

O processo de trabalho em saúde e a produção do cuidado em uma unidade de saúde da família: limites ao acolhimento e reflexos no serviço de emergência

The work process in health and the production of care in a Family Health Unit: limits to the reception and reflections on the emergency service

Delba Machado Barros¹
Marilene de Castilho Sá²

Abstract *This study examines the work process of a Family Health Unity (USF) in a small municipality, inland the state of Rio de Janeiro. We would like to start with the question of what is causing the population registered in a family health program to look for the Emergency Service (SE) of a General Hospital. Semi-structured individual interviews were conducted with doctors who worked on duty and users in the Emergency Service and group interviews with users of a Family Health Unit and its staff. In addition, information was also collected by participant observation. The theoretical fields of Health Management and Psycho-sociology were the grounds of this research. It was concluded that the “modus operandi” of the USF, the geographical and organizational accessibility, and the technological apparatus of the SE ended up leading the population to seek the General Hospital emergency service of the municipality mentioned in this study in acute situations of suffering and distress.*

Key words *Family health, Production of care, Work process in health, Emergency service*

Resumo *Esse estudo examina o processo de trabalho de uma unidade de saúde da família (USF), em um município de pequeno porte, no interior do Estado do Rio de Janeiro. Parte-se da pergunta sobre o que estaria levando a população adscrita a uma USF ao serviço de emergência (SE) de um hospital geral. Foram feitas entrevistas individuais semiestruturadas com plantonistas e usuários no SE e em grupo com os usuários e com a equipe de saúde da família, na USF, além de observação participante. O campo teórico da gestão em saúde e da psicossociologia embasaram essa pesquisa. Concluiu-se que o modus operandi da USF, a acessibilidade geográfica e organizacional e o aparato tecnológico do SE acabam por conduzir a população a procurar o serviço de emergência do hospital geral do município estudado em situações agudas de sofrimentos e angústias.*

Palavras-chave *Saúde da família, Produção do cuidado, Processo de trabalho em saúde, Serviço de emergência*

¹Secretaria Municipal de Saúde de Quissamã. Rua Conde de Araruama 425, Centro. 28735-000 Quissamã RJ. delbabarrosrj@gmail.com

²Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

Introdução

A redução do número de atendimentos ambulatoriais nas emergências hospitalares é um dos resultados esperados com a implantação da Estratégia da Saúde da Família^{1,2}. Se, por um lado, a literatura do Ministério da Saúde sobre saúde da família relata que, em média, 85% das demandas e ações por serviços de saúde podem ser resolvidos no primeiro nível de atenção, por outro lado, a maior parte dos atendimentos realizados nos serviços de urgência/emergência é de situações ambulatoriais passíveis de serem atendidas nas unidades primárias de saúde.

Embora haja definições técnicas para urgência/emergência, parte-se do pressuposto de que a população usuária possui uma definição própria que a leva a procurar por este serviço, o que será um dos objetos de análise neste artigo. Do ponto de vista da gestão, procurar o SE em situações que não se caracterizam como emergências é um problema. Entretanto, para o sujeito “doente”, pode ser uma “solução”, pela possibilidade de alívio mais rápido de seu sofrimento.

De acordo com o parâmetro de cobertura assistencial, da Portaria nº 1.101³, a quantidade de consultas básicas de urgência e consultas de urgência pré-hospitalar e trauma estimada no município estudado, em 2004, 2005 e 2006, eram de 6.740, 7.057 e 7.221, respectivamente, considerando o total de população de 14.977 hab., 15.683 hab. e 16.046 hab., conforme dados do IBGE. Entretanto, os atendimentos médicos computados pelo SE foram 36.036 em 2004, 24.096 em 2005 e 38.074 em 2006.

Os plantonistas médicos relataram que o percentual de atendimentos de emergência/urgência é mínimo durante o plantão de 24 horas. Os problemas de saúde elencados por eles como de maior incidência no SE, foram: hipertensão, gripe, diarreia, lombalgia, cefaléia, hiperglicemia, doenças respiratórias (rinite alérgica, asma, viroses) e distúrbio neurovegetativo.

Com os números ora apresentados, observamos que, embora tenha havido uma redução de atendimentos em 2005, o volume de atendimentos no SE ainda é expressivo, tendo em vista o tamanho da população e a cobertura assistencial pela Estratégia de Saúde da Família, em 2004, de 83%, em 2005, de 84% e, em 2006, de 90%, de acordo com o DATASUS.

Considerando que a Estratégia da Saúde da Família tem como base o acolhimento, o vínculo e a responsabilização, a questão que se coloca diante da quantidade de atendimentos no SE é:

“O que faz a população aportar em situações consideradas ambulatoriais no SE, tendo cobertura assistencial por uma equipe de saúde da família?” Entender o porquê da demanda na porta do serviço de urgência/emergência poderá subsidiar a reorganização do sistema de saúde local.

Metodologia

Trata-se de um estudo de caso que teve como referenciais teóricos metodológicos as contribuições de autores brasileiros do campo da gestão em saúde^{4,7}, para discutir a produção do cuidado em saúde, e de autores franceses do campo da psicossociologia^{8,9} e da psicodinâmica do trabalho¹⁰ para discutir os aspectos subjetivos e os fenômenos sociais conscientes e inconscientes que atravessam o processo de trabalho e as organizações de saúde.

As categorias utilizadas nesse estudo foram acolhimento, vínculo e responsabilização, na perspectiva de Franco e Merhy⁴, que as definem como: ***Acolhimento, em primeiro lugar como a possibilidade de universalizar o acesso, abrir as portas da Unidade a todos os usuários que dela necessitarem. E ainda como a escuta qualificada do usuário, o compromisso com a resolução do seu problema de saúde, dar-lhe sempre uma resposta positiva e encaminhamentos seguros quando necessários. O Vínculo baseia-se no estabelecimento de referências dos usuários a uma dada equipe de trabalhadores, e a responsabilização destes para com aqueles, no que diz respeito à produção do cuidado.***

Na perspectiva psicossociológica, a apreensão do sentido e o significado são centrais, mas apresenta algumas especificidades e diferenciações. Uma delas é a importância da participação do inconsciente nos processos de conhecimento¹¹. O imaginário enquanto princípio fundador da sociedade e enquanto elemento que origina a vida social e todas as representações que são geradas a partir daí¹² é relevante para a compreensão da dinâmica do processo de trabalho, pois para apreender o trabalho em sua complexidade, é necessário entendê-lo e explicá-lo para além do que pode ser visível e mensurável¹³.

O sofrimento no trabalho e a produção do sentido na vida da organização também são aspectos importantes na análise psicossociológica e na psicodinâmica do trabalho.

Trata-se, sobretudo, de um trabalho de construção de sentido como o resultado de um diálogo, através do qual o pesquisador provoca, por sua presença e por suas palavras, os atores so-

ciais/sujeitos a falar e a discutir a respeito de suas experiências ou daquilo que elas possam evocar ou significar para eles¹². Portanto, é uma construção sempre provisória.

Para a coleta de dados no SE, utilizamos as seguintes técnicas: análise dos 7.048 boletins de atendimentos nos meses de março e abril de 2006 e entrevistas semiestruturadas com cinco plan-tonistas e dez usuários, nos dias úteis da semana, quando a população mais procura por atendimento. Na USF, utilizamos: análise de documentos oficiais; observação participante da dinâmica de funcionamento; acompanhamento longitudinal de dois usuários (um adulto e uma criança) e entrevistas semiestruturadas em grupo, duas com a equipe de saúde da família e uma com os usuários deste serviço.

Estamos denominando de acompanhamento longitudinal a atividade, com o consentimento livre e esclarecido do usuário, de permanecer ao seu lado como “sombra” em toda trajetória de atendimento na USF.

Considerando que havia uma demanda expressiva, computada nos boletins de atendimentos do SE, das populações adscritas a todas as USF, optamos nesse estudo por uma USF no centro urbano, com uma equipe que tinha uma trajetória de trabalho de pelo menos um ano sem alteração de seus membros. A saída do campo se deu pela repetição do conteúdo das entrevistas e das observações do cotidiano sobre as questões da pesquisa.

As entrevistas com os usuários e trabalhadores de saúde somaram quinze horas e as observações totalizaram oitenta horas.

A pesquisa atendeu a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Foi desenvolvida no período de abril a novembro de 2006.

A rede assistencial existente

Em 2006, a rede pública de saúde no município estudado era composta por nove equipes de saúde da família em dez unidades primárias de saúde, isto porque uma equipe é responsável por duas USF em função do número de pessoas adscritas, um centro de especialidades com dezoito especialidades médicas, além do serviço de fisioterapia e serviço social, um Centro de Atenção Psicossocial, um ambulatório ampliado de saúde mental e um hospital geral com 54 leitos. Acoplado ao hospital, existe um SE com laboratório e raio x 24 horas.

Desde 2001, a Estratégia de Saúde da Família tem sido o modelo adotado para a organização

da atenção primária, conforme apontado no Plano Municipal de Saúde. As equipes de saúde da família possuem um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde (ACS) de acordo com o número de famílias, um agente administrativo e um auxiliar de serviços gerais. As USF maiores possuem ainda uma recepcionista e mais um técnico de enfermagem. A maior USF possui 913 famílias adscritas, totalizando 3.377 residentes em seu território de abrangência, o que está dentro do recomendado pelo Ministério da Saúde^{1,2}.

Todas as USF possuem dentistas em dois ou três dias da semana e nutricionistas, em um ou dois turnos por semana, conforme o contingente populacional adscrito a USF. Há também duas equipes de saúde bucal em duas USF centrais e dois fisioterapeutas em duas USF mais distantes do centro urbano, em alguns dias da semana. Em todas as USF, há um posto volante de coleta de exames de patologia clínica uma vez por semana e são dispensados, diariamente, medicamentos da farmácia básica. Os medicamentos das especialidades são distribuídos no centro de especialidades e, no CAPS, somente para os usuários com transtorno mental inseridos no serviço.

São feitos no município ultrassonografias, eletrocardiogramas, ecocardiogramas, testes ergométricos, além do raio x simples. Os demais exames de média e alta complexidade são realizados nos municípios vizinhos.

A rede de saúde instalada está para além dos parâmetros da cobertura assistencial preconizados pela Portaria nº 1.101, considerando que ele é referência na Programação Pactuada da Assistência à Saúde para apenas um outro município de sua região, para procedimentos de fisioterapia.

O processo de trabalho e a produção do cuidado

A USF tem uma forma de agendamento de consultas e exames laboratoriais com abertura da marcação no primeiro dia útil da segunda quinzena do mês e fechamento ao completar a capacidade de agendamento estipulada. Nas agendas de cada membro da equipe, há turnos de trabalho destinados à realização de reuniões de equipe, visitas domiciliares e atividades de educação permanente, não havendo atendimento de pacientes nesses horários.

A recepção é que define o acesso do usuário que procura o serviço nas condições agudas ou crônicas não agendadas. A recepcionista define o

setor como um “para-raios”, por que está aberta ao contato com o público e dá destino a demanda do usuário. Embora a recepção seja o lugar das “descargas emocionais” dos usuários, é um lugar ocupado por vários trabalhadores de saúde, exceto o médico e a enfermeira, na falta da recepcionista, por motivos particulares ou de serviço, o que nos leva a pensar que esses trabalhadores, para se protegerem contra o sofrimento e mal-estar gerado no exercício cotidiano de entrar em contato com a demanda e negar o acesso da população ao serviço, adotam o rodízio como estratégia defensiva coletiva¹⁰. Assim, paradoxalmente, apesar de ser um lugar “ocupado” fisicamente por muitos, é difícil de ser ocupado de fato no sentido de assumir a responsabilidade pelo cuidado do usuário.

A observação comparativa entre o SE e a USF mostra que o SE possui menos obstáculos organizacionais de acesso ao usuário do que a USF.

No posto (USF) não tem médico todos os dias, conforme aponta uma usuária no SE, confirmado pelo cronograma de agendamento da USF. Já o SE possui por plantão dois clínicos, dois pediatras e um obstetra, além de um obstetra e um anestesista de sobreaviso.

Por sua vez, o SE funciona 24 horas todos os dias da semana, diferentemente da USF, que funciona somente em dias úteis da semana, de 8h às 11h30min e das 13h30min às 17h. Há um dia fixo da semana em que é feito um turno de atendimento médico e de enfermagem das 17h às 20h.

O SE tem disponível exames de laboratório e raio x, podendo ser acionado a pedido do plantonista em qualquer momento com entrega do resultado em tempo hábil para definição da conduta médica. Se necessário, o usuário fica em observação ou interna no próprio ou em outro hospital, conforme o problema de saúde apresentado. Portanto, o usuário tem garantida a continuidade da assistência caso precise de um maior aparato tecnológico.

Normalmente, os serviços de pronto-socorro, especialmente nas grandes cidades, são retratados pela mídia como desumanos, com longas filas de pessoas aguardando, muitas vezes em pé, com macas em corredores, etc. Essa não é a realidade do SE do município estudado. O usuário aguarda pelo atendimento em um ambiente climatizado, com cadeiras estofadas, bebedouro e televisão.

Sá, ao discutir a demanda na porta de entrada de um hospital de emergência no município do Rio de Janeiro, considera que a demanda por cuidado não se restringe aos cuidados médicos

tradicionais, uma vez que nela estão implicados problemas de toda ordem, o que corrobora que muitos dos problemas atendidos no SE poderiam ser acolhidos nas USF. **A intensificação dos processos de exclusão social e a violência urbana, o empobrecimento da população, a precarização das relações de trabalho, o desemprego, a fragilidade crescente dos vínculos sociais e dos mecanismos de solidariedade e a incapacidade geral de resposta das políticas públicas a esses problemas [...] acaba por desaguar; na porta de entrada dos serviços de saúde, problemas tão graves quanto diversos**¹⁴.

De um lado, os usuários decidem o tempo de espera que podem tolerar para serem atendidos e a partir disso dirigem suas demandas aos serviços de saúde conhecidos: **Eu procuro o posto de saúde em consultas marcadas, as que podem esperar. Aqui, no meu caso, ele está com febre, eu não posso esperar consulta daqui a quinze, vinte dias. E aqui, em quarenta minutos, se consegue ser atendido** (usuária no SE).

De outro, os trabalhadores de saúde descrevem a espera como algo inerente ao serviço público de saúde e entendem que cabe ao usuário “aguardar” pelo tempo estabelecido pela organização: **Se eu digo para o paciente que ele vai esperar quinze dias para fazer o exame, ele diz: “nossa, até lá, eu já morri”. Agora, ele está fazendo rotina. Para mim, é difícil atender uma urgência que não está escrito urgente. E para ele, de esperar quinze dias, porque ele não quer esperar quinze dias. Mas o PSF trabalha com o tempo. As pessoas têm urgência para tudo. Tudo deles é para ontem. PSF não é para ontem** (recepcionista da USF).

O trabalhador de saúde considera que é possível esperar por atendimento agendado, talvez porque esteja vendo a situação problema pela ótica da organização do serviço e não da demanda do usuário. Oliveira chama atenção que o tempo que o usuário reclama não é, necessariamente, o cronológico: **Pode não se limitar ao aspecto quantitativo do tempo medido em horas ou em dias de espera, mas a outros critérios mais subjetivos, que são próprios do usuário e que estão vinculados muito mais à dimensão ou complexidade atribuída por ele à sua experiência de sofrimento do que a qualquer outra coisa**¹⁵.

Os depoimentos acima são emblemáticos das contradições e desafios da Estratégia de Saúde da Família. Por um lado, é possível destacar a dificuldade dos trabalhadores de saúde da família em acolher o sofrimento dos usuários e uma visão dicotômica entre promoção e assistência. Para a médica de família, **o modelo do PSF é o modelo que trabalha com a prevenção e promoção**

e eles [a comunidade] ainda não entenderam isso. Eles acham que o médico é para ser procurado quando eles estão doentes e não quando estão com saúde para poder fazer um acompanhamento, para receber orientações, para tomar determinados medicamentos quando precisam, para poder permanecer com saúde.

Por outro, traduzem também a contradição entre os “tempos lentos” necessários à promoção e à assistência integral à saúde e os “tempos rápidos” ou o “domínio da urgência” como modalidade predominante de subjetivação e socialidade na sociedade contemporânea¹⁶⁻¹⁸.

A população “aprende” na relação com os serviços de saúde que é mais fácil procurar o atendimento no SE quando precisa ter uma solução para seu “problema” de forma mais rápida ou o acesso a um determinado exame. A USF estudada dificilmente viabiliza atendimento ao usuário quando ele não está agendado e tampouco garante seu acompanhamento quando orientado a buscar assistência em outros serviços de saúde. Para exemplificar uma das situações observadas na porta de entrada da USF, citamos a situação de uma mãe que chegou à unidade dizendo que a filha estava com febre e com crise de bronquite. A recepcionista pediu para a mãe retornar no dia seguinte à tarde ou procurar o hospital. A mãe retrucou que, no dia seguinte, no turno da tarde, a criança faltaria a mais um dia de aula. A recepcionista disse: **Se a senhora achar melhor, procure o hospital.** E acrescentou: **Se a senhora ficar contente com o atendimento do hospital, a senhora não precisa vir aqui, caso contrário a senhora pode vir amanhã.**

É frequente, entre os trabalhadores, as referências aos usuários como desinformados, mal acostumados, entre outros predicativos, geralmente pejorativos, por não fazer o percurso definido pela organização do sistema, mas sim o percurso em que se sentem atendidos em suas demandas.

A ideia de que o usuário não entende a filosofia da saúde da família e que não distingue a diferença entre emergência e ambulatório é uma retórica de quem trabalha nos serviços de saúde desse município e faz uma leitura racional, isto é, tecnocrática da trajetória do usuário pelo sistema: **Eu acho que tem paciente que não quer entender o que é o PSF porque não quer entender mesmo. Porque não é falta de explicar, orientar, de falar como funciona, como é. Tem gente que já está acostumado com aquele outro tipo de atendimento. Ainda não se acostumou como o PSF funciona (ACS).**

O que observamos, no entanto, é que o usuário quer é ser atendido e para tal ele busca os caminhos que são do seu conhecimento e os serviços que lhe dão acesso ao atendimento de sua demanda^{4-6,14,15}. Portanto, não se trata de explicar para o usuário que o SE não é o local adequado para “cuidar da saúde” dele, enquanto a USF não for capaz de acolher e dar um destino adequado às demandas em um tempo capaz de ser tolerado pelo usuário.

Portanto, a forma de funcionamento do sistema de saúde acaba por reforçar a crença popular que apenas no hospital se encontram as condições para alívio do sofrimento¹⁹. Não somente por que o SE acaba por atender a demanda do usuário como também a USF não conseguiu fazer a virada do modelo assistencial na direção de uma maior articulação entre promoção e assistência, ações individuais e coletivas, procedimentos e cuidado.

Para alguns trabalhadores e para a população, a equipe de saúde da família poderia ser acrescida de outros médicos, como, por exemplo, pediatra, ginecologista e até geriatra. O geriatra foi sugerido com a alegação de que, na área da USF em estudo, têm muitos idosos acamados **Essa necessidade [de geriatra] até eu mesmo sinto, porque as pessoas idosas precisam de tratamento especiais que eu não estou, vamos dizer assim, capacitada clinicamente para dar essa assistência integral que eles precisam. Eu gostaria que tivesse um geriatra para poder fazer esses acompanhamentos. Tem um geriatra no centro de referência, mas nem todo idoso pode ir** (médica de família).

A angústia de não saber cuidar da população em todo o ciclo da vida, observada nos depoimentos de alguns profissionais, põe em xeque o ideário de potência da equipe de saúde da família: **Porque é aquela história, o médico do PSF é o clínico geral que o pessoal falava, que tratava tudo. Mas ele não tem aquela obrigação de saber tudo. É tentar abraçar o que dá para fazer, até para evitar o congestionamento do hospital e até do centro de especialidades. Você, como médico de família, você não vai a congresso de cardiologia, de endocrinologia ou de pediatria. Você não vai em todos os congressos, você vai na sua especialidade e o resto é o que você teve na faculdade ou o que você lê no dia a dia** (médico plantonista que trabalha em uma outra USF como médico de família).

A demanda por inclusão de outros médicos soa, então, como falta de confiança na capacidade resolutiva do médico de família. A própria recepção da unidade orienta as mães que solicitam atendimento pediátrico a procurar esse tipo de atendimento no SE.

A recepcionista observa que “nem todo mundo que vem ao PSF é tapado, é ignorante”, o que deu a entender que os “mais esclarecidos” demandam para as especialidades médicas a resolução dos seus problemas de saúde. Essa trabalhadora é uma das que questiona o saber do médico generalista com a seguinte argumentação: ***o PSF não tem dentista; não tem nutricionista; não tem enfermeira; não tem obstetra; porque não pode ter o pediatra?***

A angústia de não saber responder a demanda que vem do outro acaba por transferir para outros trabalhadores de saúde ou outros serviços a responsabilidade pelo cuidado, antes mesmo de compreender a demanda. O diálogo entre os trabalhadores de saúde da USF indica esses processos. Vejamos o que dizem uma ACS e uma técnica de enfermagem: ***Tem paciente que liga para você duas ou três vezes na semana para você ir a casa dele verificar a pressão. Neste mês, eu já fui à casa de uma paciente quatro vezes, até agora. É uma paciente complicada, porque ela teve AVC, também tem depressão, então é bom dar um pouco de atenção. Mas também tem que cortar. Eu falei: “Quando tiver passando mal, você procura o SE ou você liga para um técnico de enfermagem verificar sua pressão porque eu não posso me responsabilizar”. O que acontece se a paciente está realmente passando mal, a gente não pode encaminhar, a gente não pode fazer nada*** (ACS).

Nem o técnico. É o médico ou a enfermeira. Eu acho que se ela está passando mal, ela tem que chamar o SE. Ou quem tem que acompanhar a visita desse paciente que está passando mal, é a doutora a enfermeira. Eu e a outra técnica de enfermagem não podemos fazer nada. Vou chegar lá, só vou poder conferir a pressão dela e chamar a ambulância. Porque eu não vou poder medicá-la. Não vou poder fazer nada. Só a doutora pode medicar (técnica de enfermagem).

O médico de família também é visto por vezes como uma imposição do sistema de saúde e uma falta de opção do usuário: ***Eu, como mãe, eu quero levar meu filho num pediatra. Se você tivesse um filho, você queria levar ele em quem? Mas o usuário, não tem o direito de escolher e tem que fazer o que a gente quer. A consulta marcada para doutora, dia tal. Mas, às vezes, ela não queria isso, queria ir para o pediatra*** (técnica de enfermagem).

Alguns usuários questionam o médico de família: ***Eu acho assim, que médico de adulto tem que ser de adulto, médico de criança deve ser de criança*** (usuária na USF).

Outros usuários acreditam também que precisam ter outros especialistas na USF, acham que

um único médico é insuficiente: ***Precisa ter mais médicos no posto. Doutora [médica de família] é clínica geral. Deveria ter mais médico. Por exemplo: eu tenho problema de nervos, deveria ter neurologista aqui, aqui não tem. Doutor “M” trabalha lá [centro de especialidades], para diabéticos e não tem aqui. Tem que procurar lá*** (usuária na USF).

Esses depoimentos mostram, por um lado, como ainda é supervalorizada, no imaginário social, a especialização médica e o procedimento em saúde centrado na figura deste profissional; por outro lado, é impossível não reconhecer a legitimidade no discurso dos usuários, excluindo o extremo de ter um neurologista na atenção primária, quando demandam um pediatra. Até que ponto o médico e a enfermeira de família conseguem “suprir” o pediatra e o ginecologista excluídos da equipe mínima de saúde da família preconizada pelo Ministério da Saúde, considerando a formação profissional obtida na academia?

O fazer dos trabalhadores de saúde está muito mais voltado para procedimentos (consultas, vacinas, curativos, visitas domiciliares, entre outros) do que para o cuidado, isto é, produção de vínculo, acolhimento, autonomia do usuário no cuidado de si, em suma, para as “tecnologias leves”²⁰.

Há um predomínio na organização do trabalho de consultas e procedimentos individuais e uma dicotomia entre assistência e prevenção, como é possível observar nos agendamentos de consultas, por exemplo. A médica destina sua agenda para atendimentos na clínica geral, pediatria e para hipertensos e diabéticos, enquanto a enfermeira para preventivos, puericultura (crianças saudáveis até um ano), pré-natal e planejamento familiar.

Essa divisão do trabalho enquadra alguns usuários nos tipos de atendimentos ofertados e provoca o encaminhamento de outros para fora da USF.

Em todas as visitas domiciliares das quais participamos, observamos que a intervenção médica sempre gerava uma prescrição medicamentosa ou encaminhamento para especialista. Já a enfermeira e os ACS orientavam, ainda que de forma prescritiva, hábitos saudáveis e retorno à USF.

Esses trabalhadores utilizam-se muito mais das “tecnologias leve-duras” do que das tecnologias leves, prevalecendo o cuidado centrado no trabalho morto, isto é, no instrumental técnico-científico e em exames e medicamentos²⁰.

Os demais trabalhadores se colocam como coadjuvantes ao serviço e não como corresponsáveis pelo ato de cuidar. Apesar da equipe ser multiprofissional, os trabalhadores de saúde atuam de forma desarticulada e fragmentada.

A compreensão do acolhimento como inclusão e como uma rede de conversações, visando às possibilidades de atender às necessidades dos usuários, ainda não é generalizada para todos os que trabalham na rede. A responsabilização pelo cuidado exige o acolhimento e vínculo do usuário.

A preocupação com o vínculo do usuário à USF atravessou as falas dos plantonistas do hospital e usuários, evidenciando a fragilidade ou a inexistência dele: ***Tem um colega [médico de família] que é pediatra, eu percebo que a comunidade dele gosta muito dele, ele faz um trabalho legal ali, mas isso é muito particular de pediatra que trabalha em PSF. O pessoal criou o vínculo, ele cultivou isso com a comunidade. Ele é o único colega que ouço o pessoal mais falar*** (médica plantonista).

Os plantonistas consideram que os usuários, por não terem vínculo com a USF e confiança no médico de família, principalmente, no atendimento a crianças, procuram o atendimento do SE. Por sua vez, a forma pela qual o usuário se sente acolhido no SE também o influencia a retornar a esse serviço. Alguns plantonistas, a depender da relação que estabelecem com o usuário, se responsabilizam pelo cuidado, solicitando o retorno do mesmo em seu plantão.

Essa atitude gera vínculos positivos; entretanto, riscos de descontinuidade da assistência se não for garantido ao usuário o encaminhamento a um serviço apropriado, depois de realizados os primeiros cuidados necessários.

A equipe de saúde da família, por sua vez, diz que o usuário está acostumado a procurar outros serviços de saúde anteriormente frequentados. Já os usuários destacaram o “apego” ao plantonista como uma das razões pela busca de atendimento no SE.

Interpretamos o apego como a expressão da manifestação do vínculo do usuário com um trabalhador de saúde: ***Ela nasceu com a doutora X. Ela estava de plantão. Ela é tão boa. Eu me apeguei. A gente se apega aquele médico que trata bem a gente, o filho da gente. A gente passa a se apegar e todo o remédio que passa dá certinho*** (usuária no SE para atendimento pediátrico porque o filho estava com nariz entupido e com dificuldade para respirar e dormir).

Uma vez instalada essa relação de “apego” com um trabalhador médico que não o médico de família, é difícil atrair esse usuário para a USF, conforme relato da ACS: ***Tem paciente que se apega a um médico e só quer ir naquele médico. Você fala para vir a médica da unidade e não adianta. A gente fala implorando. Nem assim.***

Esse apego endereçado a um médico é uma resposta à qualidade do cuidado recebido pelo

usuário e pode se verificar no próprio serviço de emergência, no relato de um dos médicos plantonistas: ***Não é o certo. Mas eu já atendi alguns doentes que eu senti que precisava de uma atenção x, e que eles não estavam encontrando e que, às vezes, eu mandava voltar para mim. Mas não é o correto. Às vezes acaba que a mãe se identifica com a gente e a gente no fundo fica com pena de ver a situação da criança e quer ajudar*** (médico plantonista).

Artmann e Rivera²¹ observam que a possibilidade de vínculo está em relação direta com o acolhimento produzido no serviço de saúde. Apesar da USF ser um serviço que possibilite um maior vínculo com o usuário, o vínculo não é exclusivo à atenção primária.

Os afetos, os processos identificatórios e os aspectos transferenciais e contratransferenciais que podem estar presentes nas relações interpessoais¹⁰ entre usuários e trabalhadores de saúde podem interferir no vínculo e, conseqüentemente, na produção do cuidado.

A construção do vínculo, segundo Campos⁵, está estreitamente relacionada à capacidade da equipe responsabilizar-se pela saúde da população, isto é, encarregar-se de seu acompanhamento sistemático e isto não foi observado na USF investigada.

A equipe de saúde da família acha impossível acompanhar a população da área de abrangência pela quantidade de pessoas adscritas (2.911 pessoas), mas também não estabelece nenhuma diferença de atenção a todas as pessoas ou famílias em risco biológico, subjetivo ou social. O acesso é viabilizado em função da capacidade de atendimento do serviço e não pela classificação de risco. Os procedimentos administrativos adotados na unidade quase sempre desconsideram a singularização do cuidado.

O ***modus operandi*** da equipe de saúde da família com disponibilidade de horários para reunião de equipe, educação permanente e visita domiciliar demonstra um avanço na organização do processo de trabalho na medida em que promove o planejamento e execução do trabalho de forma dialogada, o aprimoramento técnico-profissional e a apreensão das dimensões psicossociais e culturais do processo saúde-doença na clínica cotidiana. Entretanto, verificamos que ainda é prevalente a abordagem individual, prescritiva, apoiada em exames e medicamentos, com consultas médicas agendadas de dez em dez minutos, consultas de enfermagem, consultas de nutrição espelhando um trabalho fragmentado apesar da existência de uma equipe multiprofissional. O cuidado não se dá de forma integrada.

Poucos são os usuários conhecidos e atendidos por toda a equipe de saúde. Os ACS são os trabalhadores de saúde que mais conhecem os sujeitos e a família com risco social e orgânico e o território de abrangência da Unidade de Saúde. Entretanto, é dada, por um lado, pouca relevância para esse conhecimento na produção do cuidado como, por exemplo, não se prioriza a consulta e distribuição de medicação para os portadores de doenças crônicas. Por outro lado, algumas vezes essas informações limitam o contato da equipe com o usuário. A ACS diz que não faz visita à mulher de quem suspeita traficar drogas.

A USF não consegue absorver as demandas dos usuários nas situações agudas e, quando desperta para a baixa cobertura de ações programáticas, tem por hábito fazer atividades “campanhistas”.

Por sua vez, existem ranhaduras no vínculo grupal da própria equipe que, certamente, interferem no cuidado ao usuário e no trabalho em equipe. Alguns trabalhadores queixam-se que “a médica não abre espaço, não tem tempo de nos atender. A gente tem que procurar outra unidade para atendimento médico”. Também não se sentem atendidos atenciosamente pela enfermagem quando precisam.

O relato da auxiliar de consultório dentário retrata conflitos ao dizer que “raramente eu participo das reuniões de equipe por que eu não tenho queixa das pessoas e as pessoas não têm queixas de mim”.

Enriquez⁸ afirma que ***em toda organização encontram-se problemas essenciais postos pela instauração do vínculo social. O desejo de morte, o ataque aos laços (Bion), a função de evitar ou negar o outro, a apatia destrutiva, assim como, naturalmente, as tentativas de amor mútuo, de investimento positivo.***

Considerações finais

A organização do processo de trabalho da USF observada parece não promover suficientemente acolhimento, vínculo e responsabilização com os usuários que os favoreçam a buscar o atendimento que necessitam na USF.

O usuário é encaminhado para o SE para atendimento das situações agudas, frequentemente, quando não consegue ser incluído na agenda da unidade; é encaminhado para outras USF para pegar remédios padronizados não existentes na própria USF; é encaminhado para fazer exames em outros serviços pela incapacidade da USF de reconhecer uma urgência e realizar o agendamento sem estabelecimento de prioridade. Enfim, as rotinas administrativas acabam por conduzir o usuário para fora do serviço, sem que haja um acompanhamento da sua trajetória no sistema de saúde, diferentemente das recomendações da Estratégia de Saúde da Família, o que é discutido por Dejours¹⁰ como defasagem entre a organização do trabalho prescrita e a organização do trabalho real.

Acreditamos que, se não houver uma mudança na forma de produzir a assistência na USF, não haverá uma redução da demanda de atendimentos ambulatoriais na emergência hospitalar e nem uma produção de cuidado com qualidade e resolutividade.

Cabe também estabelecer uma rede de conversações entre os serviços, promovendo a integração entre eles para que, ao invés de serem concorrentes na prestação de serviços de saúde, os serviços possam ser complementares e viabilizarem a integralidade do cuidado. Para tal, acreditamos que é preciso começar a discussão pela adesão dos trabalhadores ao projeto assistencial da saúde da família e ao trabalho em rede.

A inadequação da formação dos profissionais, sua baixa adesão ao projeto assistencial e a falta de credibilidade neles por parte da população foram identificados como entraves e, certamente, são outros desafios para o SUS.

Esse estudo possibilitou confirmar outros que apontam a densidade tecnológica, a cultura popular e a dificuldade de acesso organizacional e geográfico aos serviços de atenção primária como fatores que contribuem para a demanda ao SE. Também lançou uma luz para o peso dos micro-processos políticos, intersubjetivos e inconscientes no cotidiano do funcionamento dos serviços de saúde, condicionando os limites e possibilidades da produção do cuidado.

Colaboradores

DMB trabalhou na concepção e delineamento da pesquisa, análise e interpretação dos dados e na redação do artigo. MCS auxiliou na concepção e delineamento da pesquisa, análise e interpretação dos dados e na revisão da redação final.

Agradecimentos

Ao Prof. Dr. Francisco Javier Uribe Rivera, por ter contribuído nas discussões do percurso dessa pesquisa.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.101/GM de 12/06/2002. Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União** 2002; 13 jun.
4. Franco TB, Merhy EE. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE, Miranda Jr. H, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004. p.55-124.
5. Campos GWS. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec; 2003.
6. Cecílio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad Saude Publica** 1997; 13(3): 469-478.
7. Mattos R. Direito, Necessidades de Saúde e Integralidade In: Pinheiro RE, Mattos R, organizadores. **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: Abrasco; 2005. p. 33-46.
8. Enriquez E. Vida psíquica e organização. In: Motta FCP, Freitas ME, organizadores. **Vida psíquica e organização**. 2ª ed. Rio de Janeiro: FGV; 2000. p. 11-40.
9. Lévy A. **Ciências clínicas e organizações sociais**. Belo Horizonte: Autêntica/FUMEC; 2001.
10. Dejours C. **A banalização da injustiça social** 6ª ed. Rio de Janeiro: FGV; 2005.
11. Plastino CA. O quinto rombo: a psicanálise. In: Santos BS, organizador **Conhecimento prudente para uma vida decente**. São Paulo: Cortez; 2004.
12. Freitas ME. A questão do imaginário e a fronteira entre a cultura organizacional e a psicanálise In: Motta FCP, Freitas ME, organizadores. **Vida psíquica e organização**. 2ª ed. Rio de Janeiro: FGV; 2000. p. 41-73.
13. Lancman S, Sznalwar LI, organizadores. **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: Paralelo 15; 2004.
14. Sá MC. **Em busca de uma porta de saída: os destinos da solidariedade, da cooperação e do cuidado com a vida na porta de entrada de um hospital de emergência** [tese]. São Paulo (SP): Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 2005.
15. Oliveira LH. **Cidadãos peregrinos: Os 'usuários' do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial - Uma análise a partir de usuários do SUS no município de Juiz de Fora** [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2004.

16. Lévy A. A psicossociologia: crise ou renovação? In: Mata Machado MN, Castro EM, Araújo JNG, Roedel S, organizadores. **Psicossociologia – análise social e intervenção**. Belo Horizonte: Autêntica; 2001. p. 109-120.
17. Santos BS. **Pela mão de Alice: o social e o político na pós modernidade**. 5ª ed. São Paulo: Cortez; 1999.
18. Azevedo C. **Sob o domínio da urgência: O trabalho de diretores de hospitais públicos do Rio de Janeiro** [tese]. São Paulo (SP): Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 2005.
19. Pinheiro R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: Um campo de estudo e construção da integralidade. In: Pinheiro RE, Mattos R, organizadores. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/Abrasco; 2001. p. 65-112.
20. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EM, Onoko R, organizadores. **Agir em Saúde: um desafio para o público**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2002. p.71-112.
21. Artmann E, Rivera FJU. Humanização no atendimento em saúde e gestão comunicativa. In: Deslandes SF, organizadora. **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 205-231.

Artigo apresentado em 07/03/2008

Aprovado em 18/06/2008