

## PREPARANDO A RELAÇÃO DE ATENDIMENTO: FERRAMENTA PARA O ACOLHIMENTO EM UNIDADES DE SAÚDE

Silvia Matumoto<sup>1</sup>  
Silvana Martins Mishima<sup>2</sup>  
Cinira Magali Fortuna<sup>3</sup>  
Maria José Bistafa Pereira<sup>4</sup>  
Maria Cecília Puntel de Almeida<sup>5†</sup>

*Objetivou-se identificar e analisar aspectos pertinentes ao preparo para a relação trabalhador/usuário em unidade de saúde da rede de atenção básica de um município do Estado de São Paulo, Brasil, tendo como perspectiva o acolhimento. O processo de trabalho em saúde sustenta teoricamente o estudo. Utilizou-se a observação participante e entrevista semiestruturada como técnicas de coleta de dados e a análise temática na etapa de análise. Para o acolhimento se processar há um "momento" de preparo do trabalhador, do seu espaço físico e das relações presentes no trabalho para que se dê o atendimento ao usuário, onde nem sempre são consideradas suas necessidades. Embora haja dificuldades quanto à disponibilidade de recursos, especialmente no setor público, na preparação da relação serviço/usuário e trabalhador/usuário, devem ser considerados os aspectos ligados ao relacionamento mais humano, acolhedor, uma vez que é no trabalho vivo em ato, nessa intercessão, que se configura a qualidade do atendimento.*

**DESCRITORES:** atenção primária à saúde; relações interpessoais; serviços de saúde

## PREPARING THE CARE RELATIONSHIP: A WELCOMING TOOL IN HEALTH UNITS

*This study aimed to identify and analyze aspects regarding the preparation for the worker-user relationship in a primary health care unit in a city in the state of São Paulo–Brazil, from the perspective of welcoming. The health work process is the theoretical basis of the study; participant observation and semi-structured interviews were used as data collection techniques, and thematic analysis in the analysis stage. For the welcoming to be processed, there is a "moment" of preparation for the worker, the physical environment and the relationships present at work so that users are welcomed, in which the users' needs are sometimes disregarded. Despite the difficulties in terms of resource availability, especially in the public sector, when preparing the service/user and worker/user relationships, one should consider the aspects associated to a more human, welcoming relationship, since it is during live work, in this intersection, that care quality is established.*

**DESCRIPTORS:** primary health care; interpersonal relations; health services

## PREPARANDO LA RELACIÓN PARA ATENDER AL PACIENTE: UNA HERRAMIENTA PARA EL ACOGIMIENTO EN UNIDADES DE SALUD

*Se tuvo por objetivo identificar y analizar aspectos pertinentes a la preparación para la relación trabajador/usuario en una unidad de salud de la red de atención básica de un municipio del Estado de San Pablo, Brasil, teniendo como perspectiva el acogimiento. El proceso de trabajo en salud sustenta teóricamente el estudio. Se utilizó la observación participante y la entrevista semiestruturada como técnicas de recolección de datos y el análisis temático en la etapa de análisis. Para que el acogimiento se procese deben existir un "momento" de preparación del trabajador; debe ser preparado su espacio físico y las relaciones presentes en el trabajo para que suceda la atención al usuario, donde no siempre son consideradas sus necesidades. A pesar de que existan dificultades en la disponibilidad de recursos, especialmente en el sector público, en la preparación de la relación servicio/usuario y trabajador/usuario, deben ser considerados los aspectos vinculados a una relación más humana, que debe ser acogedora, una vez que es en el trabajo vivo en acto, en esa intersección, donde se configura a calidad de la atención.*

**DESCRIPTORES:** atención primaria de salud; relaciones interpersonales; servicios de salud

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Brasil: <sup>1</sup>Enfermeira, Doutor em Enfermagem, Professor Doutor, e-mail: smatumoto@eerp.usp.br. <sup>2</sup>Enfermeira, Professor Associado, e-mail: smishima@eerp.usp.br. <sup>3</sup>Enfermeira, Doutor em Enfermagem, Professor Doutor, e-mail: fortuna@eerp.usp.br. <sup>4</sup>Enfermeira, Doutor em Enfermagem, Professor Associado, e-mail: zezebis@eerp.usp.br. <sup>5†</sup>Enfermeira, Professor Titular.

## INTRODUÇÃO

O desenvolvimento do trabalho em saúde é caracterizado por encontros únicos e singulares, sendo que, nesses encontros, há o estabelecimento de espaços intercessores<sup>(1)</sup>, espaços em que a subjetividade e as singularidades, tanto do trabalhador como do usuário, são expressas e que se configuram, portanto, na existência de momentos únicos, que demandam relações e intervenções específicas às necessidades expressas pelo usuário.

Neste estudo, as relações que serão aqui exploradas se referem àquelas produzidas no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), orientadas pelos princípios da integralidade, universalidade, equidade e acessibilidade, em que se destacaram aspectos relativos ao preparo para a relação que caracterizaram o acolhimento em uma unidade de saúde de um município de grande porte do Estado de São Paulo, Brasil.

O acolhimento aqui é compreendido enquanto processo, resultado de práticas de saúde, produto da relação entre trabalhadores de saúde e usuários, constituindo-se, assim, em um conjunto de atos executados de modos distintos no momento do atendimento, envolvendo posturas e concepções adotadas pelo trabalhador na identificação das demandas e necessidades dos usuários. Com isso está se considerando o acolhimento não apenas como recepção do usuário em um serviço de saúde qualquer, mas como ação de responsabilização do trabalhador pelo usuário durante toda sua permanência no serviço de saúde<sup>(2-4)</sup>. Assim, o acolhimento também coloca em cena as dinâmicas e os critérios de acessibilidade a que os usuários estão submetidos nos serviços de saúde e, nesse sentido, o trabalhador pode direcionar o processo de trabalho para o atendimento das necessidades dos usuários, "tornando-se, assim, tecnologia para a reorganização dos serviços, com vistas à garantia de acesso universal, resolutividade e humanização do atendimento"<sup>(5)</sup>.

A partir dessa perspectiva, considera-se que o acolhimento é marcado pela subjetividade, pela escuta das necessidades do sujeito, pelo processo de reconhecimento de responsabilização entre serviços e usuários, possibilitando a construção do vínculo<sup>(2,4)</sup>.

Muito antes do encontro trabalhador/usuário, a unidade de saúde como um todo se prepara para

essa relação. Essa preparação se dá desde a concepção da finalidade da unidade de saúde, operacionalizada por meio da estruturação do trabalho, segundo seu modelo de assistência, da destinação de um ambiente físico, da definição do quê, de quem e em quais circunstâncias irá acolher, bem como da presença de determinadas condições de trabalho, contexto em que os trabalhadores de fato concretizarão o atendimento em nome da unidade de saúde. Nessa direção, pode-se dizer que o acolhimento apresenta alguns componentes, tais como a mútua representação entre trabalhador e usuário, determinando suas formas de aproximação, a objetivação do que é saúde/doença e do que é problema/necessidade de saúde para o trabalhador envolvido na atenção à saúde, a comunicação verbal e escrita utilizada no processo de atenção e, finalmente, o responsabilizar-se pelo trabalho e pela ajuda ao outro<sup>(2,4)</sup>.

A compreensão do acolhimento, na direção que se vem apontando, fundamenta-se na perspectiva teórica do processo de trabalho em saúde<sup>(6)</sup>. "A compreensão do social no campo da saúde provocou uma ruptura com os modelos cartesianos de investigação que reduziam as relações de causa e efeito ao plano biológico e remetiam a sua resolução ao modelo clínico de diagnóstico e terapêutica"<sup>(7)</sup> e, nesse sentido, a introdução da categoria trabalho veio sustentar o entendimento do processo saúde-doença-cuidado em nossa sociedade, sob a perspectiva das práticas se voltarem não mais sobre os corpos biológicos, exclusivamente, mas sobre corpos sociais para a análise desse processo "em suas relações com a estrutura econômica, política e ideológica da sociedade"<sup>(7)</sup>.

Assim, sob tal perspectiva, o trabalho em saúde é considerado trabalho como outro qualquer, produzindo homens em relação com outros homens e com a natureza em um dado processo sócio-histórico. O processo de trabalho em saúde lida com homens (seus agentes e usuários), cujas necessidades também são constituídas histórica e socialmente<sup>(2)</sup> e que irão conformar a finalidade que encaminha o desenvolvimento do trabalho. Nesse sentido, sendo o homem o objeto de trabalho em saúde, é preciso apreendê-lo e reconhecê-lo "em seu processo de objetivação do que é saúde/doença, ou seja, enquanto movimento de objetivar suas necessidades de saúde, quando exterioriza sua

subjetividade em relação ao processo saúde/doença”<sup>(2)</sup>.

No movimento de atender às necessidades expressas por esse homem, e que não são necessidades humanas quaisquer, ou seja, “aparecem como aquilo que precisa ‘necessariamente’ ser satisfeito para que esse ser continue sendo um ser”<sup>(6)</sup> em um dado espaço/tempo, lança-se mão de instrumentos de trabalho específicos, saberes e fazeres que possibilitam o atendimento das necessidades expressas. Os instrumentos de trabalho são as ferramentas para o desenvolvimento do processo de trabalho, e não serão quaisquer ferramentas, mas aquelas determinadas por um dado saber operante, traduzido nos conhecimentos, equipamentos utilizados para operar a transformação, e/ou atender as necessidades dos usuários. O trabalhador está aí incluído com seus saberes, com sua força de trabalho, empregada nessa dimensão do processo de transformação, como agente que pode mobilizar transformações<sup>(8-9)</sup>.

Dessa forma, para que ocorra a produção, faz-se necessário que esses componentes sejam articulados em torno da realização de certo projeto que atenda a necessidades socialmente postas, projeto esse mediado por certo saber-fazer, um saber operante<sup>(7-9)</sup>. Assim, no trabalho em saúde, utiliza-se saberes tecnológicos que podem ser as tecnologias duras (equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, equipamentos, normas, estruturas organizacionais), as leve-duras (saberes bem estruturados presentes no processo de trabalho em saúde como, por exemplo, a clínica, a epidemiologia, a psicanálise, dentre outros) e as leves (tecnologias de relação tais como o vínculo, escuta)<sup>(9)</sup>.

Tomando esse quadro geral, pode-se afirmar que o processo de trabalho em saúde tem sempre uma intenção, e vai se constituir em contexto social e histórico determinados, expressos em seus componentes operadores: o trabalho vivo e o trabalho morto.

O trabalho vivo em ato é aquele que se dá no momento da sua execução pelo trabalhador, é o trabalho em ato, se processando, é o que está em ação e, com isso, carregado de possibilidades de criação, de inventividade, de tentativas humanamente colocadas. O trabalho vivo em ato diferencia-se do trabalho morto, trabalho já materializado, resultado

de trabalho humano anteriormente produzido. O trabalho morto entendido como todos os produtos-meios, instrumentos usados como ferramentas ou como matéria-prima para operacionalizar o ato produtivo, todo resultado de um trabalho vivo anterior agora cristalizado, materializado no estetoscópio, no esfigmomanômetro e outros materiais necessários ao trabalho em saúde. Mas, também certo saber tecnológico que lhe permite dar a conformação concreta daquilo que tem concebido enquanto projeto, além de toda a sistematização e organização do processo para viabilizar o referido projeto. Nesse sentido, trabalho vivo e trabalho morto se fazem presentes dinamicamente no desenvolvimento do trabalho, operados simultaneamente pelo trabalhador<sup>(7, 9)</sup>.

Por meio da expressão do trabalho vivo, o trabalhador pode se apropriar dos meios/instrumentos para recriação do trabalho, de si mesmo e dos outros, fazendo-se produto e produtor do trabalho.

Assim, este estudo tem por objetivo identificar e analisar os aspectos pertinentes ao preparo para a relação estabelecida entre trabalhador/usuário em unidade de saúde da rede de atenção básica de saúde de um município de grande porte do Estado de São Paulo, Brasil, tendo como perspectiva o acolhimento.

## METODOLOGIA

A investigação teve como cenário uma unidade de saúde da rede de atenção básica de serviços de saúde de um município do Estado de São Paulo, Brasil. O município, importante centro regional pela extensa rede de serviços em geral, mas com forte vocação para a área educacional e de saúde, apresenta 504.923 habitantes, segundo o Censo Demográfico de 2000, e projeção de 551.312 habitantes para o ano 2005<sup>(10)</sup>. Sua rede de serviços básicos é composta por 27 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 5 Unidades Básicas e Distritais de Saúde (UBDS), com funcionamento 24 horas e distintas áreas de assistência à saúde<sup>(10)</sup>. Ainda, o município contava, em 2008, com 23 equipes de Saúde de Família, implantadas a partir de 2000.

A unidade selecionada para o estudo foi uma unidade distrital de saúde, ligada à Universidade de

São Paulo, desenvolvendo atividades de assistência ambulatorial programáticas, especializadas, serviços de apoio e diagnóstico, aplicação de tratamentos, vigilância epidemiológica, além de atendimento de urgência e emergência com funcionamento 24 horas.

Considerando que o acolhimento se dá durante todo o processo de atenção à saúde, foram selecionadas, como instrumentos de aproximação ao empírico, a observação participante e a entrevista semiestruturada. Para a organização da observação participante, foi utilizado o *Fluxograma analisador do modelo de atenção de um serviço de saúde*<sup>(11)</sup>. Foram realizadas 19 observações de atendimento, sendo selecionadas as situações a partir da anuência do usuário para que pudesse ser acompanhado seu percurso dentro da unidade de saúde. Essas situações selecionadas foram aquelas em que o usuário apresentava algum problema de saúde com possibilidade de ser atendido no setor de pronto atendimento, ou na clínica médica, por se constituírem áreas em que ocorre o primeiro contato do usuário com a unidade de saúde, além do que esses setores se mostram mais exuberantes de dificuldades para acolher os usuários, quer pela complexidade de seus problemas/necessidades de saúde quer pela grande demanda que chega aos serviços de saúde. A amostragem para a entrevista semiestruturada foi intencional e realizada com 9 dos 41 trabalhadores envolvidos nos atendimentos observados, sendo considerados para a seleção dos trabalhadores de diferentes categorias profissionais (1 vigia, 1 auxiliar de farmácia, 2 médicos e 5 auxiliares de enfermagem) e de diferentes áreas de atendimento. Na etapa de análise dos dados, foi utilizada a técnica da análise temática<sup>(12-13)</sup>.

Ainda, para o desenvolvimento da investigação, foram seguidos os procedimentos éticos previstos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, com a coleta de dados realizada após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (Protocolo 0022/02), sendo apresentado e assinado pelos participantes o termo de consentimento livre e esclarecido para a realização da observação e das entrevistas, havendo o compromisso do anonimato e ausência de danos aos mesmos.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO: OLHANDO E CONVERSANDO COM O EMPÍRICO – O PREPARO PARA A RELAÇÃO

Efetivar o trabalho em saúde exige a preparação do ambiente físico, enquanto espaço de relações<sup>(2)</sup>. O momento do atendimento representa a aproximação de pessoas, um pedido explícito que expressa as necessidades do usuário, para tentarem solucionar algum problema, condições mínimas de privacidade e conforto tornam-se necessárias<sup>(14)</sup>.

Observou-se que determinados ambientes físicos, preparados para a relação, como os balcões com vidro com um pequeno orifício, no setor pronto atendimento - PA\*, ou balcões em ambiente aberto, na área de clínica médica, o usuário deveria expor o motivo de sua procura, sem nenhuma privacidade. Nessas circunstâncias, tanto o usuário quanto o trabalhador tiveram que falar alto, para conseguirem se comunicar e serem ouvidos um pelo outro. Em um ambiente aberto, a relação sofre interferência do som ambiente (conversas de pessoas, choros de crianças, sirene de ambulâncias, comunicação pelo autofalante e outros); somam-se, ainda, ocorrências do momento como interrupções para informações, pessoas que passam e se cumprimentam, pessoas que passam mal, que desviam a atenção do trabalhador para fora do espaço intercessor que tenta estabelecer.

Esse ambiente interfere sobre o acolhimento, pois o usuário fica constrangido, limitando-se a expressar rapidamente seu problema ou sua queixa. Não há reservado para si um espaço privativo, o que faz com que não respeite o espaço do outro<sup>(2-3)</sup>, em circunstâncias semelhantes,

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

Mesmo em ambientes fechados, como no caso do consultório médico, durante as observações registraram-se interrupções diversas. Essas apontam

\* Assim denominado o setor da Unidade de Saúde para onde demandam pacientes que necessitam de atenção imediata, caracterizando-se por atendimento de urgências e emergências clínicas, cirúrgicas etc.

para a necessidade de reflexão sobre o quanto se respeita os diversos espaços de relação do processo de trabalho em saúde<sup>(2,14)</sup>.

As pós-consultas\* para adultos da área de clínica médica são realizadas em uma sala preparada para atender dois usuários ao mesmo tempo. Nela, trabalham duas auxiliares de enfermagem, sendo apontado por essas trabalhadoras as condições de trabalho desfavoráveis,

devido às mais diversas interrupções frequentes, que interferem no cumprimento de suas tarefas. Acrescenta-se o fato de que não demonstram preocupação com as interferências do ambiente, para o estabelecimento de relações de atendimento mais próximas, mais humanas, possibilitando auxiliar o usuário a lidar com seus problemas de saúde, parecendo não estar presente a construção de uma rede de relações que possibilite o cuidado em saúde<sup>(2-3)</sup>, assumindo, ao contrário, uma posição conformada. *Não tem jeito, isso aí não tem solução* (Entrevista 6), considerando a situação praticamente 'normal'. (...) *you tá conversando, fazendo pós-consulta, o paciente entra lá dentro da sua sala e te corta e você, porque a porta tá aberta, e corta tua pós-consulta pra perguntar ou alguma informação... (...) você sempre é interrompida aí ... Eu acho péssimo, detesto, já reclamei, já, mas não teve como você fechar a porta porque é eu e a colega trabalhando ... A colega tá com paciente e eu tô com outro, sempre tem acompanhante ... e aquela sala é pequena ... e não tem nem como você fechar a porta ali. Se você fechar a porta não entra paciente ali. A porta tem que ficar aberta ... Eu acho horrível, não gosto... já reclamei, já falei, mas não tem condições ... não tem jeito ... Isso aí não tem solução ...* (Entrevista 6).

Outro aspecto da preparação do ambiente, para que o atendimento se processe diz respeito ao cuidado com as condições de limpeza. Um ambiente limpo, claro, organizado reflete atenção antecipada para com o usuário e com o trabalho a ser desenvolvido. Uma usuária assinalou a importância da limpeza do ambiente comparando esse serviço de saúde aos da cidade em que morava anteriormente. *No Rio os postos são muito ruins, malcuidados, sujos, os médicos usam roupas sujas, as cidades estão sujas, com mau cheiro, o povo não cuida. Aqui para saúde é bem melhor* (OBS 6). É clara a relação limpeza e saúde e essa também compõe parte do que o usuário busca no serviço de saúde.

O respeito e atenção para com o usuário também podem ser demonstrados pelo trabalhador por meio do cuidado com que prepara sua vestimenta para o trabalho e a adequação da mesma. Esses

cuidados causam boa impressão para iniciar a relação de atendimento<sup>(2)</sup>. Isso foi explicitamente colocado pela usuária que demonstrou confiança no serviço de saúde em que se encontrava.

O cuidado com a aparência e a vestimenta também é observado nos usuários, demonstrando preocupação em se apresentar da melhor maneira possível ao outro, preparando-se para a relação que irá construir. (...) *a gente vê muito o paciente aqui (...) Vê ele limpo, vem passear no CS, né? Ele limpo, as crianças, limpas, bonitas ... eu não esqueço um dia que eu estava fazendo visita agora ... há um mês (...) Tinha chovido ... estava um barro na favela ... e todo mundo estava de chininho, né? Tomando cuidado para não sujar o pé, de roupinha muito bonitinha ... Na hora que chegou na esquina da Rondônia ... ela saiu daquele quadrilátero da favela, todo mundo colocou sapatinho e meia, as crianças, 3 crianças, a mãe ... sabe? Pegou a sacola jogou num canto, a sacola, com os chinelos sujos ... e veio para o centro de saúde que eu encontrei com ela na sala de vacina, depois fazendo curativo numa criança, né?* (Entrevista 1).

A preocupação para com o outro, o usuário, pode ser observada também pela forma com que se utiliza da sinalização e se informa a localização das salas e setores de atendimento, isto é, como se lança mão da tecnologia dura: placas, cartazes, painéis informativos e outros. Desde a entrada, são pouco destacadas as placas, pouco evidentes, e os setores, em muitas situações, ficam sem ninguém para informar. Não se está dizendo que toda a sinalização do local deva ser mudada, e sim que o serviço como um todo, por meio de seus trabalhadores, deve considerar a sinalização tal como se encontra, orientando os usuários, segundo suas necessidades; ficando, assim, atentos para identificar, dentre o conjunto de usuários, aqueles que apresentam, no momento, dificuldades em se localizar espacialmente na unidade de saúde, seja por limitação de escolaridade seja por dificuldades circunstanciais como dor, ansiedade, medo, em um exercício constante da equidade e acessibilidade. *Às 14h38min chegamos ao RX. Há uma senhora no final do corredor, olha para uma das portas e para o balcão e pergunta para nós que nos aproximamos: 'não tem ninguém aqui? É a senhora que atende?' Respondi que o atendimento seria após as 16 horas e que estaríamos aguardando. A paciente agradece dizendo: 'ah! Então eu vou embora', e sai em seguida. (...) Às 15h8min chega uma senhora com vários papéis à mão e pergunta sobre o atendimento. Informamos sobre o início às 16 horas (...)* (OBS 6).

Na situação acima, parece que não se percebeu a importância desse cuidado, o usuário não

\* A pós-consulta aqui é definida como todo atendimento realizado por pessoal de enfermagem visando, na maior parte das vezes, reforçar as orientações ao usuário após a realização das consultas médicas. Além do reforço das orientações sobre as ações terapêuticas indicadas, também podem ser realizadas outras atividades, tais como: marcação de exames de apoio diagnóstico, retornos, etc. As pós-consultas são derivadas da divisão técnica e social do trabalho em saúde, como forma de racionalizar o trabalho médico.

teve qualquer tipo de informação ou atenção de que o setor só estaria à disposição para o atendimento em outro horário, não havendo, nesse caso, o suficiente preparo do ambiente que pudesse acolher o usuário que chega com dúvidas, gerando maior sensação de incerteza nesse.

O preparo do ambiente não é meramente o preparo de um espaço físico, mas diz respeito ao cuidado que a unidade de saúde e o trabalhador têm ao executá-lo, expondo sua disponibilidade para a relação e para transformá-la em um espaço de acolhimento, onde se faz presente, além de uma postura do trabalhador capaz de dar respostas mais adequadas aos usuários, a utilização de recursos disponíveis para a resolução dos problemas e necessidades apresentadas pelos usuários, o que implica interesse e responsabilização do trabalhador e do serviço de saúde frente às situações postas no cotidiano do trabalho em saúde<sup>(2-5,14)</sup>.

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

No entanto, nem sempre o programado é cumprido. Uma senhora que também aguarda consulta diz: *'dia que elas tá de veia boa dá tudo certo. Dia que elas tão de veia ruim tá perdido. (...) Teve um dia que tive que fazer um escândalo. Minha consulta estava marcada para as 7 horas e eles foram me atender só às 11. Fui lá e falei um monte para elas. Elas foram passando gente na minha frente... Foram passando gente... Ai fui lá falar! Ai elas me atenderam. (...) mas elas pegam muita gente para a mesma hora ...* (OBS 19).

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

Esse choque entre a estruturação do serviço e a expectativa do usuário gera, nesse último, certa falta de disponibilidade em se relacionar com os trabalhadores de saúde, no caso as auxiliares de enfermagem, que são responsabilizadas pelo não

atendimento, conforme o programado, demonstrando falta de credibilidade e confiança que, certamente, refletirá no vínculo trabalhador/usuário e no acolhimento a esse usuário.

Em algumas situações, a regra é tomada de forma rígida, não facilitando o acolhimento, distanciando-se daquilo para a qual foi implantada, ou seja, diminuir o tempo de espera, diminuir o número de pessoas circulando na unidade, para evitar tumultos e som ambiente elevados. (...) *uma senhora entrega seu cartão de agendamento ao auxiliar: 'tenho consulta hoje ..., Dr. PPP'. Auxiliar olha o cartão: 'só que é às 14 horas. Só poderá descer às 13h e 30min. 'Paciente: 'mas eu trabalho ... as moças já, já estão lá. Elas pegam meu cartão e depois vou trabalhar'. Auxiliar: 'só pode entrar meia hora antes do horário marcado. Pode aguardar'. Às 13h e 30min a senhora desce* (OBS 17).

Essa produção, de certo padrão de prática burocratizada, decorre das circunstâncias em que se executa um projeto terapêutico, que se organiza, parcelando o trabalho e fixando o trabalhador em uma determinada etapa. Nesse processo, o trabalhador executa "atos esvaziados de sentido, ou cujo sentido depende de uma continuação que o trabalhador não somente não controla como até desconhece"<sup>(15)</sup>.

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

Essa relação de poder é desigual, é dada pelo papel - de usuário e de trabalhador, uma relação hierárquica social e historicamente determinada pelas próprias relações, pelo domínio do conhecimento, pela detenção de informações<sup>(16)</sup>. Usuário e trabalhador, de certa forma, se preparam para a mesma, na medida em que se reconhecem mutuamente, de alguma forma, naquele espaço intercessor. Esse reconhecimento denominado como 'a obra', trata do "reconhecimento tanto por parte do trabalhador como do cliente e da sociedade, do resultado do trabalho"<sup>(15)</sup>.

O usuário que ora se submete ao trabalhador para ter seu problema acolhido, em outros momentos, atua enquanto sujeito, também se fazendo presente de forma inteira na relação dentro do mesmo contexto, prepara-se para obter o que deseja. O trabalhador, por sua vez, pode fazer uso mais livremente desse poder, utilizando-o das mais diversas formas no espaço de intercessão com o usuário, evidenciando ainda mais seu poder ou utilizando-o em relação mais horizontal em que ambos estão juntos na construção de uma resposta para o problema apresentado pelo usuário. *No balcão há dois rapazes sendo orientados pela auxiliar. Um dos rapazes diz: 'retorno.' Auxiliar: 'o senhor perdeu. Era a uma e meia, já foi'. Paciente: 'mas o serviço... não deu para vir antes...'. Auxiliar: 'acabei de colocar os pacientes que não tinham consulta marcada'.* (OBS14).

Antes de se relacionar com o usuário, o trabalhador se depara com seu próprio trabalho. Sua representação quanto ao trabalho é dada pela concepção que tem dele, pelas condições em que esse se concretiza, pelo retorno que pode obter, pela representação que tem do usuário e de suas necessidades. Esse quadro gera certa disponibilidade desse trabalhador em se relacionar com o usuário e de que forma, além do que vai interferir sobre a maneira como o trabalhador lançará mão das tecnologias (leve, leve-duras e duras) do trabalho em saúde, sobre o quanto e pelo quê se responsabilizará e qual finalidade norteará seu atendimento<sup>(2-3)</sup>.

Um dos médicos (Entrevista 3) referiu que, apesar de ouvir os gritos do conflito entre as auxiliares e os usuários não sai do consultório, isto é, não ajuda, não sabe nem se o usuário foi atendido ou não. Reconhece o problema, mas não se envolve. Esse relato traz à tona a questão da responsabilização dos trabalhadores com o conjunto do trabalho a ser desenvolvido, com sua finalidade e, de forma marcante, com a questão do trabalho em equipe, no aspecto da cooperação entre seus membros<sup>(17)</sup>, para tentar solucionar os problemas presentes no cotidiano do trabalho. A forma de atuação descrita pelo profissional leva a se pensar que esse está preso a uma matriz de divisão de trabalho, onde o médico só consulta, e os problemas da recepção e agendamento dos usuários, de preparação das condições de atendimento, da escuta às expectativas que os usuários depositam no serviço de saúde são da competência das auxiliares de enfermagem ou de

qualquer outro trabalhador que atue fora do consultório médico.

O não envolvimento do médico com o acolhimento do usuário indica sua captura pelo trabalho morto, confirmado em sua entrevista, quando referiu que a estrutura e organização do trabalho o impedem de atender seus pacientes em intercorrências, sendo esse um limitante de seu trabalho<sup>(2-3)</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A observação do atendimento, assim como as entrevistas com os trabalhadores, parece revelar que é a finalidade do atendimento que estrutura a relação a ser construída. Essa tal finalidade não se apresenta explicitamente, isto é, surge na relação como a resposta eleita, a melhor e mais viável naquelas circunstâncias, dentro de um cardápio de intervenções possíveis, pensadas pelo trabalhador, a partir e naquele espaço intercessor.

Além disso, a estruturação do atendimento e das respostas que irão constituir o cardápio de intervenções pode se dar de forma mais ou menos abrangente, a partir da concepção de homem e de saúde/doença que embasa a finalidade dada ao atendimento<sup>(18)</sup>. Nesse processo, o trabalhador demonstra pelo quê e por quanto se responsabiliza, o que revela também suas concepções presentes na relação de atendimento, ou seja, a decisão tomada expressa a objetivação do trabalhador em relação ao processo saúde/doença e da finalidade que dá ao trabalho.

Assim, pode-se considerar que a disponibilidade do trabalhador para o preparo do ambiente, de si próprio e da relação de atendimento propriamente dita passa por dentro do próprio trabalhador (seus afetos, desejos, projetos) e pelo contexto no qual está inserido, entendendo-o muito além dos muros da unidade de saúde. Essa afirmação se baseia na percepção do trabalhador, enquanto homem de relações no mundo, que sofre e produz ações recíprocas de manutenção e transformação. Em seu cotidiano, entretanto, o trabalhador normalmente não se percebe assim, vive atribulado, correndo o tempo todo, com grande dispêndio de energia, sem parar para refletir sobre o que faz.

Embora haja dificuldades no setor saúde, referentes à disponibilidade de recursos,

especialmente do setor público, é preciso que se atente para esses pontos levantados quanto à preparação para a relação serviço/usuário e trabalhador/usuário, buscando incorporá-los na estruturação do serviço, investindo no aumento de sua capacidade resolutiva,

não só em termos de eficácia e eficiência, mas através de relacionamento mais humano, mais acolhedor, uma vez que é no trabalho vivo em ato, nessa intercessão, que se configura a qualidade do atendimento.

## REFERÊNCIAS

1. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo (SP): Hucitec/Lugar Editorial; 1997. p. 71-112.
2. Matumoto S. O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1999.
3. Takemoto MLS, Silva EM. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2007 fevereiro; 23(2): 331-40.
4. Camelo SHH, Angerami ELS, Silva EM, Mishima SM. Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto. *Rev Latino-am Enfermagem*. Agosto 2000; 8(4):30-7.
5. Lima MADS, Ramos DD, Rosa RB, Nauderer TM, Davis R. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. *Acta Paul Enferm* 2007 janeiro/março; 20(1):12-7.
6. Mendes Gonçalves RB. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo (SP): Cadernos CEFOR. Prefeitura Municipal de São Paulo; 1992.
7. Rocha SMM, Almeida MCP. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. *Rev Latino-am Enfermagem* 2000 dezembro; 8(6):96-101.
8. Mishima SM, Pereira MJB, Fortuna CM, Matumoto S. Trabalhadores de saúde: problema ou possibilidade de reformulação do trabalho em saúde?: alguns aspectos do trabalho em saúde e a relação gestor/trabalhador. In: Ministério da Saúde (BR). *Observatório de Recursos Humanos no Brasil: estudos e análises*. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2003. p. 137-56.
9. Merhy EE, Chakkour M, Stéfano E, Stéfano ME, Santos CM, Rodrigues RA, 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 EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo (SP): Hucitec/Lugar Editorial; 1997. p. 113-50.
10. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, Secretaria Municipal da Saúde. Plano de Saúde de Ribeirão Preto: Período 2005-2008 [Internet]. Ribeirão Preto; 2005. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/i16principal.asp?pagina=/ssauade/vigilancia/planeja/plano05-08.pdf>
11. Merhy EE. Saúde: cartografia do trabalho vivo. São Paulo (SP): Hucitec; 2002.
12. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1995.
13. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 3.ed. São Paulo (SP): Hucitec; 1994.
14. Marques GQ, Lima MADS. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. *Rev Latino-am Enfermagem* 2007 janeiro/março; 15(1):13-9.
15. Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo (SP): Hucitec/Lugar Editorial; 1997. p. 229-66.
16. Oliveira BRG, Collet N, Viera CS. A humanização na assistência à saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2006 março/abril; 14(2): 277-284.
17. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública* 2001 fevereiro; 35(1):103-9.
18. Matumoto S, Mishima SM, Pinto IC. Saúde coletiva: um desafio para a enfermagem. *Cad Saúde Pública* 2001 janeiro/fevereiro; 17(1):233-41.