)*
> *D. MNPO: 'Acho que já posso ir.' (...)*
> *D. MNPO passa pela sala de medicação. Ninguém a vê apesar de haver várias pessoas ali (...)"* (OBS 18).

O diálogo nas duas situações é mínimo, a relação estabelecida centrou-se nos atos (preenchimento da ficha e aplicação de injeção) não possibilitando uma aproximação das pessoas que pudesse viabilizar vínculo ou acolhimento. Há ausência de orientação voltada para estimular a autonomia do usuário em dar conta de sua própria vida, governando seus problemas de saúde.

A divisão de trabalho está presente no quotidiano, além da divisão formal, aparece na representação que o trabalhador tem de seu trabalho, como nos registros das observações, quando o médico não entendeu como de sua responsabilidade informar ao usuário que aguardasse pela auxiliar que faria a ficha na recepção do PA, saindo do local sem dar qualquer atenção ao usuário, sem nada dizer. Em outra situação registrou-se que quando tem algum problema solicita às auxiliares que encaminhem à direção, subentendendo-se que sua ação é só a consulta médica e não o envolver-se com articulações, para organizar o próprio trabalho.

> *"quando eu sinto falta de alguma coisa que pode prejudicar o atendimento, eu primeiramente recorro às minhas auxiliares de enfermagem que trabalham na clínica médica, que depois repassam essa queixa para outros setores, né? Da direção da unidade, mas é raro acontecer, geralmente as condições de trabalho são boas"* (Entrevista 3).

Em uma perspectiva mais ampliada, a divisão de trabalho foi referida por um trabalhador, quando perguntado sobre a relação entre seu trabalho e os demais desenvolvidos no estabelecimento e fora dele.

> *"Não, é um serviço à parte, à parte. (...) você depende do serviço terciário... não é hospital aqui, né? Já que você tem um serviço que atende qualquer tipo de intercorrência... de emergência, você tem que ter um suporte, tem que ter um suporte. Obviamente, um suporte terciário de saúde, que é um hospital de referência sem*

> *dúvida, se não..., não tem continuidade nisso. (...)"* (Entrevista 4).

Nesta situação, a representação que o trabalhador tem do funcionamento de seu setor de trabalho em relação aos demais interferirá sobre as possibilidades de intervenção antevistas como solução às demandas dos usuários, no caso, o PA é referido como um serviço à parte do CSE e percebendo a continuidade de seu trabalho nos serviços hospitalares.

Houve referência à divisão entre trabalho curativo e preventivo, reconhecendo as partes como complementares.

> *"(...) eu entendo também que é uma medicina assim... curativa, né? De... acompanhamento dos pacientes..., eu vejo também que me falta assim, então... um embasamento assim... na área da Medicina Social, né? Que eu nunca atuei nesta área em Medicina Preventiva e Social, mas dentro da Medicina curativa, né? Do atendimento ambulatorial, eu creio que eu me realizo satisfatoriamente... este atendimento. (...) Da área assim preventiva de doenças... que eu sempre atuo no atendimento primário de pacientes... então, me falta assim, embasamento mais na área de Medicina Preventiva porque eu sinto uma carência, né? Nessa área..."* (Entrevista 3).

Através das observações e das entrevistas foi possível registrar outras diferenças na organização do trabalho do PA e da clínica médica, que, de certa forma, interferiram no atendimento e no acolhimento possível.

Uma dessas diferenças é em relação ao registro dos atendimentos. Na clínica médica há o uso de *prontuários*. O médico o utiliza para obter informações clínicas e laboratoriais anteriores e as auxiliares na pós consulta tomaram a conduta médica prescrita no prontuário como seu objeto de trabalho.

> *"Às 14h25min ouvimos o nome de RASG, é a chamada para a consulta médica. (...)*
> *O médico lê o prontuário e pergunta pelo exame de sangue. Comenta (...): 'É controle de anemia. Tem um problema social sério..., mas agora está melhor. (...) Está comendo melhor agora?' RASG responde afirmativamente. 'E o exame da flebite?'*
> *RASG: 'não pude ir à consulta porque fui logo cedo às sete horas correndo com ela (sua filha) nas Clínicas. Ela queimou.'*
> *Médico: 'Ah! Então voltamos à estaca zero! Vamos ver aqui.' Diz isso olhando ainda no prontuário, levantando-se em seguida, dirigindo-se ao divã (...) examina RASG. (...) Pergunta se ainda dói e diz: 'Está bem melhor.' RASG: 'dói ainda às vezes, quando esfria.' (...)*
> *O médico registra no prontuário (...)"* (OBS 4).

Nas demais etapas do processo de trabalho o prontuário serviu de veículo de informação estrita, como no caso da pré consulta (registro de data, peso e idade) ou não foi utilizado como no caso dos atendimentos na

farmácia e agendamentos de RX e ECG, feitos em documentos específicos como a receita médica, pedidos de exames e outros.

A manipulação dos prontuários, enquanto instrumento de trabalho, foi referido pelas auxiliares de enfermagem nas entrevistas. Apareceu como fonte de informação para o próprio trabalho, como verificar se o resultado do exame se encontrava anexo ao mesmo, entretanto, contradizem-se relatando falta de tempo para esta verificação, e que o médico no ato da consulta as procura para que peguem os resultados dos exames do usuário que está em atendimento.

> *"as coisas ali na clínica é feito tudo corrido, né? (...) às vezes... (...) se dá tempo, antes dessa pasta (prontuário) ir para o médico, a gente já vai lá, já pega o RX, já checa se o eletro está na pasta e já vai atrás. Mas às vezes, é tanto tumulto, tanto tumulto, é tanta gente, que não dá tempo para você ver essas coisas... então, a hora que o médico vai consultar, ele vai na nossa sala, oh!... pega esse RX para mim, aí eu tenho que me deslocar do meu local..."* (Entrevista 7).

O uso do prontuário pelos médicos foi como fonte de informações técnicas como diagnóstico, medicamentos utilizados, exames solicitados, segundo o recorte de um olhar biológico, numa concepção mecanicista do corpo; como uma máquina com partes com problemas a serem identificadas, consertadas e reguladas através de exames e medicamentos. Este olhar dificulta ao trabalhador ver o prontuário como algo além do que ele

representa fisicamente, um instrumento que agrega algumas informações sobre uma pessoa, perceber que é com a pessoa que deverá estabelecer a relação de atendimento. Não é o prontuário que dirá o que a pessoa sente, qual é seu sofrimento e sim ela mesma. O prontuário pode informar que o usuário é hipertenso, mas só ele mesmo pode dizer como é ser um hipertenso, como vive, quais as dificuldades que enfrenta, quais seus problemas, dores e sofrimentos.

A importância do prontuário como facilitador do acolhimento é constituir-se um instrumento de documentação dos atendimentos e possibilitar a continuidade para uma aproximação ao usuário mais humanamente instrumentalizada, podendo facilitar a relação e um olhar mais próximo da integralidade.

No pronto atendimento os registros são simplificados, realizados em fichas individualizadas por atendimento. Esta estrutura permite um atendimento mais rápido e imediato, limitando o foco de atenção do trabalhador para a queixa do usuário, conforme observado nos dados deste trabalho.

> *"Dra.: 'O que aconteceu, MMM?'*
> *MMM: 'Estou com dor de garganta, febre e dor no corpo.'*
> *Dra.: 'Febre de quanto?'*
> *MMM: '37 graus.'*
> *Dra.: 'Isso não é febre, é temperatura normal; do corpo. Dói a cabeça?'*
> *MMM: 'Sim, aqui olha.' Passa a mão na região posterior da cabeça.*
> *A doutora se levanta e pede que MMM sente-se no divã. Examina a garganta, ausculta o pulmão. Apalpa a face e os membros procurando identificar*

> *presença de dores e de que tipo: 'a garganta está irritada...' Quando aperta a face MMM refere que não dói. Dói somente os membros, principalmente os braços.*
> *A médica senta-se para fazer as anotações na ficha de atendimento. Depois diz: 'Vou passar um anti-inflamatório que vai melhorar a garganta e a disposição geral. Você está resfriado. Febre é só acima de 38 graus, você pode tomar novalgina ou qualquer outro remédio para febre que tiver em casa.'*
> *MMM: 'Doutora, a senhora pode me dar atestado?'*
> *Dra.: 'te dou uma declaração do tempo que esteve aqui.' Diz isso ao mesmo tempo em que pega o bloco de declaração de comparecimento preenchendo-o. Entrega a receita e a declaração à MMM. Este agradece e sai do consultório"* (OBS 9).

Se por um lado o registro simplificado agiliza o atendimento, em algumas circunstâncias pode interferir negativamente atrasando a definição de um diagnóstico, pois os atendimentos não guardam relação entre si; a cada vez que o usuário é atendido, é feita nova ficha, não se resgatando as informações anteriores, não resgatando sua história, inclusive a patológica.

Outras formas de registro foram observadas e estão relacionadas ao acolhimento. Refiro-me aos registros que servem de veículo de comunicação entre diferentes equipes e/ou serviços. São as fichas de referência e contra-referência, criadas para comunicação entre os diferentes níveis hierárquicos de assistência.

Nas observações estiveram presentes como tecnologia dura, isto é, foram exigidos como condição de acesso aos atendimentos especializados.

A justificativa para esta exigência é dada pela hierarquização, isto é, o atendimento inicial deve se dar na unidade básica, se não solucionado, deverá procurar níveis superiores através de uma ficha de referência. Como já citado, foi observado que este princípio está estruturado de forma a determinar um certo estrangulamento no atendimento da clínica médica; uma vez que para se obter atendimentos em quaisquer especialidades é preciso ter o encaminhamento do clínico, agravado, na unidade em estudo, pela determinação de que o PA não pode encaminhar direto para as especialidades do próprio CSE.

Por outro lado, os encaminhamentos para as UBSs foram poucas vezes pensados, enquanto possibilidade de intervenção ou de articulação para intervenção, talvez por influência da representação que o trabalhador tem da UBS, enquanto serviço capaz de acolher aquela demanda; por sua forma de ver o atendimento num recorte focalizado naquele espaço e tempo, não visualiza a integração possível entre os serviços de saúde, não se preocupando com o depois na vida do usuário.

Os atendimentos especializados constituem também uma das alternativas do cardápio de intervenção ao alcance do trabalhador e ao mesmo tempo cria situações de relações internas, dentro da própria unidade, e externas. O mesmo pode ser dito em relação aos exames de apoio e diagnóstico para a clínica.

> *"(...) exames laboratoriais... podem ser solicitados... através do Hospital das Clínicas, né? Agora exames secundários também poderia citar agora... também como uma endoscopia digestiva,*

> *né? que pode ser pedida pelos clínicos da unidade... (...)*
> *Muitas vezes... eu tenho encaminhado os pacientes quando eu não posso... desde que não tenha condições de solucionar... o problema eu encaminho para outra especialidade, né? Então... eu tenho essas limitações, tem alguns casos..., (...) por exemplo: na área de neurologia, né? As cefaléias por exemplo, que é uma patologia muito comum, né? A cefaléia..., então... nesse caso eu tenho limitações nesta área, então... eu tenho procurado encaminhar à neurologia, no Ambulatório Regional de Especialidades, né? Podemos encaminhar os casos que não podem ser solucionados na unidade"* (Entrevista 3).

Desta forma, as dificuldades de acesso aos atendimentos especializados já apontadas interferem sobre a decisão do trabalhador:

> *"(...) eu tenho procurado conversar com os pacientes... ouvindo, né? O que os pacientes têm a dizer..., então, eu noto uma carência nesta área assim, vamos dizer assim... o atendimento psicológico. Nós temos na unidade, né? A psicologia, né? Mas que... é uma demanda muito grande para o atendimento psiquiátrico e psicológico, né? Para psicólogos.., então... eu acho que muitas vezes a gente tem que... às vezes... prescrever medicamentos assim, tranqüilizantes e ansiolíticos, para tentar... resolver pelo menos as queixas do paciente, as queixas de momento... e... já que nós não podemos resolver os problemas assim... sociais, né? De relacionamento familiar..., problemas econômicos..., de moradia..., então... é logicamente, tem casos também, de pacientes que tem as patologias, né? Hipertensão arterial, diabetes.., mas eu creio que a maior parte dos casos são doenças psicossomáticas, são queixas relacionadas a problemas sociais, de*

> *relacionamento familiar, no trabalho..."* (Entrevista 3).

No PA o acesso a exames de apoio e diagnóstico é mais limitado, dispondo, na própria unidade, somente de ECG, glicemia com glicosímetro e RX em alguns horários. Um trabalhador relata:

> *"(...) É um atendimento de P.A., de pronto atendimento. Se o paciente tem alguma, a maioria das vezes é uma dor... que vem, a causa principal de qualquer coisa geralmente é uma dor, então... Se você tentar caracterizar a dor, um exemplo, é caracterizar a dor e tratar em P.A. a dor dele... Só que muitas vezes, você cura, muitas vezes você cura dor, muitas vezes requer outros exames, outro colega para que seja re-avaliado o paciente, realmente você não consegue (...)"* (Entrevista 4).

Nestes casos, é preciso recorrer a outros serviços de saúde, para se ter acesso aos recursos necessários; mas é preciso registrar que nem sempre os recursos existentes são totalmente explorados, dependem da relação intercessora construída, do modo como o trabalhador lança mão das tecnologias do trabalho e das circunstâncias em que ela se dá. Por outro lado, a posse de um encaminhamento em ficha de referência pode não garantir acesso e/ou acolhimento do usuário no outro serviço de saúde.

Estes fatos corroboram os resultados da análise do atendimento da clínica realizada pelo próprio serviço referente ao período de novembro de 1993 a outubro de 1994 (CACCIA BAVA *et al.,* 1995); apontam a dificuldade

de absorção da demanda de casos novos, detectada pela *"concentração média de consultas por paciente elevada, reafirmando a predominância de retornos"* e dão a dimensão desse estrangulamento e da dificuldade de acesso do usuário à clínica médica.

Outro aspecto a destacar na estruturação do trabalho no CSE é como esta determina o *tempo* de atendimento. Ele apareceu como escasso nas observações na clínica médica, interferindo negativamente sobre o acolhimento.

> *"Às 13h39min chegamos ao balcão da clínica médica. Há muitas pessoas ali, de pé, algumas com cartões nas mãos (aproximadamente umas 8 pessoas) e outras três mais próximas à porta da sala de pós consulta com o prontuário na mão. A auxiliar encontra-se dentro da sala, atendendo uma pessoa que está sentada na cadeira em frente da mesa. Assim que termina pede para o próximo, que está com o prontuário nas mãos, entrar e sentar-se, saindo da sala, chegando ao balcão. Algumas pessoas esboçaram uma fila, outras se aproximaram do balcão. Todas as pessoas que ali estão se aproximam e estendem seus cartões, ao mesmo tempo para a auxiliar pegar. Ela não diz nada, não olha para o rosto das pessoas, pega os cartões e coloca um número de atendimento e anexa-os ao prontuário. A usuária que acompanho aguarda que haja um espaço para aproximar-se do balcão que se encontra cheio, fazendo-o assim que pode. (...)"* (OBS 4).

Há várias pessoas a serem atendidas ao mesmo tempo, esta situação se agrava, quando a auxiliar trabalha sozinha no setor, tendo que atender aos usuários no balcão para informações, pré consultas, o telefone, aos médicos dois ou três por período, fazer pós consultas, procurar exames...

Mais que um tempo cronológico é um volume de atividades a executar, esta estrutura determina o tempo interno do trabalhador para o atendimento. Dadas as circunstâncias em que se encontra, o trabalhador percebe seu tempo como escasso, gerando conseqüências em seu trabalho. Foram registrados nas observações atos mecânicos, sem diálogos e explicitado nas entrevistas como sobrecarga de trabalho, falta de tempo para dar atenção aos usuários.

> *"(...) há um momento em que você não tem condições de dar uma boa atenção pro paciente e se for uma hora de pico... não dá tempo nem de conversar com o paciente... O paciente entra, eu pego a receita e pego a ficha feita pela recepção. Eu olho a dosagem da receita, se está batendo na ficha, já preparo e já pego o paciente: - olha, tem que fazer na nádega... e é assim muito rápido porque o outro já tá esperando... a fila tá lá, sabe? (...) agora, quando é... que a gente tem mais tempo... que tá mais calmo e mais tranqüilo, que tá em dois... Às vezes, dá tempo de você tá até conversando com o paciente..."* (Entrevista 9).

Outra perspectiva do tempo na estruturação do trabalho é a do usuário. Este, quase sempre tem pressa de ser atendido, principalmente quando procura o serviço em situações não programadas ou no PA[33]. Essa pressa do usuário representa o tempo interno de que dispõe para suportar a espera pelo atendimento. Quando ultrapassa esse limite e se choca com a escassez de tempo do trabalhador, ocorrem conflitos de necessidades. Essas perspectivas sobre o tempo devem ser consideradas, quando se pensa na estruturação de um serviço sob a ótica do acolhimento.

[33] Os dados foram apresentados na página 69.

A percepção do tempo parece que não pode ser diferente diante da "rapidez" que as coisas acontecem no mundo, ficando sempre uma sensação de que tem algo que está deixando de ser feito ou que se está perdendo.

Ao lado do tempo, o *espaço físico*[34] apareceu como um aspecto relevante para o acolhimento. No processo de acompanhamento dos usuários, em seu trajeto de atendimento, confirmou-se sua influência, agora percebida como o espaço necessário para viabilizar a interação entre usuário e trabalhador no momento do atendimento, o espaço das relações.

O primeiro espaço de relações na unidade em estudo é a recepção da Teresina. Sua criação teve como justificativa melhorar as condições de segurança dos usuários no CSE, separando a entrada ambulatorial da entrada de urgência e emergência.

A normatização estabelecida evidencia como aspecto principal o controle da entrada dos usuários: identificação através de documentos e cartões de registro, identificação do setor procurado (agendado ou não, neste caso verificar se há queixa aguda), identificação da área de moradia do usuário, para caracterização da regionalização, controle do horário de entrada, permitindo-a somente 30 minutos antes do horário marcado, controle do número de acompanhantes[35], (documento "Recepção da Unidade CSE Sumarezinho) constituindo-se uma barreira física para o acesso do usuário.

34 Também identificado na exploração inicial do campo.

35 Conforme consta no documento publicado internamente, "Recepção da Unidade CSE Sumarezinho".

Neste local ocorrem conflitos de interesses e necessidades dos usuários e dos trabalhadores em ação que serão melhor explorados, quando da discussão das relações.

Diante as observações foi possível identificar diferentes formas de executar esta normatização. Houve registro de situações de aproximação ao usuário, com controle de queixa, regionalização, horário de entrada, identificação de área de atendimento, excetuando o controle do número de acompanhantes, previsto na normatização, não observado em nenhuma situação. Houve também situações no extremo oposto, ou seja, sem nenhuma preocupação com o usuário que entra, seu problema ou necessidade, não havendo quaisquer investigação ou orientação, permitindo sua livre entrada na unidade, sem qualquer aproximação.

Evidencia-se a diferença de condutas tomadas por diferentes trabalhadores, a partir da mesma normatização e condições físicas de trabalho. O uso das ferramentas de trabalho é distinta, sendo processada pelo trabalhador, em seu autogoverno, resultando em diferentes produtos.

O espaço físico apareceu também em termos de condições de trabalho. Com respeito à recepção da Teresina, foram relatadas nas entrevistas dificuldades para obter suprimentos mínimos como água, café e banheiro para o funcionário escalado àquela função. Outra situação foi referida em uma das entrevistas em que a auxiliar de enfermagem aponta o espaço físico como um dos aspectos não adequados para se fazer as orientações necessárias ao usuário na pós consulta, não permitindo a

privacidade necessária, pois duas auxiliares trabalham em uma mesma sala e atendem a duas pessoas ao mesmo tempo.

Foi observado que a pré consulta realizada em espaço aberto também não permite privacidade. Houve constrangimento de uma das usuárias ao ter seu peso dito em voz alta, com ênfase em seu aumento.

Da mesma forma que na exploração inicial, a utilização do espaço deixou transparecer o poder inerente de cada sujeito da relação. Alguns exemplos podem ser destacados, como a submissão do usuário às determinações dos trabalhadores; o respeito do usuário ao aguardar a permissão de entrada na sala de pós consulta e de medicação, o usuário que insiste com o médico para fazer o exame de próstata, o usuário que lembra o médico que necessita de encaminhamento para oftalmologia e de medicamentos, a auxiliar que interrompe a consulta médica para entregar outro prontuário.

A organização do trabalho, sua estrutura e o processo de trabalho decorrente oportunizam a aproximação entre as pessoas, através de contínuos processos de objetivação, em que se consideram as objetividades e subjetividades presentes no atendimento.

4.2 - As relações

Durante a apresentação dos dados do primeiro grupo temático, os elementos constitutivos do modelo assistencial, foi possível uma aproximação à problemática das relações, posto que os dois grupos estão intrinsecamente relacionados. Por questões de apresentação e

aprofundamento das discussões, mantive os grupos separados. Neste momento, buscar-se-á focalizar nas relações os seus elementos que pareceram interferir mais diretamente sobre o acolhimento.

Investigar o acolhimento ao usuário na unidade de saúde é olhar para as relações que se estabelecem durante seu atendimento. Para MERHY *et al.* (1997), o acolhimento constitui-se num dos exemplos a que chama tecnologia de relações. Denomina-as como “tecnologias leves” do trabalho em saúde, estas que operam criando um modo próprio de governar os processos, construindo seus objetos, recursos e intenções, agindo de uma certa maneira em ato; no espaço intercessor, momento de encontro do trabalhador com o usuário, para a produção de bens/produtos, os “bens-relações”.

As relações que serão aqui exploradas referem-se àquelas registradas através da coleta dos dados, produzidas no contexto do SUS, orientadas em princípio pela integralidade, universalidade, equidade e acessibilidade, em que se destacaram aspectos que caracterizavam o acolhimento. A ordem em que serão apresentadas não significa qualquer qualificação de valor ou de importância, mas sim representa, de certa forma, a ordem “natural” em que foram emergindo, no processo de análise.

Foram detectados os seguintes elementos como importantes para a relação de acolhimento: 1 - o preparo para a relação (por parte da unidade de saúde, do trabalhador e do próprio usuário); 2 - a comunicação, incluindo o cuidado com o primeiro contato, a concentração, a observação de modo

geral e a escuta; 3 - a resposta e a finalidade (responsabilização) e 4 - o espaço-tempo da relação.

4.2.1 - O preparo para a relação

Muito antes do encontro trabalhador/usuário, a unidade de saúde como um todo se prepara para esta relação. Esta preparação se dá desde a concepção de sua finalidade, operacionalizada através da estruturação do trabalho, segundo seu modelo de assistência, da destinação de um ambiente físico, da definição do quê, de quem e em quais circunstâncias irá acolher bem como da presença de determinadas condições de trabalho, contexto em que os trabalhadores de fato concretizarão o atendimento, em nome da unidade de saúde.

Efetivar o trabalho em saúde exige a preparação do ambiente físico, enquanto espaço de relações. O atendimento representa a aproximação de pessoas, para tentarem solucionar algum problema, condições mínimas de privacidade e conforto tornam-se necessárias.

Observou-se que em alguns ambientes físicos preparados para a relação, como os balcões com vidro com um pequeno orifício, no PA, ou balcões em ambiente aberto, na clínica médica, o usuário deveria expor o motivo de sua procura, sem nenhuma privacidade. Nestas circunstâncias, tanto o usuário quanto o trabalhador tiveram que falar alto, para conseguir se comunicar e serem ouvidos um pelo outro. Em um ambiente aberto, a relação sofre interferência do som ambiente (conversas de pessoas, choros de crianças, sirene de ambulâncias, comunicação pelo auto-falante e

outros); somam-se ainda ocorrências do momento como interrupções para informações, pessoas que passam e cumprimentam, pessoas que “passam mal”, que desviam a atenção do trabalhador para fora do espaço intercessor que tenta se estabelecer.

Este ambiente interfere sobre o acolhimento, pois o usuário fica constrangido, limitando-se a expressar rapidamente seu problema. Não há reservado para si um espaço privativo, o que faz com que não respeite o espaço do outro, em circunstâncias semelhantes, dando-se o direito de interromper outras relações.

> *“chego às sete, eu gosto de chegá mais cedo (...) aí os pacientes chegam, - a gente pega o cartão e as pastas (...) a gente pesa os pacientes e manda os pacientes ir alí pro médico. – nesse intervalo, tem, paciente pra saber onde é a oftalmo, onde é o raio X, onde é o elétro, onde é a coleta (...) esquece a papeleta em casa e a gente tem que fazer outra papeleta – não marcou os exames direitinho (...) não colocou número, ou não colocou o nome e vem pra gente fazê isso pra eles, que eles, mesmo você explicando, tem muitos que não entende e vem pra gente fazer, isso é tudo no intervalo que você tá vendo e pesando o paciente . Pressão..., a gente vê pressão, - (...) sempre... (...) informação, alí é direto... Onde é a farmácia (...)”* (Entrevista 6).

Mesmo em ambientes fechados como no caso do consultório médico, durante as observações registraram-se interrupções diversas. Estas apontam para a necessidade de uma reflexão sobre o quanto se respeita os diversos espaços de relação do processo de trabalho em saúde.

As pós consultas da clínica médica são realizadas em uma sala preparada para atender dois usuários ao mesmo tempo. Nela trabalham duas auxiliares. Uma delas apontou este fato, em sua entrevista, como exemplo de condições de trabalho desfavoráveis, devido às interrupções freqüentes, as mais diversas, que interferem no cumprimento de suas tarefas. Acrescenta-se o fato de que não demonstram preocupação com as interferências do ambiente, para o estabelecimento de relações de atendimento mais próximas, mais humanas, possibilitando auxiliar o usuário a lidar com seus problemas de saúde, assumindo uma posição conformada, "não tem jeito, isso aí não tem solução", considerando a situação praticamente "normal".

> *"(...) você tá conversando, fazendo pós consulta, o paciente entra lá dentro da sua sala e te corta e você, porque a porta tá aberta, e corta tua pós consulta pra perguntá ou alguma informação... (...) você sempre é interrompida alí... Eu acho péssimo, detesto, já reclamei, já, mas não teve como você fechar a porta porque é eu e a colega trabalhando... A colega tá com paciente e eu tô com outro, sempre tem acompanhante... e aquela sala é pequena... e não tem nem como você fechar a porta alí. Se você fechar a porta não entra paciente ali. A porta tem que ficar aberta... Eu acho horrível, não gosto... já reclamei, já falei, mas não tem condições... não tem jeito... Isso aí não tem solução..."* (Entrevista 6).

Outro aspecto da preparação do ambiente, para a relação de atendimento diz respeito ao cuidado com as condições de limpeza. Um ambiente limpo, claro, organizado reflete uma atenção antecipada para com o usuário e com o trabalho a ser desenvolvido. Uma usuária assinalou a importância da limpeza do ambiente comparando este serviço de saúde aos

da cidade em que morava anteriormente. *"No Rio os postos são muito ruins, mal cuidados, sujos, os médicos usam roupas sujas, as cidades estão sujas, com mal cheiro, o povo não cuida. Aqui para saúde é bem melhor."* (OBS 6). É clara a relação limpeza e saúde e esta também compõe parte do que o usuário busca no serviço de saúde.

O respeito e atenção para com o usuário também podem ser demonstrados pelo trabalhador através do cuidado com que prepara sua vestimenta para o trabalho e a adequação da mesma. Estes cuidados causam boa impressão para iniciar a relação de atendimento. Isto foi explicitamente colocado pela usuária que demonstrou confiança no serviço de saúde em que se encontrava.

O cuidado com a aparência e a vestimenta também é observado nos usuários, demonstrando preocupação em apresentar-se da melhor maneira possível ao outro, preparando-se para a relação que irá construir.

> *"(...) a gente vê muito o paciente aqui (...) Vê ele limpo, vem passear... no CS, né? Ele limpo, as crianças, limpas, bonitas... eu não esqueço um dia que eu estava fazendo visita agora... há um mês (...) Tinha chovido... estava um barro na favela... e todo mundo estava de chinelinho, né? Tomando cuidado para não sujar o pé, de roupinha muito bonitinha... Na hora que chegou na esquina da Rondônia... ela saiu daquele quadrilátero da favela, todo mundo colocou sapatinho e meia, as crianças, 3 crianças, a mãe... sabe? Pegou a sacola jogou num canto, a sacola, com os chinelos sujos... e veio para o centro de saúde que eu encontrei com ela na sala de vacina,*

> *depois fazendo curativo numa criança, né?"* (Entrevista 1 - Piloto[36]).

A preocupação para com o outro, o usuário, pode ser observada também pela forma com que se utiliza da sinalização e se informa a localização das salas e setores de atendimento, isto é, como se lança mão da tecnologia dura, placas, cartazes, painéis informativos e outros. Desde a entrada são pouco destacadas, as placas são pouco evidentes e os setores, em muitas situações, ficam sem ninguém para informar.

Não se está dizendo que toda a sinalização do local deva ser mudada, e sim que o serviço como um todo, através de seus trabalhadores, devem considerar a sinalização tal como se encontra, orientando os usuários, segundo suas necessidades; ficando assim, atentos para identificar dentre o conjunto de usuários, aqueles que apresentam no momento, dificuldades em localizar-se espacialmente na unidade de saúde, seja por limitação de escolaridade, seja por dificuldades circunstanciais como dor, ansiedade, medo, em um exercício constante da eqüidade e acessibilidade.

> *"Às 14h38min chegamos ao RX. Há uma senhora no final do corredor, olha para uma das portas e para o balcão e pergunta para nós que nos aproximamos: 'não tem ninguém aqui? É a senhora que atende?' Respondi que o atendimento seria após às 16 horas e que estaríamos aguardando. A paciente agradece dizendo: 'Ah! Então eu vou embora', e sai em seguida.(...).*

[36] Entrevistas piloto para testar o roteiro, foram referidas à página 71 em O suporte teórico e o percurso metodológico.

> *Às 15h08min chega uma senhora com vários papéis à mão e pergunta sobre o atendimento. Informamos sobre o início às 16 horas. (...)"* (OBS 6).

Na situação acima, parece que não se percebeu a importância deste cuidado, o usuário não teve qualquer tipo de informação ou atenção, o preparo do ambiente para o atendimento neste momento foi nulo, gerando sensação de incerteza. Se não estivesse realizando esta pesquisa naquele momento, aquelas pessoas teriam que procurar algum outro informante para saber sobre o horário de funcionamento do RX.

Também foi observado que há usuários que utilizam freqüentemente a unidade de saúde e estão habituados a circular pelas áreas de atendimento.

O preparo do ambiente não é meramente o preparo de um espaço físico, mas diz respeito ao cuidado que o serviço de saúde e o trabalhador têm ao executá-lo, expondo sua disponibilidade para a relação e para transformá-la em um espaço de acolhimento.

Outro cuidado com o preparo para a relação com o usuário pode ser considerado a adoção do agendamento por horário na clínica médica. *"Lá no postinho da Vila Tibério tem médico bom também, mas gosto mais do Dr. X .... Meu horário é sempre este...Venho depois do almoço... Agora é tudo com hora marcada, né?"* (OBS 17).

No entanto, nem sempre o programado é cumprido.

> *"Uma senhora que também aguarda consulta diz: "Dia que elas tá de veia boa dá tudo certo. Dia que elas tão de veia ruim tá perdido.(...) Teve um dia que tive que*

> *fazer um escândalo. Minha consulta estava marcada para às 7 horas e eles foram me atender só às 11. Fui lá e falei um monte para elas. Elas foram passando gente na minha frente... Foram passando gente ... Aí fui lá falar! Aí elas me atenderam.. (...) mas elas pegam muita gente para a mesma hora..."* (OBS 19).

Este relato demonstra o outro lado do agendamento por horário, ou seja, a adoção desta forma de organização do trabalho atende às necessidades e prioridades do próprio serviço, regulação de um fluxo de demanda mais adequado para o desempenho do trabalho, sem preocupação com as necessidades dos usuários, determinando para estes um horário de chegada e não o horário de seu atendimento, o que é contraditório com a expectativa que se cria, quando se diz que o serviço adota agendamento por horário.

Este choque entre a estruturação do serviço e a expectativa do usuário gera, neste último, uma certa falta de disponibilidade em relacionar-se com os trabalhadores de saúde, no caso as auxiliares de enfermagem, que são responsabilizadas pelo não atendimento, conforme o programado, demonstrando falta de credibilidade e confiança, que certamente refletirá no vínculo e no acolhimento.

Em algumas situações, a regra é tomada de forma rígida, não facilitando o acolhimento, distanciando-se daquilo para a qual foi implantada, ou seja, diminuir o tempo de espera, diminuir o número de pessoas circulando na unidade, para evitar tumultos e som ambiente elevados.

> *"(...) uma senhora entrega seu cartão de agendamento ao auxiliar: 'Tenho consulta hoje... , Dr. PPP.'*

> *Auxiliar olha o cartão: 'Só que é as 14 horas. Só poderá descer às 13 e 30.'*
> *Paciente: 'Mas eu trabalho... as moças já-já estão lá. Elas pegam meu cartão e depois vou trabalhar.'*
> *Auxiliar: 'Só pode entrar meia hora antes do horário marcado. Pode aguardar. Às 13 e 30 a senhora desce'"* (OBS 17).

> *"O ruído no corredor está bastante alto, conversas de pessoas, há um burburinho constante. De repente, uma auxiliar sai de uma das salas e grita: 'Gente! Por favor falem mais baixo, está atrapalhando o atendimento!' Imediatamente, percebe-se a diminuição do som ambiente. A funcionária entra de volta em sua sala."* (OBS 2).

Essa produção, de um certo padrão de prática burocratizada, decorre das circunstâncias em que se executa um projeto terapêutico, que se organiza parcelando o trabalho e fixando o trabalhador em uma determinada etapa. Nesse processo, o trabalhador executa *"atos esvaziados de sentido, ou cujo sentido depende de uma continuação que o trabalhador não somente não controla como até desconhece"* (CAMPOS, 1997, p. 235); Tal postura faz com que este não se sinta um sujeito ativo neste processo de produção, situação que o aborrece e o embrutece.

Tanto o agendamento por horário, como a normatização de fluxo de entrada dos usuários na unidade têm mais a tônica de disciplinar o usuário do que o intuito da unidade de saúde em voltar a atenção para ele. Essa disciplinarização evidencia a presença do poder na relação trabalhador/usuário desde a preparação das mesmas. No quotidiano, o que aparece como predominante é o usuário submetendo-se a essas normatizações e poderes do serviço e dos trabalhadores, nesse processo de

"disciplinarização"[37], que enquadra a demanda à oferta de atenção, ao cardápio disponível.

Essa relação de poder é desigual, é dada pelo papel - de usuário e de trabalhador, uma relação hierárquica socialmente determinada pelas próprias relações, pelo domínio do conhecimento, pela detenção de informações. Usuário e trabalhador, de certa forma, se preparam para a mesma, à medida em que se reconhecem mutuamente, de alguma forma naquele espaço intercessor. Este reconhecimento denominado como "*a obra*", trata do *"reconhecimento tanto por parte do trabalhador como do cliente e da sociedade, do resultado do trabalho"* (CAMPOS, 1997, p. 234).

O usuário que ora se submete ao trabalhador para ter seu problema acolhido, ora em outros momentos atua enquanto sujeito, também se faz presente de forma inteira na relação dentro do mesmo contexto, prepara-se para obter o que deseja, como foi possível observar, quando insiste no exame da próstata (OBS 1), solicita o remédio para piolho (OBS 4), procura outra unidade para obter o atendimento no dia que deseja (OBS 16), dá endereço fictício para permanecer matriculado na unidade (OBS 17).

O trabalhador, por sua vez, pode fazer uso mais livremente deste poder utilizando-o das mais diversas formas no espaço de intercessão com o usuário, evidenciando ainda mais seu poder ou utilizando-o em uma relação mais horizontal em que ambos estão juntos na construção de uma resposta para o problema apresentado pelo usuário.

---

[37] Forma de demonstração de poder semelhante ao observado em unidade hospitalar (CARAPINHEIRO, 1993).

> *"No balcão há dois rapazes sendo orientados pela auxiliar. Um dos rapazes diz: 'retorno.'*
> Auxiliar: *'O senhor perdeu. Era há uma e meia, já foi.'*
> Paciente: *'mas o serviço... não deu para vir antes...'*
> Auxiliar: *'Acabei de colocar os pacientes que não tinham consulta marcada.'"* (OBS14).

Antes de relacionar-se com o usuário, o trabalhador se depara com seu próprio trabalho. Sua representação quanto ao trabalho, dada pela concepção que tem dele, pelas condições em que este se concretiza, pelo retorno que pode obter, pela representação que tem do usuário e de suas necessidades. Este quadro gera certa disponibilidade deste trabalhador em relacionar-se com o usuário e de que forma, além do que vai interferir sobre a maneira como o trabalhador lançará mão das tecnologias (leve, leve-duras e duras) do trabalho em saúde, sobre o quanto e pelo quê se responsabilizará e qual finalidade norteará seu atendimento.

Houve manifestação positiva de disponibilidade do trabalhador com seu próprio trabalho, como interesse por todas as áreas do CSE (Entrevista 5), reconhecimento do estabelecimento (Entrevista 2), preferência por atender urgências (Entrevista 4), aprendeu a gostar (Entrevista 1), não se atrasa (Entrevista 7), trabalha com vontade e amor (Entrevista 7). Foram registrados também manifestação de satisfação com o trabalho (Entrevista 3), prazer em relacionar-se com os usuários (Entrevista 8), gosto em resolver os problemas dos usuários (Entrevista 6), satisfação em poder acompanhar a evolução de algum tratamento (Entrevista 9), sendo estas as motivações para o trabalho relatadas.

Um dos médicos (Entrevista 3) referiu que apesar de ouvir os gritos do conflito entre as auxiliares e os usuários não sai do consultório, isto é, não ajuda, não sabe nem se o usuário foi atendido ou não. Reconhece o problema, mas não se envolve. Este relato traz à tona a questão do trabalho em equipe, no aspecto da cooperação entre seus membros, para tentar solucionar os problemas do setor de atendimento. A forma de atuação descrita pelo profissional nos leva a pensar que este está preso a uma matriz de divisão de trabalho, onde o médico só consulta e os problemas da recepção e agendamento, de preparação das condições de atendimento são da competência das auxiliares de enfermagem ou de qualquer outro trabalhador que atue fora do consultório médico.

O não envolvimento do médico com o acolhimento na recepção demonstra sua captura pelo trabalho morto, confirmado em sua entrevista, quando referiu que a estrutura e organização do trabalho o impedem de atender seus pacientes em intercorrências, sendo este um limitante de seu trabalho. Nestas situações, o trabalhador coloca-se na relação de atendimento como um não-sujeito protagonista da ação de saúde.

A disponibilidade do trabalhador para o preparo do ambiente, de si próprio e da relação de atendimento propriamente dita, passa por dentro do próprio trabalhador (seus afetos, desejos, projetos) e pelo contexto no qual está inserido, entendendo-o muito além dos muros da unidade de saúde. Esta afirmação se baseia na percepção do trabalhador, enquanto homem de relações no mundo, que sofre e produz ações recíprocas de manutenção e transformação. Em seu quotidiano, entretanto, o trabalhador normalmente

não se percebe assim, vive atribulado, correndo o tempo todo, com grande dispêndio de energia, sem parar para refletir sobre o que faz.

Embora haja dificuldades no setor saúde referente à disponibilidade de recursos, especialmente do setor público, é preciso nos determos para estes pontos levantados quanto à preparação para a relação serviço/usuário e trabalhador/usuário, buscando incorporá-los na estruturação do serviço, investindo no aumento de sua capacidade resolutiva, não só em termos de eficácia e eficiência, mas através de um relacionamento mais humano, mais acolhedor, uma vez que é no trabalho vivo em ato, nesta intercessão, que se configura a qualidade do atendimento. Qualidade aqui está sendo considerada como aquela do atendimento, que se produz, tendo como pilares de sustentação os princípios do SUS.

4.2.2 - A comunicação

A comunicação apresentou-se neste estudo, como um veículo da relação. Está sendo tomada como instrumento que opera o trabalho vivo em ato, isto é, *"um conjunto de técnicas e processos relativos aos planos verbal, não-verbal e simbólico"* (L'ABBATE, 1997, p.268), que se faz em ação e na ação de atendimento. Deixa-se claro que não se trata da comunicação como um processo fechado de emissor-mensagem-receptor, e sim de um processo que vai se instituindo no espaço intercessor de atendimento ao usuário.

Neste processo de operação do trabalho vivo em saúde, a comunicação expõe como os princípios do SUS se fazem presentes na

relação. A universalidade e acessibilidade, podem ser detectadas através da definição de quem será (ou não) atendido; a integralidade e a eqüidade, evidenciam-se na forma como aquele que será atendido e tratado. Além disso, explicita como o projeto de saúde em curso se posiciona concernente à produção dos sujeitos envolvidos, mais ou menos autônomos na gerência de suas vidas.

Percebe-se também que a comunicação se estabelece antes mesmo do encontro do trabalhador com o usuário, como discutido no item anterior sobre o preparo para a relação.

MIRANDA & MIRANDA (1996), em seu estudo, dentre outros aspectos, enfatiza a importância do primeiro contato, como o chamar pelo nome, cumprimentar, individualizar o atendimento, concentrar-se sobre aquele usuário em especial, dispensando-lhe atenção completa, não se ocupando de outras coisas ao mesmo tempo.

Para o acolhimento, outros cuidados também são valiosos, pois favorecem a abertura a certa disponibilidade para a relação, como por exemplo, sinalizando a percepção de sua presença com um olhar, acomodando o usuário, buscando rapidamente alívio para sua dor ou sofrimentos mais imediatos, transmitindo receptividade e interesse, valorizando a presença do usuário, dando atenção ao acompanhante, expressando a importância de seu envolvimento na situação.

Estes cuidados, simples, de respeito para com o outro, de solidariedade, de confiança, atenção individualizada também são colocados como importantes por outros autores como GASQUEZ (1996), quando

discute o acolhimento do povo como uma prática necessária na igreja católica e por PILARES (1991), discutindo qualidade do atendimento do cliente em empresas, além de MIRANDA & MIRANDA (1996), enfocando o acolhimento como uma das etapas da construção da relação de ajuda.

Ana PITTA *et al.* (1995), na mesma linha, denomina procedimentos de acolhida: cortesia, afabilidade, discrição, solidariedade e atenção aos acompanhantes e os aponta como relevantes nas práticas em saúde mental.

São cuidados que resgatam a humanização do atendimento, que vai ao encontro de um dos pressupostos deste estudo, ou seja, o acolhimento implica em relações entre pessoas de modo humanizado.

A humanização aqui vai além destes cuidados para com o outro no atendimento; é tomada a partir do resgate do homem e da satisfação de suas necessidades mais essenciais, que o mantém como um homem que trabalha, vive e se faz socialmente, com direitos e deveres, com consciência e liberdade de escolha sobre sua própria vida. Este olhar tem sua base na perspectiva apontada por autores como MERHY (1994, 1996, 1997a, 1997b); CAMPOS (1994, 1997) e SCHRAIBER & MENDES GONÇALVES (1996), já citados, que discutem e defendem um trabalho em saúde mais humano, resgatando a integralidade do homem, defendendo a cidadania, instrumentalizando-o a lidar com a própria vida.

Esses cuidados devem ser tomados não só com referência aos usuários, mas também com os trabalhadores, que enquanto homens também se fazem e se re-produzem no trabalho e manifestam sua humanidade intrínseca. Percebeu-se que alguns trabalhadores não se

sentem acolhidos pelo estabelecimento, não tendo sua disponibilidade facilitada para acolher os usuários. Aqui me refiro ao acolhimento, enquanto processo de relações humanizadas, concretizado no momento da produção do trabalho em saúde.

> *"(...) a única coisa que eu gostaria de, assim, de que... a gente tivesse era mais ... ser mais valorizada no trabalho... Isso que a gente não é, pra ter motivação, você entendeu? Quando você faz alguma coisa... críticas... você tem demais..., elogio nunca, (...) isso vai te desmotivando cada veis mais, cada veis mais. (...) Eu queria que voltasse aquela motivação que a gente tinha, sabe? Aquelas ... ou reunião de grupo ou alguma coisa, precisava resgatar aquilo que nós perdemos... porque ninguém trabalha contente mais, não é só eu, (...) é você ser não reconhecida, isso é muito ruim. Acho que eles teriam que fazer alguma forma, trabalhá pra reconhecer, a partir do... Como os pacientes estão carentes e vem procurar nós aqui..., os funcionários tão carente... (...) tão carente assim de um reconhecimento..., você trabalha... (...) você corre..., você se desdobra... (...) e você não tem tempo de ir atrás dos chefe e (...) eles não percebem, não vê (...) e quando (...) tem essas discussões aí... com alguns funcionários..., porque eles já estão estressados. Aí vai reclamação lá. Aí chega reclamação (...)"* (Entrevista 6).

O trabalhador expressa, em sua comunicação, o tratamento dado ao usuário, como se processa o emprego das tecnologias (leve, leve-duras e duras) no atendimento, ou seja, o processo de captura do trabalho vivo pelo morto e como o trabalhador pode encontrar alternativas para tornar o trabalho

vivo, dentro de uma organização do trabalho com alguns elementos bem estruturados e fixos.

> *"RASG dirige-se para a sala de pós consulta. A auxiliar está sentada. RASG lhe entrega o prontuário.*
> *Auxiliar: 'pode sentar..'(...) Pega o prontuário da paciente, carimba o pedido de exame, agenda o retorno e programa a data de coleta de sangue: 'Não precisa de jejum absoluto.' Entrega o cartão de agendamento e o pedido de exame.*
> *RASG sai da sala. Não diz nada."* (OBS 4).

A preocupação da auxiliar é com os carimbos, datas, entrega de impressos como as receitas e pedidos de exames. Parece não conseguir escapar da captura pelo trabalho morto e, trabalhar, neste momento de intercessão, questões relativas a outras necessidades da usuária que dificultaram o seguimento da conduta definida no atendimento anterior, pois conforme referiu ao médico a filha se queimou e não pode fazer o exame solicitado. A comunicação verbal estabelecida é mínima, observável através das orientações para os exames, que fica presa a uma forma fixa de fazê-lo, dificultando encontrar outra que não se limite ao *"Não precisa de jejum absoluto."*, dando a impressão de que a fala é suficiente por si mesma.

A comunicação apresentou-se nos dados coletados de diferentes formas, desde compreensiva, receptiva, continente, até o extremo de ser negada, ignorando totalmente o usuário.

> *"... toca o telefone. A recepcionista atende de costas viradas para o balcão. Chega uma senhora que fica de pé à frente do balcão (...) Chega outra paciente que se posiciona atrás desta e aguarda. A recepcionista*

> *continua ao telefone e de costas para o balcão. Entra um casal de jovens, olha as senhoras aguardando atenção e seguem para dentro (...) a senhora que está atrás vê que o casal entrou e sai da fila e (...) entra no prédio"* (OBS 10).

Foram identificados alguns fatores que cercearam a comunicação. Estruturas como o vidro da recepção e outras não convencionais como a disponibilidade interna para se relacionar e se comunicar. O vidro, ao mesmo tempo que representa trabalho morto capturando o vivo, "protegendo" o trabalhador, distanciando-o do usuário, sendo transparente, pode permitir a visualização do usuário e a percepção de manifestações de necessidades como ansiedades, dores e outras, que podem ser observadas ou não; representam pontos de partida para uma possível relação de intercessão mais próxima e humanizada.

Nos registros das observações realizadas, encontram-se também diferentes formas de cumprimentos; em sua maioria, o tratamento se faz pelo nome do usuário e algumas acrescentam um aperto de mão. Independente da forma verbal de expressão, o cumprimento é uma forma de individualizar o atendimento, de aproximar as pessoas, favorecendo o vínculo entre os envolvidos, favorecendo o acolhimento.

"Às 7h14min é chamado por um paciente que sai do consultório médico e entra para a consulta. Cumprimenta o médico com um aperto de mão. Ambos se olham" (OBS 1).

> *"Às 14h25min ouvimos (...) a chamada para a consulta médica. É o médico quem a chama. Ele está de pé na entrada do corredor que leva ao seu consultório. Vê RASG levantar-se, vira-se e desaparece. Dirigimo-nos ao consultório. RASG sabe qual é a sala de seu médico.*

> *Somos recebidas por ele, que nos cumprimenta alegremente. (...)*
> *O médico pergunta pela outra criança de RASG. Parece bastante familiarizado. Pergunta também pela sogra de RASG. Olha para mim e comenta que elas vêm sempre juntas"* (OBS 4).

Nesta segunda situação o médico se empenha em demonstrar seu vínculo com a usuária, perguntando por seus familiares.

Outros aspectos como a observação e a escuta tornam-se imperiosos no estabelecimento da comunicação, na perspectiva do acolhimento.

LEITÃO (1995), faz uma reflexão sobre a importância de uma escuta mais acolhedora e minuciosa nos serviços de saúde, destacando a necessidade de um atendimento individualizado, com respeito ao outro, em sua vida e em seu contexto; no quotidiano, porém, refere que *"observa-se pouca preocupação dos trabalhadores, ou muitas vezes não percebem a importância em entender algumas características próprias do usuário, que serviriam de pistas para realizarem os seus trabalhos"* (LEITÃO, 1995, p. 47).

No caso do usuário da observação n° 15, foi percebida uma escuta cuja reação expressava uma desvalorização da queixa:

> "Dra.: *'Isso do olho tremer não é nada, às vezes dá porque a gente fica nervoso. Eu mesma já tive isso por muito tempo.'*
> Usuário: *'Mas dói mesmo.'*
> Dra.: *'Isso não dói não!'*
> Usuário: *'Dói assim, parece um relâmpago que começa aqui no olho e vai para trás.'*

> Dra.: *'Que dor mais esquisita que você arrumou!'"* (OBS 15).

O usuário demonstra de várias formas suas necessidades. É preciso estar atento à qualquer tipo de expressão dessas necessidades, seja através da comunicação verbal, não verbal, corporal, expressão facial, tornando-as fontes de informação na interação com o usuário.

> *"O motivo de sua vinda hoje (...) é retorno e (...) sua dor nas costas: 'se eu agachar não levanto sozinha.' (...)*
> *Dona LSM após responder ao cumprimento aguarda quieta e se dirige à balança, à medida que a auxiliar se dirige para lá também. A paciente sobe na balança sem que a auxiliar precise pedir.*
> *Auxiliar: '54 e 800'*
> *Paciente: 'acho que emagreci um pouco. Estava com 60 e poucos...'*
> *Auxiliar: 'pode aguardar'*
> *A paciente abaixa-se com cuidado e com certa dificuldade para pegar sua bolsa que havia deixado no chão. A auxiliar não nota a dificuldade de Dona LSM"* (OBS 3).

Neste fragmento de observação pode-se perceber que a atenção da auxiliar está sobre a tarefa pré-consulta. A comunicação que se estabelece no espaço é restrita ao ato técnico de pesar e, a trabalhadora não utiliza a observação ou outras formas de captação de informações para aproximar-se da usuária e ampliar as possibilidades de se relacionar. Assim como não utiliza o espaço de interseção da pré-consulta como oportunidade para cuidar e acolher o usuário em suas necessidades. Novamente aqui, o

trabalho morto captura o vivo. A auxiliar encontra-se presa na "padronização" produzida pela estruturação do trabalho.

A escuta ultrapassa a captação de mensagens verbais, buscando o significado do falado, retendo os pontos mais importantes. O trabalhador, através da escuta, deve buscar ver o usuário além de sua queixa.

MIRANDA & MIRANDA (1996), relaciona comportamentos que facilitam a escuta tais como ficar calado, não interromper, evitar distrações externas e internas, suspender julgamentos; acrescento, ainda, esperar o tempo necessário de interseção para eclodir uma produção[38].

Embora a escuta esteja sendo considerada, na perspectiva deste estudo, como essencial na interação trabalhador/usuário, não apareceu como relevante para o trabalhador nas observações; pelo contrário, os registros demonstraram a não valorização e o não reconhecimento da escuta, enquanto instrumento de trabalho, o que poderia se constituir um cuidado de saúde e especialmente de enfermagem.

> *"Bom, eu acho que a pessoa procura o centro de saúde, quando ela tem algum problema de doença, né? (...) geralmente, a pessoa vem aqui quando ela esta doente. Mas às vezes... pode ser que a pessoa vem aqui também... não porque ela tem problema de saúde. Eu não sei se por um acaso ela já se sentiu bem em algum dia que ela veio consultar aqui. Às vezes acontece do paciente voltar... ó hoje eu não tenho consulta não, mas posso sentar um pouquinho para conversar um pouquinho com você? Acontece isso.. Vem, vem, muitas vezes. Oh! Você está ocupada? Posso sentar um pouquinho aqui? Para falar um pouquinho com você? Só um pouquinho? Um*

[38] A discussão espaço-tempo da relação estará sendo discutida ainda neste capítulo.

> *pouquinho assim... eu não tenho consulta hoje não... você tem um tempinho?"* (Entrevista 7).

No quotidiano, observa-se não haver espaço de escuta, para além daquele padrão para o qual se está preparado, ou seja, a escuta está de certa forma condicionada pelas tecnologias duras e leve-duras à medida em que estas se fazem presentes na definição do problema, em cada uma das etapas do processo de trabalho já discutidas.

> *"Chega uma senhora (...): 'Vim fazer uma consulta. Estou com dor de cabeça.'*
> *Auxiliar: 'Onde a Sra. mora?'*
> *Paciente: 'Na Santa Catarina.'*
> *Auxiliar: 'Já consultou aqui? Tem Cartão?'*
> *Paciente: 'Tenho.'*
> *Auxiliar: 'Vai lá na clínica marcar, sala 36.'(...)*
> *8h03min. No balcão não havia ninguém. D. MNPO aproximou-se da sala e foi entrando (...) duas auxiliares (...) conversavam.*
> *D. MNPO: 'Quero marcar uma consulta. Estou tendo dor de cabeça... Não sei se é enxaqueca ou alérgica.'*
> *Auxiliar: 'Senhora, não estamos marcando. Só depois de julho... A senhora pode vir tentar uma vaga antes das 7 e antes do meio dia e meio. Pode vir hoje à tarde tentar vaga.'*
> *D. MNPO: 'Então, onde vou agora?'*
> *Auxiliar: 'No pronto atendimento. Se não resolver lá volta aqui à tarde para tentar vaga.'*
> *8h03min ainda. D. MNPO chega à recepção do pronto atendimento. No interior da recepção há uma auxiliar atendendo. (...) uma fila (...) D. MNPO se posiciona atrás, em fila.*
> *8h05min. Chega a vez de D. MNPO.*
> *D. MNPO: 'Bom dia! Quero marcar uma consulta na clínica médica.'*
> *Auxiliar: 'Aqui não marca.'*
> *D. MNPO: 'Mas a moça me mandou aqui!'*
> *Auxiliar: 'Aqui é pronto atendimento, não marca.'*
> *D. MNPO: 'Queria marcar a consulta ainda hoje, se der...'*

> *Auxiliar: 'Aqui atende na hora... Trouxe a identidade?'*
> *D. MNPO: 'Acho que sim.'(...)"* (OBS 18).

Em cada uma das etapas porque passou a usuária teve a atenção e a escuta conforme o "programado": na recepção da Teresina o problema é com a definição do local que irá ser atendida e a regionalização, a escuta dirige-se para o endereço e a identificação quando se trata de caso agudo para o PA ou outro para a clínica. Na recepção da clínica médica o problema é a falta de vagas e informar a usuária como proceder para "tentar vaga", sendo que a escuta, neste caso, da queixa referida, só se dá frente à insistência da usuária, resultando na indicação do PA para seu atendimento. Na recepção deste setor, a escuta se dá somente, quando a usuária diz que quer consultar ainda naquele dia; assim mesmo o diálogo se estabelece somente para decidir que a usuária passará por atendimento médico. As tecnologias duras e leve-duras têm enrijecido o olhar e a escuta nestes espaços intercessores.

A escuta entretanto, pode ser acolhedora, com valorização das queixas, dispensando atenção e respeito pelo usuário, ajudando-o a percorrer o caminho da resolução de seu problema, como o ocorrido:

> *"(...) Uma senhora jovem entrega um encaminhamento à auxiliar. Ela está acompanhada de uma senhora mais idosa e um senhor jovem. A auxiliar 1 olha para mim após ler o encaminhamento e diz: 'Saúde mental do Quintino I não é aqui, né?'.(...)*
> *O senhor disse: 'Que bagunça o médico mandou vir aqui!'*
> *Auxiliar 1: 'O Quintino não é da nossa área é do ambulatório de Saúde Mental.'*
> *Conversa com a auxiliar 2 ao lado. Mostra o encaminhamento. Esta diz: 'É, não é aqui. Olha, não atendemos ninguém do Quintino aqui.'*

> *A senhora.(...): 'Mas está marcado para hoje às nove horas.'*
> *Auxiliar 2: 'Não é aqui, primeiro porque hoje não tem atendimento de saúde mental. É preciso saber onde é que esta consulta foi marcada. E segundo não atendemos alcoolistas.' Aponta para anotação do encaminhamento.*
> *Auxiliar 1: 'Ah! pode ser no Naps, ali na Rua Pará.'*
> *Auxiliar 2: 'É isso mesmo, lá eles atende alcoolistas.'*
> *Outra acompanhante: 'Onde é isso?'*
> *Auxiliar 1: 'Ali na R. Pará, no Hospital Vicente de Paula.'*
> *O paciente: 'Ah! lá eu não vou não. Naquele Hospital não!' E sai em direção à porta da rua.*
> *A auxiliar não diz nada ao paciente. Olha para a senhora e diz: 'aguarda um pouquinho que eu vou ver se é lá mesmo a consulta.'*
> *Pega o telefone e pede a ligação para o Naps.(...)*
> *O telefone toca. A auxiliar 1 atende e confirma o endereço: 'R. Pará, 1280.'*
> *A senhora se aproxima do balcão e a auxiliar escreve no encaminhamento o endereço do local correto de atendimento: 'Pode ir lá. É lá na rua Pará, 1280.'*
> *Senhora: 'Onde fica'*
> *A Auxiliar 1 explica-lhe o trajeto. A senhora pega o encaminhamento e agradece"* (OBS 13).

Outras comunicações se estabeleceram durante o processo de atendimento, como as observadas para obter atendimento nas especialidades. O usuário deveria passar por atendimento nas áreas básicas, para pegar a ficha de referência de pacientes, impresso utilizado como instrumento de comunicação, um veículo de informações de um setor para outro. Para obtê-lo, ocorre a intercessão trabalhador/usuário que fica presa à moldura dada pela estruturação, reproduz-se pelo trabalhador, através de uma atitude de não responsabilização pelo problema, uma comunicação impessoal, não se abrindo para escuta, especialmente na

perspectiva de resgatar sua integralidade e aumentar seu coeficiente de autonomia (CAMPOS, 1994).

A comunicação entre o médico e as auxiliares (por exemplo da consulta para a pós consulta, da consulta para a sala de medicação) teve intermediários impressos, o prontuário, a ficha de atendimento do PA e a receita médica, no caso das trabalhadoras da farmácia. O parêntesis foi colocado para explicar, mas explicita a comunicação presa (apesar dos meus esforços para escapar dela, demonstrando minhas contradições) aos instrumentos da estruturação do serviço; estabelece-se de forma fria e não humana, esquecendo-se de que se dá entre as pessoas que desenvolvem o processo de trabalho nos diferentes setores.

A organização do trabalho não favorece o estabelecimento de relações saudáveis, não promove diálogos francos para que se possa esclarecer e elaborar quaisquer desentendimentos, que ocorram durante o processo de produção do trabalho em saúde. Foi relatado em entrevistas as diferenças de conduta entre colegas (Entrevista 3 e 9), indiferença pelo que acontece com o colega (Entrevista 3), comunicação por escrito em lugar de diálogo, falta de repasse de informação entre as áreas e falta de reconhecimento do trabalho do outro, além de uma certa onipotência, que leva ao individualismo e falta de espírito de equipe (Entrevista 1).

> *“ai! (...) discutir não tem jeito. Se você sai pra discutir um problema, você vem com dois, treis, pra resolver, você entendeu? (...) Chega paciente nessa situação nervoso aqui... Eu tô sem vaga... Se eu conversar com ele eu vou marcar... Se eu pego, levo lá pra cima, dependendo do paciente,*

> *já desce com uma ordem pra atender, e vai... bate na sala do Dr. X e pede pro X atender um a mais... E quantos eu já mandei embora? Só porque esse brigou, foi atendido, você entendeu? Isso aconteceu muitas vezes (...) então, não levo não esse problema, porque o problema dobra, não é resolvido"* (Entrevista 6).

Observa-se um trabalho voltado para o fazer técnico, com atos isolados, sem relação entre suas partes, fragmentado, mecânico, auto-suficiente por si mesmo, o que contradiz a própria concepção do trabalho em saúde, que se faz em parcelas; de certa forma, contradiz também o referido nas entrevistas a respeito das relações entre membros da equipe, entre trabalhadores de diferentes áreas, como as de cooperação, colaboração, companheirismo e complementaridade.

> *"A última vez que eu pedi (..) foi dos pés, que eu não sabia. Aí ele me deu o material e eu levei pra casa e estudei. Agora... os outros não. Os outros não porque já faz tempo, né? Que eu faço e já fiz vários cursos. (...) Se ele* (o médico) *esquece alguma coisa... volto pra ver se a letra tá pouco legível, volto pra saber o que que é. Se ele esquece de escrever por fora do encaminhamento, ARE, pra eu não colocar com a minha letra, eu volto pra ele escrever. Isso várias vezes, eu volto nos médicos (...), pra esse tipo de coisa assim"* (Entrevista 6).

Nas observações realizadas foram raras as relações de maior proximidade, demonstrando vinculação trabalhador/usuário; em geral, o trabalho foi realizado de forma mecânica, com mínima interação, quase sem

diálogo, o que é uma contradição entre a representação do trabalhador e sua prática. Este afastamento do trabalhador do usuário decorre de um processo de trabalho *"que impede ou dificulta o efetivo exercício da Clínica*[39]*"* (CAMPOS, 1997, p. 236) e o estabelecimento de vínculos, produzindo trabalho e trabalhadores alienados e descomprometidos, distanciando-se da *"Obra"*[40].

As razões e explicações dadas pelos trabalhadores foram a grande demanda nos horários de pico, determinando falta de tempo, para se relacionar e para escutar; o usuário procura desnecessariamente, não sabe usar o serviço e deve assumir a responsabilidade pelo seu problema (o problema é dele, usuário).

A relação parece ser entendida pelas duas partes — trabalhadores e usuários — com objetivos divergentes, em que um tenta vencer o outro, convencê-lo, persuadi-lo a se subjugar. Caracteriza-se como um conflito de guerra, cada um vendo o outro como inimigo, como ameaça. Um "atrapalha" o outro, no entanto, especialmente o trabalhador parece não perceber que ele só existe, enquanto trabalhador de saúde, em função da existência do usuário.

4.2.3 - A resposta e a finalidade (responsabilização)

A observação do atendimento parece revelar que é a sua finalidade que estrutura a relação a ser construída. Esta tal finalidade não se

[39] Refiro-me aqui, à Clínica de relações, que não se limita aos saberes tecnológicos tradicionais da clínica, enquanto uma disciplina, mas ao exercício que compete a todos os trabalhadores, cujo domínio não é exclusivo ou excludente de nenhuma disciplina; pelo contrário, necessita de todas as disciplinas e de todas as modalidades do saber e do fazer (BAREMBLITT, 1997).

apresenta explicitamente, isto é, surge na relação como a resposta eleita, a melhor e mais viável naquelas circunstâncias, dentro de um cardápio de intervenções possíveis, pensadas pelo trabalhador, à partir e naquele espaço intercessor.

Embora já tenha sido apontado, o contexto em que se faz este estudo é o do SUS, em uma unidade da rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto, que se propõe à produção de uma assistência à saúde, segundo os princípios da universalidade, acessibilidade, eqüidade e integralidade, conforme preconizado pela Constituição Federal de 1988.

Além disso, a estruturação do atendimento e das respostas que irão constituir o cardápio de intervenções pode se dar de forma mais ou menos abrangente; a partir da concepção de homem e de saúde/doença que embasa a finalidade dada ao atendimento. Neste processo, o trabalhador demonstra pelo quê e por quanto se responsabiliza, o que revela também suas concepções presentes na relação de atendimento, ou seja, a decisão tomada expressa a objetivação do trabalhador em relação ao processo saúde/doença e da finalidade que dá ao trabalho.

Os conceitos de CAMPOS (1997), de Núcleo e Campo de competência e responsabilidade no trabalho em equipe contribuem para esta reflexão. Para este autor *Núcleo* seria *"o conjunto de saberes e de responsabilidades específicos a cada profissão ou especialidade"* e *Campo* seriam *"saberes e responsabilidades comuns ou confluentes a várias profissões ou especialidades".* (CAMPOS, 1997, p.248-249). Assim

---

[40] Ver página 163.

definidos, compreende-se que na interseção trabalhador/usuário há a presença desses dois conceitos. O acolhimento apresenta-se mais como uma prática que se estrutura neste *Campo*, como inicialmente colocado em um dos pressupostos deste estudo, isto é, o acolhimento constitui um processo de responsabilidade dos trabalhadores de saúde, podendo ser praticado por todos.

> *"(...) recepção do PA. São 7h46min. O balcão é de divisória, com a metade superior toda de vidro, com abertura no alto e orifícios para comunicação. Em seu interior há um médico* (não apresenta qualquer tipo de identificação) *sentado em uma das cadeiras, folheia uma revista, levanta-se logo em seguida e sai. Não diz nada ao paciente que aguarda em pé à frente de um dos orifícios do vidro"* (OBS 5).

No exemplo acima, o médico não se preocupou em dar qualquer atenção ao usuário, um olhar ou mesmo solicitar que aguardasse, ignorando seu *campo* de responsabilidade pelo processo de produção do trabalho, preso ao seu papel de médico produtor de consultas e diagnósticos, seu *núcleo* de responsabilidade e competência.

No quotidiano, o que se observa é este distanciamento produzido pela estruturação do trabalho, pelo próprio trabalhador demonstrando o quão longe está de seu objeto de trabalho, o usuário e de sua *Obra* (CAMPOS, 1997).

> *"(...) HMS, no balcão diz à auxiliar: 'tentar vaga... (...) Para mim e para o meu pai...'*

> *Auxiliar: 'Não vou te garantir nada... Tem muita gente marcada ... Pode esperar'"* (OBS 19).

Neste caso, em nenhum momento, durante o tempo de espera pela consulta médica, de 1h e 35 min, a trabalhadora demonstrou interesse em aproximar-se da usuária ou perguntou sobre sua queixa, demonstrando que o relevante na verdade era o número de vagas para consulta, ou seja, o importante é a estruturação do trabalho e não o usuário ou a humanização do atendimento, a escuta, a atenção, a preocupação com o acolhimento inexiste.

A relação trabalhador/usuário representa um processo de intercessão que pode se abrir para um processo de escuta de problemas, para troca de informações, para mútuo reconhecimento de direitos e deveres e para um processo de decisões viável para intervenções (MERHY, 1997a, 1997b).

> *"(...) apesar de estar na vigilância, eu circulo no prédio inteiro. (...) E muitas vezes... (...) você depara com paciente, às vezes no corredor... (...) ou então o paciente que te procura, né? Vê você passando... (...) E solicita (...) Informações, orientações, alguma coisa assim... mas assim... fora das atividades de vigilância, alguma coisa ...."* (Entrevista 3 - Piloto).

Não se pode deixar de apontar que nesse reconhecimento de direitos e deveres, o usuário deva ser o primeiro interessado em responsabilizar-se pela própria vida; no entanto, é comum observar-se no quotidiano uma

busca por respostas prontas e imediatas[41], por repassar seu problema para o serviço e para o trabalhador de saúde, sem compreender que seu cuidado e a resolução de seu problema começa pela própria consciência de si. O trabalhador, por sua vez, espera que o usuário tome conta de si, sem perceber que um de seus papéis na relação seria ajudá-lo nesta tomada de consciência e instrumentalizá-lo a se auto-cuidar.

A resposta ao problema apresentado pelo usuário faz parte da comunicação, mas está aqui destacada, pois representa a decisão tomada pelo trabalhador frente ao que foi capaz de captar e elaborar internamente, na forma de uma fala que propõe intervenção.

> *" SHRS chega à recepção da Rua Teresina, entra e dirige-se ao balcão. O recepcionista pergunta-lhe o que deseja.*
> *SHRS relata que está com problema no olho, que ontem caiu um cisco e hoje amanheceu com o olho raspando e vermelho. O recepcionista ouve o paciente relatar sua história olhando para seu rosto, faz uma expressão facial que aparenta não haver solução para o caso e assim que termina de ouvi-lo, passa a procurar algo sob o balcão. É um cartão escrito 'PA', à medida que estende este cartão ao rapaz diz: 'estamos sem oftalmologista hoje o dia todo. Vai no PA e o médico vai ver se tem que encaminhar você para algum outro lugar. Desce a rampa e vai lá no balcão no fim do corredor', apontando a porta em que deve seguir.*
> *O usuário pega o cartão e vai em direção à porta indicada"* (OBS 5).

[41] A discussão de espaço-tempo, à seguir, tenta buscar elementos para melhor compreensão deste aspecto da relação.

Independente do conteúdo tecnológico desta decisão, concordo que *"o mais importante é o empenho do ajudador* (o trabalhador) *em compreender o ajudado* (o usuário)" (MIRANDA & MIRANDA, 1996, p. 130).

> *"(...) Quando é um paciente assim muito idoso... às vezes ele... não tem ninguém para ver o horário dele. Ele está agendado para às 2 horas, ele chega às 12 e 30 (...) Eu nunca deixo esse paciente aguardando até às 2 horas para poder atender, você entendeu? (...) Eu nem questiono... (...) Eu nem falo nada... Só pego o cartãozinho, já checo no livro (...) já pego o paciente e se possível... se for muito idoso, eu passo na frente. (...) Agora, quando não é paciente tão idoso, mas também eu vejo que está assim com problema grave (...) com tosse, se queixando de febre, que está com muita dor... (...) eu também passo na frente, converso com ele, converso com o médico, quer dizer... de uma maneira geral, eu procuro atender da melhor maneira possível, sabe... os pacientes, para que ninguém fique assim... insatisfeito, né?"* (Entrevista 7).

Essa compreensão pode ser maior, se o trabalhador tentar colocar-se no lugar do outro, para aproximar-se mais de sua realidade e, em conjunto, vislumbrar uma solução para seu problema direcionada ao desenvolvimento da capacidade de autonomia definida por CAMPOS (1994).

A resposta não precisa ser aquela pensada pelo usuário, quando do momento em que este procurou o serviço de saúde, mas é essencial que não só o trabalhador, mas especialmente ele, demonstre atenção, compreensão, aceitação, respeito incondicional e, ao mesmo tempo, lance mão do acervo tecnológico necessário e ao seu alcance naquela interseção,

responsabilizando-se pelo cuidado a ser prestado, visando à instrumentalização do usuário, para que este possa fazer as escolhas de sua vida.

> *"O senhor que está a frente de HMS apresenta dificuldade respiratória. Está aflito. Olha os cartões que estão sobre o balcão, os cartões de quem aguarda vaga. Reclama da demora para a auxiliar: 'Que esperança... Não tem vaga! A gente pode até morrer...Eles não ligam... a gente tem asma...'*
> *Auxiliar: 'Pode esperar... tem duas pessoas aguardando vaga na sua frente...'*
> *O paciente senta no banco: 'sou do Dr. K... perdi a consulta do dia oito, agora é isso...'"* (OBS 19).

Nos espaços de interseção nos serviços de saúde, não há um modelo de atenção único, esta vai sendo construída. O trabalhador precisa abrir-se na situação para acolher, o que implica em um certo risco, pelo incerto, não padronizado, "fora de controle". Especialmente nos dois setores estudados, o ambulatório de clínica médica e o PA, em que não há "padronização" do que chega, as solicitações são as mais diversas possíveis, inespecíficas e necessitam respostas variadas e criativas.

> *"(...) Hoje... a gente já faz isso... com mais freqüência (...) E não é nada estranho (...) algumas coisas que... que são detectadas, por exemplo... criança sem registro de nascimento (...) Quando você faz uma visita domiciliária (...) Ou uma situação especial (...) a gente faz um encaminhamento dessas crianças, pra fazer o registro (...) Pra um serviço social e tal... Podia até... por falta de conhecimento da gente, até... por falta de... percepção da questão, do tamanho*

> *desse trabalho, a gente (...) acabava não vendo (...) Hoje eu acho que essas coisas estão um pouco mais claras (...) Então a gente acaba invadindo um monte de outros setores que a gente não tinha muito hábito (...)"* (Entrevista 3 - Piloto).

Autores como CAMPOS (1997); BAREMBLITT (1997); BAGGIO & BAREMBLITT (1997) e PELBART (1993) discutem a Clínica como um espaço de criação, de espontaneidade, sem modelos ou padrões, de onde procurar-se-á "ver o que está por trás da queixa" (Entrevista 4 - Piloto), *"onde os processos acontecem por variação contínua, que propicia a emergência de linhas de fuga (...)"* (BAGGIO & BAREMBLITT, 1997, p. 40).

> *"A clínica não é a sala de visitas onde se exibe como troféus a soberba formalizada das conquistas burguesas.*
> *É mais a cozinha, onde quase incessantemente está em preparo o alimento. É o lugar do súbito, do agora, da permanente surpresa. Do inesperado. Do espaço de confecção, onde a matéria-prima (psíquica ou não) bruta e desarrumada se transforma em algo útil, dotado de intenção e sentido. Enfim, surge um produto cultural. A clínica é o lugar da poiésis"* (BAGGIO & BAREMBLITT, 1997, p. 38).

A citada experiência do serviço de saúde de Betim (FRANCO *et al.*, 1997), com a implantação de uma equipe de acolhimento, apresentou maior plasticidade às respostas às demandas; aproxima-se de um exercício de Clínica mais abrangente, ampliando a disponibilidade para a relação, a

escuta, mudando o foco de atendimento da consulta médica para esta equipe multiprofissional.

Novamente, o aspecto do *Campo* de competência e responsabilidade pelo exercício *dessa Clínica* aparece, como previamente pensado neste estudo em seus pressupostos; o acolhimento é um processo de relações humanizadas, da responsabilidade de todos os trabalhadores de saúde, onde se utilizam os recursos necessários disponíveis neste processo de produção de ações de saúde.

Por outro lado, o trabalhador não consegue o tempo todo estar sempre "ligado", atento a esta gama de cuidados, sem esquecer que em sua humanidade, tem sua particularidade, seus limites e, o que vive enquanto profissional implica em um envolvimento emocional. Este processo, nesse contexto, em se tratando de saúde, digo, de doença, dor e sofrimento, é muito desgastante e intenso. Em muitos momentos, atualmente em quase todos, seguirá o padronizado, o normatizado.

> *"(...) você não tem condições de dar muita atenção para o paciente, sabe? Você vai lá, você põe o aerossol, você volta, (...) você não presta atenção na cara do paciente, sabe? Você não... chega nem quase a olhar para ele... você quase nem conversa com ele, né? Você vai correndo põe, vem embora, já faz a medicação daquele eu está esperando para ir trabalhar... então assim... o horário de pico é um horário terrível (...) você... mal pega a receita, olha a cara do paciente (...) Claro, que você vai chegar lá, vai confirmar a receita, tudo direitinho... mas com o paciente, você... não tem muito tempo de conversar..."* (Entrevista 8).

Em sua prática quotidiana, o trabalhador pode ir tomando consciência de si e destes elementos constituintes do acolhimento gradativamente, através de sucessivas vivências, em diferentes espaços de relação, em um contínuo processo de aprendizagem.

> *"(...) você tem que entender que determinados atendimentos tem que ser diferenciados naquele dia... quer dizer (...) você não pode dar toda atenção para todas as pacientes naquele dia, senão você não consegue atender o número de pacientes.... Agora, você tem que entender... (...) quais pacientes que naquele dia estão precisando (...) de mais atenção (...) de você chegar, entendeu? Naquela questão do que está por trás da queixa..., né? E isso é uma coisa, assim que você não aprende na escola... que se você não conseguir no dia a dia perceber isso, você não vai conseguir... (...) Você vai tocar serviço, quer dizer... resolver queixas de uma população que está procurando você....(...)"* (Entrevista 4 - Piloto).

Esta aprendizagem é acompanhada por um processo de transformação, que é dialético e mais ou menos intenso, a depender da forma em que cada um se insere na relação, à partir da qual os envolvidos podem tentar experimentar uma prática diferente, mais humana, através da escuta, colocando-se no lugar do outro, buscando construir vínculos e a clínica das relações, aproximando-se da "criação" em saúde.

4.2.4 - O espaço-tempo da relação.

A noção de espaço neste estudo, inicialmente, não ultrapassava a dimensão de espaço físico, desde a etapa de exploração do campo. Da mesma forma, a noção de tempo esteve limitada ao tempo cronológico, de duração em horas e minutos dos atendimentos dos usuários acompanhados, durante a coleta de dados.

No entanto, à medida em que se foi trabalhando os dados, a dimensão espaço físico foi sendo percebida como o espaço das relações intercessoras, espaço de interação entre usuário e trabalhador, em que se constrói o trabalho vivo em ato. Este conceito de espaço intercessor produzido por MERHY (1997a,1997b), traz a idéia de intercessores para o trabalho em saúde. Isto significa que na prática o produto do encontro do trabalhador com o usuário terá o desenho desta intercessão, no momento do atendimento, a partir das potencialidades de cada um, ou seja, o espaço de relações é um espaço de produção.

Entende-se que é esta mesma produção, aqui em foco, que conforma no quotidiano o SUS em que estão inseridos trabalhadores e usuários. Observa-se que os princípios básicos de universalidade, acessibilidade, eqüidade e integralidade, de alguma forma, se fazem presentes neste espaço intercessor, mostrando sua íntima relação com o acolhimento.

A noção de espaço também se faz presente na disponibilidade do trabalhador em efetuar o atendimento. Esta disponibilidade aparece antes mesmo do encontro propriamente dito, na definição do problema que será tomado como objeto de trabalho. Ela expressa o ponto para o início da conversa, o reconhecimento (ou não) do usuário (ou seu problema), ou seja,

o espaço interno que o trabalhador destina ao usuário e ao atendimento, sua disponibilidade em estabelecer vínculos e produzir sua *Obra*. A disponibilidade do trabalhador também parece estar relacionada, de certa forma, à sua satisfação com o trabalho.

Que espaço o trabalho ocupa na vida deste trabalhador e qual sua qualidade ?

Neste movimento de análise dos dados, verificou-se que esta disponibilidade do trabalhador também estava relacionada à "falta de tempo" observada nos atendimentos e referida nas entrevistas; constituíram-se em objeto de reflexão, especialmente sobre como esta poderia interferir sobre o acolhimento.

> *"Eu falo: ó bem..., rapidinho, né? Correndo, né? Você passa pro pronto atendimento... Você não é da área, infelizmente tem que passar no posto da sua área (...) Passa no pronto atendimento já que você já está aqui (...) e depois que você sair de lá, você procura o teu posto mais próximo da sua casa. Eu não vou procurar saber o que ele tá sentindo, eu não tenho tempo pra isso."* (Entrevista 6).

A noção espaço-tempo é quadridimensional representada pelo movimento das partículas através do tempo, *"uma vez que todas as partículas podem se deslocar para frente e para trás no tempo – assim como elas podem se deslocar para a esquerda e para a direita no espaço"* (CAPRA, 1996, p. 144). No espaço-tempo, um fato do passado, do presente e do futuro é em verdade um só bloco, que se apresenta de forma distinta, a

depender da posição do observador, da velocidade de movimento deste observador e do próprio fato.

Esta noção ajuda-nos a compreender mais um dos aspectos presentes nos conflitos entre trabalhadores e usuários, suas posições de observadores são distintas, assim como as velocidades de cada um na busca de solução, para um determinado problema, nem sempre são as mesmas ou estão na mesma direção.

No caso citado, da observação n° 19. O usuário asmático vive uma situação de sofrimento pela dificuldade respiratória que é sentida como necessidade urgente de atenção e cuidados. A auxiliar por sua vez, vive seu momento de trabalho como uma rotina, parece não perceber a aflição e ansiedade do usuário, não tendo pressa em providenciar qualquer conforto ao mesmo, não manifestando que havia identificado seu desconforto.

O usuário manifestou sua percepção do espaço-tempo como “pressa” de ser atendido. Em outras observações, esta também apareceu representando a “velocidade” interna em que se encontrava o usuário, a ansiedade pela espera (tempo interno que tem para suportá-la), principalmente quando procurava o serviço em situações não programadas ou no PA.

Por outro lado, destacou-se que a estruturação do trabalho determinava, mais que este tempo cronológico e um volume de atendimentos a realizar, o tempo interno do trabalhador para o atendimento. O trabalhador, percebendo seu tempo como escasso, executava seu trabalho mecanicamente, sem diálogos e rápido, dadas as circunstâncias de

sobrecarga, explicitando a falta de tempo para dar atenção aos usuários. O trabalhador neste espaço-tempo distancia-se do usuário, de seu trabalho e de sua *Obra*.

Essa falta de tempo, sentida tanto pelo trabalhador quanto pelo usuário, como mostra PELBART (1993), tem suas raízes fora do âmbito da saúde. Se no passado o lema do capitalismo foi o do 'tempo é dinheiro', ou seja, fazer o máximo no mínimo de tempo, economizar tempo em todos os sentidos, hoje a tecnologia audiovisual propõe um novo regime de temporalidade: *"a instantaneidade"* cujo ideal não é mais ganhar tempo, mas aboli-lo, ou seja,

> *"absolutizar a velocidade a ponto de dispensar o próprio movimento no espaço, anulando assim não só a geografia e o tempo de duração desse deslocamento, mas a própria idéia de espaço, de tempo e de duração. É o ideal do tempo zero e da distância zero"* (PELBART, 1993, p.32-33).

A presteza na atenção, buscada pelo usuário, se apresenta como um componente importante, quando se trata de um sofrimento. O trabalhador no entanto, parece vivê-la contraditoriamente, à medida em que refere nas entrevistas satisfação em resolver os problemas dos usuários, e nas observações registram-se momentos de desatenção e insensibilidade.

> *"Agora, quando (...) eu vejo que está assim com problema grave (...) com tosse, se queixando de febre, que está com muita dor... (...) eu também passo na frente, converso com ele, converso com*

> *o médico, quer dizer... de uma maneira geral, eu procuro atender da melhor maneira possível, sabe... os pacientes, para que ninguém fique assim... insatisfeito, né?"* (Entrevista 7).

Esse regime temporal está presente em nosso quotidiano, provocando segundo PELBART (1993, p. 34):

> *"declínio de uma profundidade de campo nas nossas atividades as mais quotidianas. Um achatamento temporal que proporciona um presente eterno, sem história para trás, nem para frente, sem passado nem futuro. Presente sem espessura, ilusão da imortalidade que ignora o começo e o fim, a morte e o imprevisto, que só integra o desconhecido enquanto probabilidade calculável. O paradoxo é que a desmaterialização provocada pela velocidade absoluta equivale a uma inércia absoluta. Estranha equação em que coincidem velocidade máxima e imobilidade total"*

A percepção da quadridimensão do espaço-tempo, entretanto, parece quase invisível, é percebida na forma linear de tempo (de espera ou de atendimento), provavelmente por estar intrinsecamente inserida no viver quotidiano, seus observadores (os envolvidos na relação), por estarem frente a frente, não percebem que ambos estão em movimento e que cada um tem uma "espessura", ou seja, representam bem mais do que aquela primeira imagem detectada (passado, presente e futuro como um só bloco), o que faz com que se distanciem do princípio da integralidade.

Constata-se esse presente sem passado nem futuro, essa velocidade máxima no quotidiano do trabalho em saúde, na forma do atendimento focalizado, pontual, na prática do atendimento mecânico, sem escuta, que só aceita o desconhecido enquanto probabilidade calculável.

> "Dra.: *'Isso do olho tremer não é nada, às vezes dá porque a gente fica nervoso. Eu mesma já tive isso por muito tempo.'*
> Usuário: *'Mas dói mesmo.'*
> Dra.: *'Isso não dói não!'*
> Usuário: *'Dói assim, parece um relâmpago que começa aqui no olho e vai para trás.'*
> Dra.: *'Que dor mais esquisita que você arrumou!'* (OBS 15).

Esse regime temporal da instantaneidade invade o interior das relações, definindo o tempo de cada um. Quando esse limite é ultrapassado, ocorrem os conflitos entre trabalhador e usuário. Há um choque explícito de necessidades.

> *"Uma auxiliar (..) 'o que deseja?'*
> *SRL: 'pode ser aqui? Vim marcar uma consulta.'(...)*
> *Auxiliar.: 'Não estamos marcando consulta até julho. Estamos falando para os pacientes vim tentar vaga. Até julho não tem vaga. Você pode vim cedo ou de tarde para tentar vaga. Tem cartão?'(...)*
> *SRL: 'Não dá para marcar?'*
> *Auxiliar. 'Não tem vaga até julho. Tem que vir tentar vaga. Vem em qualquer dia, cedo ou de tarde, menos de 5ª feira de manhã. O Dr. X tem plantão e chega muito tarde, depois das 8 horas, então não pegamos eventual. Só na 5ª feira.'(...)*
> *A paciente (...) sai dizendo: 'Que bagunça, nada pode.'*
> *No trajeto para a saída diz: 'Não vou vir não... não vou perder dia de serviço... deixa para lá'"* (OBS 13).

Como já foi discutido, essa espera pelo atendimento inicia muito antes, a partir da informação “não tem vaga”. Esta fila de espera fica “escondida” pela estruturação do serviço, quando se manda o usuário voltar em outro dia para “tentar vaga”. Esse tempo de espera em casa, às vezes de muitos dias, representa a contradição do serviço no exercício da universalidade, da acessibilidade e do próprio processo de efetivação do SUS.

O usuário não parece ser relevante, não ocorreram manifestações de preocupação com o seu percurso até aquele momento, limitando-se a tomá-lo como objeto de trabalho, a partir de sua queixa atual. Na prática, o trabalhador focaliza o atendimento sobre a queixa e não consegue “ver” o antes e o depois do usuário, considerando-o integralmente. Este é tomado como coisa e o atendimento se distancia da humanização necessária para o acolhimento.

> *“nós não temos tempo nem paciência para sustentar este ponto, o ponto do surgimento do tempo (...) o tempo da criação artística ou do pensamento também exige algo dessa ordem. Do dar o tempo e paciência para que o tempo e a forma brotem a partir do informe e do indecidido. O desafio é propiciar as condições para um tempo não controlável, não programável, que possa trazer o acontecimento que nossas tecnologias insistem em neutralizar. Pois importa, tanto no caso do pensamento como da criação, mas também no da loucura, guardadas as diferenças, de poder acolher o que não estamos preparados para acolher, porque este novo não pode ser previsto nem programado, pois é da ordem do*

> *tempo em sua vinda, e não da abolição do tempo, mas de sua doação"* (PELBART, 1993, p.35-36).

Este desafio do tempo não controlável, não programável, de acolher o que não se está preparado (trabalhador e usuário) está presente nas práticas de saúde, especialmente nas da clínica e do PA, dada a inespecificidade de suas demandas. É preciso doar o tempo para que a *Obra* brote a partir do informe, do indecidido.

A espera pelo surgimento do tempo, para se fazer a ação em saúde, foi caracterizada em uma das entrevistas.

> *"(..) isso não é muito fácil de você ver (...) Às vezes na primeira consulta, você é obrigado a... vamos dizer... a trabalhar na queixa em si e.... e esmiuçar a queixa em termos de exame, exame clínico, exame laboratorial, né? E aí numa segunda consulta, frente aos resultados dos exames, né? Que geralmente, vem dentro da normalidade ou com muita pouca anormalidade (...) então, aí você... tem (...) subsídios... e inclusive você já conhece a paciente de uma consulta... para poder tentar ir atrás do que tinha... Agora, isso depende de... de uma certa experiência (...) No início, você é muito mais imediatista com as queixas... (...) se você tiver sensibilidade para perceber as coisas, você vai ver que não adianta ser tão imediatista, você tem que ir atrás de outras coisas que podem estar por trás disso, né? Mas não é... muito fácil, porque às vezes o próprio paciente não consegue... não é que não consegue..., não quer enxergar isso, porque enxergar isso traz um sofrimento, né?* (Entrevista 4 - Piloto).

O tempo dessa clínica está referido como todo próprio para o trabalhador, de “amadurecimento”, de conscientização de si, enquanto um ser social. Para o usuário, acresce-se a este movimento, o tempo necessário para decidir, mergulhar além da superficialidade de seu problema.

O espaço-tempo dos trabalhadores e de seu trabalho é também o espaço-tempo do SUS, que da mesma forma espera por seus momentos de descristalização, em que poderão ocorrer mudanças que estejam verdadeiramente de acordo com seus princípios básicos.

Com referência ao quotidiano,

> *“às vezes é preciso suportar o tempo insípido, como se agüenta uma chuvinha triste e interminável, sabendo que lá na frente a água acumulada pode irromper numa nascente. Aí pode jorrar um tempo, que nos casos felizes, e por um certo curso de rio, leva quem sabe a uma cascata de vida”* (PELBART, 1993, p. 46)

No espaço intercessor das relações é preciso doar o tempo para o insípido, para a mesmice, para que jorrem as alternativas de soluções, para os problemas dos usuários. É preciso incorporar este tempo de espera pelo acontecimento. Trata-se de uma linha de fuga temporal, que instaura um novo acontecimento, um novo espaço-tempo (PELBART, 1993).

> *“Você tem que ir percebendo as coisas.(...) quando você abre a consulta, né? Você deixa o paciente falar, você não direciona a... H.M.A, a História da Moléstia Atual, quando você deixa o paciente conversar, qual a razão da procura...,*

> *geralmente aparece, pode não aparecer na 1ª, mas aparece 2ª, 3ª consulta, às vezes... demora um ano, já tive paciente que demorou um ano para contar, o que estava acontecendo...”* (Entrevista 4 - Piloto).

É preciso esperar pelo surgimento do tempo, em que coincidem o presente que faz jorrar, de dentro de si, o tempo; o tempo do querer e o momento adequado de decidir e agir. Esse tempo parece estar latente nos trabalhadores de saúde, aguardando pelo encontro desses tempos, desencadeando os processos de amadurecimento e conscientização profissional e pessoal, para que se tornem mais motivados e autônomos, responsabilizando-se por um atendimento mais humanizado.

Durante a espera pelo *tempo do acontecimento*, da criação da *clínica,* enquanto *Obra* do trabalhador de saúde, facilmente o trabalho vivo é capturado; ao mesmo tempo em que, por se tratar de uma vivência, tudo que acontece “passa por dentro” dos envolvidos (trabalhador e usuário), podendo desencadear outros processos como a mútua representação interna que constituem o vínculo, a aprendizagem e especialmente a conscientização de si, possibilitando *“pontos de descristalização, momentos felizes em que se dá uma mudança, de um estado a outro; pontos de viragem, em que um meio passa a ter outras qualidades inteiramente novas”* (BAGGIO & BAREMBLITT, 1997, p. 32).

5 - ACOLHIMENTO: ALGUMAS FACES

Durante todo processo de elaboração deste estudo, estiveram presentes dois elementos fundamentais da vida... a realidade e o sonho... Esta pretende ser a linha deste último capítulo.

Apresentarei algumas considerações no formato de síntese das questões apresentadas e discutidas a partir dos dados empíricos, relacionando-as aos objetivos do estudo e seus pressupostos. Ousarei olhar para frente, impulsionada, dentre outros aspectos, pelo anseio de mudanças urgentes no fazer saúde.

O acolhimento se constitui no processo de produção das ações de saúde, como uma tecnologia leve, tendo como componentes: a forma como os usuários e trabalhadores produzem as ações de saúde (incluindo uma relativa autonomia dos primeiros e o autogoverno dos segundos), a mútua representação entre eles, a representação/objetivação do que é saúde/doença e do que é problema/necessidade de saúde, a capacidade dos trabalhadores de identificação de linhas de fuga dentro da estruturação do trabalho, busca de plasticidade no uso das tecnologias (duras, leve-duras e leves), o preparo para a relação, o espaço-tempo destinado a ela, a comunicação e escuta, o responsabilizar-se pelo trabalho e pela ajuda ao outro a tomar conta de sua própria vida.

A identificação desses componentes foi possível mediante a análise de dois grupos de aspectos relacionados ao acolhimento: *os elementos constitutivos do modelo assistencial*, seus agentes, os trabalhadores de saúde e os usuários, o problema de saúde (ou doença) e a estruturação do trabalho em si e *as relações*, desde seu preparo, sua construção em ato e sua finalidade.

O acolhimento se conforma no espaço intercessor (de encontro e intervenção) trabalhador/usuário, onde ocorre um jogo de interesses (do serviço, dos trabalhadores e dos usuários) expresso na micropolítica do trabalho em saúde. Neste jogo, seus agentes se fazem presentes, enquanto homens sócio-historicamente constituídos, com problemas e necessidades transferidos para o âmbito dos serviços de saúde, cuja expectativa de resolução, fundamentar-se-á na representação dos envolvidos no atendimento concernente ao que é saúde/doença. Neste espaço, certa disponibilidade poderá estar presente ou não, especialmente dos trabalhadores, em construir uma relação mais humana, o desenvolvimento das potencialidades dos homens, mobilizando-os ou não para o uso das tecnologias disponíveis.

Estes componentes do acolhimento, identificados na relação trabalhador/usuário também apareceram, de alguma forma, na estruturação do trabalho, no estabelecimento e na intercessão trabalhadores da equipe de saúde, que no conjunto conformam o acolhimento do usuário pelo serviço como um todo.

O acolhimento pertence ao *campo de competência e responsabilidade* de todos.

Quando o serviço de saúde define sua finalidade e objetivos, desenha um modelo de assistência que contará com recursos, normatizações e com certa disponibilidade para atender um determinado tipo de usuário, com seu problema, isto é, conforma de alguma maneira o quê, como, quando, porquê e para quê acolherá.

A investigação caracterizou o acolhimento como um processo, mais especificamente, de relações humanas, de responsabilidade de todos, especialmente dos trabalhadores. Estes podem tomar o acolhimento na perspectiva do desenvolvimento da autonomia dos usuários e da cidadania dos envolvidos.

À medida em que se identifica os componentes do acolhimento e como se processa sua produção constata-se o quão distantes estamos dos princípios que norteiam o SUS...

O estudo sobre o acolhimento desperta uma necessidade de olhar para como estão organizados os serviços de saúde e seu modelo de assistência. Ao mesmo tempo, nos estimula a repensar atitudes para mudar este panorama...

CALVINO (1991), com suas propostas para o próximo milênio, pode nos ajudar nesta reflexão...

O trabalho em saúde precisa ser tomado de forma mais leve... como nos propõe CALVINO (1991), utilizando o mito de Perseu. Este, para decepar a cabeça da Medusa, sem se deixar petrificar, não volta jamais o

olhar para a face da Górgona, mas apenas para a imagem que vê refletida em seu escudo de bronze. Voa com sandálias aladas e se sustenta no que há de mais leve, as nuvens e o vento...

Este mito me leva a pensar em dois aspectos do trabalho em saúde.

1 - O trabalho em saúde não precisa ser condenado ao peso da dor, do sofrimento, das carências. É preciso inventar, cada um à sua maneira, formas como as de Perseu, de voar para outros espaços de produção de ações de saúde.

2 - As ações em saúde requerem ser operadas através da leveza que pode ser obtida por artefatos, como o escudo de Perseu. Olhar diretamente para os problemas pode nos petrificar, não permitindo que alcancemos seu âmago. Tecnologias leves como o acolhimento representam um desses meios para não nos transformarmos em pedras e que podem nos possibilitar formas de efetivar a equidade, acessibilidade e integralidade da assistência.

Outro recurso na busca da leveza, parece ser o exercício da *Clínica*, produzida no espaço intercessor trabalhador/usuário, que viabiliza o vínculo e a responsabilização mútua, num processo de comprometimento do trabalhador com o usuário e este com aquele, na resolução do problema e no reconhecimento e respeito por seus papéis sociais.

O acolhimento se apresenta como um ponto de partida que pode favorecer uma transformação dos produtores das ações de saúde e de seus resultados, passando pela internalização, enquanto uma ação de valor para o homem, como afirma MERHY (1997b), um produto do tipo “bens/relações”.

No espaço intercessor, o produto do atendimento será sempre uma incógnita, isto é, não se saberá previamente o que o trabalhador vai eleger como problema do usuário, qual objeto de seu trabalho e o que resultará dessa intercessão. A previsão desse resultado, de certa forma, é ainda mais difícil na clínica e no PA, sobretudo pela ausência de especificidade que caracteriza sua demanda e por constituir uma das primeiras portas de entrada ao sistema de saúde, onde quase tudo chega travestido de queixas relativas às doenças.

Os conflitos presentes nos atendimentos não precisam ser eliminados, mas olhados na perspectiva do crescimento e aprendizagem no trabalho e na vida. Um dos conflitos identificados nos dados empíricos concerne ao tempo.

A noção de espaço-tempo aplicada ao processo intercessor de produção das ações de saúde explicita a relatividade do tempo. CALVINO (1991), explora a temática ao apontar a *rapidez* como característica para o milênio. Desta forma, para pensarmos na reorganização do trabalho em saúde, precisamos também olhar para como estamos vivendo nosso espaço-tempo, que velocidade estamos imprimindo e para qual direção.

Exatidão constitui outra proposta de CALVINO (1991). O autor se refere ao uso das palavras, na linguagem para a literatura, mas ouso entendê-la na produção das ações de saúde. *"O justo emprego da linguagem é (...) aquele que permite o aproximar-se das coisas (presentes ou ausentes) com discrição, atenção e cautela, respeitando o que as coisas*

(presentes ou ausentes) comunicam sem o recurso das palavras" (CALVINO, 1991, p. 90).

A exatidão no emprego das palavras para nos comunicarmos com os usuários e outros trabalhadores torna-se relevante para o acolhimento. A fala expressa o envolvimento, o compromisso com o fazer. O acolhimento implica na responsabilização dos envolvidos por suas ações, pois permite uma aproximar as pessoas.

Acolher não significa a resolução por completo dos problemas referidos pelo usuário, mas a atenção dispensada na relação, envolvendo a escuta, o que se comunica sem o recurso das palavras, o respeito ao outro, a valorização de suas queixas.

O acolhimento exige a flexibilização das normas e rotinas do serviço, uma vez que seu foco é o usuário e a resolução de seus problemas. Os limites dados pela estruturação do trabalho, de alguma forma, são necessários e, como tal, não devem ser abolidos, porém considerados durante o atendimento, como as tecnologias duras e leve-duras que são, valendo-se de sua positividade, plasticamente, em cada situação. Este é o embate constante entre o trabalho morto e o trabalho vivo, onde o primeiro tenta capturar o segundo, que não se deixa prender por completo, insinuando sempre uma alternativa pela qual possa não se enrijecer.

Aqui se insere a *multiplicidade* discutida por CALVINO (1991), parece estar presente na inespecificidade da clínica, tanto em termos do que demanda a ela, como em termos de respostas que precisam ser elaboradas. Entendo que o trabalho em saúde necessitará de plasticidade, multiplicidade,

variedade, enfim flexibilizar suas ações, para acolher verdadeiramente ao homem e suas carências.

O trabalhador neste processo é quem opera esta intervenção, no entanto, ele não se percebe produtor do acolhimento e o efetua, enquanto um procedimento técnico, distante de seu caráter humano intrínseco, de certa forma, petrificado.

Este homem, trabalhador de saúde, vive processos que interferem sobre o acolhimento, sobre seu posicionamento na relação. Refiro-me aos processos de reconhecimento do seu próprio trabalho, da percepção que tem de si como trabalhador, da representação de seu local de trabalho, das condições em que o realiza, da satisfação que pode obter dele. Incluo ainda sua preparação técnica e emocional, o espaço-tempo que destinará ao trabalho e ao atendimento, a disponibilidade para a escuta, para ser continente, identificar e ir além do que está sendo dito, aguardar pelo espaço-tempo necessário à intervenção, sobre o quanto irá responsabilizar-se, sobre a forma como lançará mão das tecnologias do trabalho em saúde, isto nada mais é que o trabalhador, enquanto um ser com necessidades, tanto quanto o usuário.

A reformulação das práticas de saúde impõe um investimento sobre o trabalhador, na perspectiva de torná-lo consciente de seu papel social, promovendo ações que resgatem os valores humanos. Estas ações estão presentes no quotidiano dos serviços de saúde, porém na forma de algo de pouca importância, não prioritária, sendo raros os momentos em que se tem tempo disponível para elas.

A inversão dessa realidade pode ser uma alternativa para a reformulação das ações de saúde. É necessário dar *visibilidade* para práticas como acolhimento, escuta, vínculo, responsabilização.

Enfoco ainda a mudança em minha compreensão do que seja o trabalho em saúde, e em especial, a enfermagem, saindo do campo de uma prática estruturada com um conhecimento também estruturado. Entendo-a como uma prática de relações, ou seja, um trabalho que se vai construindo, através de um processo dinâmico, de interação entre as pessoas e as condições do meio em que se inserem, quando se lançará mão de tecnologias.

Considero também, não haver hierarquia de valor entre essas tecnologias, não havendo como produzir o trabalho em saúde sem elas, porém é através da forma como são utilizadas que se produz a diferença de um trabalho verdadeiramente humano, de relações na direção do desenvolvimento da autonomia em suas vidas. As tecnologias dão *consistência*[42] ao trabalho em saúde.

Assim sendo, penso que este estudo pode se transformar em um disparador de reflexões sobre a produção das ações de saúde, especialmente as de enfermagem, suscitando clarear os mecanismos de produção da vontade de agir e da vontade de querer praticar atendimentos de saúde que acolham as necessidades de uma população, com *leveza, rapidez, exatidão, visibilidade* e *multiplicidade*.

[42] Aproveito a sugestão de CALVINO (1991). C*onsistência* seria uma das seis propostas para o próximo milênio, porém o autor faleceu antes de redigir seu pensamento.

6 - ANEXOS

Anexo A

Relação dos usuários acompanhados durante o percurso de atendimento no Centro de Saúde Escola de Ribeirão Preto, nas áreas de clínica médica e pronto atendimento, através de observação participante, no período de fevereiro a maio de 1997.

N° da Observação	Usuário	Data da observação	Área[43]	Sexo	Idade (anos)	UBS de referência	Atividade	Tempo de espera[44]	Tempo de atendimento[45] (min)	Outros[46] tempos (min)	Tempo total[47]
1	JRS	04/02/97	CM	masc	52	CSE Cuiabá	motorista	21min	32		54min
2	LG	04/02/97	CM	fem	54	CSE Cuiabá	comerciante	1h 43min	49		2h 42min
3	LSM	06/02/97	CM	fem	64	CSE Cuiabá	do lar	57min	34		1h 33min
4	RASG	06/02/97	CM	fem	21	CSE Cuiabá	do lar	1h 8min	18	3	1h 31min
5	SHRS	07/02/97	PA	masc	18	UBS Ipiranga	ajud. produção	5min	6	1	12min
6	MIP	07/04/97	PA	fem	39	CSE Cuiabá	do lar	1h 26min	31	2	1h 59min
7	NSV	09/04/97	PA	fem	43	UBS V. Recreio	do lar	3min	11	2	16min
8	JAP	09/04/97	PA	fem	58	UBS Marincek	do lar	33min	17	2	52min
9	MMM	11/04/97	PA	masc	20	CSE Cuiabá	vendedor	14min	6	1	21min
10	MRD	14/04/97	CM + PA	fem	49	CSE Cuiabá	do lar	1h 15min	57		2h 12min
11	JRC	17/04/97	PA	masc	66	UBS V. Recreio	aposentado	7min	12		19min
12	CMVS	29/04/97	PA	fem	24	CSE Cuiabá	varredora de rua	36min	13	1	50min
13	SRL	05/05/97	CM	fem	29	CSE Cuiabá	doméstica	1min	5	1	7min
14	JS	05/05/97	PA	fem	46	UBS V. Albertina	serv. de limpeza	20min	3		23min
15	CSN	07/05/97	PA	masc	24	CSE Cuiabá	detetizador	26min	14	1	41min
16	ACMD	08/05/97	CM	fem	15	CSE Cuiabá	estudante	11min	5	2	18min
17	RCM	08/05/97	CM	fem	66	UBS V. Tibério	do lar	1h 14min	18	1	1h 33min

[43] Por área entende-se o setor de atendimento para o qual o usuário se dirigirá, no caso em estudo, a clínica médica (CM) ou o pronto atendimento (PA).
[44] Tempo de espera é a soma do tempo de espera pelo atendimento, em quaisquer das etapas do processo de trabalho.
[45] Tempo de atendimento é a soma do tempo (em minutos) dos diversos momentos de atendimento na recepção da Teresina, recepção da clínica médica, do pronto atendimento, consulta médica, pós consulta, farmácia, sala de medicação, RX e outros.
[46] Outros tempos gastos por exemplo nos percursos entre as diferentes áreas de atendimento.
[47] Tempo total é o tempo transcorrido desde a chegada do usuário no CSE para atendimento, até sua saída do prédio.

18	MNPO	13/05/97	CM + PA	fem	44	CSE Cuiabá	do lar	28min	16		44min
19	HMS	13/05/97	CM	fem	17	CSE Cuiabá	sem atividade	2h 50min	30	1	3h 21min
Tempo total de observação											20h 48min

Anexo B

ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS

USUÁRIO

Data da observação:
Horário:
Área de atendimento:

Identificação do usuário:
Local de residência
Idade
Sexo
Atividade profissional
Utilização do serviço

Problema ou motivo de procura
Expectativa em relação à unidade de saúde para resolução do problema

Comunicação do usuário
verbal: clareza
coordenação de idéias
tonalidade da voz
conteúdo
não verbal: - expressão facial: descrição
- olha para o interlocutor
- ouve seu interlocutor
- reconhece o profissional
- expressão corporal: - movimentos suaves e coordenados
- movimentos abruptos e bruscos
- agitação
- irritação
- atenção
- executa outra atividade que não está relacionada com seu atendimento

Alternativas de comunicação: - demonstração
- escrita
- tradutor

Barreiras

ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS

Identificação do profissional
área de atendimento
função
forma de identificação ao público

Comunicação do profissional
verbal: clareza
coerência
coordenação de idéias
tonalidade da vóz
conteúdo
não verbal: - expressão facial
- olhar para seu interlocutor
- ouve seu interlocutor
- expressão corporal:movimentos suaves e coordenados
movimentos abruptos e bruscos
displicência
irritação
atenção
- executa outra atividade que não está relacionada com o atendimento que executa
Alternativas de comunicação: - demonstração
- escrita
- tradutor
Barreiras

ROTEIRO DE COLETA DE DADOS

Organização e dinâmica do trabalho
Circunstâncias:- área de atendimento
- hall de espera
Identificação do problema do usuário

Anexo C

ROTEIRO PARA ENTREVISTA[48]

1. Identificação
    - 1.1. Sexo
    - 1.2. Idade
    - 1.3. Área de formação básica
    - 1.4. Ano de formatura
    - 1.5. Escola de graduação
    - 1.6. Experiências anteriores na função
        - 1.6.1. Local
        - 1.6.2. Tempo

2. Atividade profissional atual
    - 2.1. Função atual
    - 2.2. Formação específica p/ o atual posto de trabalho
    - 2.3. Tempo na função atual
    - 2.4. Empregador
    - 2.5. Carga horária
    - 2.6. Horário de trabalho
    - 2.7. Setor de trabalho no CSE
    - 2.8. Outras atividades de trabalho atuais

3. Percepção do próprio trabalho no CSE
    - 3.1. Conteúdo
    - 3.2. Modo de realização
    - 3.3 Finalidades

O que você acha do seu trabalho no CSE?
Para que serve o seu trabalho no CSE?

4. Descrição de seu trabalho de rotina em um dia normal
    - 4.1. Conteúdo
    - 4.2. Local
    - 4.3. Modo de realização
    - 4.4. Relações que estabelece
    - 4.5. Recursos utilizados
    - 4.6. Horários
    - 4.7. Finalidades

Descreva seu trabalho em um dia normal.
Com o que conta p/ resolver os problemas?

5. Descrição de um atendimento típico em um dia normal
    - 5.1. Conteúdo
    - 5.2. Local
    - 5.3. Modo de realização
    - 5.4. Relações que estabelece
    - 5.5. Recursos utilizados
    - 5.6. Horários
    - 5.7. Finalidades

Descreva um atendimento típico.
Como você o atende?
Qual sua conduta frente ao caso?

6. Descrição de um atendimento não típico
    - 6.1. Conteúdo

[48] As questões apresentadas nas caixas de texto foram as questões disparadoras feitas para obter-se o conteúdo interessado. Nos casos em que os elementos do roteiro foram sendo atendidos espontaneamente durante a entrevista as questões não foram necessárias.

6.2. Local
6.3. Modo de realização
6.4. Relações que estabelece
6.5. Recursos utilizados
6.6. Horários
6.7. Finalidades

Descreva um atendimento não típico.
Como você o atende?
Qual a sua conduta frente ao caso?

7. Percepção do atendimento do CSE
7.1. Conteúdo
7.2. Modo de realização
7.3. Finalidades

O que você acha do atendimento do CSE?
Para que serve o trabalho do CSE?

8. Descrição das características da população usuária do CSE
8.1. Condições de vida
8.1.1. Escolaridade
8.1.2. Renda
8.1.3. Cultura
8.2. Condições de trabalho
8.3. Condições de saúde
8.4. Como consome os serviços oferecidos pelo CSE

Descreva as características da população usuária do CSE.

9. Relação entre seu trabalho e as necessidades da população

Por que o usuário procura o serviço ?
O que o CSE oferece p/ este usuário ?
O que você acha deste motivo de procura ?
Qual sua conduta ?

10. Relação entre essas características da população usuária do CSE e o desenvolvimento de seu trabalho.

Descreva um atendimento p/ um usuário do tipo X.
Descreva um atendimento p/ um usuário do tipo Y.

11. Relação entre seu trabalho e os demais trabalhos desenvolvidos no CSE.

12. Descrição dos recursos utilizados para o desenvolvimento do trabalho.

13. Descrição das principais limitações para o desenvolvimento de seu trabalho.

14. Espaço para livre expressão.

Você gostaria de dizer alguma coisa que não tenha sido perguntado?

Anexo D 1
Relação dos trabalhadores

Cód Empregador	Sexo	Idade	Carga horária	Área de formação	Horário	Formação para função	Setor de atual	Tempo de Outros experiência na saúde	Tempo de Tempo de trabalho no CSE	Tempo na função atual	Função contratada	Função exercida		horária seman
1	fem	34a		visitadora sanitária		em serviço		15a	15a	3a	visitadora sanitária	visitadora sanitária	FMRP-USP	40 hora semana
2	masc	35a		odontologia		curso de graduação + + odontologia especialização saúde pública		12a	5a	1a4m	odontólogo	coord. div. assist.	SES-SP	40 hora
progr.	semanais	16 horas												
3	fem	40a		enfermagem		curso de graduação + especialização saúde pública		16a	14a10m	9a	enfermeira	enfermeira	FMRP-USP	40 hora semana
4	masc	40a		medicina		curso de graduação + mestrado em especialidade		13a	13a	13a	médico	médico	FMRP-USP	20 hora semana

Anexo D 2
Relação dos trabalhadores entrevistados

Cód Função exercida	Sexo Empregador	Idade	Carga horária	Área de formação	Formação Horário para função trabalho atual	Tempo de Setor de experiência trabalhos na saúde	Tempo Outros de entrevista trabalho no CSE	Tempo Tempo de na função atual	Função contratada	
1	masc	31a		não tem	mínima, em	3a 6m	3a 6m	3a 6m	vigia	
porteiro	prefeitura		40 horas		das 7:00 serviço	geral	não	55min		municipal
2	fem	29a		enfermagem	em serviço	5a	3a	3a	auxiliar	
auxiliar de	prefeitura		30 horas		das 14:00	farmácia	não	37min		

								administrativo
farmacêutico	municipal		semanais	às 20:00h				
3	masc	43a	médico	curso de	17a	7a	7a	médico clínico
médico	SES +	40 horas		das 7:00	clínica	sim - plantões em		37min
			clínico	graduação				
clínicoprefeitura			semanais	às 16:00h	médica	hospital		
4	masc	36a	médico	curso de	13a	2a	2a	médico
médico	prefeitura		20 horas	das 11:00	pronto	sim - consultório		38min
			especialista	graduação				plantonista
plantonistamunicipal			semanais	às 15:00h	atendimento	e hospital		
5	fem	56a	técnica	curso de	15a	14a	12a	auxiliar de
auxiliar de	FMRP-USP		40 horas	das 7:00	dermatologia	não	33min	
			enfermagem	hanseníase				enfermagem
enfermagem			semanais	às 16:00h				
				em Bauru				
6	fem	39a	auxiliar	em serviço	15a	15a	10a	auxiliar de
auxiliar de	FMRP-USP		40 horas	das 7:00	clínica	Liga de diabetes		50min
			enfermagem					enfermagem
enfermagem			semanais	às 16:00h	médica			
7	fem	48a	auxiliar	em serviço	11a	11a	4a	auxiliar de
auxiliar de	FMRP-USP		40 horas	das 7:00	clínica	Liga de	65min	
			enfermagem					enfermagem
enfermagem			semanais	às 16:00h	médica	hipertensão		
8	fem	34a	auxiliar	em serviço	5a	3a	3a	auxiliar de
auxiliar de	prefeitura		40 horas	das 7:00	pronto	não	60min	
			enfermagem					enfermagem
enfermagem	municipal		semanais	às 13:00h	atendimento			
9	fem	44a	auxiliar	em serviço	19a	3a	3a	auxiliar de
auxiliar de	prefeitura		40 horas	das 7:00	pronto	não	65min	
			enfermagem					enfermagem
enfermagem	municipal		semanais	às 13:00h	atendimento			

7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALESSI, N.P.; FORSTER, A.C. Modelo de assistência à saúde para o DSE. Ribeirão Preto, agosto/1994. 22p. /mimeografado/.

ALMEIDA, M.C.P. **O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva**: rede básica de saúde em Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 1991. 297 p. Tese (Livre-Docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

_____ Projeto integrado de pesquisa. O trabalho de enfermagem na organização das práticas de saúde. Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, 1994. 46 p. /mimeografado/

BAGGIO, M.A.; BAREMBLITT, G. A clínica, como ela é. In: BAREMBLITT, G.F. et al. **Saúde loucura 5** - A clínica como ela é. São Paulo, Hucitec, 1997. p. 31-41.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa, Edições 70, 1995.

BAREMBLITT, G.F. **Compêndio de análise institucional e outras correntes**: teoria e prática. 3.ed. Rio de Janeiro, Rosa dos Tempos, 1996. Cap. 3, p. 41-57.

_____ A clínica como ela é. Dez pontos para uma apresentação. In: BAREMBLITT, G.F. et al. **Saúde loucura 5** - A clínica como ela é. São Paulo, Hucitec, 1997. p. 5-10.

BRITO, F.F.; FORSTER, A.C.; MARCELLINO, I.V.; SIMÕES, B.J.G. Pronto atendimento de adultos em serviço de saúde universitário - um estudo de avaliação. **Rev. Adm. Pública**, n. 3, 1998. /no prelo/

BUENO, W.S.; MERHY, E.E. Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes? /Conferência Nacional de Saúde On-Line, uma proposta em construção. http://www.datasus.gov.br/cns/temas/NOB96/NOB96crit.htm/ 06/04/98./

CACCIA BAVA, M.C.G.G. et al. Análise da assistência básica em clínica médica nas ações de vigilância à saúde no Distrito de Saúde Escola de Ribeirão Preto. In: CONGRESSO DE EPIDEMIOLOGIA, Salvador, 1995. **Programas e Resumos**. Salvador, Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 1995. p.289.

CALVINO, I. **Seis propostas para o próximo milênio**. Trad. Ivo Barroso. São Paulo, Companhia das Letras, 1991.

CAMPOS, G.W.S. Recursos humanos na saúde: fator de produção e sujeitos sociais no processo de reforma sanitária no Brasil. In: CAMPOS,

G.W.S. et al. (org). **Planejamento sem normas**. 2.ed. São Paulo, Hucitec, 1989. Cap.3, p. 45-51.

_____ Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L.C.O. (org). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo, Hucitec, 1994. Cap.2, p. 29-87.

_____ Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (orgs). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo, Hucitec/Lugar Editorial, 1997. Parte 3, p. 229-266.

CAPRA, F. **O tao da física**: um paralelo entre a física moderna e o misticismo oriental. Trad. José Fernandes Dias. São Paulo, Cultrix, 1996.

CARAPINHEIRO, G. **Saberes e poderes no hospital**: uma sociologia dos serviços hospitalares. Porto; Portugal, Afrontamento, 1993.

CASTRO, L.A.; MATUMOTO, S. Caracterização da demanda do pronto atendimento do Centro de Saúde Escola de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 1994. /mimeografado/.

FEKETE, M.C. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. OPAS. **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas de saúde do distrito sanitário** - Projeto GERUS. Brasília, 1995. p.177-184.

FERREIRA, A.B.H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, s.d.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). /http://www.datasus.gov.br/cns/inovador/betim.htm; 05/05/98./

GASQUES, J. **Diaconia do acolhimento**: desafio à liturgia e à pastoral na cidade. São Paulo, Paulus, 1996.

HELLER, A. **O cotidiano e a história**. Trad. de Carlos Nelson Coutinho. 4.ed. São Paulo, Paz e Terra, 1992.

L'ABBATE, S. Comunicação e educação: uma prática de saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (orgs). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo, Hucitec/Lugar Editorial, 1997. Parte 3, p. 267-292.

LEITÃO, L.R.G. Não basta apenas ouvir, é preciso escutar. CEBES. **Saúde em Debate,** n. 47, p. 46-49, 1995.

MATUS, C. **Política, planejamento & governo**. Brasília, IPEA, 1993. Tomo 1

MENDES, E.V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, E.V. (org). **Distrito sanitário**: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 2.ed. São Paulo, Hucitec, 1994. Cap.1, p. 19-91.

MENDES GONÇALVES, R.B. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. **Cadernos CEFOR**. São Paulo, Prefeitura Municipal de São Paulo, 1992.

_____ **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo, Hucitec/Abrasco, l994.

_____ Seres humanos e práticas de saúde: comentários sobre “Razão e Planejamento”. In: GALLO, E. (org). **Razão e planejamento**: reflexões sobre política, estratégia e liberdade. São Paulo, Hucitec-Abrasco, 1995.

MERHY, E.E. A luta na saúde pela defesa da vida e algumas questões sobre o seu sujeito formulador: contribuições para o planejamento e gestão de serviços. **Cadernos CEFOR**. São Paulo, Prefeitura Municipal de São Paulo, 1992.

_____ Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L.C.O. (org) **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo, Hucitec, 1994. Cap.3, p. 117-160.

_____ Agir em saúde: micropolítica do trabalho vivo. Campinas, 1996. 66 p. /mimeografado/

_____ O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: FLEURY, S. (org). **Saúde e democracia**: a luta do CEBES. São Paulo, Lemos Editorial, 1997. p. 125-141.

_____ Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (orgs). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo, Hucitec/Lugar Editorial, 1997. Parte 1, p. 71-112.

MERHY, E.E.; QUEIROZ, M.S. Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.9, n.2, p. 177-184, 1993.

MERHY, E.E.; CECÍLIO, L.C.O.; NOGUEIRA FILHO, R.C. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. CEBES. **Saúde em Debate,** n 33, p. 83-89, 1991.

MERHY, E.E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde. A informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (orgs). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo, Hucitec/Lugar Editorial, 1997. Parte 2, p. 113-150.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 3.ed. São Paulo, Hucitec, 1994.

_____(org.) **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 3. ed. Petrópolis, Vozes, 1994.

MIRANDA, C.F.; MIRANDA, M.L. **Construindo a relação de ajuda**. 10.ed. Belo Horizonte, Crescer, 1996.

NASCENTES, A. **Dicionário de sinônimos**. 3.ed. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1981.

NOGUEIRA, R.P. **Perspectivas da qualidade em saúde**. Rio de Janeiro, Qualitymark, 1994.

PAIM, J.S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M.Z. **Epidemiologia e saúde**. 4.ed. Rio de Janeiro, Medsi, 1993. p. 455-466.

PELBART, P.P. **A nau do tempo-rei**: 7 ensaios sobre o tempo da loucura. Rio de Janeiro, Imago, 1993.

PICHON-RIVIÈRE, E. **Teoria do vínculo**. 5.ed. São Paulo, Martins Fontes, 1995.

PILARES, N.C. **Atendimento ao cliente**: um recurso esquecido. São Paulo, Nobel, 1991.

PITTA, A.M.F. et al. Determinantes da qualidade de serviços de saúde mental em municípios brasileiros - Estudo da satisfação com os resultados das atividades desenvolvidas por pacientes, familiares e

trabalhadores dos serviços. **J Bras. Psiquiatr.**, v.44, n.9, p. 441-452, 1995.

SCHRAIBER, L.B.; MENDES GONÇALVES, R.B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; MENDES GONÇALVES, R.B. **Saúde do adulto**: programas e ações na unidade básica. São Paulo, Hucitec, 1996. Cap.1, p. 29-47.

SILVA, E.M.; LIMA, R.A.G.; MISHIMA, S.M. A arte de curar e a arte de cuidar: a medicalização do hospital e a institucionalização da enfermagem. **Rev. Bras. Enfermagem**, v.46, n.3/4, p.301-08, 1993.

TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica de programação**: o caso da saúde. Trad. Angela Maria Tijiwa. São Paulo, Hucitec-Abrasco, 1995.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo, Atlas, 1994.

UNGLERT, C.V.S. **Contribuição para o estudo da localização de serviços de saúde**: uma abordagem de geografia em saúde pública. São Paulo, 1986. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

_____ O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.24, n.6, p. 445-452, 1990.

UNGLERT, C.V.S.; ROSENBURG, C.P.; JUNQUEIRA, C.B. Acesso aos serviços de saúde - Uma abordagem de geografia em Saúde Pública. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.21, n.5, p. 439-446, 1987.

SUMMARY

The objective of this study is the welcoming reception of the user at a basic health unit of the public health service of Ribeirão Preto. It consists of a process, which occurs in any of the stages of the work process, being a responsibility of the workers. Its effectiveness implies in the establishment of human relations, in the use of technologies available for problems solution, having a close relation to the development of the users autonomy in relation to their lives and the assistencial pattern conformation. The aims were to identify and analyse the aspects which took part of it and identify and analyse how the workers did it and how they understand its components in the work process. As research technique, the participative observation was used, taking the flow chart analyser of the attention pattern as its organizer, following the adult users of the clinician and emergency and semi-structured interviews with the workers which participated in these appointments. As components of the reception we identified: the way the assistance is produced, the self-management of the workers, the mutual representation between those envolved, the objectiveness of the problem/need, the escape lines from the structure, plasticity in the use of technologies, the preparation for the relation, the communication, the listening, the space-time destined to it and the responsibilization from the work. It was noticed that the worker does’nt realize himself as producer of the welcoming reception, doing the assistance as a technical procedure external to him.