**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

**POSSIBILIDADES E LIMITES DE RECONSTRUIR A RECEPÇÃO DAS
UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE – (RE) CONHECENDO O
TRABALHADOR**

ELISETE TROVÃO DE SÁ

Ribeirão Preto

2006

ELISETE TROVÃO DE SÁ

**POSSIBILIDADES E LIMITES DE RECONSTRUIR A RECEPÇÃO
DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE – (RE) CONHECENDO O
TRABALHADOR**

**Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de
São Paulo para obtenção do título de Mestre em
Enfermagem.**

**Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública
Linha de Pesquisa Práticas, Saberes e Políticas de
Saúde.**

Orientadora: Profa. Dra. Maria José Bistafa Pereira.

Ribeirão Preto

2006

**AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL E PARCIAL DESTES
TRABALHOS, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO,
PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.**

FICHA CATALOGRÁFICA

Sá, Elisete Trovão

Possibilidades e limites de reconstruir a recepção das Unidades Básicas de Saúde – (re) conhecendo o trabalhador. Ribeirão Preto, 2006.

126p. : il. ; 30cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientadora: Pereira, Maria José Bistafa.

1. Processo de trabalho. 2. Acolhimento. 3. Trabalhadores

Elisete Trovão de Sá

Possibilidades e limites de reconstruir a recepção das Unidades Básicas de Saúde – (re) conhecendo o trabalhador

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.
Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública

Aprovado em:

Banca Examinadora

Profa. Dra. Maria José Bistafa Pereira

Instituição: EERP/USP

Assinatura: _____

Profa. Dra. Ione Carvalho Pinto

Instituição: EERP/USP

Assinatura: _____

Profa. Dra. Cinira Magali Fortuna

Instituição: UNAERP

Assinatura: _____

Dedicatória

*Dedico este trabalho aos meus filhos, **Felipe** e **Paula** e ao meu grande amor e incansável companheiro **Amilton**, cuja compreensão e afeto ultrapassa o que considero “limite do humano”. Penso que o trecho do poema de Fernando Pessoa nos representa com propriedade.*

....Nos damos tão bem um com outro, que nunca pensamos um no outro, vivemos num acordo mútuo, como a mão direita e a esquerda...

AGRADECIMENTOS

Primeiro à Deus, o grande arquiteto do universo, aos meus pais e à vida que tem me dado tanto.

À professora Maria José Bistafa Pereira – Zezé, você sem dúvida foi a peça fundamental para o resultado desse trabalho. Fico emocionada ao lembrar com que generosidade você e sua família me receberam em todos os lugares onde trabalhamos, inclusive na sua casa nos fins de semana.

Acho que você foi a musa inspiradora, do trecho da música cantada por Renato Russo, que diz: ...É PRECISO AMAR, AS PESSOAS COMO SE NÃO HOUVESSE AMANHÃ..

Você é uma pessoa muito especial e foi uma honra ser sua orientanda.

Eu amo você!

À Administração Municipal representada pelos prefeitos Sr. Dr. Jayme Gimenez, gestão 2001-2004 e Sr Dr. Adauto Scardoelli, gestão 2005-2008, que permitiram o início deste estudo e a finalização do mesmo, respectivamente.

Aos Secretários Municipais de Saúde, das gestões acima mencionadas, Dr Raimundo Maia Gomes e José Francisco Dumont.

Aos trabalhadores, Ana Maria, Ana Costa, Aninha, Marta, Terezinha, Helen e Elisângela, pela disponibilidade de tempo, pela atenção e carinho que me ofertaram, por ocasião da coleta de dados.

Ao Sr. Antonio Pinto do Nascimento Neto, Diretor da ETE Sylvio de Mattos Carvalho, pela compreensão, pelas conversas e pelo respeito que me ajudaram caminhar até aqui.

Aos funcionários, colegas professores e coordenadores da ETE Sylvio de Mattos Carvalho.

À Sra Creuza Aparecida Meirelles, coordenadora da área de enfermagem da UNLARA – Araraquara, pela compreensão das ausências e do pouco envolvimento com as atividades extracurriculares no último semestre, por conta deste estudo.

Ao Dr. Walter Manso Figueiredo, coordenador da disciplina Programa Saúde e Sociedade no curso de Medicina da UNLARA – Araraquara, e aos meus colegas tutores, Alexandre, João Roberto e Ângela pelo apoio e solicitude nos momentos em que não pude estar presente nas nossas reuniões e aulas.

Aos funcionários e colegas professores da UNLARA.

A você Felipe, meu filho, que tantas vezes me socorreu com a informática.

A você Paula, minha filha, que me auxiliou com as traduções.

A você Elena, minha auxiliar, que bom tê-la trabalhando em casa!

Finalmente, aos tantos outros que direta ou indiretamente colaboraram para a elaboração deste trabalho e a todas as pessoas que me construíram e me (re)construirão ao longo da jornada da vida.

A todos meu muito obrigada.

RESUMO

SÁ, E.T. **Possibilidades e limites de reconstruir a recepção das Unidades Básicas de Saúde – (re) conhecendo o trabalhador.** Ribeirão Preto, 2006. 126p. (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2006

Este estudo analisa a recepção de uma unidade pública de saúde, do primeiro nível de atenção do Sistema de Saúde de Matão, uma cidade do interior de São Paulo, desde sua área física até à conformação de seu processo de trabalho. O estudo tem como objetivos específicos caracterizar as ações desenvolvidas na recepção; e analisar o trabalho dos agentes que operam na recepção deste posto de saúde buscando compreender os elementos constitutivos do processo de trabalho (objeto, instrumentos, produto e finalidade) na ótica do trabalhador. Nos apoiamos no referencial teórico do processo de trabalho, especificamente, com enfoque na saúde, para proceder a análise dos dados. Trata-se de um estudo de natureza descritiva e de abordagem qualitativa, onde os trabalhadores da recepção do serviço se constituíram em sujeitos da pesquisa, importantes atores na conformação das práticas de saúde. Para a coleta de dados, utilizamos a observação livre e a entrevista semi-estruturada que foram aplicadas em sete trabalhadores que efetivamente trabalhavam na recepção. Os dados foram organizados conforme a ferramenta metodológica do Discurso do Sujeito Coletivo, onde buscamos as Expressões Chaves dos depoimentos individuais com as idéias centrais resgatando a fala social do trabalhador, construindo os DSCs. A partir dos conteúdos, elegemos três unidades temáticas: Objeto de Trabalho, Instrumento de Trabalho e Finalidade do Trabalho, dando origem a sub-temas analisados particularmente. Durante a conformação desta investigação, em vários momentos, tangenciamos a questão do acolhimento e buscamos articula-lo sem perder o foco principal do processo de trabalho em saúde. Foi possível, durante este trajeto, identificar ações parcelares, mecânicas, alienantes que colocam o trabalhador, como um mero instrumento cumpridor de normas e protocolos, utilizando as tecnologias duras, resultado da produção de outro trabalhador, considerado segundo os conceitos de Merhy, como trabalho morto e as tecnologias leve-duras. O trabalho dentro desta unidade é tomado como um processo dinâmico, carregado de aspectos relacionais implícitos e explícitos e executado como parte da consulta médica. Identificamos neste estudo, a existência do trabalho que aprisiona, o trabalho parcelar, a participação cooptada e fragmentada e os trabalhadores que revelaram possibilidades de implantação de processos que escapem da lógica massificada de pessoas e coisas, trabalhadores que podem se organizar em coletivos.

Palavras Chaves: processo de trabalho, acolhimento, trabalhadores.

ABSTRACT

SÁ, E. T. **The possibilities and limits about rebuilding the receptions of Health Basic Units – Recognizing the employee.** Ribeirão Preto, 2006. 126p (Master)- School of Nursing of Ribeirão Preto. University of São Paulo, 2006.

The research analyzes the reception of a health public unit, on its first level of attention of the health system in Matão, State of São Paulo, since the physical area until the work process in the unit. The specific aims of the study is to characterize the activities done in the reception and to dissect the labor of the agents that work in each health unit, trying to understand the constituent elements of the work process (subject, instruments, product and purpose) through the worker perspective. The theoretical referee used was the work process, focusing on health to analyze the data. The survey is descriptive and has a qualitative treatment. The workers of the reception were the subjects of the research, important actors on the health practice. To collect the data the free observation was used as well as a semi-structured interview, done with seven people that work in the reception. The data were organized as methodological tools of the Collective Subject Speech, where key expressions from the interviews were searched with the central ideas bringing the social talk of the employee. From the content of the CSS three thematic were chosen: Object of the work, Instrument of the work and purpose of the work, giving sub themes analyzed privately.

It was able to identify some mechanical, alienated actions that put the work as an instrument to obey rules and protocols, using hard technology, result of some worker's production. Merhy considers it as dead work and hard-light technology. The work in each unit is a dynamic process loaded with implicit and explicit related aspects, done as a component of the medical appointment. It is possible to identify in this study the existence of a work that ties the agent up, a fragmented work, but the research reveals some employees that show the possibility to introduce processes out of the logical mass of people and things, workers that may organize and work in groups.

Key words: Work process, shelter place, employees.

RESUMEN

SÁ, E. T. **Las posibilidades y limites de recomponer las recepciones de las unidades básicas de salud- (Re) conociendo el trabajador.** Ribeirão Preto, 2006. 126p (Master) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, 2006.

Ese trabajo hace un análisis de la recepción de una unidad pública de salud, del primer nivel de atención del Sistema Público de Salud de Matão, una ciudad del interior de São Paulo, desde su área física hasta el proceso de trabajo. El estudio tiene como objetivos específicos caracterizar las acciones desarrolladas en una recepción y analizar la ocupación de los agentes de recepción de esse sitio de salud, buscando comprender los elementos del proceso de trabajo (objeto, instrumentos, producto y finalidad) por la óptica del empleado. Fue usado un referencial teórico del método de ocupación, con enfoque en la salud para hacer el análisis de datos. Ese es un estudio de naturaleza descriptiva y de abordaje calitativa, donde los trabajadores de la recepción de servicio fueran los sujetos de la investigación, importantes actores en las prácticas de salud. Para coleccionar los datos fue utilizada la observación libre y una entrevista semi-estructurada aplicadas a siete trabajadores de la recepción. Los datos fueran organizados conforme la herramienta metodológica de Discurso del Sujeto Colectivo, expresiones llaves y depoimentos individuales con las ideas centrales resgataron la fala social del trabajador. Fueran elegidas tres unidades temáticas: Objeto de trabajo, instrumento de trabajo y finalidad de trabajo, originando subtemas analizados en particular. Fue posible identificar en ese trayecto acciones mecánicas, parcelares, alienantes que ponen el trabajador como una herramienta cumplidora de normas y protocolos, usando tecnología duras, resultado de producción de otro trabajador. Segundo Merhy, ese es un trabajo muerto y las tecnologías leves son duras. El trabajo en esa unidad fue tomado como un proceso dinámico lleno de aspectos relacionales implícitos y explícitos, ejecutado como parte de la consulta médica. En ese estudio se puede percibir un trabajo que aprisiona, un trabajo parcelar, fragmentado, pero hay trabajadores que descubrieron posibilidades de implantar procesos que están fuera de esa lógica masificada de personas y cosas, trabajadores que pueden se organizar y trabajar en colectivos.

Palavras llaves: proceso de trabajo, acogida, trabajadores

LISTA DE SIGLAS

SI-PNI	Sistema de informação do Programa Nacional de Imunização
CAPS	Centro de Atenção Psico Social
CID	Classificação Internacional de Doenças
DIR	Direção Regional de Saúde
GPABA	Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos
SISVAN	Sistema de Informação de Vigilância Alimentar e Nutricional
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
CONASP	Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social
ERSAs	Escritórios Regionais de Saúde
SUDS	Sistema Unificado Descentralizado de Saúde
PNHAH	Programa Nacional de Humanização e Atenção Hospitalar.
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social.
CS II	Centro de Saúde nível II
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO.....	16
2 INTRODUÇÃO.....	22
3 OBJETIVOS.....	34
3.1 Objetivo Geral	34
3.2 Objetivos Específicos.....	34
4 O QUADRO TEÓRICO METODOLÓGICO.....	36
4.1 Entendendo o processo de trabalho e sua intencionalidade	36
4.2 Resgate do entendimento do processo de trabalho em saúde.....	40
4.3 Pensando e buscando construir a mudança	46
5 O PERCURSO METODOLOGICO	49
5.1 Tipo de estudo	49
5.2 Caracterização do Campo.....	50
5.2.1 O Município de Matão	50
5.2.2 Aspectos demográficos	50
5.2.3 Aspectos econômicos e sociais	51
5.2.4 Indicadores de saúde	51
5.2.5 A estrutura e gestão da rede municipal de saúde	52
5.2.5.1 Aspectos da gestão	52
5.2.5.2 A estrutura da rede municipal.....	53
5.2.5.3 As ações de vigilância epidemiológica.....	58
5.2.5.4 Os serviços privados.....	58
5.3 O local do estudo.....	58
5.3.1 Critérios de inclusão	59
5.3.2 Critérios de exclusão	59
5.4 População de estudo.....	59
5.5 Instrumentos para coleta de dados	61
5.5.1 Observação livre	62
5.5.2 Entrevista semi-estruturada	63
5.5.3 Preparando para coleta de dados	65
5.6 Ordenação e organização dos dados.....	65
5.7 Aspectos éticos.....	68

6 ANÁLISE DOS DADOS	71
6.1 Quadro orientador para análise de dados	71
6.2 (Re) conhecimento da Unidade	72
6.2.1 Instalações físicas da UBS e da Recepção	72
6.2.2 Os atores da recepção	75
6.2.3 Processando o trabalho na recepção	76
6.3 A chegada do usuário na unidade e o compromisso do trabalhador	77
6.4 O objeto de trabalho – os usuários.../ os procedimentos...?	85
6.4.1 Os Usuários /Os Procedimentos	85
6.4.2 O homem/usuário. onde encontrá-lo?	87
6.4.3 O usuário cuidado através do ambiente	89
6.5 O instrumentos de trabalho	90
6.5.1 Rotinas estabelecidas.	90
6.5.2 Recursos Materiais.....	94
6.5.3. Relações interpessoais	95
6.6 Produto/Finalidades do trabalho.	99
6.6.1 Assistencialismo	99
6.6.2 Fazer Procedimentos	100
6.6.3 Não sei	101
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	104
REFERÊNCIAS	110
APÊNDICES	115
ANEXOS	124

APRESENTAÇÃO

1 APRESENTAÇÃO

Formada em 1979, pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, habilitada em Ginecologia e Obstetrícia, comecei a trabalhar um mês após formada na Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas. No período de quatro anos, vivi experiências ímpares, no atendimento a todo tipo de necessidades física, assistencial e emocional que se pode esperar trabalhando num pronto socorro público de referência. Nesta época minha preocupação era aplicar os conceitos aprendidos na teoria, fazer cumprir as regras da instituição, executar tarefas de gerenciamento funcional e material, para garantir o atendimento das necessidades dos pacientes. Queria sempre, aprender a prática na maior dimensão possível, para aplicar em qualquer local onde estivesse trabalhando.

Mudei para Araraquara, uma nova experiência, desta vez num centro cirúrgico e obstétrico de um Hospital particular, e sem dúvida, o aprendizado adquirido anteriormente, me possibilitou atuar com menos medo, nos desafios que estavam postos neste setor. Aqui também fui acumulando, um saber fazer com especificidades de um processo de trabalho de um serviço hospitalar, sendo o hospital definido por da seguinte forma:

Uma instituição caracterizada como o lugar do exercício de um conjunto de práticas em saúde, configurando uma tecnologia do processo de trabalho que na sua singularidade exige do profissional de saúde respostas individuais e coletivas ao lidar diariamente com a dor, doença e a morte (PITTA apud BRANDÃO JUNIOR, 2000).

Dentro desta instituição, o centro cirúrgico é um setor específico caracterizado como local onde se realizam intervenções cirúrgicas e onde se centralizam recursos especiais de equipamentos e materiais, que devem ser utilizados com segurança, pela equipe cirúrgica e

peçoal de enfermagem. Devendo a equipe lidar com vários aspectos pertinentes à competência técnica, ao relacionamento e aos recursos materiais, além da interação com o paciente e sua família, cujo medo do desconhecido e a ansiedade são fatores agravantes que contribuem para a complexidade do ambiente.

O CC é uma das unidades mais complexas do hospital, não só por sua especificidade, mas também por ser um local fechado que expõe o paciente e a equipe de saúde (médicos e a enfermagem) a situações estressantes (BRUNNER/SUDDARTH, 2000, p.264).

Mais uma vez, a oportunidade de mudança se apresenta. Ingressei como enfermeira na Prefeitura Municipal de Matão, em 1986, em pleno início dos movimentos de mudança, tanto no nível nacional como local. O coordenador da saúde de Matão tinha o compromisso de (re) estruturar a rede municipal de saúde, sendo este setor vinculado a Diretoria da Promoção Social de Matão. A estrutura física era composta de quatro unidades municipais de atendimento, em casas adaptadas, de forma que deixava muito a desejar aos padrões mínimos exigidos. A equipe de trabalhadores era composta por um auxiliar de enfermagem, um trabalhador responsável pelo serviço de limpeza e um médico em período parcial. Enfim uma estrutura física e de pessoal bastante carente. A característica de atendimento era de Pronto Atendimento, do tipo queixa conduta. O serviço de pronto socorro funcionava na Santa Casa de Misericórdia, subsidiado pelo município. O compromisso era implementar mudanças, tanto na estrutura organizacional quanto na rede física e na “construção de novos modelos de atenção”.

Era algo totalmente novo para mim. As dificuldades deste rumo profissional me levaram à busca de leituras, encontros e experiências de outros profissionais já mais experientes na saúde pública, principalmente porque fiz parte da equipe de trabalho, responsável pelo planejamento das mudanças, no nível central.

A ampliação dos horizontes políticos e sociais foi inegável, os desafios pareciam gigantescos e ao mesmo tempo estimulantes. Tentava entender os movimentos das entidades

públicas e privadas naquele momento e não conseguia vislumbrar, na época, como poderia sobreviver o público e o privado em harmonia ou complementação um do outro. Não conseguia descobrir, de que forma captar um trabalhador de qualidade, para a rede pública se este mesmo recurso humano, também servia a rede privada, com propósitos muito claros de rentabilidade financeira. Como poderia ter certeza que este recurso humano não desmereceria o serviço público em detrimento do privado?

Fui, como diz Campos e Merhy, um tecnocrata, agente da reforma sanitária, um dos agentes produzidos pela massificação de especialistas em saúde pública, com consciência social e ética, sim, mas muitas vezes servindo a Deus e tentando de todas as maneiras não privilegiar o diabo e vivendo os conflitos hamletianos "do Ser ou não Ser"(CAMPOS apud CECÍLIO, 1994,p.37).

Quis o teatro da vida, que eu saísse de cena, durante um tempo, retornando há alguns anos. Este distanciamento me permitiu amadurecimento e um olhar mais crítico e sensível aos sujeitos reais, que criam e utilizam o sistema de saúde: os usuários, os governos e os profissionais da saúde. E apoiada em Campos, compartilho da idéia de que os atores, usuários, profissionais de saúde e pessoas que compõem os governos não são estáticos, podendo promover e sofrer mudanças e, neste processo serem (re) construídos (CAMPOS apud Cecílio,1994).

As mudanças e o meu distanciamento temporário fizeram com que eu procurasse atualizar me neste momento profissional. Houve uma oportunidade ímpar de freqüentar a especialização em saúde da família oferecido pela Universidade de São Paulo, através da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, esta especialização colocou-me frente a uma nova realidade, um atendimento diferenciado e forneceu subsídios teóricos para reconhecer a complexidade da organização dos serviços de saúde nos seus aspectos técnicos, políticos e

éticos, despertando-me vontade de aprofundar em temas que sempre me incomodaram durante o trajeto profissional. Ingressei então no mestrado.

O grande desafio que vejo hoje, não é mais escolher a quem servir, mas trabalhar na perspectiva de contribuir na (re)construção de sujeitos (usuários/trabalhadores), para (re)construírem um outro modo de produzir as ações de saúde.

Nesta minha vivência, uma das questões que sempre me incomodava, era a forma dos trabalhadores de saúde se relacionarem com os usuários das unidades de saúde, particularmente as municipais. Relação esta, marcada por um distanciamento, por um monólogo, muitas vezes sem dirigir o olhar para aquele que está expondo sua necessidade neste contato. Também incomodava, identificar que na maioria das vezes, o que define a relação, são os protocolos, as normas e rotinas pré-estabelecidas, mesmo que estas, não atendam a singularidade daquele momento do usuário.

A impressão que me passava e ainda passa, com raras exceções, é que os usuários são tomados como meros acessórios dentro de uma área física: são pessoas que invadem o espaço dos profissionais e neste sentido percebo, muitas vezes, que o trabalhador revela uma necessidade de esvaziar este espaço, o mais rápido possível, com a intenção de demonstrar eficiência e rapidez no seu trabalho, ou mesmo “se livrar” daqueles que podem trazer problemas. Em outros momentos “mais calmos”, o usuário vem incomodar o sossego e tranquilidade da unidade.

Percebia, também, que em algumas unidades ou em alguns horários, a pré consulta é ausente ou se resume à verificação da pressão arterial, não se criando nenhum vínculo ou cumplicidade com o usuário.

Muitas vezes, quando o trabalhador é indagado sobre a ausência de pré consulta, as respostas são: “Não dá tempo!”, “Falta pessoal”, “O doutor chega e quer todos os prontuários na mesa do consultório”.

Esta última frase, também pode ser demonstrativo de que a necessidade é esvaziar o consultório, o mais rápido possível, por parte do profissional médico.

Por um outro lado, já ouvi profissionais fazerem a seguinte afirmação: - “*Não ganho por produção, então vou fazendo conforme dá*”, declaração que demonstra o envolvimento com um dado projeto de trabalho, afirmação que me permitia, mesmo sem muito subsidio teórico, acreditar que o compromisso não era com os usuários do serviço.

Um aspecto que chamava atenção era o profissional da saúde, geralmente o auxiliar de enfermagem, permanecer na recepção agendando consultas ou separando prontuários. Até que ponto a organização deste trabalho inviabiliza ou não o envolvimento deste trabalhador com outras práticas que deveriam ser executadas? Pergunto se este trabalhador já se questionou com que finalidade faz esta ação?

Outros aspectos poderiam estar comprometendo a forma de trabalhar e agir. Gostaria de destacar, o fato dos trabalhadores serem concursados. Trabalhei em outros períodos na Prefeitura Municipal de Matão e percebia e percebo uma diferença no modo de agir dos trabalhadores que eram contratados por indicação e os contratados mediante concurso público. Tenho a nítida impressão de uma “acomodação” entre a maioria dos trabalhadores concursados, principalmente após o período probatório. Há também, freqüentemente, demonstrações de insatisfação por não haver um plano de carreira, cargos e salários. Enfim, essa trajetória no mundo do trabalho me possibilitou aprender muito, levantar indagações, que não foram poucas, impulsionando-me a buscar novos recursos teóricos.

Nesse sentido, priorizei buscar subsídios, para compreender o significado atribuído às ações desenvolvidas, pelos profissionais na recepção, ou seja, passei a perguntar, qual seria a compreensão que esses trabalhadores têm sobre o que fazem, para que, por que e como fazem?

INTRODUÇÃO

2 INTRODUÇÃO

A aproximação com as leituras em busca de teorias que pudessem dar suporte as minhas indagações, revelou autores que explicitam muito bem o circulo vicioso de alienação dos trabalhadores de saúde, como a feita por Campos,

Uma das principais diretrizes para a consolidação de uma autêntica. Reforma Sanitária objetivaria a progressiva desalienação dos trabalhadores de saúde (CAMPOS, apud CECÍLIO, L.C.O. (org) p. 42).

Este mesmo autor, ainda coloca que é perfeitamente possível reconhecer, atualmente, nos serviços de saúde, tanto públicos quanto privados, uma separação evidente, um distanciamento entre os trabalhadores e os usuários, como também destes com a comunidade e, ainda, entre os trabalhadores e seus meios de trabalho, o que permite concluir que nos serviços de saúde, seus agentes operam numa lógica rotineira, mecanicista e, portanto, com distanciamento de uma prática com vínculo, autonomia e responsabilização.

É importante considerar, que esta prática na saúde não pode ser considerada como atitude arbitrária e de responsabilidade única dos trabalhadores de saúde, mas como o resultado de mudanças no setor saúde, que privilegiaram modelos assistenciais que reforçam a hegemonia do modelo clínico, médico centrado, baseado na queixa conduta.

Para a explicitação desta percepção, necessito resgatar um pouco da história das mudanças do papel da Rede Básica de Saúde no Brasil. Os primeiros Centros de Saúde, no Estado de São Paulo foram implantados pelo médico sanitarista Geraldo Paula Souza, concebidos com base no modelo sanitário americano da década de 1910, constituindo-se em peças fundamentais na modernização da saúde pública. Neste período, não existia na saúde pública um modelo acabado, havendo disputas entre os sanitaristas, que defendiam o modelo

campanhista/policial. Fundamentados em campanhas em massa, no combate de endemias e epidemias, os que defendiam a corrente campanhista/vertical permanente, ou seja, existência de serviços especializados de assistência para determinadas doenças, como tuberculose, hanseníase e doenças mentais e um terceiro grupo que defendia adoção de um modelo de rede local permanente, que se constituiria de uma rede de centros de saúde que estaria estruturada na educação sanitária de modo a promover e proteger a saúde individual e coletiva. Destas três correntes prevaleceu a campanhista, caracterizada por ações que privilegiavam o modelo econômico de desenvolvimento, o agro exportador, adotado pelo Brasil. (COSTA, 2001).

Na década de 1940, ocorre a expansão dos Centros de Saúde para outros estados, por meio de contrato com a Fundação Rockefeller, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) que se organizaram de forma pioneira articulando ações preventivas e curativas, porém restrita as endemias. A expansão da implantação destes centros, de forma generalizada foi permeada de avanços e retrocessos por oposições de ordem política.(LUZ, apud Costa, 2001).

A mudança do modelo econômico brasileiro de agro-exportador, para desenvolvimentista, a partir de 1930, promove a instalação de um processo de acumulação capitalista, com predomínio do capital industrial, alterando a forma de atuação do Estado, com a criação de caixas e institutos de aposentadorias conforme a categoria profissional.

Em 1960, o estado unifica os institutos, constituindo um sistema de medicina previdenciária, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que permitiu um acúmulo de capital privado no setor saúde, através de convênios e contratos com os médicos e hospitais existentes no país, financiando construção de hospitais e subsidiando a compra de equipamentos para a sua infra-estrutura, viabilizando assim um complexo-médico industrial (TEIXEIRA et al,1995).

A complexidade desta estrutura leva o estado a criar em 1978 o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAM.PS), separando-o do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Nesta época no Estado de São Paulo, acontecia uma mudança que foi concebida como o terceiro modelo tecnológico da Saúde Pública Paulista, segundo Mendes Gonçalves, 1994, que:

...se caracteriza centralmente, nos dez anos seguintes, pela introdução da assistência médica individual na rede de Centro de Saúde, subordinada à idéia de ação programática, na qual aquela aparece como meio de realização de objetivos definidos epidemiologicamente sobre o coletivo. Essa relação da assistência médica individual com um projeto de trabalho concebido sobre o coletivo já era familiar à Saúde Pública paulista a partir dos programas verticais de controle de doenças infecciosas, em que era assim estabelecidas (MENDES GONÇALVES, 1994, p.117).

Encontramos explicitado em Almeida (1997) que nos anos 70, a rigidez das ações programáticas da Secretaria do Estado da Saúde, que visavam atendimento a grupos específicos (gestantes, tuberculosos, hansenianos e crianças), dentro de uma proposta que incluía educação em saúde, controle de comunicantes e assistência integral, não permitiam adequação às realidades locais, se conformando como modelo de assistência que se esgota diante do não atendimento das necessidades geradas, dentro do contexto social daquele momento, havendo também, reivindicações de vários grupos, mulheres fora do ciclo gravídico puerperal e adultos fora das ações programáticas, para assistência médica individual.

Este modelo de programação, que tem como eixo norteador o saber epidemiológico, implantado mais precisamente em 1975-1976, entra em declínio em 1983, quando surge a proposta de Reorganização da Assistência Médica, através do plano do CONASP, que vai desembocar nas Ações Integradas de Saúde, que garante grandes repasses financeiros aos estados e município, instalando uma ampla rede básica de saúde, para funcionar como porta de entrada ao sistema, embora com as ações pautadas, de forma a privilegiar a assistência médica

individual, rigidez normativa e centralização. Em 1986, a Secretaria do Estado de Saúde se reorganiza, criando os ERSAs e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS, mantendo a predominância neste novo Modelo Assistencial das ações centralizadas na assistência médica individual e não em ações para o controle do processo saúde-doença na população. Em Almeida (1991), é possível confirmar esta forma de assistência, lendo o trecho do relatório final do 1º Encontro Estadual sobre Planejamento e Ação Programática em Saúde da Associação Paulista de Saúde Pública, realizado em junho de 1990 indicando que:

... de uma maneira geral o modelo assistencial concretamente realizado hoje é centrado na assistência médica individual à demanda espontânea, também chamada de (“pronto-atendimento”) com pequena oferta de ações programáticas...Nos serviços onde há presença simultânea de ações programáticas e não programáticas, no geral, não estão articuladas, mesmo quando executadas pelo mesmo profissional...os programas quando estruturados, o fazem a partir do interesse dos profissionais e da demanda gerada pelo atendimento não programático.(ALMEIDA, 1991, p.56)

Para o atendimento das pessoas, cuja necessidade não era prevista nos programas de saúde, não foi previsto qualquer ação programática ou atendimento clínico com uma organização tecnológica, que permitisse identificar e evoluir de forma precisa e detalhada este grupo de usuários.

Os registros eram feitos na pré consulta ou consulta e se reduzem à queixa do usuário, sendo feito nesta última, o exame físico, o diagnóstico, se for possível, e a conduta. O retorno deste usuário fica a critério médico ou de acordo com a necessidade de saúde do mesmo, caracterizando este modelo assistencial como “pronto atendimento”.

Reforçando que, não podemos fazer uma análise simplista, da prática do pronto atendimento, como responsabilidade tão somente do trabalhador de saúde, cito Almeida (1997) que nos alerta,

É preciso examinar qual o direcionamento político que o Estado e os dirigentes do setor público de saúde estão dando para organizar a assistência em saúde no país de forma geral e, em particular, na rede básica de saúde de cada município (ALMEIDA, 1997, p.76)

No tipo de modelo “pronto atendimento”, que pretendia atender todas as demandas evidenciadas, foram se conformando algumas práticas, que realçaram o parcelamento do trabalho em saúde e que deixam muito a desejar, em termos de saúde coletiva e humanização.

Fortuna (1999) mostra que o gestor ou equipe técnica que pensa, planeja, prevê e avalia, está distante de quem executa, os trabalhadores da linha de frente, fazendo com que, estes trabalhadores nem sempre tenham clareza dos diferentes projetos, ou seja, daquele que considera a saúde como direito ou daquele que vê a saúde como bem de mercado, porque o trabalho em saúde é todo desenvolvido em partes, que não se articulam para a tomada de decisões, que estarão sempre ligadas a um certo projeto tecno político.

Esta fragmentação se processa em diversos momentos, tendo em vista que, desde sua idealização, as decisões são tomadas fragmentadas e distantes, daqueles que irão operar no cotidiano das unidades de saúde e até daqueles que vão se utilizar dos serviços para atendimento de suas necessidades. As portas dos serviços de saúde se abrem para a população, o projeto idealizado não teve qualquer participação daqueles que irão trabalhar lá, quem planejou, geralmente não conhece a população que vai ser atendida, nem os profissionais, que são contratados por diferentes departamentos e de formas variadas, (concursos, cooperativas, processos seletivos, contratos com prazo determinado, por organizações não governamentais). Paradoxalmente, nesse cenário todo, predominando a fragmentação, está prescrito que os trabalhadores da unidade deverão trabalhar em equipe.

Esta forma de produzir as ações de saúde, gera na maioria dos trabalhadores, uma apatia burocrática, restringindo-se somente a cumprir atividades previstas dentro de funções de seu cargo, num plano com metas pré-estabelecidas, ou seja, permitindo-se ficar no circunscrito, apontando que as pessoas que ali trabalham, agem com indiferença e se prendem na mesmice cotidiana. Assim como é verificado no estudo de Camelo et al (2000) quando explicita, as razões pelas quais quer saber:

... como ocorre o acolhimento pelos trabalhadores que prestam serviços públicos de saúde à sua clientela, pois notamos que aqueles, muitas vezes se posicionam de forma distante, não demonstrando receptividade e interesse de modo que o cliente se sinta valorizado. Nos cuidados prestados aos clientes, existe maior preocupação na realização dos procedimentos técnicos. Esta postura da equipe de saúde se revela através de atitudes tais como: Aproximação ao cliente; Cumprimento; Individualização; Concentração no atendimento e Demonstração de envolvimento ou sentimento em relação aos problemas do cliente (p.32)

Contudo, é possível entender os serviços de saúde como um campo constituído por distintos projetos de atores sociais, em um movimento de permanente conflito, podendo potencializar a ação dos trabalhadores na direção de instituir novos processos, no sentido de romper com a insensibilidade ao sofrimento humano.

Acredito que os profissionais da saúde, também sofram com o descaso e com as condições de trabalho, tendo entre eles os que não conseguem apreender como esse quadro foi se conformando, outros que não querem, mesmo inconscientemente, se envolver com estas questões, e ainda os que levam esta situação para o lado individual e pessoal, gerando uma série de conflitos entre os profissionais, e entre estes e os usuários; não provocando mudanças positivas. Também temos, os que reconhecem que esse jeito de agir, precisa ser mudado e até tem mais claro que este cenário foi construído historicamente, no entanto, se constituem como um grupo não fortalecido politicamente, para imprimir mudanças mais significativas.

É esta conformação dos serviços de saúde, que me levam a defender que se faz necessário uma profunda revisão sobre o papel dos "recursos humanos". Na realidade, muito temos que estudar sobre o que se passa realmente com os trabalhadores de saúde.

É possível constatar, observando os trabalhadores de saúde da área pública, que muitos estão frustrados, descontentes, insatisfeitos e vem trabalhando pela sobrevivência e para garantir um certo nível de consumo. Conforme escrito por Campos, (1994)

... há uma marcada e especial alienação destes profissionais em relação ao seu objeto de trabalho (ligação débil com a doença ou saúde do outro, aos seus meios de trabalho (uma separação progressiva entre os que executam ações e os que dirigem as instituições) e também em referência à equipe de saúde (há trabalho em grupo mas não há identidade do trabalhador coletivo) (p.72)

O autor ainda comenta que os setores combativos do movimento sindical apresentam uma prescrição simplificada e unilateral, “*com justiça, clama por melhores salários planos de cargos mais equânimes e carreiras*”, no entanto expressam timidamente a luta por melhores condições de trabalho e não tem tratado do tema central do conflito e portanto: “*não questionam o modo de funcionamento dos serviços públicos, nem tampouco o da Clínica ou o da Saúde Pública*”. (CAMPOS apud CECÍLIO, L.C.O. (org) p. 42)¹

Assim como Campos (1994) concordo que podemos promover mudanças, partindo de duas dimensões: a subjetiva que é o DESEJO e a do domínio de uma certa ciência que é a RAZÃO, sem esquecer que as outras atitudes gerenciais e estratégicas como melhores salários, condições de trabalho e carreira também têm seu valor, não sendo inúteis quando se propõe a investir para reverter o desinteresse, o agir mecânico e a fuga para atividades burocráticas.

Em Campos (2000), quando descreve o Método da Roda, isto é, um método para análise e co-gestão de coletivos, demonstra uma preocupação com a formação integral do ser humano, a função Paidéia, escreve que o sujeito e os coletivos se constituem por meio de planos situados entre seu mundo interno (desejos e interesses) e externo (circunstância), sofrendo pressões de suas forças internas e das influências externas introjetadas quando quer projetar sua vontade sobre o mundo.

O mesmo autor lembra que o trabalhador é um sujeito, que não é um ser despossuído de subjetividade, o trabalhador é um ser biológico, que vive mergulhado num mundo de relações sociais que mudam seus desejos, interesses e necessidades, sendo que este mesmo trabalhador tem um grau variável de autonomia para lidar com esses processos, no entanto imerso na história com uma subjetividade singular para reagir ao contexto.(CAMPOS, 2000) Método da Roda

O usuário dos serviços de saúde também portam essas características. Os desejos e interesses dos trabalhadores e dos usuários podem ou não coincidir, por exemplo os usuários buscam assistência a saúde, e o desejo e interesse dos trabalhadores pode estar focado na realização pessoal e sua própria sobrevivência, e assim não ser idêntico ao restabelecimento da saúde.

Nesta perspectiva Campos (2000) nos alerta que quanto mais distante se tornar o desejo e interesse dos trabalhadores com o dos usuários, maior será a alienação e mais penoso se tornará o trabalho, por outro lado, quanto maior a aproximação entre os desejos e interesses dos usuários e trabalhadores maior também será a possibilidade da produção de prazer com este trabalho.¹

Identificar o desinteresse e a assistência centrado na técnica, possibilita caracterizar como desumana a forma de produzir saúde? Ou seja, essa produção se dá de forma despersonalizada, com distanciamento entre o trabalhador e o usuário, sem que não seja sequer estabelecido um diálogo, onde possa ser reconhecida necessidade e desejos para além daquela que esta aparente, ou mesmo que o usuário tenha condições de participar da decisão do processo terapêutico.

Para se discutir sobre esta argüição, é necessário a busca do que se tem escrito sobre a humanização, procurando compreender alguns aspectos deste conceito tão amplo e de abordagens singulares, que permeou toda a Reforma Sanitária.

Uma dessas abordagens é a definição formal do que significa do termo humanizar, encontrada em Ferreira (1969), como: *tornar humano; (fig.) fazer vir à razão; tornar tratável; civilizar...*

O Professor Ernani Maria Fiori ao prefaciар o livro de Freire (1988) escreve sobre como Paulo Freire coloca a consciência como uma capacidade enigmática e contraditória, que

¹ Sobre a produção de Sujeitos em CAMPOS 2000, encontra-se a temática com a abordagem mais profunda e detalhada.

permite ao homem distanciar-se das coisas para torna-las presentes, transformando o mundo que o rodeia em um mundo humano. Se o homem simplesmente se adapta ao seu ambiente quando estimulado ele naturaliza-se, mas quando por meio da consciência ultrapassa o meio que o envolve, liberando-se e objetivando as coisas que quer enfrentar, ele muda a substância do meio físico em algo humano. Portanto, o termo humanização foi utilizado, por Paulo Freire, no sentido de hominização, de aperfeiçoamento da condição humana, quanto a criatividade e a emancipação humana.

A palavra humano, que seria de origem chinesa e cujo radical *hum* significa terra e *hum-* inalhado, *forçado no solo*, então podemos entender *o humano*, como da terra, não do céu nem do divino, portanto humanizado é do humano para o humano, sem endeusamento. Este conceito foi apresentado em palestra intitulada A Humanização do Trabalho na atenção à saúde: reestruturação do modelo assistencial; apresentada na Semana Brasileira de Enfermagem – 2003, pela Professora Dra Maria José Bistafa Pereira, referenciando o Professor Newton Tomio Miyashita.

Considerando o ser humano composto por três dimensões: a biológica, a subjetiva e a social, misturadas e inseparáveis ao mesmo tempo, sendo a social onde o homem tem sua inserção, seu processo produtivo e estabelece relações com as condições materiais existentes, humanizar é reconhecer o homem como um ser que pensa, que sente e um ser de direitos e de deveres.

Deslandes (2004) em seu artigo escreve que:

Geralmente emprega-se a noção de "humanização" para a forma de assistência que valorize a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais. Implica ainda a valorização do profissional e do diálogo intra e inter equipe (p.10)

Ainda segundo Deslandes (2004) “resgata-se a humanidade no atendimento quando não há violência, seja física e psicológica caracterizada por maus tratos, seja simbólica, que se apresenta pela dor de não ter a “compreensão de suas demandas e suas expectativas”, pela

capacidade de oferecer atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com o bom relacionamento e finalmente, a idéia de humanização como melhoria das condições de trabalho do cuidador, traduzida pelo próprio Brasil, (2000) como *uma melhor qualidade de atendimento à saúde do usuário e de melhores condições de trabalho para profissionais*, e pelo *caput* do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que revela que para humanizar

“é necessário cuidar dos próprios profissionais da área da saúde, constituindo equipes de trabalho saudáveis” (BRASIL, apud DESLANDES, 2004).

Entendemos que, um dos aspectos saudáveis do trabalho é também investir na criatividade do trabalhador e, nessa direção o processo de trabalho precisa ser pautado numa gestão participativa.

Diante do exposto, é possível afirmar que em alguns momentos, a forma de se fazer saúde é muito “desumana”, entretanto, se pudermos considerar que a organização das unidades de saúde e suas estruturas físicas, a formação dos profissionais que atuam nela, as relações de trabalho e sua lógica de produção possuem espaços para a mudança, seria possível dar novos contornos à prática da assistência .

Outras inquietações têm me levado a alguns questionamentos, e entre eles destaco os que se tornaram norteadores para desenvolver este estudo, ou seja:

- ✓ será que o trabalhador sentindo-se autor do Projeto de trabalho daquele serviço de saúde, não terá outro compromisso com a produção desse serviço de saúde?
- ✓ será que o trabalhador tem a compreensão do que faz, para que faz, para quem, enfim o que ele significa para aquele serviço?
- ✓ O que aquele serviço significa para ele?

Entendo que o modo de fazer saúde pode ser produzido humana ou desumanamente em diferentes espaços, e em vários momentos, dentro do Posto de Saúde², desde a entrada até a saída do usuário. No entanto, por uma questão de limites operacionais para a realização da pesquisa, vou me comprometer em analisar as ações desenvolvidas na recepção de um Posto de Saúde.

Diante dessas considerações, tomo como **pressuposto** deste estudo que **o entendimento do processo de trabalho por parte dos trabalhadores, pode aumentar a possibilidade de compartilhar a construção de estratégias, para viabilizar o projeto que se deseja atingir, e o trabalhador ao se reconhecer como sujeito do processo, se comprometerá com o resultado.**

² Utilizamos os termos UBS e Posto de Saúde como sendo sinônimos, pois no município usa-se as duas terminologias para indicar o mesmo estabelecimento

OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

Nesta perspectiva elegemos como **objetivos** desta investigação:

3.1 Objetivo Geral

- ✓ analisar como os trabalhadores compreendem as ações desenvolvidas, por eles, na recepção de um Posto de Saúde de uma cidade do interior do Estado de São Paulo;

3.2 Objetivos Específicos

- ✓ caracterizar as ações desenvolvidas, sejam burocráticas, assistenciais individuais e/ou coletivas na recepção de um posto de saúde de uma cidade do interior do Estado de São Paulo;
- ✓ analisar o trabalho de todos os agentes que operam, independente de sua categoria profissional, na recepção deste Posto de Saúde, buscando compreender os elementos constitutivos do processo de trabalho. (objeto, instrumentos, produto e finalidade) na ótica do trabalhador.

O QUADRO TEÓRICO METODOLÓGICO

4 O QUADRO TEÓRICO METODOLÓGICO

4.1 Entendendo o processo de trabalho e sua intencionalidade

O que é o processo de trabalho? Como se dá no campo da saúde? Para responder estas perguntas, primeiramente me fundamentarei em duas idéias mais gerais e abstratas que delimitam o conceito de trabalho humano, que são energia e transformação, que conjugadas num único processo podem, mediante algo que exista antes, se transformar em algo que há depois, pela aplicação da energia. Esta transformação não é espontânea, sendo necessário a presença da vontade/ intenção de aplicação desta energia para que haja transformação deste algo inicial com intencionalidade, para satisfação de alguma necessidade.

De acordo com Mendes Gonçalves (1992), trabalho é a transformação de algo que existia antes em algo que existe depois, pela aplicação de energia feita com intencionalidade decorrente de uma necessidade, para atingir uma dada finalidade (teleologia).

O homem faz parte da natureza, mas faz sua própria história dentro dela, pela identificação que tem com ela, como expressão natural e casual, mudando-a, através do trabalho, com uma finalidade essencial.

É importante assinalar, que a natureza também sofre transformações, mas que são isentas de teleologia, ou seja, uma abelha faz sua colméia do mesmo modo há milhões de anos; com um resultado sempre igual (moradia e produção de cera e mel), enquanto o homem produz formas de moradia e produtos conforme suas necessidades e momento histórico que vive.

Embora o homem possa ser um agente transformador, com intencionalidades ele transforma a partir de condições previamente dadas para satisfação de suas necessidades ou carências. Outros animais também têm necessidades e provocam mudanças, sendo importante a distinção entre as ações de um animal e do homem pela teleologia humana.

O algo existente a se transformar, tem que conter potencialidades para se conseguir como resultado do processo de trabalho, o algo necessário. Por exemplo: de uma mesma árvore posso trabalhar em um galho flexível e novo para obter uma vara de pesca, e de um galho rígido e forte o suporte para um balanço ou uma alavanca, dependendo do interesse à efetivação.

A delimitação e o desprendimento do todo, neste caso a árvore, para que o algo antes entre no processo de trabalho depende do olhar que antevê num pedaço da natureza certo resultado potencial. Portanto, os galhos não se delimitaram por si mesmos, mas a partir do projeto, que se determinou a cada um deles, e embora estejam na natureza, em relação ao processo de trabalho, não são naturais, mas a partir de um projeto que permite discriminar algumas qualidades da natureza sob a forma de um objeto natural.

Para que haja transformação é necessário energia, que não é natural nem casual, mas carregada de intencionalidade. Para atingir sua intenção, o homem utiliza utensílios ou objetos de trabalho que permitam o uso de energia, incorporando-a ao processo de trabalho.

Mendes Gonçalves (1992) se apropria de uma reflexão de Marx que afirma:

O meio de trabalho é uma coisa ou complexo de coisas que o trabalhador insere entre si mesmo e o objeto de trabalho e lhe serve para dirigir sua atividade sobre este objeto. Ele utiliza as propriedades mecânica, físico químicas das coisas para fazê-las como força sobre outras coisas, de acordo com o fim que tem em mira (MARX, apud MENDES GONÇALVES, 1992).

O trabalho humano tem que superar as determinações naturais, consumindo energia para obter transformações, o que é chamado de força de trabalho, composta por energia intelectual e mecânica, sendo a primeira controladora da segunda.

Enfatizamos mais uma vez que, todo trabalho humano é caracterizado por uma finalidade que antecede o processo de trabalho, gerado por um carecimento, que já existia na mente do trabalhador, transformando o material, imprimindo o projeto que tinha em mente e que determina seu modo de operar e subordina sua vontade.

Nesse processo Mendes Gonçalves (1992) nos alerta que:

A finalidade aparece de três modos: na constituição do homem dotado de uma finalidade por efeito da presença do homem dotado de carecimento; na constituição do homem em atividade por efeito da presença da finalidade nele; e na persistência produtiva dessa atividade até que o resultado esteja posto.. A finalidade, porém, não é uma qualquer dessas presenças nem a soma delas, mas elas todas ao mesmo tempo, como uma síntese de relações; faltando o primeiro aspecto deixa-se de perceber que, em um sentido o carecimento antecede ao processo de trabalho que se determinaria como produtor de carecimento unilateralmente, faltando o 2º aspecto deixa-se de perceber que em um sentido a constituição da finalidade dá-se antes e fora do processo de trabalho; faltando o terceiro aspecto deixa-se de perceber que em um sentido a objetivação da finalidade independe de sua constituição (p.11).

Os homens diferenciam-se dos animais, porque podem constituir mentalmente processos de trabalho, separando o pensar e o fazer, dividindo essas funções, estabelecendo relações entre si e apropriando-se diferenciadamente, das condições do processo do trabalho e dos seus resultados.

O homem é um criador e produto da natureza ao mesmo tempo, através do processo de trabalho, e como produto, é criador do processo de trabalho por meio da natureza, mas não faz isto individualmente. O homem é um ser social, que só pode existir naturalmente em grupo.

A sociedade não se compõe de indivíduos; ela exprime a teia de relações e de condições, nas quais se encontram esses indivíduos, um por referência aos outros.

Os homens entram no processo de trabalho, pelas relações entre si, como homens – individuais – trabalhadores, essas relações se materializam com os objetos e instrumentos de trabalho embora, essas relações sejam subjetivas e tenham como resultado final do processo de trabalho, ao mesmo tempo, a re-produção ampliada das forças naturais, a re-produção das

relações sociais com os objetos e instrumentos de trabalho e a re-produção dos indivíduos trabalhadores.

E qual a relação do homem com o resultado dos processos de trabalho?

Enquanto as relações dos indivíduos com seus objetos e instrumentos de trabalho são imediatas e necessárias, as relações e o resultado imediato do processo de trabalho podem não ser.

Os resultados e os objetos da atividade do trabalho podem ser expostos, sem que nada indique, como foi o processo de trabalho. Poderão ser consumidos produtivamente (sob forma de novos objetos e novos instrumentos) ou improdutivamente (satisfazendo carecimentos humanos).

Os carecimentos estão relacionados à socialidade e a historicidade do homem e podemos chamá-los de necessidades. Essas necessidades garantem, que o homem é um ser natural, e para que este homem, como um ser natural, possa sobreviver, é dotado de poderes, que estão sujeitos a modificações e movimentos, tanto quanto suas necessidades.

A natureza nos apresenta outros seres naturais com necessidades, mas o homem se diferencia dos outros seres naturais, pois suas necessidades que precisam ser necessariamente satisfeitas são pensadas, então essas necessidades são as referências do homem dentro da natureza. Sua participação não é por acaso, mas manifestada como essencial. O homem precisa “necessariamente” ter necessidades, referir-se ativamente à natureza, para ser (MENDES GONÇALVES, 1992)

Quando o homem, como ser natural colhe um alimento e o come, ele pensou primeiramente na sua necessidade (fome), depois pensou na forma de satisfazê-la, (colhendo um alimento), de uma certa maneira, utilizando instrumentos (mão, pedra, pau, galho ou outro) e a comeu, também de uma certa forma (lavada ou não, crua, descascada ou não). Todo esse processo se dará num certo período e dentro de uma certa sociedade, permitindo a

reprodução pelos homens. Esta necessidade satisfeita, empurra o homem a pensar em outra necessidade, se constituindo então num fato histórico e sempre consciente.

Mendes Gonçalves, (1992) refere-se a consciência das necessidades da seguinte forma,

... é claro que não há necessidades “necessárias” que possam ser inconscientes: qualquer que seja a apreciação crítica que se pode fazer acerca das necessidades “necessárias”, que permite contrastar, por exemplo, necessidades “reais” e necessidades “imaginárias”, necessidades “justas” e necessidades “supérfluas”, necessidades “básicas” e necessidades “de ostentação” em todos esses casos tratar-se-ão sempre de necessidades conscientes (p.20).

Fizemos um esforço até aqui, para conceituar o processo de trabalho, o qual tem uma finalidade de realizar necessidades humanas sociais, no sentido de oferecer uma referência mínima que seja suficiente para introduzir à temática das práticas de saúde, chamando a atenção, para as conexões entre os processos de trabalho/re-produção das necessidades que são subordinadas a modos históricos de produção.

Em toda história, o homem pode realizar seu trabalho sozinho ou pode dividi-lo e delegá-lo a outros trabalhadores; sendo que a sociabilidade do trabalho humano oferece vantagens no ato produtivo na perspectiva capitalista, mas retira a humanidade dos homens, afastando-os do seu reconhecimento no trabalho, sendo tomados então como força de trabalho, como recursos e mercadorias.

4.2 Resgate do entendimento do processo de trabalho em saúde

Após uma aproximação com a conceituação teórica do processo de trabalho, é necessário trazer estas leituras ao campo da saúde, para compreender como se dá o processo de trabalho na saúde e seu produto como um bem de consumo considerado por algumas vertentes como um bem público e por outras, como bem de mercado dando conformações diferentes na organização dos serviços, bem como nas formas de produzir e distribuir as ações de saúde (PEREIRA, 2001).

Gonçalves (1992) traz os entendimentos de saúde-doença e seus processos de trabalho como sendo historicamente construídos e diz:

Através de muitas particularizações, de muitas mudanças de sentido e objetos aparentes, durante toda a história das sociedades ocidentais, até cerca de dois séculos, os objetos de trabalho postos nos processos de trabalho em saúde tiveram sempre a característica de “entidades”(p.31)

Acrescentando que a exceção ficou por conta dos gregos que segundo Gonçalves (1992) concebiam que a natureza é o estado de equilíbrio dinâmico da realidade, onde o homem está incluído e que doença é uma reação natural (da natureza) ao desequilíbrio, com “intenções” de cura. Os cidadãos livres eram pacientes com o mesmo saber filosófico sobre a natureza, e lado a lado com o médico, deviam empreender o esforço de favorecer o esforço curativo natural. Já em outras classes sociais, o processo de trabalho do médico, era fundamentado no restabelecimento e manutenção da funcionalidade do corpo, no sentido “ortopédico”, cuidando de cortes, lacerações, fraturas e abscessos.

Esse tipo de médico atravessou os tempos e veio a ser na Idade Média, o que se denominou de cirurgião barbeiro, ainda segundo Mendes Gonçalves (1992), nesta época, a mais importante das concepções “ontológicas” de doença foi a do cristianismo; onde a “doença” passou a ser provação e o preço pelo paraíso, o núcleo da atividade terapêutica passa da intervenção para a expectância, sendo a corrente de trabalho constituída mais por religiosos, que prestam assistência do que por cirurgiões-barbeiros ou pelos que cuidam do interno do corpo, entretanto para a época era a melhor forma de se atender as necessidades e que garantiam a re-produções das estruturas sociais.

A Idade Média, também conhecida como a idade das trevas, deixa como legado um processo de trabalho em que sua própria negação desponta como necessidade organizando-se sob a forma de assistência, com assimetrias, hierarquias e poderes implicados, bloqueando a construção de uma necessidade positiva de saúde

Apoiados por Mendes Gonçalves (1992) podemos afirmar que, no capitalismo as necessidades são compostas por uma outra racionalidade que pretende atender também a outras necessidades sociais, é necessário garantir a força de trabalho. A natureza continuará sendo modificada pela energia que está no corpo do homem, e que poderá ser captada pela natureza. O homem pode vender sua capacidade de trabalhar, sua energia, para ser consumida nos processos de trabalho. Convém ao capitalismo, que estas fontes de energia sejam preservadas, sendo desencadeadas várias ações para tornar isto possível, entre elas está a prática da saúde, que se reorganizou ao redor de dois eixos configurados como modelos de saúde; primeiro o controle da ocorrência de doença, que leva à concepção da doença como um fenômeno coletivo e o segundo a recuperação da força de trabalho, incapacitada pela doença, numa escala social ampla e efetiva, baseada na aceitação da igualdade entre os homens, ampliando convenientemente os direitos e consumos das classes subalternas. Neste caso apresentando a doença como alteração morfológica e/ou funcional do corpo humano.

Esta concepção vai conformar um modelo de atenção, que toma o corpo anatômico biológico como objeto de trabalho e seus instrumentos se configuram principalmente na consulta médica, no uso de equipamentos hospitalares, no uso de medicamentos, exames laboratoriais, o saber especializado de forma fragmentada e unidirecional, valorizando a produção de procedimentos. A cura se pauta na ausência de doenças.

Nesta perspectiva, o trabalho em saúde não reconheceu as outras dimensões, que compõe o ser humano a sua dimensão social, subjetiva que vão produzir uma compreensão distinta de um “processo de trabalho tipicamente fabril, de outro mais vinculado ao setor de serviços, como o da saúde, o que se refere as características centradas ou no trabalho morto ou no trabalho vivo” (MERHY, 2002, p. 56).

O mesmo autor nos remete ao entendimento de que em um serviço fabril o produtor não se relaciona diretamente com quem vai utilizar seu produto, o homem será um consumidor de

um trabalho morto já cristalizado, enquanto que, num trabalho de serviço o consumo do produto se dará em ato, ou seja, no momento de sua produção. Ainda neste sentido, o autor nos brinda com o a concepção de espaço interseçor, que ocorre no setor de serviços e particularmente na saúde no momento em que se dá o encontro entre o usuário e o trabalhador.

Nesta relação de encontro, forma-se um espaço de interseção, que pode ser representado, como se fossem dois conjuntos que se encontram e se sobrepõe em um determinado trecho, ora um, ora outro com seus conhecimentos, intencionalidades, equipamentos e necessidades macro e micro politicamente constituídas. De acordo com Merhy (2002), esta interseção partilhada, torna seus atores neste estudo, usuário e trabalhador, produtores e consumidores no momento da ação.

Antes de continuarmos apresentaremos o conceito de micropolítica no qual não pretendemos nos aprofundar, mas torna-lo suficientemente explicitado para percebermos a densidade das relações no espaço interseçor. Silva, (2005) apresenta a micropolítica como um estudo das linhas; termo criado por Deleuze e Guattari, desmonstrando a idéia de ponto de partida e de chegada, as linhas são elementos constitutivos das coisas e dos acontecimentos, que atravessam indivíduos e grupos estando imbricadas umas nas outras, sendo que o processo que constitui essas linhas é de co-produção e negociações, cujas conexões definem novas organizações sem influências de algo externo, existindo nos planos de produção molar/macro e molecular/micro, possuindo uma natureza bem diversa, permitindo uma intensa produção subjetiva.

Trazemos Barembliitt (1994), que explicita com propriedade os termos molar/macro e molecular/micro clarificando seu sentido nos planos de produção. Barembliitt apoiado neste termos muito usados na física, na microquímica, na microbiologia, defende que o institucionalismo, apresenta relações que são visíveis, enunciáveis, grandes, podendo ser

expressas no campo das produções molar/macro. No institucionalismo que é um movimento que afirma que a sociedade é uma rede, um tecido de instituições; não se separa radicalmente a vida com desejo inconsciente, das vidas econômica, política, biológica e natural, elas coexistem em coextensão, se relacionando intrinsecamente, distinguindo-se somente para efeito de estudo. Por outro lado temos o que Baremlitt chamou de molecular/micro que colocado tanto no sentido, físico, químico e biológico quanto no social é o lugar de ligações caóticas, contrárias às regras, impensáveis. Podemos exemplificar de uma forma mais concreta dizendo que, o conjunto de todos os astros, ou seja, o universo é macro e que as partículas atômicas em constante movimento anárquico, pertencem ao mundo micro, compondo e influenciando este conjunto de astros.

Analogamente poderíamos dizer que as grandes mudanças na história, pertencentes ao macro, acontecem a partir de micro mudanças nos pequenos espaços de uma sociedade. Baremlitt (1994) considera que:

...O macro é o lugar da reprodução, e o micro é o lugar da produção; o macro é o lugar da conservação do antigo, o micro é o lugar da eclosão constante do novo; o macro é o lugar da regularidade e das leis, o micro é o lugar do aleatório e do imprevisível (p.45).

Prosseguindo, trataremos com apoio de Merhy o conceito de trabalho morto e trabalho vivo na tentativa de melhor compreender a especificidade do trabalho em saúde.

O homem como produtor de atos carregados de intencionalidades vai apresentar como componentes operacionais o trabalho vivo e o trabalho morto.

...define o trabalho vivo como aquele que se dá no momento de sua execução e, com isso, carregado de possibilidades de criação, de inventividade, de tentativas humanamente colocadas. Por trabalho morto, entendem-se os produtos meios, instrumentos usados como ferramentas ou como matéria-prima para operacionalizar esse ato produtivo – trabalho anterior materializado como prancheta, lápis, esquadro, papel, régua, tijolo, areia, cimento e outros materiais necessários e, ainda, toda a sistematização e organização do processo para viabilizar o projeto do arquiteto (MERHY, apud MISHIMA, 2003).

Quando nos apropriamos dessa definição criticamente começamos a indagar o quanto de trabalho vivo em ato, é capturado no cotidiano do trabalhador de saúde, e também que o

cenário onde se dá a micro política do processo de trabalho é atravessado por distintas lógicas, dentro do trabalho vivo, sendo portanto um espaço que não pode ter a noção de impotência e onde a criatividade pode se manifestar nas brechas e fissuras do cotidiano.

O trabalhador em saúde é um produtor de trabalho vivo em ato, pois o resultado de seu trabalho é consumido no momento de sua produção, podendo se apropriar dos meios/instrumentos para re-criação do trabalho e re-criação em si e nos outros, sentindo-se produto e produtor do trabalho. Assim, as possibilidades de criação no trabalho em saúde se dão através da construção desse bem, que é a saúde, que não se materializa em um objeto.

Essa é uma característica diferenciadora do trabalho em saúde com relação a outros trabalhos: não se armazena saúde como se armazenam carros e outros bens, pois saúde é um bem simbólico e o carro é um bem material.

Nesta perspectiva, Mishima (2003), afirma que categoria trabalho, na discussão e análise das práticas de saúde, traz importantes contribuições para compreensão do processo de produção das ações de saúde, que inclui uma finalidade, um objeto, instrumentos, processos e o sujeito dessa ação. Os trabalhadores da saúde têm diferentes concepções de homem, processo saúde-doença-cuidado e esse projeto de ação se apresenta conforme as necessidades individuais e coletivas articuladas a processos políticos e estruturais.

Finalmente, concordo com Matumoto et al (2000), apud Brasil (2003) para quem o trabalhador é um ator social, que porta projetos, intencionalidades, e que está em linha de produção de fatos sociais, torna-se relevante se apropriar destes conceitos ofertados pelos estudiosos do processo de trabalho em especial o trabalho em saúde para revisitar as práticas contextualizando-as no processo de produção em saúde, e buscar estratégias para construir um projeto coerente com os princípios do SUS (p.151).

4.3 Pensando e buscando construir a mudança

Os eventos mundiais geraram e tem gerado novas necessidades, despertaram a possibilidade de um novo pensar saúde, trazendo novos atores comprometidos com as desigualdades sociais, provocadas pelas políticas econômicas, que geraram alta concentração de renda.

No Brasil, o Movimento Sanitário desponta nos meados dos anos 70 do século XX constituído nas suas origens pelo movimento estudantil, pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), pelos movimentos de médicos residentes e de renovação médica e pela academia, adotando como conceito estratégico, a partir de uma abordagem médico-social, a prática política e a consciência sanitária como parte da consciência social, procurando a partir desta prática uma transformação social (Cecílio, 1994). Neste momento histórico, marcado pela luta pela democratização do país, movimentos de outros segmentos da sociedade se fizeram presentes e foram responsáveis também pela Reforma Sanitária Brasileira.

A Reforma Sanitária também sustenta a conceito de saúde ampliada, onde as condições de vida, ou seja, moradia, lazer, trabalho, educação, saneamento e alimentação são fatores determinantes para se ter saúde, muito mais do que se tratar a doença.

Com a Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90 e 8142/90) se cria o Sistema Único de Saúde (SUS) que expressa a defesa da saúde como direito do cidadão e dever do Estado.

Para aqueles que acreditam na Reforma Sanitária e que estão comprometidos com ela que vislumbram um Sistema Único de Saúde equânime, universal e de qualidade, que vêm na reforma a possibilidade de enxergar o usuário como sujeito da ação e comprometendo-se com a defesa da vida individual e coletiva, há uma preocupação com o modo como vêm sendo estruturados e gerenciados os processos de trabalho nos distintos tipos de estabelecimento, que ofertam serviços de saúde.

O modo atual de se fazer saúde, dentro da Reforma Sanitária, é um dos grandes nós críticos das propostas que apostaram na mudança do modelo tecno assistencial, sendo que, Merhy et al (1997), afirmam que para compreender os modelos tecnológicos e assistenciais em saúde é necessário olhar e imprimir mudanças no processo de trabalho, tomando como eixo analítico vital, o processo de efetivação da tecnologia leve, e os seus modos de articulação com as outras tecnologias .

Neste momento se faz necessário um parêntesis, visando expor sobre os conceitos de tecnologias em saúde.

... por isso, classificamos as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde como: leve (como no caso das tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho), leve-dura (como no caso de saberes estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, com a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo e o fayolismo) e dura (como no caso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais) (MERHY,1997).

Fica evidente a necessidade de utilizar técnicas que permitam a captação de aspectos relacionais explícitos e implícitos, ou seja, que detecte a dimensão subjetiva presente no processo de trabalho. Para tanto é preciso compreender a micropolítica do trabalho em saúde e buscar identificar possibilidades de transformação a partir da operação diária dos trabalhadores em exercício nos serviços de saúde. Nesta produção não será possível alcançar a dimensão dos aspectos relacionais, mas procuramos trazer a compreensão dos trabalhadores, deste estudo, acerca dos elementos constitutivos do processo trabalho.

O PERCURSO METODOLÓGICO

5 O PERCURSO METODOLOGICO

5.1 Tipo de estudo

Ao longo das leituras e preparo para este trabalho, consolidamos a opção por um estudo de característica de natureza descritiva e abordagem qualitativa. A pesquisa descritiva possibilita uma visão geral do campo, assunto, fato em estudo tendo como finalidade: desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, buscando a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses, que poderão ser exploradas em estudos posteriores. (TRIVIÑOS, 1987).

Para conhecer melhor os trabalhadores envolvidos no atendimento a saúde, considerando-os sujeitos importantes na conformação das práticas de saúde, as quais são complexas e historicamente construídas, inclusive no setor de recepção desses serviços, para apreender a complexidade presente nas relações sociais, a abordagem qualitativa se torna uma escolha coerente, uma vez que, permite explorar o objeto deste estudo com fundamentos, que exigem incorporar o significado e a intencionalidade dos atos, das relações e das estruturas sociais.

Neste sentido, Minayo (2004) justifica que a abordagem qualitativa se ocupa de uma realidade que não pode ser quantificada, trabalhando com um contexto de significados, concepções, motivações, valores e atividades, que correspondem a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não possibilitam somente uso de variáveis quantificáveis.

Ainda, em consonância com Fortuna (1999), considero que esta abordagem de pesquisa é uma das formas de “captar” o objeto de estudo, ou melhor, em um dado local e momento

apreender em qual perspectiva se conforma o trabalho em saúde, os limites e possibilidades de construir um trabalho que se encaminhe para o estímulo à criatividade, emancipação e exercício de cidadania, onde os usuários e trabalhadores se percebam em processo e movimento.

5.2 Caracterização do Campo

5.2.1 O Município de Matão

Para essa caracterização nos apoiamos no Plano Diretor Municipal, Gestão 2001-2004, (Matão, 2001-2004). Matão situa-se no Centro-Leste do Estado, na zona geográfica denominada Norte-Paulista. Faz parte da 12ª Região Administrativa, com sede em Araraquara e sua área total é de 546 Km².

Administrativamente, encontra-se dividido da seguinte forma: Município de Matão e distrito de São Lourenço do Turvo. Limita-se ao Norte com os municípios de Taquaritinga e Dobrada, ao Sul com Nova Europa, a Leste com Araraquara e a Oeste com Itápolis e Tabatinga.

5.2.2 Aspectos demográficos

A população matonense, para 2004, é de 75.053 habitantes, projeção IBGE a partir do censo de 2000, IBGE (2006), predominantemente urbana representada por 90,52% da população total. A densidade demográfica é de 137,45 habitantes por km². Em relação ao movimento migratório calcula-se que seja em torno de 1% da população, segundo avaliação das Secretarias da Fazenda e da Família e Bem Estar Social da Prefeitura Municipal de Matão.

5.2.3 Aspectos econômicos e sociais

O número de imóveis na cidade é de 23.655, a economia predominante é a agroindústria, destacando-se a produção de suco de laranja, usinas de cana-de-açúcar, indústrias na área de implementos agrícolas pesados e vestuário.

5.2.4 Indicadores de saúde

Em relação ao coeficiente de natalidade geral, mortalidade infantil e mortalidade geral, segundo a Secretaria Municipal da Saúde, verifica-se que no ano de 2004 ocorreram 1137 nascimentos (por município de residência), originando um coeficiente de natalidade de 15,14. A mortalidade infantil ficou em 10,55, enquanto a mortalidade geral foi de 5,72. Ao buscar outra fonte de informação quanto a mortalidade infantil com o objetivo de classificar as mortes neonatais, identificamos uma divergência, ou seja, encontramos um índice de mortalidade infantil de 13,22; sendo mortalidade neonatal precoce 8,81; tardia 2,64 e a pós neonatal de 1,76, SEADE (2004). O coeficiente de mortalidade infantil é considerada baixa sendo menor que a do Estado de São Paulo. O IDH de Matão, é de 0,806, índice considerado alto. (PNUD, BRASIL, 2000)

Índice de desenvolvimento humano (IDH) é um indicador utilizado para aferir o avanço de uma população levando-se em consideração características sociais, culturais e políticas além da dimensão econômica, que influenciam a qualidade da vida humana. É utilizado para compor o Relatório de Desenvolvimento Humano, publicado anualmente pelas Nações Unidas. Criado por Mahbub ul Haq, economista paquistanês com a colaboração do economista indiano Amartya Sen.

No Brasil é utilizado pelo governo federal nos municípios (IDH-M) para uma comparação mais equânime entre os mesmos. É composto por renda percapta, longevidade e

educação três componentes que ganham pontuação estabelecida por uma tabela de pontos que varia de zero a um.

Em relação às causas de óbitos em 2002, de residentes em Matão, foram encontradas as seguintes informações: índices de mortalidade por causa: doenças cérebro vasculares – 62,9; infarto agudo do miocárdio - 29,9; acidentes de transporte – 24,5 agressões – 15,0; neoplasia maligna de mama – 10,9; AIDS - 4,1; diabetes – 9,5 e neoplasia maligna de colo de útero- 5,4.

Em relação aos óbitos de menores de um ano, aconteceram 14 óbitos, sendo 09 por afecções relacionadas ao período perinatal (CID-10- XVI) 3 relacionadas ao aparelho respiratório(CID-10-X) e 2 por causas indefinidas.

5.2.5 A estrutura e gestão da rede municipal de saúde

5.2.5.1 Aspectos da gestão

É um dos 25 municípios que compõe a área de abrangência da Direção Regional de Saúde de Araraquara (DIR-VII). Pela Programação Pactuada Integrada da Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo está previsto o município de Matão como referência em algumas clínicas especializadas e internações para o Município de Dobrada.

O Distrito de São Lourenço do Turvo, pertence à Matão e fica a 30 km da sede municipal possuindo um posto de atendimento médico e odontológico. O município tem um bairro, Silvânia, que dista 10 km da sede, onde funciona um posto que é sede do Programa de Saúde da Família.

Matão está sob a Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada (GPABA) desde 2001. Possui Conselho Municipal de Saúde operante, constituído por vinte membros, com paridade entre seus pares. As reuniões são mensais, com agenda pré-determinada para o ano todo.

5.2.5.2 A estrutura da rede municipal

Matão apresenta uma rede de atenção à saúde municipal, estadual municipalizada e privada composta por:

- ✓ 01 hospital filantrópico com 199 leitos, sendo 145 destinados ao atendimento SUS;
- ✓ 01 Centro de Saúde II, denominação dada pela Secretaria do Estado da Saúde, municipalizado em 1986, oferecendo atendimento nas clínicas básicas (clínica médica, pediatria, tocoginecologia) e nas especialidades de endocrinologia, ortopedia, dermatologia, urologia, pneumologia, infectologia e oftalmologia. É oferecido atendimento fisioterápico também. Neste prédio existe uma farmácia, que faz a distribuição de medicamentos para todos os usuários da rede pública;
- ✓ 01 Centro de Atenção Psico-Social (CAPS) que atende pacientes do município e referendados de dois municípios vizinhos (Motuca e Dobrada), atendendo a política atual de desospitalização psiquiátrica;
- ✓ 01 Ambulatório de Saúde Mental onde são estabelecidos diagnósticos e posterior triagem para o CAPS e são realizadas terapias de grupo;
- ✓ 01 Centro de Reabilitação Infantil onde são atendidas crianças de 0 a 12 anos e as especialidades presentes neste centro são: psicologia, fonoaudiologia, neurologia e terapia ocupacional.
- ✓ 08 Postos de Atendimento Médico e Odontológico Municipal, que oferecem atendimento nas clínicas básicas, acrescido de outras especialidades, como psiquiatria, neurologia e atendimento odontológico. Estas unidades realizam atividades de imunização, curativos, administração de medicamentos, inaloterapia, visitas domiciliares, registro de informações, boletins de produção, sistema de arquivo, prontuário médico e registro de morbidade, notificação para a vigilância epidemiológica. Estes postos funcionam no horário das 06h às 17h, com exceção de dois que funcionam 24 horas e oferecem pronto

atendimento e especialidades com consultas agendadas, caracterizados como unidades mistas. Destas duas unidades, uma delas oferece plantão no atendimento de pediatria, realizando também procedimentos cirúrgicos simples como suturas, drenagens e outros, tanto em adultos como em crianças.

Dentre as unidades que atendem das 6 às 17 horas, uma está localizada no distrito de São Lourenço do Turvo.

Entre as oito unidades citadas anteriormente, a última unidade inaugurada em outubro de 2004, oferece consulta médica, na área de clínica geral, não oferecendo no momento outros procedimentos técnicos, com exceção da verificação da pressão arterial, embora tenha um trabalhador na área de enfermagem.

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Matão organizou o atendimento ao usuário, nas Unidades que funcionam das 6:00h às 17:00h por meio de diversos programas, segundo diretrizes emanadas do Ministério da Saúde e da Secretaria do Estado da Saúde. A seguir apresentamos os programas que estão, atualmente, implantados:

Programa Viva Leite: é um projeto estadual desenvolvido junto aos municípios, destinando-se a entrega de leite fluído vitaminado e enriquecido com ferro, às crianças de 06 a 23 meses de idade, com problemas de crescimento e desenvolvimento, em famílias com renda de até dois salários mínimos. São atendidas 800 crianças por mês, em 2004.

Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento: é um programa do Ministério da Saúde, junto à Secretaria Estadual da Saúde e municípios, que visa garantir o acesso das gestantes e recém-nascidos a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto, puerpério e período neonatal. Estão registradas no sistema de informação do pré natal. Estão cadastradas 453 gestantes em 2004.

Reorganização da Atenção ao Tratamento do Diabete Mellitus e Hipertensão: é um programa desenvolvido pelo Ministério da Saúde, junto com a Secretaria Estadual da

Saúde e municípios, com o objetivo de reorganizar o atendimento aos diabéticos e hipertensos. Estão cadastrados 1881 pessoas em 2004.

Projeto Pequeno Cidadão: é um projeto desenvolvido no município, visando diagnosticar e encaminhar bebês com risco no desenvolvimento neuro psico motor e nutricional. A operacionalização se faz através de visitas na maternidade a todos os recém-nascidos, encaminhando os de risco para o centro de reabilitação, no momento estão em atendimento 32 crianças.

Programa de Saúde Bucal: Desenvolvido pela Secretaria Municipal da Saúde, em parceria com a Secretaria Estadual da Saúde, cujo objetivo é desenvolver atividades de assistência odontológica que promovam, mantenham e recuperem a saúde bucal da população, integrando-se as demais atividades e programas de saúde.

A operacionalização deste Programa ocorre nos Postos de Saúde, atendendo a população em geral e as crianças das escolas onde não há equipamento odontológico. Este atendimento é feito por 20 dentistas, sendo 02 especialistas em endodontia, fazendo canal em molares de crianças até 14 anos e dentes anteriores em toda população. Nas escolas estaduais e municipais e também nas creches são atendidas as crianças de 0 a 14 anos em dois períodos, por dezoito dentistas.

Na perspectiva de sintetizar, dos oitos Postos de Atendimento Médico e Odontológico, 02 funcionam 24 horas, com clínicas básicas e especialidades. Um outro posto fica localizado em uma sede de Distrito da cidade de Matão a 30 km de distância da sede do município, oferecendo consulta médica de clínica geral, pediatria e ginecologia e obstetrícia. Neste local é oferecido o atendimento em cada clínica básica uma vez por semana, variando de 02 a 04 horas semanais de atendimento para cada uma delas. Neste posto de saúde o setor de recepção conta com um técnico de enfermagem, durante o tempo de funcionamento da unidade, para atender as necessidades quanto às consultas médicas e também nos

procedimentos. Uma outra unidade possui características semelhantes a esta, ou seja, não dispõe de profissional médico diariamente e também as ações realizadas no setor de recepção estão sob responsabilidade de uma atendente de ambulatório.

Desta forma, quatro postos de saúde que atendem das 6 às 17 horas, contam com mais de dois trabalhadores na recepção, sendo o atendimento organizado por agendamento e para os usuários que não estejam com consulta marcada tem-se a possibilidade de proceder ao atendimento nas vagas reservadas para os atendimentos eventuais, ou em vagas geradas por faltas do dia.

Quanto ao número de profissionais médicos, os quatro postos de saúde possuem as clínicas básicas, ou seja, clínica geral, pediatria, ginecologia e obstetrícia e um especialista, diariamente; um recepcionista podendo ser um auxiliar administrativo, ou um atendente de ambulatório, que foram capacitados em serviço, para serem responsáveis pela recepção dos usuários que demandam ao posto. A enfermagem é composta de auxiliares e técnicos de enfermagem e enfermeiros. Todos os postos de saúde possuem atendimento odontológico, cujo controle e agendamento fica a cargo da auxiliar odontológica, portanto os usuários não utilizam a recepção da área médica. Os postos de saúde também contam com assistente social presente por um período de seis horas, sendo estas profissionais subordinadas à diretoria da Secretaria de Bem Estar Social.

Na área médica as consultas são agendadas em dia pré determinado, em outras palavras, define-se uma data e os usuários são orientados a procurar o posto para agendamento, nesta data definida, as consultas podem ser marcadas pelo próprio usuário ou alguém que o represente; por meio de telefone de posto para posto, isto é, o usuário que mora em outro bairro e necessita da especialidade de outra unidade fora da área de abrangência da sua unidade de referência, vai até unidade mais próxima e solicita ao trabalhador de saúde para ligar e agendar sua consulta onde há o especialista de sua necessidade. Ainda este

agendamento pode ser realizado por telefone do usuário para o posto, após o meio dia.

Existem ainda os agendamentos referenciados, isto é, se o usuário vem encaminhado com guia de referência de um outro profissional para a especialidade, dependendo da urgência encaixa-se esta consulta naqueles horários reservados para atendimentos eventuais, ou se orienta o usuário a voltar no dia em que se abrirá o agendamento para a respectiva especialidade. Entendendo-se que o usuário que porta uma guia e referência já teve um primeiro atendimento médico que pode respaldar este tempo de espera.

No dia em que se abre a agenda para uma das clínicas ou especialidade, agenda-se até o momento de fechamento do posto, independente do tempo que irá demorar a consulta, utiliza-se a denominação de agenda aberta para este procedimento.

Quando o usuário necessita de consulta fora do agendamento, ele pode tentar ser encaixado numa desistência, ou seja, ele chega às seis horas da manhã, ou antes, aguarda na fila. Ao chegar no balcão, da recepção, comunica ao trabalhador que veio aguardar desistência para a especialidade de seu interesse, seu nome é registrado à parte; se dez minutos antes da chegada prevista do profissional alguém agendado faltou, esse usuário é encaixado, respeitando-se a ordem de registro do nome, que supostamente é a ordem de chegada.

Destacamos que os serviços oferecidos por estas unidades são: vacinação, curativos, aplicação de medicamentos, coleta de exames de sangue, pré consultas, coleta de papanicolau (fora da consulta médica), inalação, aferição de pressão por demanda espontânea, distribuição de leite as segunda, quarta e sextas, verificação de dados antropométricos para controle do Sistema de Vigilância Nutricional (SISVAN) e dos programas sociais, como Programa Viva Leite já descrito anteriormente e Bolsa Família, programa do Governo Federal, desenvolvido pela diretoria do Bem Estar Social.

5.2.5.3 As ações de vigilância epidemiológica

As ações de Vigilância Epidemiológica (VE) sempre foram realizadas pelo município juntamente com a Secretaria Estadual de Saúde. A partir de 2000 houve a municipalização e certificação da VE, com a formação de equipe, composta por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e um assistente social. Alguns sistemas foram implantados, a saber: SINAN, SISVAN, SI-PNI, SIM, SINASC, sistemas estes que permitem nortear e avaliar as ações e medidas a serem tomadas, visando sempre o aumento dos níveis de saúde da população. Vale ressaltar, ainda, que o município faz controle de agravos inusitados, vigilância de diarreias, paralisias flácidas e doenças exantemáticas.

A estrutura física do serviço de Vigilância Epidemiológica está localizada no CSII.

5.2.5.4 Os serviços privados

Matão conta com uma rede de laboratórios de análise clínicas, farmácias que vendem medicamentos alopáticos, farmácias que vendem medicamentos homeopáticos e farmácias que vendem fórmulas de manipulação.

Conta com três entidades que prestam assistência médica complementar, consultórios particulares médicos, odontológicos, clínicas de psicologia e fisioterapia.

5.3 O local do estudo

Este estudo foi realizado em uma unidade pública de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Matão, sorteada, aleatoriamente, entre aquelas que atenderam aos critérios de inclusão/exclusão pré estabelecidos explicitados a seguir.

5.3.1 Critérios de inclusão

- ✓ Postos de Saúde com horário de funcionamento das 06:00 às 17:00 horas, de segunda a sextas-feiras, com atendimento nas especialidades básicas de clínica médica, pediatria e ginecologia-obstetrícia diariamente..
- ✓ Anuência dos trabalhadores desses postos em participar do estudo.

5.3.2 Critérios de exclusão

- ✓ Postos com horário de atendimento nas 24 horas.
- ✓ Postos que não oferecem atendimento nas especialidades básicas de clínica médica, pediatria e ginecologia diariamente.
- ✓ Recusa, por parte dos trabalhadores do posto em participar da pesquisa.
- ✓ Ser posto de trabalho da pesquisadora.

Das unidades básicas de saúde existentes no município de Matão, quatro apresentaram os critérios de inclusão, uma dessas foi excluída porque era o local de trabalho da pesquisadora.

Procedemos a um sorteio, aleatório, entre as unidades que contemplaram os critérios de inclusão estabelecidos anteriormente, com a finalidade de selecionar uma unidade básica de saúde.

5.4 População de estudo

A população definida para o estudo foi a de trabalhadores, que desenvolvem atividades diretas na recepção de um posto de saúde, quer com frequência diária ou quando necessário.

Estes trabalhadores totalizaram sete pessoas que neste estudo estão identificadas pelo nome de flores, para que se preserve sua verdadeira identidade cumprindo-se um dos princípios éticos fundamentais deste estudo.

Ao referirmos sobre a formação, utilizamos a expressão “não ter formação específica”, quando o conhecimento e a habilidade para desenvolver as ações, foi apreendida no cotidiano, não havendo a exigência de uma formação institucionalizada e reconhecida legalmente, para o exercício da profissão.

Apresentaremos **Margarida**, que formou-se há alguns anos e nunca tinha trabalhado na área de enfermagem antes de estudar enfermagem. Trabalhou na área específica de formação em outra instituição antes de trabalhar na prefeitura. Exerce outra atividade remunerada fora desta organização.

Outro trabalhador é **Gerânio**, que não tem nenhuma formação específica, para a atividade que desempenha, teve experiências anteriores de trabalho em outras empresas, sem exercer funções relacionadas à saúde. Sua jornada de trabalho é de quarenta horas semanais.

Tulipa tem formação em outras áreas, não relacionadas à saúde, além da enfermagem, exerceu outras funções por curto período. Revela ter sido um desafio ter se aperfeiçoado na área de enfermagem, e que tem um sentimento de desencanto com a área de saúde sua jornada de trabalho é de quarenta horas semanais.

Rosa, outra trabalhadora, não teve formação específica para a atividade que executa, trabalha quarenta horas semanais, trabalhou em outros seguimentos de indústria e comércio e, atualmente, só trabalha na unidade básica de saúde.

Violeta referiu ter feito outros cursos de formação técnica, e que por acaso, iniciou o curso na área de enfermagem, identificando-se muito com o conteúdo e atividades do curso de enfermagem. Trabalhou em outra instituição de saúde, antes de vir para a unidade básica. Carga horária de trabalho quarenta horas semanais

Azaléia referiu ter entrado na área de saúde por acaso, se encantou com a profissão, acha que está se dando muito bem e pretende seguir estudos mais avançados na enfermagem. Sua carga horária de trabalho é de quarenta horas semanais.

Camélia iniciou seu trabalho na prefeitura numa outra área, sendo posteriormente, transferida para a área de saúde, sua carga horária é de quarenta horas semanais, tem outra atividade remunerada em outra instituição.

5.5 Instrumentos para coleta de dados

Considerando que um dos objetivos deste estudo, trata-se do processo de trabalho realizado na recepção de um posto de saúde, enfocando seus aspectos objetivos e subjetivos, a coleta de dados foi efetuada, mediante instrumentos que permitissem o acompanhamento dos diversos momentos que o usuário estivesse sob responsabilidade do atendimento pelos trabalhadores deste setor.

Estas escolhas foram sustentadas por Triviños,(1987.) quando argumenta que:

Neste sentido, talvez a entrevista semi-estruturada,... a observação livre,... sejam os instrumentos mais decisivos, para estudar os processos e produtos nos quais está interessado o investigador qualitativo... (TRIVIÑOS,1987, p.138)

Em Ferreira (1969), Observar significa, v.t. *Olhar atentamente; examinar com minúcia; espreitar; espiar; estudar; cumprir, respeitar as prescrições ou preceitos de; obedecer a; praticar; usar; ponderar; notar...*

O entendimento apreendido pelo termo observar, permite-nos olhar para algo específico, com muita atenção nas suas características, assim como, olhar atentamente um determinado evento social em uma dimensão singular, para estudar seus atos, atividades, significados e relações.

Nesse aspecto, Fortuna (1999), também converge para estes instrumentos quando destaca em sua produção que para analisar relações é fundamental que estejamos em relação e, portanto, a entrevista semi-estruturada e a observação livre são os instrumentos que garantem esta análise, sendo eleitos para a coleta de dados neste trabalho e explicitados detalhadamente a partir deste momento.

5.5.1 Observação livre

Um dos recursos que certificou a possibilidade de contemplar os momentos de atendimento foi a observação livre (Apêndice A).

Este tipo de observação, privilegia as principais necessidades da pesquisa qualitativa, que é a importância do sujeito e de sua prática, sem exigir que se estabeleça pré-categorias para se compreender o fenômeno observado. Permite acompanhar o desenvolvimento de uma determinada situação, ou fenômeno social, simples ou complexo, separá-lo do seu contexto e em sua dimensão singular estudar seus atos, atividades, significados e relações. Procurando perceber seus aspectos, aparências e ao mesmo tempo sua essência numa perspectiva específica e ampla.

Para observar de forma sistematizada, as ações dos trabalhadores da recepção do posto, foi necessário o afastamento relativo do observador, das conversas e da realização das ações, estando ao lado delas, imerso numa realidade externa, mas sem participar dela.

Observar não é julgar, interferir ou concluir sobre o que se vê, ou se percebe. Isto exigiu um exercício interno permanente de reflexão, tornando-se um grande desafio para o observador não se deixar induzir pelas suposições elaboradas anteriormente.

Para Triviños (1987), o emprego da observação livre, numa pesquisa qualitativa, deve ter presente dois aspectos de natureza metodológica, que são muito importantes; amostragem de tempo e as anotações de campo.

A amostragem de tempo pode ser escolhida por sorteio ou pré-determinada. A opção foi pela pré-determinação. Nesta diretriz, observei oito horas por dia, durante uma semana, perfazendo um total quarenta horas, o atendimento da recepção, para perscrutar as relações estabelecidas entre os usuários e o profissional da recepção. Acompanhei o atendimento do trabalhador ao usuário até o momento do usuário deixar a recepção para outro setor/serviço,

dentro ou fora do posto de saúde, e posteriormente, no momento em que o usuário volta deste setor/serviço para a recepção, até a saída do posto de saúde.

As anotações de campo foram feitas imediatamente após ou concomitantemente à observação livre e às reflexões realizadas sobre expressões verbais e ações dos sujeitos descrevendo-a. Segundo Triviños (1987), esta é uma forma de utilizar as anotações de campo num sentido mais restrito.

A observação foi realizada na recepção do posto de saúde, onde o observador ficou ao lado direito do balcão de atendimento, acomodado de forma a poder registrar os diálogos entre trabalhador e usuário e entre trabalhadores, seus instrumentos, recursos e modo de utilização.

Observar no sentido pronominal do verbo, segundo Ferreira (1969), significa entre outros, vigiar-se reciprocamente, o que pode ser identificado na relação com todos os trabalhadores da unidade que perguntavam o que, para que e porque eram feitas as anotações.

Em seguida às observações eram feitas releituras e transcrição das mesmas para o meio eletrônico o que possibilitou melhorar a abordagem durante as entrevistas.

5.5.2 Entrevista semi-estruturada

Outro instrumento que recorremos foi a entrevista semi-estruturada, (Apêndice B), cuja utilização possibilita uma coleta de dados que pode complementar a observação livre.

Este instrumento permite que, a partir de alguns questionamentos básicos fundamentados nas teorias e hipóteses, interessantes na pesquisa, se produzam outros conforme as colocações do informante. A este propósito TRIVIÑOS enfatiza que a entrevista semi-estruturada:

“ao mesmo tempo que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação” (TRIVIÑOS, 1987, p. 146)

Para a conformação da entrevista semi-estruturada é necessário considerar que embora sua composição, nesta investigação, tenha sido inspirada por outros autores suas peculiaridades se conformaram ao longo do trabalho, estando sempre amparada pela teoria, pelo conhecimento do campo e pelas pessoas envolvidas. Numa entrevista semi-estruturada há a presença de algumas questões que norteiam a conversa, no sentido de “... *apreender o ponto de vista dos atores sociais previstos nos objetivos da pesquisa*” (MINAYO, 1998, p.99)

Por ser um importante instrumento de coleta de dados, as questões devem ser claras em seus objetivos, permitindo delinear o objeto de trabalho, ampliar e aprofundar a comunicação e possibilitar a expressão dos sentimentos e valores dos trabalhadores. Pretendemos com isto, (re)conhecer o trabalhador dentro de seu espaço na recepção, como ele determina seu processo de trabalho e é determinado por este processo e com quais perspectivas o desenvolve. O aperfeiçoamento da entrevista, depois do processo de observação foi fundamental para completar o (re)conhecimento do trabalhador.

Após o término da etapa das observações, agendei as entrevistas, de acordo com a disponibilidade do trabalhador. Seis entrevistas foram realizadas na própria unidade, e uma entrevista foi feita na residência do entrevistado, em um sábado, por conveniência do entrevistado. As entrevistas foram realizadas e gravadas pelo proponente deste estudo, em fitas cassetes, após consentimento dos entrevistados, as fitas foram ouvidas e transcritas integralmente, respeitando-se vícios de linguagem, tempos verbais e expressões.

Procuramos fazer toda abordagem, durante a coleta de dados, com cuidado e procurando deixar claro acerca do posicionamento do elaborador e entrevistador deste estudo, em função do mesmo, já ter ocupado cargo administrativo dentro da secretaria da saúde em gestões anteriores. Foi deixado muito claro em todo percurso, que não havia nenhum posicionamento político partidário por parte do elaborador nem no conteúdo do trabalho elaborado. Por conta deste cuidado, e por haver um conhecimento prévio entre o entrevistador e entrevistado, as

entrevistas foram feitas num clima de descontração e informalidade, durando em média uma hora e vinte minutos.

5.5.3 Preparando para coleta de dados

Inicialmente, fiz contato com a unidade selecionada pelo sorteio, expliquei pessoalmente a natureza e os objetivos da investigação a todos os trabalhadores potencialmente participantes da investigação, informei como foi feita a seleção da unidade e deixei os trabalhadores em conjunto decidirem sobre sua participação ou não. Assim que aceitaram solicitei que assinassem *o termo de consentimento livre esclarecido*. (Apêndice C).

Em seguida, determinamos em conjunto a semana para observação livre. A observação foi realizada de 31 de outubro até 06 de novembro, excluindo o feriado de dois de novembro, o sábado dia quatro e domingo dia cinco de novembro, por serem dias em que a unidade não abre.

5.6 Ordenação e organização dos dados

Para proceder a ordenação e organização dos dados empíricos, produzidos nas entrevistas semi-estruturadas junto aos trabalhadores selecionados para este estudo, recorremos ao processo metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que é uma ferramenta que permite a representação do pensamento de um determinado grupo. É uma proposta metodológica elaborada por Lefrève (2000), que propõe a soma dos pensamentos não de forma numérica, mas operacionalizando de forma metodológica a expressão do pensamento coletivo através do discurso.

Para viabilizar o DSC utilizamos as figuras metodológicas apresentadas por Lefrève que nos permite a organização e tabulação dos depoimentos para uma boa análise e interpretação.

São elas:

Expressões Chaves - ECH: As expressões chaves (ECH) são pedaços, trechos ou transcrições literais do discurso que devem ser destacados pelo pesquisador e que revelam a essência do discurso ou da teoria subjacente.(LEFÈVRE & LEFÈVRE, 2002).

Idéia Central – IC: É um nome ou expressão lingüística que revela e descreve da maneira mais sintética e precisa possível, o sentido de cada um dos discursos analisados, e de cada conjunto homogêneo de ECH, que vai dar nascimento posteriormente, ao DSC.

Estas idéias centrais podem expressar descrições diretas do sentido do depoimento, revelando “o que foi dito”, ou descrições indiretas, que revelam o tema do depoimento “ou sobre o que” seu sujeito enunciator fala. (LEFÈVRE & LEFÈVRE, 2002).

Ancoragem – AC: É uma manifestação lingüística de uma dada teoria, ou ideologia, ou crença que o autor do discurso professa e que, na qualidade de afirmação genérica, está sendo usada pelo enunciator para “enquadrar” uma situação específica conforme Lefèvre & Lefèvre, (2002). Neste estudo não foi utilizado esta figura metodológica. .

Discurso do Sujeito Coletivo – DSC: é um discurso síntese redigido na primeira pessoa do singular e composto pelas expressões chaves que tem a mesma idéia central, é também uma proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal.

Para a composição do DSC, é necessário a leitura exaustiva do material coletado para que sua composição reflita o mais fielmente possível o que a coletividade estudada pensa, faço esta afirmação apoiando-me em Palha, apud Coutinho (2005) que destaca que a composição do DSC deve observar

os passos na trajetória de construção do DSC devem ser cuidadosamente trabalhados para que o resultado final tenha uma representação fidedigna daquilo que foi pesquisado, ou de sua intencionalidade. Comenta que o DSC é uma modalidade de apresentação de resultados de pesquisa qualitativa e que tem com objetivo expressar o pensamento de uma coletividade, como se esta coletividade fosse exatamente o emissor de um discurso único (p.55).

Antes de proceder a ordenação dos dados, as entrevistas e observações foram transcritas para o meio eletrônico, parte pelo proponente do estudo e parte, por um profissional de saúde que após, todas transcrições foram revisadas pelo pesquisador deste estudo.

Com o auxílio da orientadora desta investigação, foram sendo feitas leituras e agrupamentos das idéias semelhantes, no sentido de identificar as idéias centrais do texto das respostas de cada questão da entrevista semi-estruturada.

Citaremos como exemplo a elaboração do DSC composto a partir da primeira pergunta da pesquisa:

QUESTÃO 1

✓ O QUE VOCÊ FAZ AQUI NO POSTO?

IDÉIA CENTRAL

✓ EU FAÇO TUDO

EXPRESSÕES CHAVES

- ✓ E1 – Eu faço tudo, eu faço desde balcão, recepção, atendimento, pré-consulta, orientação, organização, falta de material, curativo, visita domiciliar, eu faço a parte burocrática de cuidar de papéis
- ✓ E2 – aí a gente faz o café, eu coloco a luva vou catar os lixo, vou fazendo meu serviço, lavando os banheiro, passando veja nas mesa, e aí vai, né, geral
- ✓ E3 – Faço todas as atividades, vacinação, injeções, curativos, pré pras consultas, medição de pressão arterial, fico lá no balcão ajudando, inalação, acho que o básico é isso , né? Ai tem a conversa com uma pessoa ou outra, mede as crianças, pesa as crianças, conversa com as mães, orienta, faz orientação, as vezes auxilio no papanicolau
- ✓ E4 – curativo, inalação, coleta de sangue, vacina, pré-consulta, balcão, a gente faz de tudo aqui e também o papanicolau, a gente faz de tudo, até limpa, quando a funcionária da limpeza falta, tá de férias e na recepção também.
- ✓ E5 – atendo balcão , as pessoa, abri ficha de consulta, pego todos os dados, atendimento de telefone, arquivo das fichas.

- ✓ E6 – um pouco de tudo, de tudo, atende balcão, faz curativo, faz vacina, põe inalação, a gente faz café, as vezes a limpeza se o funcionário tá afastado, ta de folga, lavando os materiais do dentista, esterelizando, vacina, injeções, curativo, faz cartaz pra por na parede, faz de tudo...
- ✓ E7 – dô manutenção, arrumo consultório, limpo, dou informação, faço agendamento.

DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

- ✓ Eu faço tudo, atendo balcão, ajudo na recepção, abro ficha pegando todos os dados, faço pré consulta, vacina, orientação, organização, solicito material quando em falta, curativo, visita domiciliar, cuido dos papéis, arquivo fichas, injeções, medição de pressão, converso com as pessoas, inalação, meço e peso as crianças, oriento, colho papanicolau, limpo, faço café, lavo material do dentista, esterelizo material, faço cartaz pra por na parede. Coloco a luva e vou catar os lixo e aí eu vou fazendo meu serviço, lavando os banheiro, passando veja nas mesa, fazendo limpeza geral, manutenção, arrumo consultório.

Todo material coletado foi lido exaustivamente e discutido, assinalamos de forma colorida por meio eletrônico as idéias que se aproximavam e fomos recortando ainda por meio eletrônico e esquadrinhando os fragmentos de respostas localizando as idéias centrais.

A partir disto, passamos para a análise e discussão dos resultados, embasados no referencial teórico adotado neste estudo, numa perspectiva de identificar “brechas e fissuras” que nos permitam sinalizar aos trabalhadores e ao mesmo tempo a nós os limites e os potenciais de mudança da recepção da unidade de saúde.

5.7 Aspectos éticos

Para realizar esta pesquisa, antes da coleta de dados o projeto foi analisado pelo Comitê de Ética da EERP/USP (Anexo C), pois em Matão não possuíamos ainda um comitê de ética em pesquisa.

Nesta ocasião, foram encaminhadas as cartas assinadas pelos prefeitos e secretário municipal, que autorizaram a elaboração deste estudo na unidade de saúde.

O termo de consentimento livre e esclarecido foi elaborado de acordo com a resolução 196/96, e apresentado a cada participante da pesquisa que assinaram em duas vias de igual teor, ficando uma com o participante e outra com o pesquisador. (Apêndice C e D)

ANÁLISE DOS DADOS

6 ANÁLISE DOS DADOS

6.1 Quadro orientador para análise de dados

Para construir este texto foi necessário descrever e analisar os momentos do processo de trabalho da recepção do posto de saúde, buscando compreender no seu conjunto qual é seu objeto de trabalho, seus instrumentos e com qual finalidade se aplica na unidade básica de saúde. Para caracterizar estes momentos utilizei os DSC construídos com o material da observação das atividades desenvolvidas, no cotidiano circunscrito à recepção da unidade básica de saúde em estudo, e da entrevista semi-estruturada, junto aos trabalhadores deste local. Para esta discussão trouxemos o conhecimento obtido através da produção de diversos autores, conforme o descrito no referencial teórico e finalmente compreendemos a limitação deste recorte no que diz respeito ao atendimento ao usuário, ou seja, que uma unidade básica de saúde não tem como única função a recepção do usuário, mas entendemos a sua importância na articulação com as outras atividades oferecidas pela unidade.

Dos doze discursos do sujeito coletivo produzidos, os que traziam conteúdo pertinentes ao objetivo desse trabalho foram mencionados, alguns mais de uma vez conforme a necessidade de explicitação.

No sentido de obter uma lógica de trabalho que permitisse a visualização dos temas específicos e sub-temas originados, apresentamos um quadro organizativo. Os temas específicos foram denominados como: Objeto de Trabalho, Instrumentos de Trabalho e Finalidade do Trabalho que originaram todos os sub-temas, esquadrihados a partir das percepções dos trabalhadores de saúde e que serão discutidos a seguir.

6.2 (Re) conhecimento da Unidade

6.2.1 Instalações físicas da UBS e da Recepção

Durante o percurso metodológico foi apresentado o cenário onde se inseria o local de estudo. Entretanto, é necessário antes da discussão, colocar uma lente de aproximação com a arquitetura e distribuição do posto e a distribuição mobiliária da recepção, pois na fase da observação e nas entrevistas estes aspectos ganharam corpo, destacando-se como fatores de relevância, sendo pontuados em alguns fragmentos do DSC e serão mencionados, embora não sejam objeto direto da análise e elaboração do estudo.

Descreveremos o prédio onde está instalada o posto de saúde e onde se situa a recepção do mesmo, que será descrita mais detalhadamente, seguido da apresentação dos dados

qualitativos obtidos das observações e entrevistas, analisando a comunicação dos trabalhadores com os usuários e como acontece a organização tecnológica na recepção.

O prédio onde está instalado o posto de saúde, pertence à Secretaria Municipal da Educação, foi construído na gestão 1993 – 1996. Este prédio feito de tijolo de concreto, com uma área construída de 1042 metros quadrados onde funciona uma escola municipal de primeiro grau com três salas de aula, uma creche, que abriga crianças de zero a cinco anos, e um posto de atendimento médico e odontológico, que utiliza aproximadamente 263,23 metros da construção, conforme planta (Anexo A e B). Saliento, que no projeto original do prédio não era previsto a instalação da UBS, sendo necessário adaptação de salas e corredores. Sua pintura é de látex lavável branco, passado diretamente sobre os tijolos. A recepção localiza-se a direita de uma das portas de entrada, constituindo-se de uma sala com balcão, que dá para um corredor largo e comprido que funciona como sala de espera. Possui janelas amplas do lado oposto ao balcão que se comunicam com um pátio de entrada da creche e da escola. Embora não seja objeto deste estudo, vale salientar que as salas são adaptadas com divisórias, para atender duas necessidades ao mesmo tempo, ou seja: sala de pré-consulta é contígua à sala de vacina; a sala de coleta contígua à sala de curativo. Os dois consultórios médicos e o consultório odontológico são amplos, não sendo divididos para uso de outros procedimentos. Recentemente foi instalado uma divisória na sala de espera, criando-se um espaço para depósito/almojarifado, já existia uma outra divisória onde há uma sala para inalação.

Voltemos à recepção, que possui seis prateleiras de aço onde foram passados fios de nylon tipo “cordinha de varal doméstico” no sentido longitudinal para amparar os envelopes tamanho ofício (amarelo ouro) onde são arquivados, em cada envelope, 10 prontuários individuais. Estes envelopes são numerados manualmente no canto direito, sempre pelo início de uma dezena, dispostos nas prateleiras de aço um ao lado do outro, com sua lateral mais

larga apoiada na prateleira, numa configuração que na linguagem da informática seria a orientação de “paisagem” permitindo a localização do prontuário que também é chamado de ficha, pelos trabalhadores. Possui dois arquivos de aço, um com quatro gavetas para pastas suspensas, que é utilizado para guardar os pertences dos trabalhadores, e materiais para distribuição aos usuários, como espátulas e recipientes para coleta de urina e fezes; o outro tem gavetas pequenas onde são arquivados, cartões índices de identificação preenchidos manualmente com nome completo, data de nascimento e número de prontuário do usuário, por ordem alfabética.

Embaixo da janela existe uma mesa tipo escrivaninha, onde são embrulhadas gases em papel para esterilização. Foi possível durante o período de observação ver uma trabalhadora nesta atividade virada lateralmente para o balcão da recepção, ou seja, fica de perfil para quem chega para ser atendido. Essa trabalhadora estava sozinha na recepção, executando este tipo de atividade no tempo livre entre a chegada de um e outro usuário.

Será que se os trabalhadores se apropriassem do significado da recepção do Posto de Saúde, na perspectiva de produzir cuidado, não poderiam dispor essa mesa de forma que o trabalhador tivesse a visão total de quem está chegando na recepção e não se posicionasse de modo a ter uma visão parcial da entrada de usuários no recinto? Perguntamos como será que se sente uma pessoa que chega a um local de atendimento e visualiza o perfil da pessoa que vai atendê-la e não vê o seu rosto, os seus olhos? Será que esta posição do trabalhador, também não dificulta o campo visual para perceber quem está chegando?

Nossa investigação não nos permite responder especificamente esta indagação, pois não nos propusemos a analisar essa situação sob o ponto de vista do usuário, por outro lado nos permite trazer que esse aspecto não foi motivo de reflexão desses trabalhadores uma vez que em nenhum momento dessa pesquisa foi feita qualquer observação que pudesse indicar preocupação com esta disposição dos móveis na recepção.

Oposto diametralmente à janela está o balcão de atendimento, que possui do seu lado esquerdo uma mesa retangular estreita e longa para duas pessoas, e uma carteira escolar onde são feitas algumas atividades burocráticas, como preenchimento de relatórios e boletins, pelo pessoal da enfermagem e sobre a outra há dois arquivos improvisados com caixa de papelão onde são colocados em ordem alfabética os impressos com resultados de exames vindos do laboratório, os resultados das citologias e no outro os pedidos de ultrassonografia e RX, com as datas agendadas para realização dos mesmos vindos da secretaria da saúde; cartões índice geral, em branco, carimbo e material de escritório. Foi possível observar os profissionais nas atividades burocráticas e a dificuldade com estas instalações improvisadas, o espaço pequeno para abertura dos relatórios e boletins, a postura ergonômica do trabalhador prejudicada, embora não tenha sido relatado como queixa. O que aparece no DSC é uma colocação sobre as condições gerais do prédio relacionada a rotina de trabalho conforme trecho abaixo.

[...] arruma os consultórios, né, pros médicos que é de rotina, a gente arruma no dia, na hora, pra não ter perigo as vezes de chover e molhar, as goteiras as vezes tem, já aconteceu de ter problema, né de, já aconteceu da gente deixar a mesa arrumada de um dia pro outro e de chover muito durante a noite e as vezes tem alguma goteirinha, que a gente num, né, num tinha noção que pingava bem em cima da mesa e a gente teve de troca, perde toda aquela papelada [...]DSC 11

Ao lado direito há uma escrivaninha sobre a qual se dispõem dois telefones e em suas gavetas são guardados impressos, materiais de escritório, livros de registros de exames, tabela com códigos de exames, laudo cirúrgico e otoscópio. Neste local não há privacidade nas orientações ou qualquer outra informação mesmo sigilosa.

6.2.2 Os atores da recepção

Na recepção trabalham um escriturário que exerce suas funções exclusivamente neste espaço, durante oito horas diárias, o enfermeiro, auxiliares e técnicos de enfermagem que atuam também em outros espaços da unidade, eventualmente a auxiliar odontológica, e a

auxiliar de serviços gerais, que executa suas atividades de limpeza e organização na recepção e se estiver sozinha na recepção atende o telefone ou fornece alguma informação ao usuário e/ou avisa o pessoal da enfermagem e a escriturária sobre sua presença.

6.2.3 Processando o trabalho na recepção

O modo de atuação neste setor inclui: atender o público; abrir prontuários; encaminhar as consultas médicas, e usuários aos outros setores; informar sobre o funcionamento da unidade e de outras unidades, dia e horário do agendamento, para outros médicos que atendem em outras unidades, ou horários para realização de exames; retirar de prontuários para consulta e arquivar os mesmos; preencher cabeçalho de prontuário; preencher e carimbar exames e receitas; agendar consultas internamente e nas outras unidades quando solicitado pelo usuário; arquivar resultado de exames, entregando os mesmos aos usuários; atender telefone; controlar a assinatura da folha de ponto, para o envio mensal à Secretaria da Saúde; preencher as planilhas de requisição de material; receber papéis e materiais vindos da secretaria ou de outras unidades e orientar pós consulta.

O prontuário do usuário contém uma folha com cabeçalho, onde são registrados dados pessoais de identificação, cor/raça, estado civil, profissão e depois segue em branco até a metade da folha, a partir daí tem uma linha para ser preenchida com dados antropométricos e sinais vitais, segue um espaço em branco até o final da folha, no verso estão impressas linhas para registro de novas consultas médicas, de outros profissionais ou procedimentos e condutas que sejam realizados com o usuário por ocasião da consulta. O prontuário, na grande maioria das vezes, é utilizado quando o usuário vem para consulta médicas, se o usuário vem na unidade para outro procedimento como curativo, coleta de sangue, vacinação, aplicação de medicamento não é registrado no prontuário. Exceção feita aos prontuários das crianças que estão no programa Viva Leite e Bolsa Família onde são registrados peso e altura mês a mês. Quando o usuário vem à unidade pela primeira vez, preenche-se o cabeçalho do

prontuário, um cartão índice para arquivamento e um cartão de controle geral que é entregue ao usuário onde é registrado o seu número de prontuário daquela unidade, na capa, que possui espaços identificados para registro do número de prontuário de todas as outras unidades. Este cartão controle geral é dobrado em três partes, internamente possui colunas onde podem ser anotados datas de retorno. Ao ser entregue ao usuário é solicitado para que o mesmo sempre o leve quando for marcar ou consultar nesta unidade ou nas outras, para que o atendimento seja mais rápido.

Após situar em níveis gerais alguns aspectos da recepção, prosseguimos neste estudo caracterizando como se dá o atendimento ao conjunto de usuários, que conforme encontrado em Almeida, 1991, mostra um modelo de assistência onde predomina o da “consulta”.

6.3 A chegada do usuário na unidade e o compromisso do trabalhador

Os usuários chegam à unidade e formam fila única por ordem de chegada, do lado de dentro do portão de entrada, mas fora do prédio da unidade, em dias em que não há agendamento há formação de fila do mesmo modo e no mesmo local. Este local é desprovido de abrigo contra chuva. É possível garantir a esses usuários que quando chova eles se protejam dentro da unidade pelo fato do vigia da escola ter a chave do posto e ter autonomia para abri-lo, embora a chuva não seja a única intempérie a que os usuários estão expostos. Apesar das condições não tão apropriadas, entendemos que há pelo menos a preocupação, com os usuários, de proteção contra a chuva, autorizando o vigia a abrir a porta do posto para que os usuários possam aguardar em local protegido. Entendemos que as improvisações são necessárias, no entanto, este já é um dos aspectos arquitetônicos que merece destaque ao se pensar no momento de planejar a construção de uma planta específica deste tipo de serviço de saúde, principalmente para facilitar o processo de trabalho comprometido com a produção de cuidado.

Outro aspecto nos chama a atenção também ao retratarmos essa chegada do usuário ao posto e pode ser evidenciado no DSC₁₁, revelando que o usuário é tomado como um conjunto homogeneizado, demonstrando não haver preocupação com as particularidades/singularidades

Quando era dia de agendamento o pessoal chegava por volta de três horas quatro horas, mas agora não, acredito que eles chegue por volta das cinco, cinco e meia, vem antes do posto abrir. A maioria dos dias eles já tão tudo animado, sabe, já começa o dia tipo cinco seis horas da manhã tá escuro mas já começa naquele pique, né, DSC₁₁

O agendamento é um trabalho da recepção que funciona da seguinte forma. O enfermeiro folheia as agendas de cada médico e vê até que dia as consultas estão marcadas, a partir desta informação estipula um dia, que será o dia do agendamento para as novas consultas; este dia é escrito num quadro de avisos que fica fixado na recepção, para o conhecimento de todos os trabalhadores e da comunidade que frequenta a unidade. Os interessados no agendamento podem vir no dia estipulado e marcar pessoalmente sua consulta, podem enviar alguém para agendá-la, assim como podem ligar de sua residência a partir das 12 horas. Como esta unidade possui atendimento especializado, é muito comum pessoas que moram em outros bairros, precisarem agendar consultas, então elas podem fazer o agendamento indo na unidade de saúde mais próxima de sua residência e solicitando que o trabalhador desta unidade ligue e agende sua consulta, nestes casos o agendamento por telefone pode ser feito pela manhã. Entretanto a prioridade de agendamento é dada para quem está na fila, portanto se o telefone toca de outra unidade solicitando um agendamento, o trabalhador que atende pergunta às pessoas que estão na fila: - Quantos tem para agendamento com dr Z, levantem a mão. As pessoas se manifestam e após uma rápida estimativa o trabalhador calcula um tempo de forma empírica e diz ao colega da outra unidade: - Me liga daqui “tantos” minutos que ainda tem muita gente na fila, dando prioridade a quem está na fila. O horário de agendamento é o mesmo do funcionamento do posto.

Nesta fase do processo de trabalho no Posto de Saúde, será necessário olhar para ferramentas gerenciais/organizacionais que tenham potencia para instituir formas que permitam mais conforto para o usuário e ao mesmo tempo avaliem as prioridades clínicas, e nesse sentido o Pacto de Atenção pela Saúde, regulamentado em 22 de fevereiro de 2006 Brasil (2006), nos oferta essa organização através do Complexo Regulador. Esta ferramenta precisa ser acompanhada de uma política de gestão de educação em saúde possibilitando aos trabalhadores, bem como aos estudantes refletirem e reverem as práticas de saúde e a produção do seu processo de trabalho.

Nos dias de atendimento, independente do agendamento, inicialmente é feito uma fila única, por ordem de chegada, um trabalhador se dirige à sala de coleta de sangue e dois trabalhadores se aproximam do balcão um ao lado do outro e um deles fala:- Quem veio para colher sangue, vem deste lado do balcão, aqui na minha frente. Os s saem da fila única se colocam na frente do trabalhador que estende a mão e pega o pedido de exame que o usuário está oferecendo, verifica o preenchimento, a data de agendamento e as assinaturas. Após este procedimento, diz ao usuário:- Pode aguardar, que daqui um pouco chama. Depois de recolher todos os pedidos leva-os até a sala da coleta ou o trabalhador que irá coletar o sangue vem buscar os pedidos. Nos DSC 11 fica muito explícito a preocupação com o procedimento coleta de sangue, como podemos ler:

Chego no posto se for eu que entro às seis ,né, sempre tem um colega também, assina o ponto,né, já assim abro as janelas né, porque ta tudo fechado, né, ou então daí a gente entra as duas juntas,...aí se for eu mesmo, que for colhe o sangue, né, vamos supor eu se for eu que chego primeiro, daí eu fico na recepção até a outra colega chega, né tipo sete e meia, sete, sete e meia depende.

Dou uma adiantada junto com ela (aquela que já junto às 6:00hs chegou) ali na recepção e aí depois eu já vou pra coleta, porque a coleta tem que ser feita logo de manhazinha também porque a gente tem horário, né... mas é assim nesse ritmo...porque sempre tem umas pessoas que vem pra coleta, tem as que já tem a consulta agendada, né aí eu pergunto,né, se tem alguém que é pra coleta, já separo, né, faz uma filinha pra quem vai colher sangue, vou pegando os pedidos, os pacientes já vão, vejo o que não ta assinado, peço pros paciente assinar, já vou separando, já levo pra enfermeira que ta na coleta, né...a gente ai analisando , né, se tá preenchido direito, se não ta, se tem que assina, se não tem...DSC₁₁

Na leitura deste fragmento pode-se notar uma preocupação com uma rotina sistematizada que não deve ou pode ser alterada, por conta da rotina e da interligação deste trabalho com outras estruturas organizacionais, ou seja, o laboratório para onde os exames são encaminhados, entretanto aparece uma preocupação com o preenchimento adequado como um cuidado para a efetivação do exame não permitindo atrasos ou prejuízos ao usuário.

Mesmo predominando essas características de homogeneizar as pessoas, é possível verificar que há “brechas” potencia para recorrer a fila significa organizar uma certa entrada das pessoas, por outro lado ela também pode significar reprodução dos protocolos e normas estabelecidos, no entanto ela pode ser uma fila diferenciada respeitando as singularidades do usuário e possibilitando que os trabalhadores imprimam um atendimento personalizado e não privilegiar só o estabelecido. Para o trabalhador pode significar um não comprometimento e acomodação no processo de trabalho ou ainda, desumana para o trabalhador, quando a rigidez da instituição leva a bloquear a criatividade e o envolvimento e a co responsabilidade do trabalhador, para instituir práticas mais individualizadas, considerando as particularidades das pessoas.

A fila pode adquirir, portanto, uma dimensão desumana, e para explicar nossa afirmação recorreremos ao texto de Deslandes(2004) ao afirmar que:

...o hospital moderno teve como marca histórica de constituição organizacional impor aos “pacientes”o isolamento, a despersonalização e a submissão disciplinar de seus corpos(e subjetividades) a procedimentos e decisões que sequer compreendem.....(Deslandes,2004, p.09).

Concomitantemente na fila ao lado é feito o atendimento das pessoas que vieram para as consultas. As pessoas são atendidas uma a uma sendo abordadas impessoalmente pela escriturária ou pela enfermagem dizendo:- O sr? A Sra? Ou o que é o seu? Ou ainda: - O próximo.

O usuário fala para qual médico está agendado, raramente se refere à clínica, o trabalhador confere a existência do nome na agenda e pergunta: Trouxe seu cartãozinho? Se

o usuário possui cartão de controle geral, o trabalhador o pega e vai até as estantes onde estão os envelopes com os prontuários retira o prontuário do envelope colocando sobre o balcão, devolve o cartão e diz: - Pode aguardar. Se o usuário esqueceu seu cartãozinho, o trabalhador vai até o arquivo de cartão índice de identificação, verifica o número do prontuário e vira-se para a estante para retirada do mesmo. No caso do usuário referir que perdeu seu cartão ou ser a primeira vez que consulta na unidade é fornecido novo cartão, com o respectivo número de prontuário. Para preencher o cabeçalho do prontuário do paciente que vem pela primeira vez, não é solicitado nenhum documento ou comprovante de endereço, (conta de luz, água, etc) não sendo necessário morar na área de abrangência do posto mesmo que venha para ser atendido nas clínicas básicas (ginecologia/obstetrícia, pediatria ou clínica médica) Aqui o princípio da universalização é o que rege o acesso, no entanto, perguntamos o que leva os trabalhadores não se pautar pela diretriz organizativa da regionalização? Conhecem essa diretriz?

O SUS tem como um dos seus princípios a regionalização do atendimento, que procura garantir o acesso as clínicas necessárias ao usuário e o mais perto dele possível. Nesta unidade o que é possível percebermos pelo conhecimento que temos da rede municipal é que este princípio da regionalização não é respeitado. Entretanto não podemos dizer que isto é desvantajoso, pois o usuário pode criar vínculo e este será respeitado, prevalecendo o princípio da universalização sobre o princípio da regionalização.

Nesta fila também ficam pessoas que aguardam desistência, caracterizando a demanda reprimida. Quando chega sua vez, o usuário diz: - Vim dar o nome para desistência com DR K. O trabalhador pega a agenda e anota o nome do usuário, abaixo dos nomes já agendados dizendo: - Pode aguardar. Nas desistências também é respeitada a ordem de chegada. Algumas vezes o usuário pergunta se tem a chance de ser atendido, então o trabalhador

explica que só poderá dar certeza quinze minutos antes da consulta. A organização desta demanda reprimida é caracterizada pelo seguinte trecho do DSC:

Faz uma outra fila pra quem veio pra consulta, já atende o pessoal, separa os outros pacientes que veio para aguardar desistência.DSC 11

O Dr. X atende vinte crianças por dia, então até o pessoal, tá pra chega das sete, sete e meia, até sete e meia se o pessoal não chega, esses vinte que tão marcado, eu pego os que tão aguardando uma vaga, que vem seis horas da manhã deixa o nome na espera e... assim que falta alguém dos que tão marcado com antecedência eu encaxo esses que tão na lista de espera.
DSC₁₁

Os usuários agendados são aguardados até quinze minutos do horário previsto para a chegada do profissional médico, não chegando dentro deste prazo, são chamados os usuários da desistência, nominalmente um a um e procede-se como o usuário agendado. Quando terminam as vagas ou se não há ausências, o trabalhador pergunta alto:- Quem está aguardando desistência com Dr K? As pessoas se levantam e dirigem-se até o balcão e o trabalhador diz: - Não sobrou vaga para o Dr K. Se vocês quiserem podem vir tentar amanhã de novo.

Mais uma vez, podemos verificar que a racionalidade da ordem de chegada, que define o atendimento, não é pautada nem mesmo na racionalidade científica, fundamento do pensamento predominante do modelo hegemônico. A definição do atendimento dos usuários não agendados não se dá nem pela doença e nem mesmo pelo doente, mas sim pela lógica da ordem de chegada e do horário. Esta forma de atuar precisa ser repensada, se o projeto for se afastar da produção de procedimento e se comprometer com a produção do cuidado. O texto 1 - O modo hegemônico de produção de cuidados – da Unidade de aprendizagem Trabalho e relações na produção de cuidados, do Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde de 2005, traz contribuições significativas para promover reflexões sobre a possibilidade:

...desenvolver arranjos institucionais que estimulem o vínculo, a responsabilização, o conhecimento dos profissionais da realidade de vida dos usuários bem como possibilitar espaços coletivos para troca de saberes, para a reflexão dos referenciais que orientam as práticas, para a análise e avaliação dos sentidos das ações produzidas são alguns caminhos para a

construção de cuidados e de processos de educação em permanente em saúde. (BRASIL, 2005, p.62)

Esta demanda reprimida fica registrada na agenda diariamente, sendo eventualmente solicitada pela secretaria, embora a demanda que não chega a ir até o posto seja desconhecida. A organização do processo de trabalho nesta fase mostra preocupação com a demanda reprimida, em abrir possibilidades para atendimento daqueles que não estão agendados, em organizar essa oferta com uma lógica de justiça, no entanto, o processo mais uma vez tem a conformação de uma prática mecanizada e a expressão de uma ação mais limitada em relação ao acolhimento. Deixando de se explorar outras necessidades que pudessem ser acolhidas para além da consulta médica. Assim pensamos que a ordem de chegada pode caracterizar imediatamente justiça, no entanto será que somente este critério pode ser considerado como justiça, sem considerar as singularidades das pessoas que demandam por assistência. Acreditamos que se faz necessário investir em problematizar com os trabalhadores e com os usuários sobre a organização e assim construir em conjunto as decisões, continuamente .

Vale observarmos que quando alguém da secretaria solicita dados sobre demanda reprimida, somente são solicitados as representações numéricas e com as quais, os trabalhadores não conhecem de que forma e para que serão utilizados. Isto pode gerar uma sensação de que a responsabilidade pela demanda reprimida, não passa pelo compromisso do trabalhador, contribuindo para a alienação e o trabalho parcelar na saúde.

Durante o processo de observação realizado em cinco dias consecutivos no período da manhã, foi possível perceber que uma única vez a recepção ficou sozinha, um período de aproximadamente quinze minutos, durante o qual os trabalhadores estavam em outras atividades e a trabalhadora Gerânio justificou sua ausência para ir ao sanitário. Esta atitude de co- responsabilidade e atenção vai ao encontro dos fragmentos do DSC onde lemos:

E o balcão que a gente não pode abandonar, né, porque sempre ,tem gente chegando tem gente saindo do consultório a gente tem que preencher ficha preenche exame, né, explica, né porque as vezes são várias, uma em cada lugar, né então, num....DSC 11

A gente não fica com tempo ocioso é incrível, ta sempre fazendo alguma coisa, é incrível, mas não tem...DSC 11

Neste período de ausência de Gerânio chegaram três usuários, eles ficaram olhando para mim e pude notar uma expressão de curiosidade e indagação sobre a possibilidade de atendê-los. O observador do campo, deve garantir a isenção da interferência mas não é possível, na maioria das vezes, ser indiferente à espera do outro ou neutralizar a figura de quem aguarda um atendimento, não há como manter-se isento de forma completa e absoluta, então interfere no campo perguntando o que necessitavam e se era possível aguardar o trabalhador da recepção. Todos responderam que aguardariam o trabalhador. Ao voltar, o trabalhador atendeu os usuários e expressou que só havia saído, por contar com a minha presença na recepção; atitude que revela traços de responsabilidade e compromisso com o usuário e que vão ao encontro da produção de cuidados.

Outra atitude que revela a preocupação com o usuário presente na recepção é o fragmento do DSC sobre o atendimento do telefone, sendo possível confirmar a preocupação e cuidado com o usuário. O trabalhador demonstra interesse nas duas ações a de atender o usuário que está no balcão e a de atender a pessoa que está do outro lado da linha. Observemos os dizeres que confirmam esta interface.

Se a gente está disponível, né, não vejo porque, deixar o telefone, né tocando. A gente atende, às vezes se eu to sozinha, eu peço, né, licença pra pessoa, aí eu atendo né, eu resolvo e volto a atender a pessoa novamente. E as vezes acontece também de tocar os dois ao mesmo tempo, é. Toca os dois telefones, aí a gente pede um minuto por favor, atende um, depois atende outra pessoa, né, e vai dando um jeitinho...DCS 11

Esta atitude em se preocupar concomitantemente com aquele que está presente na recepção e com o usuário direta ou indiretamente, que está acessando o serviço via telefone merece destaque enquanto uma ação cuidadosa, o que indica ser em direção oposta ao relato de Starfield,(2002) que ilustra em sua obra o descaso que ocorre quando um usuário busca orientar-se acerca do acesso a serviço de saúde via telefone. Reafirmamos a crença que temos

possibilidades de desenvolver ações que conformem um processo de trabalho centrado no usuário, desencadeando reflexões também à partir dessas considerações.

6.4 O objeto de trabalho – os usuários.../ os procedimentos...?

6.4.1 Os Usuários /Os Procedimentos

Para fazer uma análise de como os trabalhadores consideram e se apropriam do seu objeto de trabalho, na entrevista selecionamos as respostas referentes à pergunta “O que você faz aqui na unidade” que funcionaram como referencial para esta análise.

Neste caminho algumas colocações do DSC foram muito contundentes quando evidenciam o que o trabalhador toma como seu objeto de trabalho. Note-se neste fragmento de DSC₆ :

Eu faço tudo, atendo balcão, ajudo na recepção, abro ficha pegando todos os dados, data de nascimento, endereço, faço pré-consulta, vacina, orientação, organização, solicito material quando tem falta, curativo, visita domiciliar, cuido dos papéis, arquivo fichas, injeções, medição de pressão, converso com as pessoas , inalação, meço e peso as crianças, oriento, colho papanicolau, limpo, faço café, lavo material do dentista, esterelizo material, faço cartaz pra por na parede e atendo telefone. DSC₆(grifo nosso)

Este fragmento do DSC₆, com exceção do trecho “converso com as pessoas” deixa claro que o homem não aparece como objeto de trabalho, sofrendo o que os autores dizem de coisificação, ou seja, atende-se o balcão, faz-se de tudo, com e para alguma coisa, não para alguém.

Como dito anteriormente, a recepção de uma UBS, não é o único local onde poderia ser investigado como o objeto de trabalho, no entanto neste estudo é o local definido para investigação e onde podemos notar de forma clara a organização parcelar e a fixação do profissional a uma determinada etapa de atendimento, que na maioria das vezes não permite acompanhar o processo de assistência do usuário. Isto nos leva a refletir sobre o que traz alguns autores

Na verdade, se o profissional não se sente sujeito ativo no processo de reabilitação ou na trajetória de invenção de programas para debelar um problema..., ele não somente perderá o contato com elementos potencialmente estimuladores de sua criatividade, como tenderá a não se responsabilizar pelo objetivo final da própria intervenção, ou seja, pela recuperação do paciente ou pela promoção da saúde de uma comunidade. Nestes casos, a tendência, no melhor dos sistemas gerenciais, será comprometer o profissional apenas com a realização adequada de algum procedimento e ponto final.

Não há vocação que resista à repetição mecânica de atos parcelares. Trabalhar em serviços de saúde assim estruturados costuma transformar-se em suplício insuportável.(CAMPOS apud MERHY, 2002, p.234-235)

Nos fragmentos dos DSC colocados no início deste texto deixa-nos com a impressão que o objeto de trabalho para o trabalhador são os procedimentos necessários e executados, na unidade, para dar conta das necessidades dos protocolos existentes e das outras práticas que se articulam com a recepção, dentro deste modelo clínico. Neste particular podemos citar a consulta médica como um dos principais focos da recepção, sendo sua ação parte do processo do trabalho médico, assim como as ações da enfermagem. Em Almeida (1991) encontramos o seguinte texto que fortalece este olhar para a consulta médica:

[...] E caberá ao médico a apropriação do momento mais intelectual do trabalho (diagnóstico e terapêutica) e assim será o agente hegemônico deste processo. Os outros trabalhos que se agregarão a este serão igualmente necessários, mas como homens reproduzem a estrutura de classe social no trabalho, o médico garantirá o espaço de poder sobre o conjunto dos outros trabalhos.
A enfermagem... sua ação é um instrumento de trabalho médico que "cuidará" ou fará "cuidar" do corpo doente(ALMEIDA,1991,p.13)

Neste processo de trabalho pensamos como o trabalhador esta sendo produzido, e ao mesmo tempo, esse trabalhador vai conformando um modelo de atenção afastando-se das tecnologias leves. Esse processo conforma uma prática de atenção, que também vai conformar um certo jeito do trabalhador produzir essa prática, portanto precisamos, a partir do cotidiano produzido, criar espaços para refletirmos a nossa prática e (re) construí-la na direção de uma atenção compromissada com o usuário. Merhy, (1994) nos encoraja irmos por esse caminho quando afirma

"O cotidiano é uma ótima matéria prima para se trabalhar a realidade e criar o novo. Existem perspectivas diferentes desse abordar o cotidiano. Se temos uma postura passiva, de um peixe dentro de um aquário, circunscrito em si mesmo, seguiremos sempre na mesmice. Mas, se fizermos sobrevãos

por cima de nosso aquário, teremos uma possibilidade nova de recriar e abstrair a realidade, problematizando-a" (MERHY, 1994)

Sabemos que será preciso investir em diversas dimensões do processo de trabalho, ou seja, em micro políticas das relações. E quanto aos nossos posicionamentos registramos que temos claro, que as iniciativas aqui aclamadas, não significam que estão sendo desconsideradas aquelas referentes a outras esferas de governabilidade. Ressaltamos ser os espaços do cotidiano uma excelente matéria prima para se problematizar e buscar compreender o processo de trabalho que conforma e é conformado pelas políticas sociais vigentes e o uso dos instrumentos adotados serem coerentes como o modelo hegemônico. Ao se ter esse caminho percorrido e reconhecido na produção dos serviços de saúde, pensamos ser mais “fácil” entender os projetos em disputa no cenário e assim, estarmos mais conscientes do nosso potencial criativo e crítico para reconstruir nosso processo de trabalho em saúde, em diferentes momentos do panorama político.

6.4.2 O homem/usuário. onde encontrá-lo?

Nas respostas apresentadas pela pergunta objetiva cuja intenção era saber qual o objeto de trabalho do trabalhador da recepção identificamos o mínimo do homem/usuário, surgindo no DSC₆ um pequeno trecho, entre outros que consideram tantas outras coisas como objeto de trabalho que não o homem:

[...] converso com as pessoas[...] DSC₆

Contudo isso não significa que em outros momentos do processo de trabalho não haja este reconhecimento. Até porque, o usuário é um dos elementos constitutivos do processo de trabalho na recepção, onde as relações humanas se sobrepõem às técnicas. O que surpreendeu, foi perceber que, para o trabalhador o homem/usuário como objeto de trabalho não é claro.

Nas respostas oferecidas à pergunta “Como você trabalha?” possibilitou em vários momentos a revelação do homem/usuário como objeto de trabalho e o reconhecimento pelo

trabalhador do potencial de organização e responsabilidade que advém do usuário, evidenciado por este trecho do DSC 11:

[..] e eles são muito assim organizados. A gente abre às seis, mas assim tem muitos, né, então a gente não tem assim noção de quem chegou primeiro, né, mas eles se organizam, a gente já orienta, né, quem chegou primeiro, e eles assim, a maioria, é muito difícil dá problema que eu me lembre de manhã que eu entrei cedo nunca deu, problema assim nesse sentido de um querer tomar a frente do outro, sabe, aí a gente vai atendendo por partes...né.DSC 11

É reconhecido mais uma vez neste trecho que se o trabalhador for estimulado a perceber que pode construir entre eles e junto aos usuários um trabalho coletivo, onde possa ser compartilhado as decisões na perspectiva da co-responsabilidade, do vínculo, do exercício de autonomia será possível se obter um trilhar um caminho mais prazeroso e \produtivo.

É notória a preocupação do trabalhador com a possibilidade do usuário que ficar “perdido” dentro do posto de saúde, o que pode ser identificado no trecho do DSC11:

A hora que eu chego no balcão pergunto: - “ Tem alguém que tem consulta agendada pra hoje, né, que não veio...”Aí tem sempre um ou outro perdido, né, riso, que as vezes eles chegam e senta, aí eles não vem, né, no balcão, aí se tiver alguém a gente já vê se ta agendado, já faz, abre a ficha, se tiver prontuário a gente já pega e já vai separando, né, porque são vários médicos e eles atende tudo na parte da manhã né,...DSC 11.

Ficar perdido pode significar ficar sem atendimento médico, e nesse caso, a preocupação esta centrada em garantir que o usuário não deixe de ser atendido pelo médico por não ter sido identificado para essa demanda estando ali presente, no entanto, não registrada. Como o trabalhador médico... *atende tudo na parte da manhã né.. DSC 11.*, ficar perdido pode significar para os outros trabalhadores que operam seu trabalho em período integral também ficarem perdidos, uma vez que o recurso mais utilizado no modelo em curso, a consulta médica faltará, deixando de fazer parte da caixa de ferramenta naquele período. Chegamos a nos perguntar – se houvesse a presença do trabalhador médico em período integral, será que essa preocupação em identificar os perdidos aconteceria da mesma forma? Não temos como responder essa questão, uma vez que não exploramos a possibilidade, mas deixamos aqui nossa dúvida registrada pois as duas situações levantadas – preocupação com o usuário e

preocupação com o usuário como forma de não deixar o trabalhador perdido são possíveis. Quiçá essa preocupação sempre exista independente dos recursos disponíveis no local específico de trabalho.

Nas leituras e recortes para a montagem do discurso do “Como você faz o seu trabalho?” demonstra a preocupação com a supremacia do homem sobre o instrumento de trabalho telefone evidenciada pelo fragmento do DSC₁₁

Se toca o telefone eu to atendendo a pessoa, primeiro eu atendo a pessoa, né, que tá lá no balcão, aí depois eu atendo o telefone. DSC₁₁

A gente atende, às vezes se eu to sozinha, eu peço, né, licença pra pessoa, aí eu atendo, né, eu resolvo e volto a atender a pessoa novamente. E às vezes toca os dois ao mesmo tempo, é. Toca os dois telefones, aí a gente pede um minuto por favor, atende um, depois atende outra pessoa, né, e vai dando um jeitinho. DSC₁₁

É notável a naturalização em descrever as ações técnicas processadas no atendimento ao usuário que chega à recepção, e o quanto capturado pelo trabalho morto está o trabalhador. Por outro lado é possível acreditar na potência a ser explorada nesse cotidiano quando vamos nos aproximando mais desses trabalhadores. Durante o período de observação pudemos detectar ações comprometidas com a atenção ao usuário. Nessas “pequenas” iniciativas é que pensamos que devemos investir, pois aí existem grandes energias de criatividade, de produção, as quais precisam ser matéria prima do trabalho vivo em ato.

6.4.3 O usuário cuidado através do ambiente

Ainda dentro desta perspectiva, encontramos a preocupação do trabalhador com a higienização do ambiente como algo feito para o outro. Juntamente com cuidado com relação à necessidade de recurso material ao usuário. Note-se nos fragmentos dos DSC o seguinte:

Eu coloco a luva vou catar os lixo, e aí eu vou fazendo meu serviço, lavando os banheiro, passando vax na mesa, e aí vai, fazendo limpeza geral, dou manutenção, arrumo consultório, limpo. DSC₆

[...] na saúde e importante uma repartição limpa. DSC₇

Aí eu aviso, tão todos sentados, olha gente na hora que você precisa de papel higiênico, tá lá, na frente, vocês vão lá e pega, porque a gente deixava no banheiro e quando a gente ia vê tava molhado, umas pessoas

jogavam até no vaso, entupia, né, quer dizer é uma coisa que num.. e ta funcionando bem assim, viu... DSC₁₁

Ressaltamos aqui o trecho do DSC₇ onde o trabalhador processa a limpeza do posto destacando que o produto do seu trabalho está centrado no usuário.

quer dizer eu acho que o que eu faço é muito importante, porque é duro ce chega numa repartição pública e acha sujeira, banheiro sujo né, então eu acho, ich! eu do muita importância pra isso sabe.DSC₇

No trecho acima também é possível perceber que o trabalhador acredita que os usuários tenham autonomia para pegar o material para ir ao banheiro e devolvê-lo , criando um vínculo de responsabilização com o que é da unidade, portanto público e de todos, e que deve ser cuidado e conservado.

No modelo predominante de atenção essas ações pouco são valorizadas, ou mesmo são imperceptíveis, por outro lado pode ser através de iniciativas onde se dê visibilidade a essas “pequenas” ações que despertem a reflexão para quem estamos produzindo no trabalho.

6.5 O instrumentos de trabalho

6.5.1 Rotinas estabelecidas.

As leituras feitas dos DSC evidenciaram a execução de uma rotina estabelecida, que se apoia num determinado saber, que acreditamos tenha sido adquirido na vida acadêmica, que são os conhecimentos técnicos, para operação das tecnologias duras e o aprendizado de um saber cotidiano introjectado no decorrer dos anos de trabalho, e que se refere às regras organizacionais da instituição. Estes saberes técnico - organizacionais são consideradas as tecnologias leve-duras.

No cotidiano do Posto percebemos também a utilização de uma outra tecnologia, aquela que é produzida e reproduzida em ato, que pode ser utilizada isoladamente ou em conjunto com as outras tecnologias, é a tecnologia leve. Esta tecnologia que permite ou não a abertura ao vínculo e a responsabilização e que permeia a relação entre os sujeitos. Ela pode ser, no

entanto reproduzida em série, com a tendência de homogenizar as pessoas, colocando-as todas do mesmo lado, seja este lado tendo tudo bom ou tudo ruim, ser adequado ou inadequado, isto não importa, o importante é cumprir a regra, as normas, os protocolos, para todos os usuários de maneira padrão, não se considera as individualidades. Observemos esta colocação destacada no DSC¹²

A gente procura ter o mesmo padrão, falar a mesma língua, né, pra não ser diferente, aqui a gente tem que ser uma equipe, porque hoje sou eu que vou atender, amanhã é minha colega, se eu falo uma coisa e ela fala outra, então a gente tem que fala sempre a mesma língua porque é o mesmo procedimento é a mesma coisa, é a mesma regra pra todo mundo, assim ele sente confiança. DSC¹²

Embora não seja objeto de análise deste estudo, queremos destacar deste fragmento o seguinte trecho “aqui a gente tem que ser uma equipe” e resgatar de Fortuna (1999), sobre o tema, equipe de saúde, quando a autora aborda as três possíveis vertentes agrupadas a partir de seu levantamento bibliográfico, ou seja, três modos de pensar e considerar o trabalho de equipe, isto é, pelas relações, pela interdisciplinaridade e pelo resultado.

Pela lente das relações as equipes são vistas a partir dos conceitos da psicologia, alguns visando também a produtividade, eficiência e eficácia, analisando as equipes pelas relações interpessoais e pelos processos psíquicos.

Na interdisciplinaridade estão os estudos que trazem a articulação dos saberes e os que discutem a divisão técnica e social do trabalho.

E pela ótica do resultado há os grupos que tomam as equipes enquanto insumo, como recurso para aumentar a produtividade, enquanto ausência de conflitos, estando nesta vertente as produções sobre equipes que focalizam a Qualidade Total.

Alem destas três vertentes, Fortuna (1999) ainda relaciona outros trabalhos que vêem a equipe como equipe-importante, equipe-meio, equipe-solução, equipe-desafio e ainda alguns textos que sugerem a necessidade de se trabalhar em equipe.

Trazemos estas considerações para argüir sob qual aspecto do trabalho em equipe este trecho do DSC₁₂ poderia ser aproximado, na ótica do proponente deste estudo e pelo contexto do fragmento do DSC₁₂, o trabalho de equipe aqui poderia se aproximar da vertente do resultado, focada na Qualidade Total.

Os trabalhadores da recepção também se utilizam de seus saberes tecno organizacionais para as relações com outros setores da instituição e fora da mesma, pelo DSC₁₂ apresentam aparentemente alguma autonomia quanto à procura de ajuda para alguma informação que deve ser repassada ao usuário. Podemos conferir esta prerrogativa com o seguinte trecho

A gente se relaciona com o departamento de saúde, os profissionais de outros setores, geralmente com todos os postos quase, a gente liga, entra em contato, se reúne, com secretaria da saúde, olha quando as vezes tenho alguma duvida sobre algum encaminhamento, pra alguma especialidade, fora de domicilio, a gente liga la na secretaria e conversa com o pessoal técnico, a gente pede uma orientação, as vezes da algum problema num exame, de paciente, a gente precisa ligar la pra perguntar como que tem que fazer a gente tem contato com outros postos todos os dias para marcar consulta, as vezes consultórios também, então a gente tem que ligar, hospital, também e praticamente todos os dias, as vezes no laboratório, se tem que marcar exames que não faz pelo SUS. DSC₁₂

É perceptível a preocupação do trabalhador, que o usuário tenha acesso e consiga realizar os exames, tratamentos indicados ou a consulta em outro local. Aqui cabe o conceito de intercessor criado por Merhy (1997), que revela que o espaço intercessor é o espaço de criação onde o resultado das relações é maior que a soma dos produtos de cada uma das partes, isto significa que o momento da execução da ação propicia a abertura de inúmeras possibilidades de respostas às demandas dos usuários, utilizando-se de todos os instrumentos disponíveis.

Aqui os trabalhadores são agentes das ações, produzem atos vivos, que possibilitam o autogoverno do seu cotidiano. Merhy apud Matumoto (1998, p.85) denomina autogoverno a atitude do trabalhador tomando decisões no cotidiano que desenham um dado trajeto, que pode não ser necessariamente aquele estabelecido pelas normatizações e regras do serviço, à partir de seus próprios instrumentos.

Embora o acolhimento não seja o objeto deste estudo, não é possível imaginar-se um processo de trabalho sem um determinado produto que deveria ser, sob a ótica do proponente deste estudo, a satisfação do usuário. Portanto faz-se mister colocar que, nem sempre é possível resolver o problema do usuário por completo, mas que a atenção dispensada, a escuta, o respeito, a valorização de suas necessidades e finalmente utilizar todos os mecanismos disponíveis para atender o usuário, são instrumentos que diferenciam extraordinariamente o atendimento, tornando-o mais acolhedor e humano. Concordamos, com alguns autores, incluindo Pinto (2004) quando traz a grande aposta de que o acolhimento pode ser o espaço de encontro entre usuários do serviço e trabalhadores da saúde, possibilitando disparar processos de interação entre esses sujeitos, sendo o homem o objeto central do trabalho em saúde, portador de necessidades, carências e sofrimentos. O que é perceptível ao proponente do estudo é que os trabalhadores em nenhum momento se referiram ao produto de seu trabalho, como sendo a satisfação do usuário ou o tomando como seu objeto de trabalho. Aparecendo claramente no quadro orientador para a análise de dados, que alguns não conseguem definir qual a finalidade de seu trabalho.

Num outro trecho do DSC aparece a potencialidade para a criação do trabalhador, como podemos verificar.

Não costumo pergunta para o paciente o que ele precisa além da consulta, mas eu acho que é uma boa , né, ta perguntando, né realmente, as vezes a gente pensa uma coisa e querem outras.DSC₁₁

Por esta revelação “*Não costumo pergunta para o paciente o que ele precisa além da consulta, mas eu acho que é uma boa também nos leva pensar*” nos leva a pensar o como esse processo de trabalho, que vem sendo desenvolvido no cotidiano, engessa o trabalhador, pois uma pergunta desta investigação foi disparadora desta reflexão. Será que não precisamos investir em nos perguntar o que estamos fazendo, como estamos fazendo e para que estamos fazendo de forma mais contínua e em espaços coletivos?

6.5.2 Recursos Materiais

Ao ouvir a pergunta “Quais são os recursos/contatos que você utiliza para exercer o seu trabalho?” as respostas sempre se reportaram a instrumentos concretos, ou melhor, pelos conceitos de Merhy (1994) sempre a tecnologias duras. É possível confirmar esta tendência no seguinte fragmento do DSC₁₂

No sentido material, o que a gente usa é transparência no caso do papanicolau, do próprio espêculo, mostrando, orientando, outras vezes não usa material mas através de livros mesmo, de dados, livro pra orientação de vacinação, também. DSC₁₂

Em nenhum dos DSC há menção de que é necessário “o saber”. Para o trabalhador os instrumentos ou contatos, nem sequer tangem a idéia de que é necessário **saber** utilizá-los ou **saber** onde buscar as respostas adequadas e necessárias aos usuários.

Não resta dúvida, que os recursos aqui mencionados são necessários e podem facilitar o processo de trabalho, desde que estes não sejam os únicos valorizados. O trabalho morto pode capturar a criatividade do trabalhador, e com potencia para produzir um trabalho penoso.

Quando tomamos estas considerações, compactuamos com a necessidade de estabelecimento de diálogos que valorizem os usuários como um ser integral, inserido em um contexto social, considerando-os em suas individualidades, anseios, emoções, dificuldades internas e história de vida anterior e atual.

O profissional de saúde poderia se colocar como facilitador do processo, tentando buscar alternativas pautadas na promoção e prevenção da saúde e, não como um mero executor de procedimentos técnicos. Nesta perspectiva este trabalhador terá possibilidade de despertar para a necessidade de articular diversos saberes e operacionalizar uma política pública mais comprometida para quem esta política é destinada. Nesta afirmação não estamos nos posicionando que a modificação no processo se faça, simplesmente, pelas motivações dos trabalhadores, estamos sim, querendo afirmar que é fundamental o trabalhador ter espaço para compreender e ter de forma mais evidente a finalidade do seu trabalho.

6.5.3. Relações interpessoais

No palco de atuação dos atores, trabalhadores de saúde, as ações são permeadas por relações de comunicação sejam elas verbais ou não, que ocorrem dentro dos espaços intercessores do trabalhador com o usuário e do trabalhador com o próprio trabalhador; estes espaços são propícios ao surgimento de possibilidades de criação, de decisões, da verbalização de mitos, conceitos e pré-conceitos que podem moldar, mudar ou perpetuar as atitudes e ações.

Na reflexão sobre como se produzem estes momentos intercessores e a leitura exaustiva dos DSC trouxe à superfície a possibilidade de que no imaginário do trabalhador, o trabalho em equipe deve ser sincrônico, onde um deve saber o que o outro quer, o que o outro pensa e precisa, deve ser um grupo perfeito, que se encaixa e que se engrena, feito máquina de produzir procedimentos, cuja sintonia tem que estar ajustada, deve ter uma musicalidade sem “chiados, sem interferências ou ruídos” é possível afinar-se um pouco melhor um com o outro, entretanto espera-se da “música do trabalho” uma sinfonia perfeita, sem dissonâncias.

Leiamos o trecho do DSC₁₂

Tem sempre uma colega de trabalho que a gente tem um pouco mais de afinidade, eu procuro me relacionar bem com todas mas, eu num me sinto bem em pedi assim, num sei, eu tenho isso comigo que a gente é uma equipe, então um precisa vê que o outro ta precisando, acho que a gente num tem que espera o outro manda, eu tenho essa visão. Eu num consigo pedi, assim, a não ser que eu to precisando de ajuda, as vezes uma injeção, uma criança ta pulando, mas eu acho que eu num consigo manda,, assim também nem tenho essa autoridade. DSC₁₂

Concordo com Fortuna (1999, p.75), quando traz para discussão, o aspecto da dificuldade dos trabalhadores de verbalizar uns com os outros suas percepções do trabalho, porque existe a possibilidade de se trazer conflitos para a equipe. E coloca que as dificuldades de uns para com os outros não são faladas claramente, então a diferença entre um e outro acaba sendo percebida como defeito, como falta, como aspectos individuais negativos. E os trabalhadores não se dão conta que mesmo não falando abertamente sobre essas diferenças,

elas acabam sendo tomadas como tal, ou seja, como pontos negativos e acabam estabelecendo a maneira de se relacionar.

O DSC acima mostra claramente os ocultamentos das dificuldades nas relações e que não são enfrentadas, transparecendo a decisão do trabalhador em manter um certo “status quo” que pode ser ou não um acordo subentendido com a chefia do posto.

No fragmento deste trecho do DSC₁₂, ainda é possível destacar o seguinte,

Eu num consigo pedi, assim, a não ser que eu to precisando de ajuda, as vezes uma injeção, uma criança ta pulando, mas eu acho que eu num consigo manda,, assim também nem tenho essa autoridade. DSC₁₂

Neste momento nos apropriamos de Fortuna (1999, p. 63) que explicita as relações entre instituição e poder, que estão inerentemente unidos produzindo e reproduzindo relações e subjetividades. A instituição e o poder estão presentes nas relações entre trabalhadores, como possíveis forças que arranjam e desarranjam essas mesmas relações, produzindo novos desenhos de acordo com a interação dos sujeitos, do contexto e da história. Ainda em Fortuna (1999, p. 73) encontramos uma referência a TESTA na discussão das dimensões de poder na saúde, apresentando-as como sendo técnicas, administrativas e políticas.

“No caso da saúde, os tipos principais de poder com os quais lidamos serão denominados de técnico, administrativo e político. Cada um deles é uma capacidade de um indivíduo, de um grupo social, instituição que se refere, no primeiro caso, à informação, no segundo, aos recursos, e no terceiro, aos grupos sociais. Poder técnico é a capacidade de se apropriar e de atribuir recursos. Poder político é a capacidade de mobilizar grupos sociais em demanda ou reclamação de suas necessidades ou interesses.” (TESTA, 1992, p. 117 apud Fortuna, 1999).

Apoiada pela referência de Testa e Fortuna, eu diria que o trabalhador, neste discurso, não se reconhece como indivíduo de potencial técnico, administrativo ou político para mudar alguma coisa, ele não se sente autorizado para tal.

Esta mesma relação de instituição e poder pode ser subentendida neste outro fragmento do DSC₁₂.

Enquanto estou trabalhando eu estou observando. DSC₁₂

Para o trabalhador o observar não compromete, não expõe, não o faz enfrentar situações dilemáticas.

Ainda nas relações interpessoais podemos encontrar um outro DSC que traz a aparente ausência de diferenças e conflitos nas relações, onde as dificuldades das relações podem estar camufladas, num discurso pronto, onde tudo é bem colocado bem conversado.

A gente se relaciona muito bem, a gente tem um vínculo a gente tá ali na hora do serviço é profissionalismo, o relacionamento comigo é muito bom, se tem fala alguma coisa vem direto falar comigo, a gente tem assim um diálogo muito bom sem problema nenhum. DSC 12

Apoiados em Fortuna (1999) concordamos que a própria eliminação dos conflitos é imaginária, pois eles acabam se manifestando seja pelas defesas, seja pela fuga, seja na criação de estereótipos.

Dentro deste DSC encontramos as palavras vínculo e profissionalismo, que nos estimula a indagar sobre qual é o significado destas palavras para esse sujeito coletivo. É perceptível que este sujeito faz uma separação entre o que é o profissionalismo e “o vínculo” que possa ter com os outros trabalhadores. Será que para esse sujeito coletivo, se houver vínculo nas relações trabalhador/trabalhador, não pode haver profissionalismo? Sabemos da limitação imposta pelo recorte do estudo, mas é impossível não nos perguntarmos: - Será que para esse sujeito coletivo para atender bem e com profissionalismo o usuário, não se pode criar/ter vínculo?

Primeiramente vejamos o que foi possível coletar sobre a definição destas palavras. De acordo com Ferreira (1969), profissionalismo é [...] modo de ver ou agir dos profissionais e vínculo é tudo que ata, liga ou aperta; nó; liame [...]. E para Pichon-Rivière (1982 apud FORTUNA, 1999) vínculo é uma estrutura, um mecanismo de interação bi-corporal e tri-pessoal.

Se academicamente for permitido faremos a junção destas definições e diremos que vínculo é a interação que nos liga, nos ata e nos aperta e pode ou não modificar o modo de ver ou agir dos profissionais.

Seguindo este raciocínio, podemos dizer que este sujeito tem um discurso rígido, engessado onde o vínculo não tem espaço para mudar o modo de ver ou de agir. Tudo está instituído.

Nas relações interdisciplinares, destacamos o seguinte trecho do DSC

Conto com a ajuda dos outros profissionais que trabalham comigo, com a assistente social. Na própria unidade as vezes eles mesmos vão na porta, as vezes, s médicos, batem na porta, e falam:- agenda um dia pra essa paciente aqui, aí já fala ali, marca, as vezes eles fazem esse trabalho. DSC

12

O direcionamento para outros setores quando necessário é feito de forma articulada, este trecho relata que o médico já procura agendar o paciente para o dentista.

Quando o usuário tem necessidade de atendimento em outra unidade ou outras clínicas há o preenchimento de guia de referência e o usuário é encaminhado à recepção que se responsabiliza pela explicação do procedimento a ser tomado.

Embora haja uma preocupação para que o usuário seja encaminhado para outros setores que necessite, um outro DSC₁₁ mostra que estes trabalhos interdisciplinares não são favorecidos também pela organização do trabalho ou pela disposição física no posto.

O consultório da odontologia fica assim bem assim distante da recepção, né a recepção fica lá na frente e o consultório bem lá no fundo né, então a gente não tem assim não ta muito assim em contato, a gente não tem muito conhecimento sobre a parte odontológica, não sabe não conhece nada da odontologia. Oh se a gente soubé orientar a gente orienta, agora se a gente não soubé e tem a profissional que trabalha na parte odontológica se no momento ela tivé no posto a gente orienta a pessoa a ta conversando com ela que é a profissional que cuida da parte odontológica, né DSC₁₁

Há necessidade de trabalhar em projetos arquitetônicos externos e internos que comportem diversas dimensões – estética, ética, da objetividade, da subjetividade, da técnica, da política, do social para articular os vários saberes dos diferentes trabalhadores e também usuários que transitam nos espaços dos serviços de saúde.

6.6 Produto/Finalidades do trabalho.

Entendemos a finalidade como fio condutor do processo de trabalho, teleguiando-o junto com outros elementos constituintes que devem ser coerentes com a finalidade.

Assumimos como proponente do estudo que poderíamos ou deveríamos ter feito uma pergunta mais direcionada que possibilitasse diferenciar nas respostas esses dois aspectos do processo de trabalho, isto é, o produto e a finalidade que por si só, já tem potência para se entrelaçarem.

Nesse sentido, poderíamos proceder à questão – o que você produz aqui no seu trabalho e após a resposta desta, continuar com que finalidade, teríamos possibilidade de maior distinção.

6.6.1 Assistencialismo

Ao serem indagados sobre a finalidade do trabalho que executam no posto, através da pergunta “Na sua opinião para que serve seu trabalho?” evidenciamos o caráter assistencialista que os trabalhadores vêem no serviço público de saúde, verbalizando no DSC₆ o seguinte,

Serve porque a maioria das pessoas que vem aqui não tem convênio, não é todo mundo que tem condições de pagar um plano de saúde. Poder tá colaborando com as pessoas, acho que serve pro ser humano, pro público. As pessoas que passam aqui sabem muito pouco, então passo o que sei para elas. DSC₁₂

Notamos que para o trabalhador, ter acesso ao serviço público de saúde, não é um direito do cidadão, garantido na constituição, mas uma possibilidade dele trabalhador de saúde fazer o bem para as pessoas. Esta resposta provoca uma sensação de retrocesso ao processo de trabalho para a Idade Média, como o apresentado no quadro do percurso metodológico, onde era preciso sofrer e se fazer caridade para se alcançar a “graça divina” ou ainda a expectância da cura, tanto pelo usuário como pelo trabalhador não se reconhecendo como sujeitos capazes de provocar mudanças. Quem é este “ser humano” ou este “público” a

que se refere o DSC₁₂ Mais uma vez, a referência fica no geral , no lacunoso; o sujeito fica escondido, submerso, é caixa vazia que precisamos encher de conhecimento é a prática predominante de exclusão do outro.

6.6.2 Fazer Procedimentos

O quadro metodológico apresentado neste estudo nos traz um recorte do processo de trabalho em saúde na era do capitalismo, onde as práticas de saúde colocam-se para manter a força de trabalho e estão centradas num modelo biologicista que estrutura-se na identificação e na eliminação das lesões do corpo “doente” e constituída de forma científica tem que ser objetiva, precisa e exata.(CAMARGO, 1992 apud BRASIL, 2005).

Nesta linha de raciocínio encontramos no DSC₇ o trecho a seguir

Dá assistência a eles tudo, que se num tivesse a gente trabalhando aqui, eles num poderiam vim consulta, num poderiam faze injeção, num poderia faze um curativo, vem aqui procura consulta, medi pressão, coleta de sangue, essas coisa. É uma máquina, uma engenhoca, que se não tiver legal se não girar direitinho, se não tiver peça que se encaixa, num gira, num funciona. DSC₇

O processo de trabalho aqui é visto como máquina de fazer procedimentos, onde não há espaço para a subjetividade do usuário ou do trabalhador, as únicas tecnologias possíveis, eficientes e suficientes são as tecnologias duras, representadas pelo trabalho morto contido nos instrumentos (seringa, agulha, estetoscópio e outros) e as tecnologias leve-duras que é o saber a técnica para manusear estes instrumentos representado neste DSC pelo fragmento “que se num tivesse a gente trabalhando aqui”.

Esse arranjo de diversos saberes e combinação de recursos para operacionalizar um certo projeto, é conformado pela finalidade projeto e sem dúvida a coerência entre esses elementos constitutivos, tecnologias duras e leve duras, do processo de trabalho é que conformam a diretriz política do projeto. Se o trabalhador ficar alijado dessa finalidade, passa a ser alvo fácil de manipulação, ou mesmo de ser reproduzidor de políticas que muitas vezes não

são marcadas pelo compromisso e responsabilização pela saúde dos usuários; também pela preocupação com o desenvolvimento da autonomia destes, favorecendo que este vá se apropriando de diversas tecnologias, possibilitando-lhe cada vez mais ir resolvendo ou minimizando parte daquilo que lhe tem causado sofrimento.

6.6.3 Não sei

Aqui o trabalhador apresenta no seu DSC a evidencia de um vazio, uma lacuna, talvez a desilusão ou insatisfação com o processo de trabalho. Não temos a intenção neste estudo de avaliar o grau de satisfação do trabalhador, portanto não nos aprofundaremos na análise das possíveis causas deste desalento, embora não sejamos rígidos e surdos a um possível lamento evidenciado nesta resposta, que esta contida no seguinte fragmento do DSC₇

“Não sei com que finalidade” DSC₇

Aqui pode estar contido também o desconhecimento ou a ausência de um projeto, e de sua finalidade, ainda podemos inferir sobre o (des)conhecimento para este trabalhador do processo saúde-doença ou qual a sua dimensão simbólica da saúde, conforme traz Gomes apud Fortuna (1999), o que poderá ser objeto de estudo em um outro momento.

Neste DSC vai se revelando os limites de se desenvolver um projeto de trabalho coletivo, e sim aumentar as possibilidades do projeto individual se sobrepor ao projeto coletivo e ainda dos trabalhadores serem “manipulados”.

Ao defendermos a importância de apreender a finalidade do processo de trabalho, entendemos que, esta perspectiva nos coloca em uma rota que nos afasta, ou pelo menos nos distancia de desenvolver um processo de trabalho, onde o trabalhador perde potência de ser sujeito e sim acumula energia para potencializar que o mesmo seja considerado objeto do processo.

Traremos a seguir uma metáfora do livro Alice nos país das Maravilhas de Lewis Carroll traduzida por Isabel de Lorenzo, Nelson Ascher, que para nós ilustra essa concepção.

Alice - poderia me dizer, por favor, qual é o caminho para sair daqui?

Gato - depende muito de onde você quer chegar.

Alice - não me importa onde.

Gato - nesse caso, não faz diferença por qual caminho você vá. (p.81)

Se o trabalhador não sabe a finalidade do seu trabalho, ou seja, não sabe o que, e para quem está produzindo seu trabalho, então qualquer resultado ou qualquer caminho que tome para produzi-lo ou reproduzi-lo será bom, no seu entendimento.

Ficando exposto a manipulações de diferentes interesses caracterizando ainda mais alguns aspectos da alienação no processo de trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

*Viver e não ter a vergonha de ser feliz,
Cantar, e cantar, e cantar,
A beleza e ser um eterno aprendiz.*

*Eu sei
Que vida devia ser bem melhor e será
Mas isso não impede que eu repita
É bonita, é bonita e é bonita....*

Ao iniciarmos este percurso de investigação tínhamos como diz a música; a beleza (certeza) de sermos um eterno aprendiz. E com este olhar fomos desenvolvendo as leituras apropriando-nos da parte teórica, frequentando as disciplinas, preparando-nos para a compreensão do processo de trabalho e o significado das ações desenvolvidas pelos trabalhadores da recepção.

Fomos aprendendo nessa trajetória, que o processo saúde-doença é algo construído na sociedade e na história da humanidade e que podem produzir-se e re-produzir-se em acordo ou desacordo com essa sociedade, que é composta de homens e mulheres que se transformam e podem ser produtores de alterações totais ou parciais, no seu modo de viver, portanto colocamos este estudo como resultado parcial e provisório desta experiência vivida.

Este estudo focou o processo de trabalho na recepção, procurando ruídos, brechas ou fissuras onde pudéssemos acrescentar ingredientes para que se tenha um atendimento mais comprometido com a vida. Usamos o termo ingredientes aqui não como se fosse mais um elemento numa receita de bolo, já prescrito, mas como algo que pode ser acrescentado conforme a circunstância para alterar o sabor do acolhimento. Confessamos que em alguns momentos surgiu a vontade de propor uma receita, com elementos esquadrinhados em velhos

jargões do tipo “Vamos fazer um curso disto... vamos fazer um curso daquilo...” mas a mudança deve ser mais abrangente que cursos pontuais e o potencial do trabalhador é maior.

Em todo o percurso deste estudo, nas observações livres e nas entrevistas, na composição dos DSC sempre foi possível observar este grande potencial para ações humanizadas.

Por outro lado, esta aproximação para a composição do estudo, em alguns momentos, enxergamos ou mesmo nos deparamos com ações desenvolvidas pelos trabalhadores de forma mecanizada e naturalizada, sem perguntar para que fazem? Como fazem?. Nesse sentido, acreditamos que é nesse modo de processar a atenção à saúde, que muitas vezes o ser humano deixa de ser humano e passa a ser reduzido a valores que não os diferenciam dos objetos materiais. Percebemos que o cotidiano é revelador e ao mesmo tempo pode ocultar, ao trabalhador a possibilidade da reflexão sobre o seu cotidiano. Para dimensionarmos a rotina massificante do processo de trabalho nesta unidade, apresentamos o DSC abaixo:

Aí o serviço é o mesmo, conforme vai precisando... que é das seis as cinco da tarde, então tá chegando toda hora a gente vai fazendo, uma hora tá na sala de curativo, outra hora na sala de vacina, faz a pré consulta, depois faz a pós consulta, isso até as cinco da tarde né, entrega exame é...auxilia as vezes o Dr na hora da consulta, então a rotina é essa, o dia todo chegando... de manhã a rotina é... até a pré consulta é essa rotina, depois da pré consulta vai chegando curativo, injeção, vacina, então ce vai fazendo conforme o pessoal vai chegando , né? Até as cinco da tarde, chegando as quatro da tarde a gente lê o termômetro de novo, lava todos os materiais, deixa o posto organizado... é atende o telefone, tudo mais da parte da recepção e até as cinco da tarde, mais ou menos essa rotina, deu o horário de ler o termômetro, a gente lê o termômetro de novo dá uma geral no posto, né, arruma a sala tudo de novo, guarda tudo o que tiver que guardar é a gente sempre tampa as coisas da coleta a sala e vacina de um dia pro outro aí a gente deixa tudo ajeitadinho,né, verifica toadas as portas e janelas se estão fechadas se o compressor tá desligado, se tem alguma coisa na tomada se tem luz acesa, eu costumo desligar todas as luzes, não deixar nenhuma luz acesa, tirar as coisas tudo da tomada o que pode tirar, fecho todas as janelas portas das salas tudo, né porque. É eu que vou fechar o posto , e aí eu vou embora...DSC ¹¹

Alinhavar o velho e o novo, construir espaços coletivos que permitam o trabalhador se apropriar do processo de trabalho em saúde e assim poder aumentar a possibilidade de compartilhar a construção de estratégias para viabilizar o projeto que se deseja atingir e o

trabalhador ao se reconhecer como sujeito do processo, eis aqui o desafio. Vamos continuar eternos aprendizes e assim **vale a pena continuar...**

Por outro lado uma pergunta aparentemente simples – Vocês costumam perguntar se a pessoa precisa de mais alguma coisa, produziu o DSC:

(...) não costumo perguntar para o paciente além da consulta não, acho que é uma boa ta perguntando né, realmente às vezes a gente pensa uma coisa e querem outra...(Fragmento DSC₁₁)

A entrevista semi-estruturada parece ter disparado essa reflexão o que foi para o proponente deste estudo um imenso ganho. Permitiu, mais uma vez, vislumbrar que intervenções de natureza das tecnologias leves são recursos potentes para operar transformações. Outra interface que este DSC nos oferece é que o trabalhador também precisa de espaços de comunicação, e esta precisa ser na perspectiva de provocar reflexão e não de ser prescritiva, impositiva. Também entendemos que temos brecha neste discurso que no processo de trabalho, ele – trabalhador – necessita de ser integrante dos processos decisórios.

Podemos identificar aqui o trabalho que aprisiona, o trabalho parcelar, a participação cooptada e fragmentada, mas há a possibilidade de se implantar processos que escapem dessa lógica massificada de pessoas e coisas, que podem se organizar em coletivos .

Cada vez mais é revelada a complexidade presente no processo de trabalho em saúde, e particularmente quando os vários projetos em disputa no cenário, não são de alcance dos trabalhadores, permitindo a manutenção de um processo de trabalho de forma fragmentada, mecanizada, e alienante.

Afirmamos que existe potência nos micro espaços para essa transformação, e isso nos encoraja ainda mais na defender da necessidade de investirmos na exploração da aprendizagem significativa do processo de trabalho em saúde.

O percurso é longo, seguramente interminável, para tanto, entre muitas ferramentas que precisamos incorporar nessa trajetória, uma fundamental é a das tecnologias leves, que pode

ser alcançada pelos trabalhadores, se todos atores que protagonizam essa história, gestor, usuários e trabalhador forem despertados para a educação permanente, porque como diz o trecho abaixo;

Não há vocação que resista à repetição mecânica de atos parcelares. Trabalhar em serviços de saúde assim estruturados costuma transformar-se em suplício insuportável. (CAMPOS apud Merhy 2002 p.234)

Na verdade, se o profissional não se sente sujeito ativo no processo de reabilitação ou na trajetória de invenção de programas para debelar um problema, ele não somente perderá o contato com elementos potencialmente estimuladores de sua criatividade, como tenderá a não se responsabilizar pelo objetivo final da própria intervenção, ou seja, pela recuperação do paciente ou pela promoção da saúde de uma comunidade. Nestes casos, a tendência, no melhor dos sistemas gerenciais, será comprometer o profissional apenas com a realização adequada de algum procedimento e ponto final. (CAMPOS apud MERHY, 2002. p.234).

A complexidade deste processo de transformação é imensa, portanto, precisamos ter claro que neste caminhar é necessário estar abertos a incorporar essas novas ferramentas e também nos despojarmos de outras, que já nos foram úteis, e termos a certeza que o incerto sempre nos trará possibilidades de encontrarmos outras novas ferramentas para a construir e reconstruir nossos projetos.

Durante a análise, fomos delineando algumas sugestões, para desenvolver o potencial de envolvimento e de criatividade dos trabalhadores. Entretanto, acreditamos é possível deflagrarmos um processo de mudança, dando condições de que os postos de saúde tenham incluídos no seu horário de trabalho um espaço de tempo de forma sistematizada onde possam refletir sobre o seu processo de trabalho, construindo um processo de educação permanente sobre suas práticas.

Aqueles que querem outra forma de processar o trabalho em saúde, parecem em algumas ocasiões, utópicos, idealistas, pessoas que vivem em outro mundo. A bem da verdade não vivemos em outro mundo, mas gostaríamos de construí-lo nos espaços de nossas relações, compondo micro mudanças que susterrão as macro transformações. Assim como as estrelas no firmamento que quando mudam sua posição transformam todo o universo.

DAS UTOPIAS

Se as coisa são inatingíveis...ora!
Não é motivo para não querê-las...
Que tristes os caminhos, se não fora
A presença distante das estrelas!

Mário Quintana

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.C.P.; **O trabalho da enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva** – Rede Básica de Saúde em Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 1991. Tese de Livre- docência – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP 297p.

ALMEIDA, M.C.P.; ROCHA, S.M.M. **O trabalho de enfermagem**. São Paulo, Cortez, 1997. 295 p.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução Luiz Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 1997. 225p.

BAREMBLITT, G. **Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: Teoria e prática** 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos, 1994.

BRANDÃO JUNIOR, P. S. **Biossegurança e AIDS: as dimensões psicossociais do acidente com material biológico no trabalho em hospital**. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2000. 124 p.

BRASIL. Constituição 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1989.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília. (mimeo), 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises**. Organizado por André Falcão et.al. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. 460 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Curso de formação de facilitadores de educação permanente em práticas de saúde: **Unidade de aprendizagem – Trabalho e relações na Produção do Cuidado em Saúde**. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2005.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 399/GM**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006. Consolidação do SUS e aprova as diretrizes Operacionais do referido Pacto. (mimeo). 2006.

BRUNNER&SUDDARTH. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., v.2, 9ª Edição. 2000.

CAMELO, Silvia H. Henriques, ANGERAMI, Emília Luigia Saporiti, SILVA, Eliete Maria *et al.* **Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto.** *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, ago. 2000, vol.8, no.4, p.30-37.

CAMPOS, G.W.S., Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECILIO L.C. (org). **Inventando a mudança na saúde.** São Paulo: Hucitec, 1994. Cap.1, p.29-87.

CAMPOS, G.W.S., **Um método para a análise e co-gestão de coletivos.** São Paulo: Hucitec, 2000. Cap.2, p.67-120.

CAMPOS, G.W.S., 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, 2ª ed., 2002, Parte 3, p.234-235.

CARROLL, LEWIS, **Alice no país das maravilhas.** Tradução de Isabel de Lorenzo e Nelson Ascher. Editora Objetivo

CECILIO, L.C.O. Contribuições para uma teoria da mudança do setor público. In: CECILIO L.C.O. (org). **Inventando a mudança na saúde.** São Paulo, Hucitec: 1994. Cap.6, p.235-264

COSTA, A.G.W. **Repensando a Unidade Básica de Saúde e o Distrito Sanitário.** Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, v.25, n.57, p.15-28, 2001.

COUTINHO S. S. **Atividade física no Programa Saúde da Família, em municípios da 5ª Regional de Saúde do Estado do Paraná - Brasil:** 2005. 141f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

DESLANDES, S.F. **Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar.** Revista Ciência e Saúde Coletiva, v.9, nº 1, p.7-14, 2004.

FERREIRA, A.B. DE H. **Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa.** Editora Gamma, 11ª Edição.

FORTUNA, C.M. **O trabalho de equipe numa unidade de saúde:** produzindo e reproduzindo subjetividade – em busca do desejo, do devir e de singularidades. 1999. 236f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido.** Rio de Janeiro, Paz e Terra, 18ª Edição. p.14

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em 17/07/2006. 11 horas

LEFÈVRE, F. **O Discurso do Sujeito Coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa.** Caxias do Sul: EDUCS, 2000.138p.

LEFÈVRE, F. et al; **O Discurso do Sujeito Coletivo: teoria e prática.** São Paulo, 2002.(mimeo).

MATÃO, Prefeitura Municipal de Matão, Plano Diretor, Gestão 2001-2004.

MATUMOTO, S.; **O acolhimento:** um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde. 1998. 219 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

MENDES GONÇALVES, R.B.; **Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades.** Cadernos CEFOR. São Paulo. Prefeitura Municipal de São Paulo, 1992.

MENDES GONÇALVES, R.B., **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde:** características do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo. Hucitec- Abrasco, 1994.

MERHY, E.E.; 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. 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.

MERHY, E.E.; 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: CECILIO L.C.O. (org). **Inventando a mudança na saúde.** São Paulo, Hucitec, 1994. Cap.3, p. 117-160.

MERHY, E.E.; **A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência.** Texto reproduzido de um seminário do Sindicato dos Médicos de Campinas. 1997.23f.

MERHY, E.E. **Saúde:** A cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002. 189 p.

MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 5. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec / Abrasco, 1998.

MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec; 2004. 269 p.

MISHIMA, S.M. **A gerência de serviços de atenção primária à saúde como instrumento para a reorganização da assistência à saúde** – o caso do Programa de Saúde da Família. 2003, 153 f. Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

PEREIRA, M.J.B. **O trabalho da enfermeira no serviço de assistência domiciliar** – potência para (re) construção da prática de saúde e de enfermagem. 2001, 256f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

PINTO, I.C.; RODOLPHO F.; OLIVEIRA M.M. **Pronto atendimento : a percepção da equipe da enfermagem quanto ao seu trabalho no setor da recepção**. Rev. Gaúcha Enfermagem, Porto Alegre (RS) 2004 abr; 25(1): 81-8

PNUD, **Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento**. Disponível em: <<http://www.pnud.gov.br>> acesso em 17/07/06. 9 horas.

SEADE, **Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados** . Disponível em : <<http://www.seade.gov.br>> acesso dia 01/08/2006. 9:30hs.

SILVA, A.L.A., O Hospital e o Sistema Único de Saúde: A Gestão Hospitalar na perspectiva da Micropolítica. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (org). **Textos de apoio em políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. Cap.3, p.75 - 98

STARFIELD, B. **Atenção Primária**. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia .Brasília; UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 796p.

TEIXEIRA, S. F. et al. **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo. Cortez Editora, 2ª edição, 1995. 232p.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo, Atlas, 1987.175 p.

APÊNDICES

APÊNDICE A

ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS – OBSERVAÇÃO LIVRE

Profissional

Data da Observação:

Horário-Início _____ Término: _____

Área de atendimento: Recepção

Identificação do Profissional – 1 – 2 – 3

Função:

Forma de identificação ao público:

Comunicação do Profissional

Verbal: clareza

coerência

coordenação de idéias

tonalidade de voz

conteúdo

Não verbal – expressão facial

- olhar para seu interlocutor

- ouvir seu interlocutor

- expressão corporal: movimentos suaves e coordenados

movimentos abruptos e bruscos

displícência

irritação

atenção

- executar outra atividade que não está relacionada com o atendimento que executa

Alternativas de comunicação – demonstração

- escrita

- tradutor

Barreiras

Organização e dinâmica do trabalho

Circunstâncias: - área de atendimento

- hall de espera

Identificação do problema do usuário

Mecanismos de investigação: - diálogo

- exame físico
- uso de instrumentos
- aciona outros profissionais

Mecanismos de priorização de casos: - risco

- ordem de chegada
- aciona outros profissionais
- regionalização
- encaminhamentos

Proposta de intervenção: a comunica

a coloca em prática

Recursos Utilizados: - informação/conhecimento

- tecnologia
- materiais (agendas, encaminhamentos)

Forma de execução de trabalho: - descrição

Forma de tratamento do usuário:- descrição

Uso de normatização estabelecidas: rigidamente

Plasticamente

Espaço Físico

Aspectos gerais:- barreiras físicas

- disposição de móveis e equipamentos
- limpeza
- iluminação
- privacidade
- dimensão
- acomodações (bancos, cadeiras) para espera de atendimento
- ruído:- conversas de outros usuários
 - conversa de trabalhadores
 - choro de crianças
 - telefone
 - outros

Dinâmica de utilização do espaço físico: - quem entra

- de que forma entra
- para quê entra

Próxima etapa do atendimento

Saída do usuário: - agendamento de exames

- receita medicamento
- agendamento de retorno
- saída sem passar pela recepção.

Roteiro extraído e adaptado de Matumoto (1998)

APÊNDICE B

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI - ESTRUTURADA

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 para 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. Outras Atividades de trabalhos atuais

3. Percepção de seu trabalho na Unidade de Saúde

- 3.1. conteúdo
- 3.2. Modo de realização
- 3.3. Finalidades

O que você acha do seu trabalho nesta unidade? Para que serve o seu trabalho nesta unidade?
--

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 para 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
- 6.2. Local
- 6.3. Modo de realização
- 6.4. Relações que se estabelecem
- 6.5. Recursos utilizados
- 6.6. Horários
- 6.7. Finalidades

Descreva um atendimento não típico.
Como você o atende?
Qual sua conduta frente ao caso?

7. Percepção do atendimento da unidade

- 7.1. Conteúdo
- 7.2. Modo de realização
- 7.3. Finalidades

O que você acha do atendimento da unidade?
Para que serve o trabalho desta unidade?

8. Descrição das características da população usuária da unidade.

- 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 pela unidade

Descreva as características da população usuária da unidade.

9. Relação entre seu trabalho e as necessidades da população

Por que o usuário procura o serviço?
O que a unidade oferece para este usuário?
O que você acha deste motivo de procura?
Qual sua conduta?

10) Qual a relação do trabalho na recepção com os outros trabalhos desta unidade?

Descreva um atendimento p/ um usuário tipo X
Descreva um atendimento p/ um usuário tipo Y

12) Descrição dos recursos utilizados para seu trabalho

13) Descrição das principais limitações para o desenvolvimento do seu trabalho

11) Percepção do trabalhador como sujeito

12.1. Relações de poder

12.2. Hierarquia

Como sua chefia imediata se relaciona/comunica com você?
Como a Sec. Mun. Saúde se relaciona com você?

14) Potencialidades individuais

14.1 Identificação do potencial criativo

15) Espaço livre expressão.

O que você mudaria na recepção desta unidade?

Roteiro extraído e adaptado de Matumoto (1998)

APÊNDICE C

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para entrevista semi-estruturada

Prezado (a) Sr.(a): _____

Endereço: _____

Estamos desenvolvendo a pesquisa **Possibilidades e Limites de Reconstruir a Recepção das Unidades Básicas de Saúde- (Re) Conhecendo o Trabalhador**. Este projeto tem como temática o processo de trabalho na recepção das unidades básicas, enquanto um disparador para reflexão de como se dão esses processos. Seu objetivo central é analisar a conformação da prática da recepção, apontando limites e potencialidades de reconstrução na visão do trabalhador. Enfim pretendemos analisar como se desenvolve o trabalho na recepção deste Posto de Saúde, buscando compreender as a forma como o usuário e o trabalhador deste setor se inter-relacionam nas necessidades de atendimento à saúde, diante das necessidades apresentadas pelos usuários e os recursos disponíveis no município de Matão.

Assim gostaríamos de contar com sua participação no desenvolvimento das entrevistas que serão realizadas com os trabalhadores que atuam na recepção, o que possibilitará dar sequência ao desenvolvimento desta investigação.

Sua colaboração será muito importante para a realização para a realização deste projeto. As informações/ opiniões emitidas por você não causarão nenhum dano, risco ou ônus, mesmo financeiro, à sua pessoa e serão tratadas anonimamente no conjunto dos demais respondentes; ainda a qualquer momento da realização da pesquisa, caso não seja de seu interesse a continuidade na participação, haverá possibilidade de retirar este consentimento.

Agradecendo sua colaboração nos colocamos à disposição para qualquer informação que você julgar necessária, e aguardamos o mais prontamente possível sua confirmação quanto à participação nesta pesquisa para que possamos agendar sua entrevista.

Atenciosamente.

Dra Maria José Bistafa Pereira

Profª Drª do Departamento de
Enfermagem Materno Infantil e Saúde
Pública da Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto – USP
Orientadora

Elisete Trovão de Sá

Pós-graduanda junto ao Programa
de Enfermagem em Saúde Pública da
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto USP
Pesquisadora do projeto
End: Av Rincão, 1104 – JD Aeroporto.
Matão – SP. CEP 15991-210
Tel: (16) 33823172

Eu _____

Aceito participar da entrevista do projeto de pesquisa **Possibilidades e Limites de reconstruir a Recepção das Unidades Básicas de saúde (Re) Conhecendo o trabalhador**; em data e local marcados antecipadamente, e estou ciente de que a entrevista será gravada e seus resultados tratados sigilosamente, e caso não queira mais participar da investigação, tenho liberdade de retirar este consentimento.

_____, ____ de _____ de 2005.

Assinatura

APÊNDICE D

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Observação Livre

Prezado (a) Sr.(a): _____

Endereço: _____

Estamos desenvolvendo a pesquisa **Possibilidades e Limites de Reconstrução da Recepção das Unidades Básicas de Saúde- (Re) Conhecendo o Trabalhador**. Este projeto tem como temática o processo de trabalho na recepção das unidades básicas, enquanto um disparador para reflexão de como se dão esses processos. Seu objetivo central é analisar a conformação da prática da recepção, apontando limites e potencialidades de reconstrução na visão do trabalhador.

Assim gostaríamos de contar com a autorização dos trabalhadores desta unidade no desenvolvimento das observações livres que serão realizadas na recepção, o que possibilitará dar seqüência ao desenvolvimento desta investigação.

A colaboração será muito importante para a realização deste projeto. As observações/informações e opiniões emitidas não causarão nenhum dano, risco ou ônus à qualquer trabalhador e serão tratadas anonimamente no conjunto das observações; ainda a qualquer momento da realização da pesquisa, caso não seja do interesse da unidade a continuidade da observação, haverá possibilidade de retirar este consentimento.

Agradecendo a colaboração nos colocamos à disposição para qualquer informação que julgarem necessária, e aguardamos o mais prontamente possível a confirmação quanto a participação nesta pesquisa para que possamos programar as observações.

Atenciosamente.

Dra Maria José Bistafa Pereira

Profª Drª do Departamento de
Enfermagem Materno Infantil e Saúde
Pública da Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto – USP
Orientadora

Elisete Trovão de Sá

Pós-graduanda junto ao Programa
de Enfermagem em Saúde Pública da
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
USP

Pesquisadora do projeto

End: Av Rincão, 1104 – JD Aeroporto.

Matão – SP. CEP 15991-210

Tel: (16) 33823172

Nós trabalhadores da unidade de saúde _____

Aceitamos participar da observação livre do projeto de pesquisa **Possibilidades e Limites de reconstruir a Recepção das Unidades Básicas de saúde (Re)Conhecendo o trabalhador**; em data sorteada aleatoriamente, e estou ciente de que a observação poderá ser gravada ou fotografada e seus resultados tratados sigilosamente, e caso não queira mais participar da investigação, temos liberdade de retirar este consentimento.

_____, ____ de _____ de 2005.

Assinatura

ANEXO A

ANEXO B

ANEXO C

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: 55 - 16 - 633-3271 / 55 - 16 - 630-2561 - TELEFONES: 55 - 16 - 633-0379 / 602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 124/2005

Ribeirão Preto, 5 de setembro de 2005

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 5 de setembro de 2005.

Protocolo: nº 0547/2005

Projeto: Possibilidades e Limites de Reconstruir a Recepção das Unidades Básicas de Saúde – (Re) conhecendo o Trabalhador

Pesquisadores: Maria José Bistafa Pereira (Orientadora)
Elisete Trovão de Sá (Mestranda)

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Claudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP- EERP/USP

Ilm^a. Sr^a.

Prof^a. Dr^a. Maria José Bistafa Pereira

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP