

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA INSTITUCIONAL

CATHARINA HOFFMANN

**ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA: NAVEGAÇÕES E MERGULHOS NOS
DISCURSOS E PRÁTICAS PRODUZIDOS NO COTIDIANO DE UMA UNIDADE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA**

VITÓRIA
2009

CATHARINA HOFFMANN

**ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA: NAVEGAÇÕES E MERGULHOS NOS
DISCURSOS E PRÁTICAS PRODUZIDOS NO COTIDIANO DE UMA UNIDADE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional do Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Institucional, na área de concentração Psicologia Institucional e linha de pesquisa Subjetividade e Clínica.

Orientadora: Profa. Dra. Maristela Dalbello Araújo

**VITÓRIA
2009**

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

H669a Hoffmann, Catharina, 1977-
Acolhimento na atenção básica : navegações e mergulhos nos discursos e práticas produzidos no cotidiano de uma unidade de saúde da família / Catharina Hoffmann. – 2009.
175 f. : il.

Orientadora: Maristela Dalbello Araújo.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais.

1. Acolhimento. 2. Serviços de Saúde. 3. Trabalho. 4. Subjetividade. I. Araújo, Maristela Dalbello. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências Humanas e Naturais. III. Título.

CDU: 159.9

CATHARINA HOFFMANN

**ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA: NAVEGAÇÕES E MERGULHOS NOS
DISCURSOS E PRÁTICAS PRODUZIDOS NO COTIDIANO DE UMA UNIDADE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação de Mestrado: Submetida à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional do Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para obtenção do Grau de Mestre.

COMISSÃO EXAMINADORA

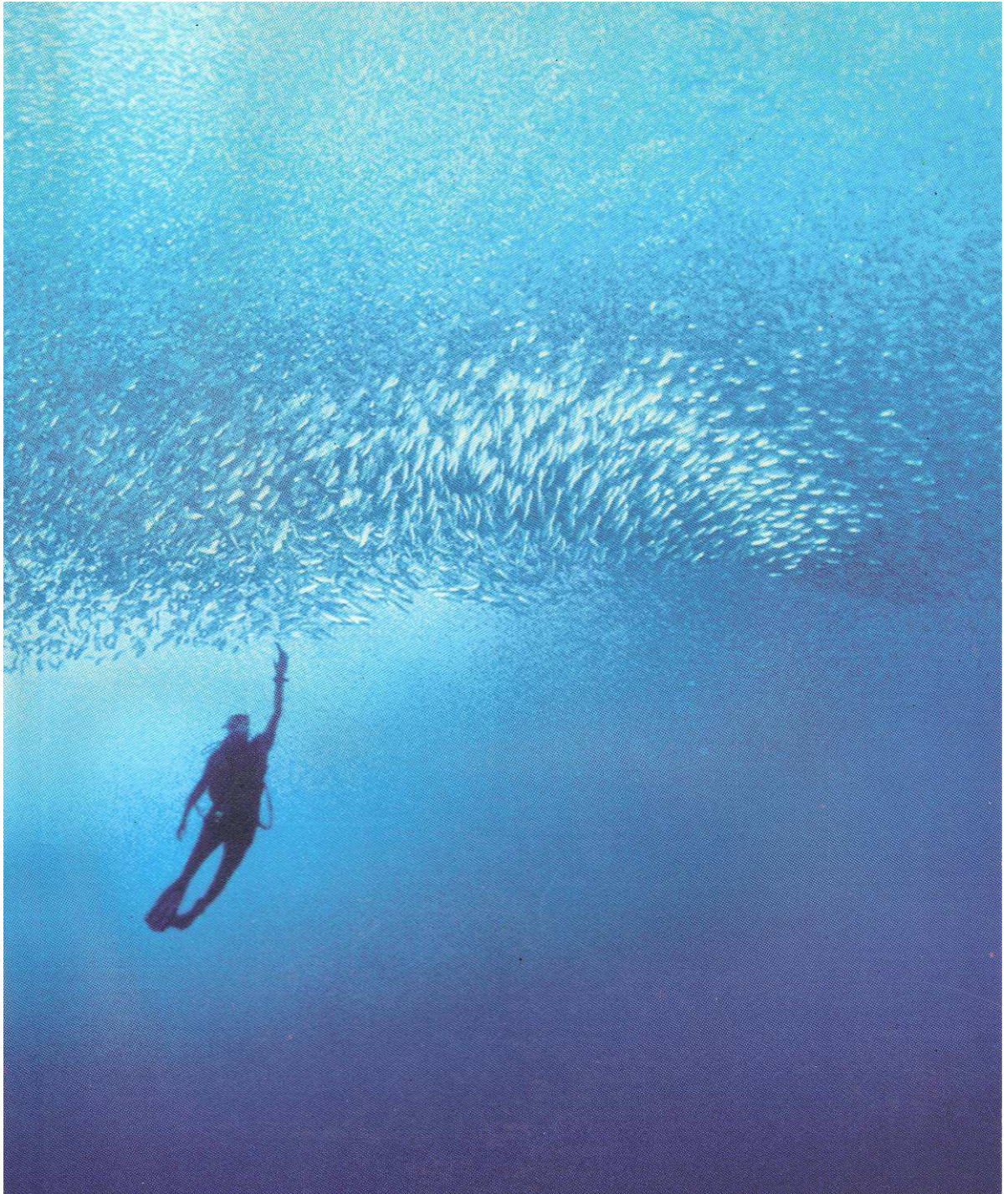
Profa. Dra. Maristela Dalbello Araújo – **Orientadora**
Universidade Federal do Espírito Santo

Profa. Dra. Maria Elizabeth Barros de Barros – **1ª. Examinadora**
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof. Dr. Ricardo Rodrigues Teixeira – **2º. Examinador**
Universidade de São Paulo

Profa. Dra. Lílian Rose Margotto – **1ª. Suplente**
Universidade Federal do Espírito Santo

Profa. Dra. Marta Zorzal e Silva – **2ª. Suplente**
Universidade Federal do Espírito Santo



FONTE: AMARANTE, [200-?].

AGRADECIMENTOS

À Tiago, meu marido, grande companheiro nesta “navegação”. Obrigada por aturar meu mau-humor, meu cansaço, minha insônia; por todo amor e paciência e pelas experiências cotidianas de “mergulhos” intensos nessa vida.

A meus pais, por sempre terem abraçado meus projetos de estudo, de trabalho, de lazer. Enfim, de Uma Vida saudável e colorida!

À Maristela, minha orientadora nestes “mergulhos”, pelas “cartas brancas” que me deu, pelo suporte, pela compreensão, por respeitar meus limites e anseios, e ao mesmo tempo me lembrar que, muitas vezes, é preciso ter foco.

À Biu e Camila, pela inestimável ajuda desde as primeiras idéias para esta pesquisa. Obrigada pelos livros, pelas ajudas teóricas e emocionais, pelos telefonemas fora de hora, pelas indagações constantes e por entenderem minha ansiedade.

À Camila Mariani Silva, pelo cuidadoso *Abstract* e à Juliana Pandolfi, pelos cuidados com a impressão do trabalho.

A todos os meus amigos que, de perto ou de longe, estiveram torcendo por mim. Especialmente, a minhas queridas amigas de tantos anos, agradeço pelo carinho e presença marcantes: Biu, Brunella, Cacá, Camila, Fernanda, Janine, Ju, Letícia, Raphaella e Simone.

À minha irmã Fabiana, pelo apoio e por me ceder seu *notebook*, vital para minha mobilidade nesses meses de tantas correrias e deslocamentos de um espaço a outro.

À Yuri, meu sobrinho, por me ensinar que a cada som desconhecido que escutamos, a cada objeto novo que tocamos, a cada palavra que aprendemos a falar, uma nova brincadeira é inventada. E assim a vida se cria e se recria!

À Renata, minha psicoterapeuta, por me lembrar durante todos esses anos de deixar minha energia fluir, onde quer que eu esteja, no que quer que eu faça.

À Priscila, professora de Pilates por, literalmente, colocar minha coluna “no eixo” nos momentos de dores inconvenientes e quase invencíveis.

À Janayna Araújo, um *bom encontro*, no Mestrado e em outros espaços.

À Juliana Archanjo e Helayne Ximenes, por remarmos no mesmo barco. Saúde!

Aos colegas mestrandos do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional da UFES, pelas trocas alegres que fizemos durante esses dois anos e por compartilharem também as angústias.

A todos do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional da UFES, por construirmos um livre-pensar.

À Brunella Alóquio, Josélia Soares e Regiane Dias, pela colaboração no processamento dos dados da pesquisa.

Aos colegas do grupo Psicologia e Saúde Coletiva, por compartilharem suas experiências.

Aos trabalhadores e usuários da Unidade de Saúde da Família da Ilha do Príncipe, pela receptividade e disponibilidade durante a pesquisa.

À Prefeitura Municipal de Vitória, por autorizar a realização da pesquisa de campo.

À FACITEC, pelo apoio financeiro destinado a esta pesquisa.

-- Adeus, disse a raposa. Eis o meu segredo. É muito simples: só se vê bem com o coração. O essencial é invisível para os olhos. [...]. Foi o tempo que perdeste com tua rosa que fez tua rosa tão importante. [...]. Os homens esqueceram essa verdade, disse a raposa. Mas tu não a deves esquecer. Tu te tornas eternamente responsável por aquilo que cativas. Tu és responsável pela rosa...

(Saint-Exupéry, em *O Pequeno Príncipe*).

RESUMO

HOFFMANN, Catharina. **Acolhimento na Atenção Básica: navegações e mergulhos nos discursos e práticas produzidos no cotidiano de uma Unidade de Saúde da Família.**

Orientadora: Profa. Dra. Maristela Dalbello Araújo. Vitória/ES: PPGPSI/UFES, 2009. 175 f. Dissertação de Mestrado.

Esta pesquisa abrange os processos de produção de saúde, tendo como objeto de estudo os discursos e práticas de saúde relacionados ao acolhimento. O contexto de análise é a Atenção Básica do município de Vitória/ES e o campo de pesquisa, o cotidiano da Unidade de Saúde da Família da Ilha do Príncipe. O estudo utilizou como referência os aportes teóricos da Análise Institucional e da Saúde Coletiva. Buscou-se analisar o modo como os trabalhadores fazem acolhimento no cotidiano do serviço, além de “escutar” as concepções e os discursos produzidos a respeito, na relação com suas práticas cotidianas, o que inclui os processos de trabalho e as interações com os usuários. Para isso, utilizou-se a Cartografia como estratégia metodológica. Os dados foram produzidos no período de fevereiro a setembro de 2008, por meio de observação, diário de campo e entrevistas realizadas com usuários e trabalhadores da USF. Os resultados produzidos expressam que o processo de trabalho e sua gestão são fragmentados e burocratizantes. Há intenção dos trabalhadores de rever os processos de trabalho, entretanto, isto encontra obstáculos na prática. No tocante ao acolhimento, a exigência que os trabalhadores sofrem para que atendam a uma certa produtividade é um aspecto que compromete a qualidade da relação entre as equipes e destas com o usuário, afetando o atendimento às necessidades destes e a própria oferta de ações de saúde. As necessidades que os trabalhadores esperam acolher estão circunscritas à doença ou sintoma manifesto fisicamente. Demonstrou-se que ir ao serviço para “conversar” constitui-se em uma demanda valorizada pelos usuários, sendo acolhida por alguns trabalhadores. Evidenciou-se que a comunicação nas equipes é restrita às discussões de questões administrativas e procedimentos. A hierarquização entre os níveis de formação contribui para entender o acolhimento como uma “atividade” ou “procedimento” que é atribuição de uma categoria específica (auxiliares de enfermagem), a qual supõe-se, tem capacidade técnica para fazê-lo no ato de recepção do usuário. Constatou-se que as ações de saúde não são pactuadas com os usuários, de modo que o PSF não garante o acolhimento. Porém, os tensionamentos nas relações cotidianas entre trabalhador e usuário favorecem a problematização do acolhimento como ação que pode ultrapassar a recepção. Fica evidente a necessidade de reorganização dos processos de trabalho e de se engendrar subjetividades por uma humanização que valorize os processos de singularização, de modo a se promover uma real democracia no acesso à saúde, na qualidade da assistência e na garantia dos princípios do SUS.

Palavras-chave: acolhimento; processos de trabalho em saúde; produção de subjetividade; relação trabalhador-usuário.

ABSTRACT

HOFFMANN, Catharina. **Embracement in Primary Health Care: surfing and diving into discourses and practices produced in the everyday activities in a Family Health Care.**

Guidance: Profa. Dra. Maristela Dalbello Araújo. Vitória/ES: PPGPSI/UFES, 2009. 175 p. Master Dissertation.

This research discusses the plans of health production processes, aiming the health discourses and practices related to embracement. The context for the analysis is the Primary Health Care in the city of Vitória/ES and the research field are the everyday activities of the Family Health Service in Ilha do Príncipe. As reference it was used Institutional Analysis and Collective Health. It was analyzed the way how workers embrace the users of the health service as well as “listened” to their conceptions and discourses produced upon embracement, in relation to their everyday practices, which includes work processes and the interaction with the users. It was used Cartography as the methodological strategy. Data was produced from February 2008 to September 2008, through field observation, field diary and interviews with the users and health workers from the Family Health Service. The results show that the process of work and its management are fragmented and bureaucratized. There is the intention, from the workers, to revise the work processes, however they find obstacles in this practice. Concerning Embracement, the requirements the workers have to fulfill to obtain a certain amount of productivity is one aspect that compromises the quality of the relation between the Family Health Teams and their relation towards the users, affecting the response to their needs and the offer of actions in health care. The everyday activities show that the needs the workers are willing to welcome are related to disease or symptoms physically expressed. It was revealed that users have “conversation” as a valued demand and it is embraced by some workers. It was highlighted that communication in the Family Health Teams is restricted to discussions on administrative issues and procedures. The informal hierarchy order according to the level of graduation contributes to understand Embracement as an “activity” or “procedure” attributed to a specific category (nursing assistants), which supposedly have the technical capacity to do it in the action of receiving the user in the establishment. It was noticed that there isn't a pact between the actions in health offered and the users, in a way that the Family Health Program doesn't guarantee embracement. However, the tension in the everyday relations between worker and user favor the discussion of embracement as an action that may surpass reception. It is evident the need of reorganizing the process of work and engendering subjectivities for a humanization that values the singularization processes in a way of promoting a real democracy in the access to health, in the quality of health care and in the guarantee of the principles of SUS (Public Health System).

Key-words: embracement; work processes in health; production of subjectivity; worker-user relationship.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. RETROSPECTIVA HISTÓRICA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL: DA REPÚBLICA OLIGÁRQUICA AO ESTADO AUTORITÁRIO INSTITUÍDO.....	17
3. MOVIMENTOS INSTITUINTES NA SAÚDE.....	22
3.1 O MOVIMENTO SANITÁRIO: BASES INSTITUCIONAIS, VERTENTES INSTITUINTES E INSTITUCIONALIZAÇÃO NO APARELHO DE ESTADO	22
3.2 O SUS COMO UM PROCESSO EM PERMANENTE CONSTRUÇÃO: DA CONJUNTURA NEOLIBERAL DOS ANOS 90 AOS DESAFIOS DOS ANOS 2000	27
3.3 A ATENÇÃO BÁSICA COMO LUGAR DE REORIENTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	31
4. DISCURSOS SOBRE ACOLHIMENTO.....	36
4.1 A POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE	36
4.1.1 O Acolhimento na PNH	41
4.2 DISCURSOS E MOVIMENTOS DA SECRETARIA DE SAÚDE DE VITÓRIA	47
4.3 DISCURSOS NORTEADORES DAS ANÁLISES SOBRE ACOLHIMENTO	50
5. O PERCURSO METODOLÓGICO	56
5.1 CARTOGRAFIAS DAS IMPREVISIBILIDADES DO CAMPO DE PESQUISA: UM MERGULHO NA EXPERIÊNCIA, UMA EXPERIÊNCIA DE MERGULHO OU O POLVO QUE ENCONTREI DEBAIXO D'ÁGUA.....	56
5.2 A CAIXA DE FERRAMENTAS DO NAVEGADOR-CARTÓGRAFO	62
6. O CONTEXTO DO TERRITÓRIO DE PESQUISA E OS MARES NAVEGADOS	71
6.1 A CIDADE DE VITÓRIA	71
6.2 OS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA EM VITÓRIA.....	72
6.3 O BAIRRO ILHA DO PRÍNCIPE	74
6.4 A UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA ILHA DO PRÍNCIPE.....	76

7. ANÁLISE DOS DADOS: O ACOLHIMENTO NOS PROCESSOS DE PRODUÇÃO DE SAÚDE	82
7.1 O NAVEGADOR-MERGULHADOR ACOMPANHA A MOVIMENTAÇÃO DAS ÁGUAS: OS PROCESSOS DE TRABALHO NO COTIDIANO DA USFIP	82
7.1.1 O navegador segue o fluxo das marés: transitando pela Unidade de Saúde	84
7.1.2 Quando os cardumes se misturam: as reuniões de equipe e as reuniões gerais na USFIP	98
7.2 INTERAÇÕES DENTRO DO OCEANO: AS RELAÇÕES TRABALHADOR-USUÁRIO NO COTIDIANO DA UNIDADE DE SAÚDE	139
7.2.1 Um camarão se esgueira em meio aos peixes: nadando num mar de desconfianças e desencontros	140
7.2.2 A lagosta e os peixinhos: armadilhas na relação entre diferentes	150
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	158
9. REFERÊNCIAS	162
10. APÊNDICES	172
10.1 APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA GESTORES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	172
10.2 APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	173
10.3 APÊNDICE C – SOLICITAÇÃO DE ENTREVISTA COM REPRESENTANTE DA SEMUS.....	174
10.4 APÊNDICE D – DETALHAMENTO DA ENTREVISTA COM REPRESENTANTE DA SEMUS	175

1. INTRODUÇÃO

A atualidade da discussão sobre acolhimento no âmbito da saúde pode ser verificada pela produção científica recente (AYRES, 2004; FRANCO, BUENO, MERHY, 2007; TEIXEIRA, 2003; GOMES, PINHEIRO, 2005; MALTA, 2001; SANTOS *et al*, 2007; SCHIMITH, LIMA, 2004).

Estas discussões se justificam pela evidência de precarização das relações no trabalho em saúde, pela pouca participação dos trabalhadores na gestão dos serviços e pelo frágil vínculo destes com os usuários, o que não condiz com os princípios de um Sistema Único de Saúde – SUS democrático e participativo.

Tais constatações foram verificadas na experiência profissional vivida pela autora desta pesquisa em uma Unidade Básica de Saúde, a qual serviu de estímulo para a problematização do processo de cuidar e para iniciar um projeto de pesquisa que pudesse dar visibilidade às dificuldades envolvidas na organização dos processos de trabalho em saúde, tornando-se fundamental, colocar em análise a qualidade das relações que se dão nos serviços de saúde frente à diversidade e à multiplicidade de necessidades que neles se produzem, evidenciando-se a importância da dimensão subjetiva nos processos de produção de saúde.

A formação acadêmica da pesquisadora, que se deu no curso de Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), foi potencializadora da produção de interfaces e transversalizações entre diversos campos do saber, incrementando o interesse em discutir estes aspectos relacionados às transformações pelas quais vem passando o campo da saúde.

Alguns anos após a graduação, encontramos, no Mestrado em Psicologia Institucional da UFES, receptividade para o desenvolvimento desta pesquisa sobre acolhimento, discutindo-o na perspectiva da produção de subjetividades e de realidades, nos processos de produção de saúde que se engendram no contemporâneo. A inserção da pesquisadora neste Programa de pós-graduação foi atravessada por múltiplas possibilidades de exploração de “substâncias” de diversas procedências, as quais puderam compor com a ética deste trabalho, que valoriza o agenciamento com os movimentos de produção de vida que se fazem no cotidiano. Assim, foram valorizados na sua produção as aulas, seminários, conferências, orientações, mas também as conversas informais com os colegas de Mestrado, as

festas de que participamos juntos e a própria construção e apropriação do “espaço” coletivo do Mestrado.

A discussão sobre acolhimento encontra respaldo na *Política Nacional de Humanização da atenção e da gestão na saúde* (PNH) – instituída pelo Ministério da Saúde (MS) e apresentada na XII Conferência Nacional de Saúde (2003) – que aponta para a humanização como aspecto fundamental para a qualificação do SUS e para uma construção coletiva do campo da atenção em saúde. Com este intuito, a PNH vem convocando os municípios brasileiros a desenvolverem uma “Política Municipal de Humanização” que reconheça a necessidade de construção de novas relações de trabalho que envolva gestores, profissionais de saúde e também usuários.

Entretanto, tão importante quanto os espaços de discussão regulamentados, são, também, o cotidiano dos serviços e as relações concretas e diárias entre profissionais de saúde, gestores e usuários, os quais atualizam a produção de ações em saúde de interesse coletivo.

Tomamos o acolhimento como uma “dimensão” da problemática da humanização dos serviços, apontando para a responsabilização, para a análise da demanda e da escuta qualificada. A partir desse entendimento, tivemos como objetivo geral nesta pesquisa, acompanhar e analisar os discursos e as práticas relacionadas a acolhimento, postos em funcionamento pelos trabalhadores, gestores e usuários no cotidiano de um serviço de Atenção Básica do município de Vitória, a fim de questionar a real efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e, concomitantemente, de refletir sobre a potencialização, a qualificação e a organização dos serviços oferecidos.

Como objetivos específicos desta pesquisa apontamos:

- Identificar e sistematizar os discursos oficiais e protocolos instituídos sobre acolhimento no âmbito do Ministério da Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) da Prefeitura de Vitória.
- Compreender e analisar os discursos acerca do acolhimento entre os atores envolvidos (usuários, gestores e profissionais de saúde) no cotidiano de uma unidade básica de saúde.

- Acompanhar e analisar as práticas cotidianas que pudessem ser tomadas, nessa unidade, como modos de se fazer acolhimento.
- Analisar as relações entre os discursos oficiais, os discursos produzidos pelos atores e as práticas acompanhadas.

Para alcançar os objetivos propostos, foram realizadas sistematização de documentos oficiais sobre o acolhimento e estudos da literatura técnica a respeito deste tema. Também foram feitas observação de campo com a utilização de um diário, bem como entrevistas com trabalhadores e usuários da Unidade de Saúde da Família pesquisada. Como resultado desse trabalho, este estudo apresenta-se em oito capítulos.

Após a breve introdução da justificativa, do propósito e dos objetivos de nossa pesquisa, feita neste **primeiro capítulo**, passamos a descrever nosso percurso nos capítulos seguintes:

No **segundo capítulo**, fizemos uma retrospectiva da história das políticas de saúde brasileiras e das transformações ocorridas ao longo do século XX, como prerrogativa para compreender os movimentos de construção do campo da saúde pública.

No **terceiro capítulo**, focalizamos o Movimento Sanitário como aglutinador de movimentos sociais instituintes pela mudança da área da saúde e pela redemocratização no Brasil. Em seguida, remetemos à construção do SUS, apontando seus desafios atuais, dentre os quais se destaca o acolhimento “humanizado” com resolutividade. Por fim, discorremos sobre a Atenção Básica como nível preferencial de acesso dos usuários e para onde se volta a reorganização do sistema e que constitui o contexto desta pesquisa.

No **quarto capítulo**, abordamos alguns discursos sobre acolhimento. Inicialmente, destacamos a ênfase dada a este tema pela Política Nacional de Humanização. Em seguida, descrevemos os discursos e movimentos que têm sido feitos pela SEMUS a esse respeito. Por último, trazemos discursos presentes na literatura acadêmica, que serviram como referencial para nossas análises.

No **quinto capítulo**, explicitamos os pressupostos da Cartografia e detalhamos as ferramentas utilizadas para a realização desta pesquisa.

No **sexto capítulo**, contextualizamos o território desta pesquisa, por meio da descrição das características geográficas, históricas e econômicas do município de

Vitória e das características da Atenção Básica e situamos a história e o perfil do território da Ilha do Príncipe. Finalmente, cartografamos o processo de construção da Unidade de Saúde da Família da Ilha do Príncipe e suas características atuais.

No **sétimo capítulo**, realizamos as análises acerca do acolhimento, a partir do acompanhamento dos processos de trabalho na Unidade de Saúde e das relações engendradas entre usuários e trabalhadores no serviço.

No **oitavo capítulo**, procedemos às considerações finais, seguidas das referências e apêndices.

2. RETROSPECTIVA HISTÓRICA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL: DA REPÚBLICA OLIGÁRQUICA AO ESTADO AUTORITÁRIO INSTITUÍDO

A saúde como direito é uma conquista social. No Brasil, após vinte anos de regime ditatorial, as políticas de saúde ganharam destaque com o processo de redemocratização do país, em que a Reforma Sanitária teve papel preponderante. Como ápice desse processo de luta pela democracia sanitária, destacamos o estabelecimento da garantia constitucional do direito universal à saúde e a construção do Sistema Único de Saúde – SUS (ESCOREL, 1998).

Entretanto, para se compreender o movimento sanitário que engendrou uma luta pela saúde como direito, é preciso revisitar alguns processos históricos que remetem às mudanças ocorridas na saúde brasileira durante o século XX, bem como às relações entre Estado, sociedade e saúde, no tocante às políticas de saúde.

Segundo Lima, Fonseca e Hochman (2005), as políticas de saúde tiveram seu início efetivo no final da década de 1910. Durante a República oligárquica (1889-1930) – conhecida também como Primeira República -- estiveram associadas aos problemas da integração nacional e “à consciência da interdependência gerada pelas doenças transmissíveis” (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005, p.32). As políticas de saúde, naquele momento, foram consideradas resultantes do encontro entre um movimento sanitarista organizado em torno das propostas de saneamento - - cuja viabilidade dependeria do fortalecimento da autoridade do Estado e do papel do governo federal – e as elites políticas, cientistas e intelectuais de vertente nacionalista atentos para os efeitos negativos do quadro sanitário do país, mobilizados em torno de um “projeto civilizatório” que dependia de políticas públicas em áreas como saúde e educação.

Nas primeiras três décadas do século XX o Brasil era predominantemente rural, com um contingente de analfabetos estimado em 70% no censo de 1920. Ocorriam as primeiras manifestações operárias urbanas com intensos conflitos entre capital e trabalho, as quais sofriam violenta repressão. No âmbito das políticas sociais, embora a Constituição de 1891 já trouxesse para os estados a responsabilidade pelas ações de saúde, saneamento e educação, a assistência

médica só teria reconhecimento legal como política pública com a aprovação da Lei Elói Chaves, de 1923 (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005).

Na década de 20 foram criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's), que tinham finalidade assistencial e eram organizadas por empresas e administradas e financiadas por empresários e trabalhadores, funcionando sob um modelo em que os benefícios dependiam das contribuições dos segurados. A lei que regulamentou a criação das CAP's é apontada como o momento inicial da responsabilização do Estado pela regulação da concessão de benefícios e serviços, especialmente da assistência médica. As classes assalariadas urbanas passaram a ser assistidas por serviços de atenção médica individual, prestados pelas CAP's, que compravam serviços médicos do setor privado pelo credenciamento médico (COHN *et al*, 2002).

Na década de 30 foram formados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's), autarquias que institucionalizaram o seguro social, passando a ser geridos diretamente pelo Estado. Os recursos financeiros continuavam sendo de origem tripartite como nas CAP's (empregados, empregadores e União), mas a contribuição patronal passou a ser calculada sobre o salário pago (COHN *et al*, 2002).

Durante a Primeira República estabeleceram-se as bases para a criação de um sistema nacional de saúde, que se caracterizava pela concentração e pela verticalização das ações no governo central. O período que se inicia em 1930 (primeiro governo de Getúlio Vargas) é visto como marco inicial das políticas sociais e da centralização estatal, conformando um sistema de proteção social de longa duração.

Na esfera institucional, a principal mudança consistiu na criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (Mesp), cujos campos assumiram novos significados compatíveis com as mudanças no quadro político nacional. Entretanto, os primeiros anos do Mesp foram marcados pela indefinição e inconstância de propostas, projetos e ministros, que foram três.

Em sua dimensão institucional, as ações públicas de saúde acompanharam as distinções estabelecidas entre o Ministério do Trabalho Indústria e Comércio (MTIC) e o Mesp, cuja separação correspondeu a mais do que uma simples divisão de funções por área de atuação, pois tratava-se de um formato diferenciado de reconhecimento de direitos sociais. Assim, de um lado estabeleceu-se o arcabouço jurídico e material da assistência médica individual previdenciária, desenvolvida no

MTIC, a qual era destinada aos inseridos no mercado formal de trabalho e amparada por princípios corporativos que definiam aqueles reconhecidos como cidadãos. De um outro lado, fica a saúde pública – e tudo o mais que dissesse respeito à saúde da população e que não se encontrasse na área de abrangência da medicina previdenciária -- atrelada à educação, no Mesp. A este ministério cabia a “prestação de serviços para aqueles identificados como pré-cidadãos: os pobres, os desempregados, os que exerciam atividades informais [...]” (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005, p. 41 e 42).

Concordando com Mendes (1995), podemos dizer que no período que vai de 1930 a 1945, a preocupação da Previdência Social passou a ser de caráter contencionista e a assistência médica é vista como função provisória e secundária.

Entre os anos de 1945 a 1964, os pronunciamentos oficiais de presidentes e ministros e as posições políticas no campo da saúde pública associavam saúde e doença aos problemas do desenvolvimento e da pobreza. O sanitarismo desenvolvimentista vinha reagindo ao campanhismo, à centralização, à fragilidade dos governos locais e ao baixo conhecimento do estado sanitário do país: não havia informações nem dados vitais. O sanitarismo desse contexto defendia a compreensão das relações entre pobreza e doença e sua importância para a transformação social e política do país. Como marco institucional deste período tem-se a criação do Ministério da Saúde, em 1953, no segundo governo Vargas, que junto com a reforma dos serviços nacionais mantinha como posição hegemônica a defesa do foco central nas doenças das coletividades, especialmente endemias que consistiam obstáculos ao desenvolvimento do país, considerado ainda rural. O MS seguia um modelo vertical que se orientava para o combate às enfermidades rurais e era coordenado pelo governo federal (LIMA, FONSECA, HOCHMAN, 2005).

Entre os anos 50 e 60 era comum a associação entre saúde e desenvolvimento. De outro modo, estavam presentes nos discursos políticos como o de Juscelino Kubitschek, eleito presidente em 1955, o compromisso com a erradicação de doenças independentemente do desenvolvimento econômico do país. Em meados dos anos 50, porém, já se ouviam discursos que colocavam a idéia de saúde como consequência do desenvolvimento econômico e social, e não como causa dele. Esta idéia fica claramente expressa no discurso de João Goulart durante a III Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1963, em que o MS é convocado a contribuir “incorporando os Municípios dos país em uma rede básica de serviços

médico-sanitários, que forneçam a todos os brasileiros um mínimo indispensável à defesa de sua vida[...]”.(LIMA, FONSECA, HOCHMAN, 2005, p.54). No entanto, as novas proposições em torno da municipalização dos serviços de saúde e o movimento que vinha se fazendo na direção da descentralização, da horizontalidade, da integração das ações de saúde, da ampliação dos serviços e da articulação da saúde com as reformas sociais, seria abortado pelo golpe militar de 31 de março de 1964.

Em 1966 todo o sistema previdenciário foi unificado no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). O Brasil passava por um processo de intensa industrialização e urbanização que provocaram transformações geradoras de uma grande massa operária que deveria ser atendida pelo sistema de saúde. Segundo Mendes (1995) interessava, a partir de agora, manter restaurada a capacidade produtiva do trabalhador agindo sobre seu corpo.

Através das ações da Previdência Social sobre os serviços de saúde, a intervenção do Estado contribuiu para consagrar a medicina científica como modelo hegemônico de atenção à saúde, cujos reflexos se acentuam no cenário das políticas públicas no Brasil ainda nos dias atuais.

O modelo desenvolvimentista em seu apogeu marca o início da dicotomia entre atenção médica curativa e medidas preventivas de caráter coletivo, assim como o distanciamento dos serviços públicos e serviços privados de saúde (COHN *et al*, 2002).

Nos anos em que vigorou o regime autoritário-burocrático da ditadura militar, a saúde no Brasil encontrava-se em situação de decadência no campo de pesquisas e no âmbito do financiamento, estando o Estado isento de sua obrigação de prestação de contas. No sistema nacional de saúde que vigorou do período de 1964 a 1974 predominavam as instituições previdenciárias, os trabalhadores estavam afastados dos processos de direção e era evidente a hegemonia burocrático empresarial, tendo como consequência a mercantilização da saúde. Tal configuração colocou todo o sistema de saúde na condição de uma máquina ineficiente e tradicionalista.

O governo Médici (1970-1974), marcado pela política do “Milagre Econômico”, foi responsabilizado pelo aumento da mortalidade na população brasileira, sobretudo a infantil, além da expansão de epidemias de meningite e endemias como a hanseníase e poliomielite e da elevação dos níveis de desnutrição. No fim deste

governo já se observavam os primeiros sinais do desgaste do modelo político e das conseqüências sociais da concentração de riqueza. Neste momento, os movimentos sociais começam a se rearticular e denunciar a situação de caos na saúde pública e nos serviços previdenciários de atenção médica, bem como a degradação da qualidade de vida da população.

Em meio a uma modernização e a uma ação fortemente repressiva, os governos militares implantaram algumas medidas direcionadas para a população trabalhadora, a fim de obter legitimidade. Do mesmo modo como foi feito na década de 60, em que os institutos previdenciários foram centralizados pelo INPS; a centralização do sistema prosseguiu ao longo da década de 70, com a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – Inamps (BRASIL, 2006a). Segundo COHN *et al* (2002, p.17), “a lógica do favorecimento do setor privado da assistência médica através da política previdenciária prevaleceu de forma explícita até os anos 80”.

No final da década de 70 o modelo médico-assistencial privatista já demonstrava inadequações à realidade sanitária nacional. O perfil de morbimortalidade do país não era alterado, havia grande incongruência entre a compra de serviços hospitalares privados e a rede prestadora de serviços e era alto o grau de centralização tanto no MS quanto no MPAS, o que reduzia o controle da ação governamental (FLEURY-TEIXEIRA, 1989).

O regime militar vinha, cada vez mais, promovendo a ampliação das desigualdades socioeconômicas e as contradições da política macroeconômica produziam exclusão social e um crescente impacto sobre as condições de vida e trabalho. Com o desgaste da ditadura militar, cresceram os movimentos sociais urbanos no final da década de 70 e início da década de 80.

No afã de transformar tal realidade de exclusão, outros atores sociais tornaram mais evidente sua presença nesse cenário de lutas por mudanças no Sistema de Saúde e pela democratização da sociedade brasileira. Destacamos aqui, como novo sujeito coletivo, o Movimento Sanitário brasileiro, cujas bases fomentaram o reconhecimento da saúde como direito e a luta por uma nova forma de organização da saúde pública no Brasil.

3. MOVIMENTOS INSTITUINTES NA SAÚDE

3.1 O MOVIMENTO SANITÁRIO: BASES INSTITUCIONAIS, VERTENTES INSTITUINTES E INSTITUCIONALIZAÇÃO NO APARELHO DE ESTADO

O movimento sanitário se engendra na problematização da crise de uma medicina mercantilizada para pensar um sistema de saúde que pudesse se organizar de modo a responder às demandas reais de saúde da população. Tratava-se de um movimento que almejava a transformação do setor saúde, mas tinha em comum com outros movimentos sociais a luta pelos direitos civis e sociais como dimensões da democracia.

Este movimento se forja no período mais repressivo da ditadura, sendo atribuído às classes trabalhadoras e populares, mas ocorrido a partir de um novo marco teórico no pensamento médico social, cuja base vem do processo ocorrido nas universidades entre os anos 1960 e 1974. Este processo foi também considerado o início das bases institucionais do movimento, expressos pelos Departamentos de Medicina Preventiva (DMP's).

Implantados no Brasil na década de 50 e tornados obrigatórios nas faculdades de medicina com a reforma universitária de 1968, os DMP's constituíram a base institucional que produziu conhecimentos sobre a saúde da população e o modo de organizar as práticas sanitárias.

Até a década de 60 as determinações sociais que interferem na produção de doenças e nas relações entre a saúde e a população não eram diretamente questionadas em razão da influência norte-americana das bases do preventivismo, que se assentavam em modelos conceituais como a história natural da doença, o conceito ecológico de saúde e doença e a multicausalidade. Entretanto, o movimento preventivista tinha dentre seus conceitos estratégicos a pretensão de transformar a consciência dos estudantes e a idéia de que o setor saúde era autônomo politicamente (SCOREL, NASCIMENTO, EDLER, 2005).

Considerado o *locus* onde começou a se organizar o movimento sanitário, a medicina preventiva buscava ampliar seu campo de ação para além de especialidade médica, indo em busca de um envolvimento com as organizações civis em prol da democracia no país.

No final da década de 60, os programas de medicina social propõem a desmedicalização da sociedade, com programas alternativos de autocuidado da saúde. Havia uma discussão em torno da elitização da prática médica e contra a falta de acesso da população aos serviços médicos. Essa discussão atingiu o cume na Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Alma-Ata, em 1978, quando se definiu a saúde como direito fundamental do homem, sob a responsabilidade política dos governos.

No Brasil, as teses da medicina comunitária como a desmedicalização, o autocuidado e a atenção primária realizada por não-profissionais, conquistaram certos programas os quais passaram a se vincular aos DMP's. O projeto inicial pretendia propiciar "experiências extra-muro e extra-hospitalares" aos estudantes, culminando, posteriormente, na criação de formações para residentes (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, p.64).

Em um contexto de questionamentos e revisão crítica dos propósitos e da teoria preventivista, discute-se a prática médica e delimita-se o campo da Saúde Coletiva para a qual o processo saúde-doença foca a coletividade e não apenas o indivíduo. A criação de um novo campo teórico na saúde subverte o entendimento de que a ciência é neutra, tornando-se a teoria um instrumento de luta política, estudando e intervindo na realidade sanitária (SCOREL, NASCIMENTO, EDLER, 2005).

Nesse contexto, os DMP's são tidos como principal palco da luta conceitual pela saúde e se confrontam com o movimento preventivista liberal de matriz americana, bem como com o projeto racionalizador do Estado ancorado no regime militar. Houve intervenção de intelectuais trazendo a ótica do materialismo-dialético que pretendia superar as visões biológica e ecológica de saúde, forjando uma visão médico-social de saúde (SCOREL, 1998).

Mesmo tendo a academia como importante base institucional, o movimento sanitário trazia consigo forte conotação de democracia participativa e resistência contra o arbítrio ditatorial aglutinando, na sociedade, um projeto comum.

Podemos destacar o valor das diversas vertentes que nortearam as iniciativas do Movimento Sanitário em direção a uma mobilização instituinte (BRASIL, 2006a): (1) *A da academia*, que passa a fecundar algumas universidades fazendo uma revisão da concepção geral de saúde, da determinação social da doença e da política na organização dos serviços de saúde, recolocando "os serviços de saúde

no mundo da política” (BRASIL, 2006a, p.59); (2) *A de conjuntos de experiências de gestão de serviços*, expressos pelas conquistas de alguns governos estaduais, o que se torna o motor propulsor da ocupação de espaços de governo. Nessa vertente são relevantes a criação do Piass – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento; as iniciativas das AIS; a criação do SUDs; a consolidação do Conass – Conselho Nacional de Secretários de Saúde e do Conasems – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Esta vertente é considerada pelos personagens do movimento como sua “força centrífuga” (BRASIL, 2006a, p.60), a partir da qual começam a aparecer experiências como a do Piass, em Montes Claros, e que, na fala desses personagens:

[...]Eram experiências já influenciáveis por Alma-Ata, pela questão da atenção básica, dos cuidados primários de saúde. Começou-se, digamos assim, a penetrar no aparelho de Estado organizando essa contrapolítica, que nada mais era do que tentar desenhos alternativos que se contrapunham à política oficial de saúde, que era fragmentada, segmentada por múltiplos ministérios, muito centrada na questão do hospital e da tecnologia (BRASIL, 2006a, p.61, por José Gomes Temporão).

(3) *A da estruturação da vida política e dos partidos políticos*, em que se destacavam a militância no PCB e no MDB. A tônica dessa vertente era a assimilação do espírito do movimento pela Reforma Sanitária; pela via de sua incorporação aos programas partidários; (4) *A dos movimentos comunitários incorporando a agenda da saúde*. Os movimentos populares e sindicais se encontram com o movimento pela Reforma Sanitária e vêm dar forma à matriz política da participação da sociedade na Reforma. Sobre a articulação desses movimentos, comentam os atores desse processo:

[...]Organizamos os primeiros conselhos de saúde, ainda na época da ditadura (1979-1980), aproveitamos umas brechas na legislação estadual [*do estado de São Paulo, onde havia grande articulação de forças envolvidas*],[...], e ficava um diferencial na atuação dos companheiros que trabalhavam na Reforma Sanitária, mais concentrados na elaboração, na crítica, na formulação da reforma do sistema de saúde, e nós, mais na atuação junto ao movimento popular, organizando diretamente os conselhos. (BRASIL, 2006a, p.62, por Eduardo Jorge).

Segundo os personagens que fizeram parte do processo constitutivo do movimento sanitário, a luta dos movimentos popular e sindical organizado forma o vetor do movimento que lhe conferiu legitimidade e amplitude e, posteriormente, no

processo constituinte, possibilitou a consagração do SUS (Sistema Único de Saúde) na Constituição Federal de 1988. Nesse processo de conquistas, o movimento chega a ganhar a alcunha de “Partido Sanitário”. Entretanto, essa identidade é refutada por alguns de seus personagens, que procuram manter seu caráter instituinte:

Não é partido, não é uma coisa institucionalizada, organizada, muito pelo contrário, é uma coisa que cresce, que flui, que diminui, aparece e desaparece, como ondas. Ou seja, tem todas as características de um movimento social.[...] não é uma burocracia, não tem regimento interno. As pessoas se identificam, porque têm uma mesma abordagem teórica, um mesmo discurso e uma mesma luta. As pessoas se tornam parceiras de uma proposta de transformação e entram e saem e vão e voltam. (BRASIL, 2006a, p.66, por Sarah Escorel).

No fluxo de uma outra identidade, transformadora, mais consolidada, como denominavam os personagens desse processo, o movimento sanitário via suas iniciativas se disseminarem pelo Brasil e passava a alcançar outros espaços, inclusive dentro do aparelho de Estado.

Diante das críticas ao seu projeto político e social, O governo Geisel (1974-1979) usou políticas sociais para legitimar seu modelo político-econômico. Em vista da carência da capacidade gerencial e estrutura técnica evidenciadas pelo diagnóstico feito da saúde pública naquele período de governo, o regime militar criou o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), canalizando recursos e viabilizando projetos para estas áreas sem, entretanto, dispor de quadros técnicos para ocupar esses espaços abertos. Acabou, assim, criando espaços institucionais para pessoal de pensamento divergente, por onde lideranças do movimento encontram brechas para adentrar a alta burocracia estatal na área da Saúde e da Previdência Social (ESCOREL, 1998).

No âmbito das políticas de saúde, o referencial da medicina comunitária (que era pautada pelos princípios de hierarquização, regionalização e integralidade) se materializava em programas de extensão da cobertura de ações básicas, direcionados para a população excluída do sistema previdenciário. Embora houvesse sido implantada uma experiência como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), em 1976, as práticas se limitaram a uma atenção primária seletiva para as populações marginalizadas de regiões

marginalizadas, tolhida de maior amplitude pela falta de recursos, pessoal qualificado e tecnologias mais sofisticadas (BRASIL, 2006a).

Sob o cerceamento do regime autoritário, o Movimento Sanitário precisava de outras formas para viabilizar suas propostas de contestação. Assim, criou em 1976, a partir da sugestão de um grupo de médicos da USP oriundos dos DMP's, o CEBES (Centro Brasileiro de Estudos da Saúde) e em 1979, a ABRASCO (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva), que é outra organização protagonista na luta do movimento sanitário, dando ênfase às residências em medicina preventiva e social.

No fim do ciclo militar, o governo Figueiredo (1979-1985) é marcado por crises estruturais e pela abertura política, a qual traz novas perspectivas para a área da saúde. Nesse contexto, a crise da Previdência Social se agrava em 1981, quando foi criado um pacote de governo que levou a uma interferência na área da assistência médica da Previdência, considerada uma das responsáveis pelo déficit público.

Uma nova realidade vivenciada pelo movimento sanitário se expressa na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em março de 1986, em Brasília. Ali foram lançados os princípios da Reforma Sanitária na presença de mais de quatro mil pessoas, evidenciando-se que a reforma da saúde transcendia uma reforma administrativa e financeira e apontava para uma ampliação do conceito de saúde ao qual deveria corresponder uma ação institucional.

Foi na VIII CNS que se aprovou a criação de “um Sistema Único de Saúde, que se constituísse em um novo arcabouço institucional, com a separação total da saúde em relação à previdência” (SCOREL, NASCIMENTO, EDLER, 2005, p.78).

Para a constituição do SUS, ainda seria necessário aprofundar a discussão sobre seu financiamento e operacionalização. Foi quando se criou o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), vindo da proposta do Inamps para municipalização dos serviços de saúde e tinha como princípios: a universalização, a equidade, a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação comunitária. O SUDS foi considerado uma ponte para a reorientação das políticas de saúde e para a reorganização dos serviços enquanto se desenvolvessem os trabalhos da Constituinte.

Em 1988 foi promulgada a oitava Constituição do Brasil, conhecida como “Constituição Cidadã”. Em seu artigo 196, a saúde é descrita como direito de todos e

dever do Estado. Deve ser garantida por políticas sociais e econômicas comprometidas com a redução dos riscos de doenças e com o acesso universal às ações e serviços voltados para promoção, proteção e recuperação da saúde.

3.2 O SUS COMO UM PROCESSO EM PERMANENTE CONSTRUÇÃO: DA CONJUNTURA NEOLIBERAL DOS ANOS 90 AOS DESAFIOS DOS ANOS 2000

Em 1989 foi realizada a primeira eleição direta para presidente da República em quase trinta anos. Em 1990, foi promulgada a Lei Orgânica da Saúde (LOS 8.080/90), que regulamenta o SUS.

Conforme esta lei, as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS devem, além das diretrizes, obedecer aos seguintes princípios: universalidade do acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade da assistência; preservação da autonomia; igualdade de assistência sem qualquer tipo de preconceito ou privilégio; direito à informação sobre a própria saúde; divulgação de informações para o usuário quanto ao potencial e utilização dos serviços; utilização da epidemiologia para estabelecimento de prioridades, para alocar recursos e para realizar orientação programática; participação da comunidade; descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo. (BRASIL, 1990a).

Entretanto, esta lei sofreu uma grande quantidade de vetos pelo então presidente Collor de Mello, tendo, posteriormente, alguns de seus temas definidos na lei complementar 8.142/90. Esta outra LOS dispõe, principalmente, sobre a participação da comunidade na gestão do SUS instituindo em cada esfera do governo as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde enquanto instâncias de controle social; e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde definindo os parâmetros de alocação dos recursos do Fundo Nacional de Saúde e os requisitos para Municípios, Estados e Distrito Federal receberem estes recursos (BRASIL, 1990b).

Algumas dificuldades operacionais no processo de implantação do SUS persistiam, apesar de sua regulamentação pelas LOS. Assim, são editadas pelo MS as Normas Operacionais Básicas (NOB's). A NOB 01/91 tinha o intuito de normatizar as formas de trabalho conjunto entre as três esferas de governo. Em seguida vieram

a NOB/93, que focalizava a municipalização como condição indispensável para o SUS e a descentralização das ações e serviços de saúde. Com a NOB/96, os municípios e os estados passaram a ser co-responsáveis na busca da equidade, da qualidade na atenção e na construção de uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços. Além disso, a NOB/96 transformou-se em um modelo de atenção centrado na qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente, bem como, na relação da equipe de saúde com a comunidade, especialmente, com as famílias. (BRASIL, 1997).

Com o intuito de enfrentar os problemas de implantação do SUS, o MS edita as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS). A NOAS 01/2001 articulava-se em torno da ampliação das responsabilidades dos municípios na garantia de acesso aos serviços da atenção básica (BRASIL, 2001).

Considerando que um sistema de saúde equânime, integral, universal, resolutivo e com qualidade nos seus serviços, concebe a atenção básica como parte imprescindível de um conjunto de ações para o atendimento dos problemas de saúde da população, a NOAS 01/01 ampliou o acesso e a qualidade da Atenção Básica instituindo a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPABA), por meio da qual o município assume responsabilidades no âmbito da organização, da atenção à saúde e do planejamento que incluem, respectivamente, a gerência de unidades ambulatoriais com organização da rede de atenção básica; a execução de ações básicas de vigilância sanitária, epidemiologia e controle das doenças; a elaboração do Plano Municipal de Saúde e o Pacto de indicadores da Atenção Básica firmado com o estado (BRASIL, 2001).

Como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade, a instituição do Plano Diretor de Regionalização, de acordo com a NOAS 01/2002 objetivava garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2002a).

Em 2006 foram estabelecidas as Diretrizes do Pacto pela Saúde contemplando o Pacto entre os gestores do SUS nas dimensões: Pacto pela Vida, Em Defesa do SUS e de Gestão.

O Pacto pela Vida determinou compromissos em torno de algumas prioridades que representam impactos sobre a situação de saúde da população, bem como, estabelece metas para cada um dos acordos e para todos os níveis

gestores. Dentre os eixos pactuados tem-se o “fortalecimento da Atenção Básica”, cujos objetivos perpassam ações de organização para garantir a consonância com os princípios filosóficos e organizativos do SUS.

Nesse contexto de uma crescente normalização do processo de descentralização, composto por normas operacionais e mecanismos de repasse de recursos financeiros em meio à ascensão de um projeto político-econômico neoliberal, é que se dá o início da construção do SUS, ou seja, em um contexto em que a disputa ideológica favoreceu amplamente o projeto neoliberal, reorganizando as relações entre Estado e sociedade em bases distintas daquelas pressupostas pelos formuladores do SUS.

A retomada do projeto neoliberal reduz a presença do Estado na economia e nas políticas sociais, favorecendo as privatizações e a transferência do papel do Estado para organizações civis. Disso decorrem o predomínio da lógica de acumulação do capital financeiro e políticas públicas voltadas para a estabilização monetária. Os valores sociais voltam-se para o individualismo e para o consumismo e cresce na saúde a existência de sistemas de seguros privados e um sistema público para os mais pobres, mas ao qual os assegurados recorrem em várias situações.

Para a população “mais pobre” são voltados programas de proteção focalizados, cujos benefícios em serviços ou transferências de renda implicam em requerimentos de provas de necessidade e no cumprimento de certas condicionalidades impostas aos beneficiários. Desta forma, a política social passa a funcionar desvinculada da condição de exercício de um direito social, mas pautada no que Fleury (2006, p.7) chama de “individualização do risco”, em que cada um deve arcar com seus riscos sociais.

O mercado de trabalho torna-se cada vez mais informal e as políticas de proteção social não combatem a exclusão e a desigualdade. Assim, o crescimento da violência nas grandes cidades denota a incongruência com uma suposta reconquista da democracia nos anos anteriores.

Nesse contexto, o grande retrocesso pelo qual passa a saúde é ser enfraquecida como valor público e cada vez mais fortalecida como bem de consumo. Entram em cena a exaltação dos padrões estéticos de beleza e o coroamento do mercado do bem-estar, em que nos são oferecidos todo tipo de tecnologia que possam evitar a dor e o envelhecimento.

Assim, o contexto em que se institucionalizou o Movimento da Reforma Sanitária é composto por contradições que devem ser enfrentadas. Fleury (2006) afirma ainda que a construção e a materialização do projeto da Reforma se dão por meio da construção de sujeitos políticos, pela garantia dos direitos sociais e pelo aparato institucional que implementa a política de saúde, o que inclui os saberes e as práticas.

Questionada recentemente sobre a sustentabilidade do SUS, Sônia Fleury ressaltou a importância do sujeito político, do ponto de vista da Reforma Sanitária:

A sustentabilidade não depende só de financiamento, mas de um projeto político, com um sujeito político. Na medida em que se institucionalizou demasiado o SUS, essa proposta vai perdendo força na sociedade. É preciso fortalecer novamente a subjetividade, pois o sujeito político é o motor da reforma sanitária (FLEURY-TEIXEIRA, 2008).

Esta perspectiva concorda com a afirmação de que a Reforma Sanitária partiu de um caráter dual da saúde; ao mesmo tempo como valor universal e “núcleo subversivo da estrutura social”, indicando esse segundo aspecto uma possibilidade sempre inacabada em um processo de construção social de uma utopia democrática. (FLEURY, 2006, p.6).

Mesmo com o esvaziamento da função provedora do Estado no contexto em que se deu sua implementação, o SUS conseguiu operar uma Reforma democrática. O modelo de reforma do Estado embutido na institucionalização do SUS foi sustentável tanto por ter conseguido manter uma coalizão reformadora orgânica e atuante, como por fazer o processo avançar com base na legislação existente. (FLEURY, 2006). O seu diferencial parece estar na capacidade de descentralização, pactuação e participação geradores de novos poderes locais, embora ainda sustente as desigualdades sociais e regionais presentes na realidade social brasileira.

Muitos desafios persistem ainda hoje, dentre os quais destacamos: implantar um modelo integral de atenção à saúde; a reversão da predominância do modelo curativo; promover melhorias na gestão do sistema que gerem melhorias correspondentes na gestão das unidades; a renovação ética nos profissionais do sistema de saúde.

Para Fleury (2006), o maior desafio do que ela chama de fase atual da reforma é a centralidade do usuário, que não se resume apenas na garantia do

acesso dos usuários, mas na reorientação das lógicas burocrática e profissional que atualmente organizam o sistema. Se considerarmos o usuário como central ao sistema de saúde, devemos ir na direção da garantia de seus direitos “desde a humanização do acolhimento até a eficácia e resolutibilidade do cuidado” (FLEURY, 2006, p.9).

Enfim, transformar as práticas cotidianas que desqualificam o usuário e o destituem dos direitos humanos ao acolhimento digno e à atenção eficaz, seguem sendo um desafio para a democratização da saúde em direção a uma sociedade mais igualitária.

3.3 A ATENÇÃO BÁSICA COMO LUGAR DE REORIENTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Nos últimos anos observamos que a efetiva construção do SUS é fruto da luta cotidiana dos diversos atores (usuários, trabalhadores e gestores) pela garantia dos princípios que o constituem (universalidade, equidade, integralidade) e ressalta-se que mais especificamente a partir da segunda metade da década de 90, os esforços para alcançar esse objetivo vêm se aglutinando em torno da Atenção Básica em Saúde (SILVA JUNIOR; MASCARENHAS, 2005).

Nesta pesquisa focalizaremos este nível de organização do sistema de saúde pública para falar do tema a ser analisado, o acolhimento, dada a importância que a Atenção Básica (AB) vem assumindo nos âmbitos de gestão e organização das ações de saúde, desde a concepção e implementação do SUS. Na AB, que na hierarquia do atendimento constitui o nível primário da complexidade de ações e serviços, está implicado um novo modelo assistencial. Segundo Mendes (1999, p.234), a crise na saúde fundamenta-se na necessidade de reverter a lógica do modelo assistencial biomédico para o modelo de atenção baseado na produção social da saúde.

Assim, para a mudança real do SUS é fundamental considerar: a) a concepção do processo saúde-doença, que deve articular a saúde com as condições de vida e existência dos seres humanos no seu cotidiano; b) o paradigma do processo sanitário, que se desloca do modelo da biomedicina para a produção social da saúde, tomando a sociedade como criadora de saúde e de enfermidades; c) as práticas sanitárias, cujas mudanças propõem se orientar pelo conceito de vigilância

à saúde, que se referencia por um conceito positivo de saúde, apoiando-se em estratégias de intervenção individual e coletiva, combinando ações de prevenção, promoção e ações de caráter curativo; d) uma nova lógica de governo que não seja centrada no “setor” saúde, mas que, seguindo o modelo de vigilância à saúde, aponta para uma nova racionalidade, que faz de toda a estrutura político-administrativa da cidade um espaço de produção social de saúde.

Nesta perspectiva, encontramos nos documentos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b) a Atenção Básica baseada nas proposições do modelo de vigilância à saúde:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.[...]considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. (BRASIL, 2006b, p.10)

A reorganização da assistência à saúde no SUS com ênfase na AB traz como marco a operacionalização do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, sendo a década de 90 marcada pelo avanço do processo de descentralização do setor saúde no Brasil.

Inicialmente, o governo federal assumiu como prioridade dentro da agenda setorial a implementação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), existente nos estados nordestinos desde 1991, visando estender a cobertura do sistema público de saúde às populações rurais e das periferias urbanas, sobretudo para a população materno-infantil.

A partir de 1994, num contexto de mobilização dos secretários municipais de saúde em torno da atenção básica, o governo federal assumiu a implantação do PSF

como uma estratégia para a mudança do modelo de assistência à saúde no país, prevendo um impacto na reestruturação em todos os níveis de atendimento (BODSTEIN, 2002, p. 407).

Segundo Merhy (2006a), a rede básica de serviços tem sido entendida como ponto estratégico de intervenção, quando se discute como mudar os modelos de atendimento. O autor ressalta que as correntes envolvidas com a Reforma Sanitária acreditam que a rede básica deverá ser um lugar de efetivação das práticas de saúde que vão reposicionar o sentido de todo o processo de produção de serviços e das suas finalidades, inclusive redefinindo o lugar dos outros, visando uma mudança de direção de um sistema “hospitalocêntrico” para um “redebasicocêntrico”. O autor lembra que:

[...] a rede básica, diferentemente do hospital, apresenta a possibilidade de menor aprisionamento de suas práticas a um processo de trabalho médico restrito, [...], podendo abrir-se, portanto, às mais distintas alternativas de constituição de novos formatos de produção das ações de saúde. [...] a noção de rede básica não deve se confundir necessariamente com um espaço físico, pois pressupõe, sim, um espaço de trabalho em saúde. (MERHY, 2006a, p.199).

Do ponto de vista das estratégias de implementação da AB e do papel indutor do nível central (governo federal), Bodstein (2002), nos lembra que a esfera municipal, em particular, acaba tornando-se a principal responsável pela gestão da rede de serviços de saúde no país e, portanto, pela prestação direta da maioria das ações e programas de saúde. A autora aponta que a partir de 1998, com a NOB/96 entrando efetivamente em vigor e a introdução do Piso da Atenção Básica (PAB), o processo de descentralização avança. O PAB altera a lógica de repasse de recursos federais para o sistema de prestação de ações médico-sanitárias, incentivando os municípios a assumirem, progressivamente, a gestão da rede básica de serviços de saúde. Sob este aspecto, entendemos porque a rede de atenção básica em saúde torna-se tão estratégica durante os anos 90, uma vez que, naquela década, o governo federal lança mão de diversos meios (sendo o incentivo financeiro o principal) para tornar atraente a adesão ao PACS e ao PSF. A adoção de tais programas pelos governos locais garantiria, dessa forma, a priorização da Atenção Básica.

Em 2006, num contexto de redefinição de atribuições dos profissionais envolvidos, das regras de financiamento, dos processos de trabalho e das

responsabilidades de cada esfera de governo, é aprovada a nova Política Nacional de Atenção Básica, com as atenções voltadas para os princípios e diretrizes alinhavados nos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, estabelecendo-se a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o PSF e o PACS.

Tais redefinições consideram, dentre outras questões, “a transformação do PSF em uma estratégia de abrangência nacional que demonstra necessidade de adequação de suas normas, em virtude da experiência acumulada nos diversos estados e municípios brasileiros” (BRASIL, 2006b, p.7).

Assim, estão elencadas dentro desta política, as especificidades da Estratégia de Saúde da Família na Portaria 648 de 28 de março de 2006, cujas atribuições incluem:

- I - ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam;
- II - atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde e doença da população;
- III - desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;
- IV - buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e
- V - ser um espaço de construção de cidadania. (BRASIL, 2006b, p.20)

Inseridos nesse universo do SUS em que a Atenção Básica é um “micro-espaço” em que se dão profundas transformações (FARIAS, 2007), enfocamos a questão da humanização da assistência à saúde, tendo em vista que esta é um dos princípios pelo qual é orientada a Atenção Básica (BRASIL, 2006b).

No Brasil, o Movimento da Reforma Sanitária já imprimia nas suas reivindicações um “caráter humanizado” para as práticas em saúde que pretendiam transformar (FARIAS, 2007). Para além das propostas da Reforma Sanitária, o tema da humanização esteve intrinsecamente ligado a todo processo de redemocratização da sociedade brasileira, em que as lutas por políticas públicas revigoradas em sua dimensão coletiva impunham, principalmente, a redefinição do

papel do Estado e os direitos dos homens. A partir da década de 70, assistiu-se a uma revolução crítica e a retomada da transcendência humana, com a instauração do Estado-nação, quando o humanismo retornou às discussões, permanecendo como foco nos debates atuais (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Influenciada por estes aspectos, a Política Nacional da Atenção Básica traz em seu escopo como características do processo de trabalho das equipes de AB, a implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), o que inclui o acolhimento (BRASIL, 2006b).

Nesse sentido, optamos por remontar ao percurso feito pela PNH, apontando seus propósitos e o enfoque dado ao tema central desta pesquisa, que é o acolhimento.

No capítulo seguinte nos centraremos, mais especificamente, nos discursos que têm sido engendrados em torno da questão do acolhimento, principalmente no âmbito da Atenção Básica à Saúde. Para isso, pesquisamos informações e documentos a respeito da PNH; os discursos sobre acolhimento presentes na literatura técnica e também os movimentos que vêm acontecendo em nível municipal, a fim de focalizar o território de pesquisa propriamente dito.

4. DISCURSOS SOBRE ACOLHIMENTO

4.1 A POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Ao longo do percurso de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), uma série de novas questões que demandam outras respostas no campo da saúde vem se apresentando, além da necessidade de se enfrentar muitos desafios que persistem (e se renovam). Visto que a saúde no Brasil passa a ser entendida como muito mais do que a ausência de doenças e como mais concreta do que a idéia de bem estar (PASCHE, 2008), deparamo-nos com complexas redes compostas de variados elementos sócio-econômico-culturais envolvidos na concepção que temos hoje de saúde como produção social.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde (MS) defende a implementação de políticas sociais e econômicas justas que distribuam renda e qualifiquem a vida, entendendo que a saúde resulta de modos de vida que definem sua qualidade, de acordo com a capacidade de a sociedade produzir regras a partir das quais prevaleçam o interesse e o bem comum (PASCHE, 2008).

Sabe-se que a construção de uma nova base jurídica para a saúde brasileira, como a definida pela Constituição de 1988, não garante as mudanças necessárias. Nesse sentido, temos observado ao longo da história do SUS, um jogo entre características que vêm conseguindo imprimir mudanças significativas e características que conservam marcas estruturais e organizacionais hegemônicas que focalizam a intervenção sobre a doença, em detrimento da própria vida e do humano no foco da ação das políticas de saúde.

Diante de tal constatação, o MS vem apostando numa *Política de Humanização* que se constrói numa dobra de duplo reconhecimento: existe um SUS que dá certo e um SUS de contradições. Nessa dobra, escolhe partir de um “SUS que dá certo”. Isto se apresenta como uma opção metodológica que tem efeito de positividade sobre o SUS e que procura localizar experiências superadoras de desafios “para propor modos de fazer e direção aos processos de mudança na saúde”. (PASCHE, 2008, p.9).

Desde a XI Conferência Nacional de Saúde, em 2000, que teve como título “Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”, o tema

a humanização já interfere nas agendas das políticas públicas de saúde, mesmo que ainda com pouca expressividade. Num primeiro momento, reconhecemos o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) -- regulamentado em 2000 pelo Ministério da Saúde -- como uma das primeiras iniciativas de grande relevância no campo da humanização dos serviços de saúde. O PNHAH se caracterizava como um programa que ambicionava promover as relações humanas como valor fundamental no seio das práticas públicas de saúde. Ele iniciou ações em hospitais com o intuito de criar comitês de humanização voltados para a melhoria na qualidade da atenção ao usuário e posteriormente, ao trabalhador.

Além do PNHAH, outras ações e programas ligados à humanização foram propostos pelo Ministério da Saúde, como: o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH), em 1999; o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento e a Norma de Atenção Humanizada do Recém-Nascido de Baixo Peso, em 2000 -- ambos destacando o Método Canguru --; o Programa de Acreditação Hospitalar, em 2001, dentre outros (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Antes da criação do PNHAH, é necessário dizer que o termo humanização já vinha sendo associado às lutas pelos direitos reprodutivos das mulheres, através de movimentos feministas ligados ao campo da saúde, bem como a movimentos pela humanização do parto (DESLANDES, 2004). Além disso, os hospitais sempre encontraram condições difíceis de trabalho que culminavam com uma deterioração da relação com os usuários. Assim, sempre se questionou sobre isso, mesmo antes que se instituísse a humanização como modo de intervenção, uma vez que há muitos profissionais que, mesmo sem uma formulação teórica da proposta --ou mesmo sem utilizar o termo humanização--, a praticam em seu cotidiano. Conforme Ferreira (2005), o que se reivindica na humanização da saúde nada mais é do que a visibilidade de uma prática que permeia o cotidiano de muitos profissionais dessa área.

Ainda secundarizada pela maioria dos gestores e profissionais àquela época, a humanização no campo da saúde recebeu críticas, pois a comparavam a iniciativas que não questionavam os modelos de atenção e gestão instituídos. A humanização vinha encontrando dificuldade em superar ações fragmentadas e apresentava fragilidade na composição do seu conceito, que ainda era relacionado a voluntarismo, assistencialismo, paternalismo e ao tecnicismo sustentado numa racionalidade administrativa. (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Os projetos e programas criados foram de grande valia e contribuíram para sensibilização de gestores, trabalhadores e usuários sobre as questões relacionadas à humanização do atendimento. Porém, ficou ressaltado o caráter fragmentário dessas iniciativas que, em geral, não mantinham articulação entre si (BRASIL, 2004a).

Dessa forma, tornou-se necessário pensar um novo modo de se posicionar, que congregasse as diferentes iniciativas e programas já existentes em torno deste tema. Todas as categorias são convocadas a se mobilizar na produção de interesses/objetivos comuns, a fim de conquistar não só visibilidade nacional no âmbito dos serviços, mas apostar na criação de diversos espaços de produção de saúde, inventados por diversos sujeitos envolvidos, que estabeleçam múltiplas formas de comunicação.

Assim, a humanização começa a assumir contornos de política pública (não mais ligada apenas a programas e ações isoladas), conforme alguns acontecimentos específicos que expressam seu percurso nos últimos cinco anos.

Em fevereiro de 2003 uma nova equipe do MS propõe a construção da Política Nacional de Humanização (PNH), aceitando os desafios conceitual e metodológico de fortalecer as idéias de humanização. A *Política* vinha propor a solidificação e a melhor articulação das investidas anteriores de sensibilização de gestores, trabalhadores e usuários, quanto às questões relacionadas à humanização do atendimento (BRASIL, 2004a). A intenção era potencializar aquelas iniciativas – que só aconteciam isoladamente --, disseminando para o conjunto das práticas de saúde do SUS o que foi denominado pelo Ministério da Saúde de “conceito de humanização”. Era fundamental, naquele momento, destacar o caráter indissociável da relação modelo de atenção-modelo de gestão da saúde.

Tendo a “articulação das ações” como palavras de ordem, criaram-se duas estratégias iniciais de implementação da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde no SUS: o Projeto Barraca da Saúde: um espaço de conversa e as Oficinas de Humanização. O primeiro teve como foco os profissionais do MS, visando o intercâmbio entre funcionários e novos gestores. Este projeto apresentava como principais objetivos ouvir quais expectativas e sugestões tinham os participantes para as novas políticas do MS, além de apresentar diretrizes, conceitos da nova gestão, promover um trabalho de sensibilização e multiplicação e também contribuir para uma maior integração entre os trabalhadores daquele órgão.

Naquele momento, a ampliação dos espaços de participação coletiva e de co-gestão nos processos de trabalho foram apontados como grandes desafios para a implantação da PNH.

As Oficinas objetivaram o processo de construção coletiva da PNH, mantendo um constante diálogo com as especificidades das áreas de saúde. Atendendo a tal propósito, representantes de várias áreas do MS e do PNHAH participaram de seis oficinas internas. Como resultado, foram propostas diretrizes e estratégias e estabelecidos objetivos para a composição da PNH, por área de atuação.

Essa construção coletiva recebeu diversas contribuições, dentre as quais estão o Curso Saúde: Clínica, Ética, Política, dirigido a gestores, sobretudo com o objetivo de capacitá-los na discussão acerca dos impasses contemporâneos no campo da saúde, em sua interface com as dimensões envolvidas na formulação de novas políticas públicas. Outra iniciativa foi o Projeto Gestão do Conhecimento e Humanização, que apresentava as seguintes premissas: reconhecer os conhecimentos do outro e ter os seus reconhecidos, como condição básica para a humanização; estabelecer uma linguagem comum para compartilhar conhecimentos; enfrentar o desafio da fragmentação produzida pelos especialismos, pela multiplicação de programas e pelo volume das informações produzidas por diferentes meios.

Além disso, a partir de setembro de 2003 foi disponibilizada uma página provisória na Internet, que propiciava o acesso às informações sobre o andamento das ações relacionadas à PNH.

Com o objetivo de divulgar e ampliar os atores da PNH para as instâncias estaduais e municipais do SUS, o Núcleo Técnico da Política de Humanização participou das Conferências Estaduais de Saúde na condição de convidado ou ouvinte. Durante essas visitas aos estados, o documento-base da PNH HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização – Documento para Discussão, foi amplamente divulgado em reuniões com os gestores estaduais e representantes estaduais e municipais de Humanização. Nessas reuniões foram verificadas as iniciativas, estratégias e dificuldades encontradas quanto à implementação de ações de humanização em nível estadual. Segundo os relatórios do MS, durante os meses de outubro e novembro de 2003 foram visitados 18 estados, dentre os quais o Espírito Santo (BRASIL, 2004a).

Nesse contexto, o mesmo relatório (BRASIL, 2004a) destaca uma fala de Gastão Wagner de Sousa Campos, ressaltando que a humanização necessariamente deve resgatar a condição de sujeito, tanto no atendimento individual como no coletivo. Para efetivar ações de humanização teremos que reconhecer – tanto na atenção como na gestão – que lidamos com sujeitos que buscam felicidade e qualidade de vida. Ainda segundo Campos, para a efetiva construção da PNH é necessário evitar as fragmentações no processo do cuidado; organizar produzindo vínculo e responsabilização; começar a alterar as relações de poder e abrir espaços para os usuários no cotidiano; não apenas nos conselhos.

Desde 2003, quando foi lançada a Política, as bandeiras de luta assumidas pela humanização em torno do SUS são alicerçadas por um espectro de princípios, diretrizes e dispositivos específicos apresentados pela PNH, a qual é orientada por um método de tríplice inclusão: dos diferentes sujeitos; dos analisadores sociais e do coletivo. Este método propõe “por na roda”, promovendo a “lateralização” na participação de todos em direção da construção do SUS (BRASIL, 2008a).

Dentre os princípios da PNH afirmam-se a transversalidade como o aumento do grau de abertura da comunicação entre os grupos e nos grupos (incluindo trabalhadores e usuários); a indissociabilidade entre atenção e gestão e entre outros domínios (como clínica e política; produção de saúde e produção de subjetividade, etc.), que são distintos, mas não se separam; o protagonismo dos sujeitos que compõem esses grupos e coletivos, os quais devem ser co-responsáveis e autônomos (BRASIL, 2008a).

Segundo o MS (BRASIL, 2008a), as diretrizes propostas pela PNH encarnam seus princípios e método, norteando a função de guia do “SUS que dá certo”. São elas: a Clínica Ampliada; a Co-gestão; o Acolhimento; a valorização do trabalhador e do trabalho; a defesa dos Direitos dos Usuários; o fomento das grupalidades, coletivos e redes e a construção da memória do SUS que dá certo (BRASIL, 2008b).

Na estruturação da PNH há ainda os dispositivos; estes são entendidos como “a atualização das diretrizes de uma política em arranjos de processos de trabalho” (BRASIL, 2008b, p.26). São postos a funcionar nas práticas de produção de saúde de modo que promovam mudanças nos modelos de atenção e gestão. Como dispositivos da PNH citamos: Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) e Câmara Técnica de Humanização (CTH); Colegiado Gestor; Contrato de Gestão; Sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores: gerência de “porta aberta”,

ouvidorias e grupos focais; Visita Aberta e Direito a Acompanhante; Programa de Formação em Saúde do Trabalhador (PFST) e Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP); Equipe Transdisciplinar de Referência e de Apoio Matricial; Projetos Co-geridos de Ambiência; Acolhimento com Classificação de Riscos; Projeto Terapêutico Singular e Projeto de Saúde Coletiva; Projeto Memória do SUS que dá certo.

Hoje, cinco anos depois do lançamento da PNH, o MS apresenta uma exposição que se orienta por seus princípios, diretrizes e método, compilando experiências dos diversos modos de dizer e fazer o SUS em todo o Brasil. Trata-se de uma mostra intitulada O SUS que dá certo – Mostra interativa HumanizaSUS. Itinerante, vem rodando o país, com a proposta de promover uma “experiência de abertura comunicacional” na comemoração dos vinte anos do SUS e dos cinco anos da PNH (BRASIL, 2008a). Vale destacar que a exposição foi inaugurada em junho de 2008, iniciando seu itinerário pela cidade de Vitória, no Espírito Santo.

Como parte das comemorações e abertura da mostra, em Vitória, lembramos a sessão solene com o tema HumanizaSUS, realizada na Assembléia Legislativa do Espírito Santo, que contou com discursos de representantes e consultores do MS, de representante da OPAS, de deputados e do secretário estadual de saúde.

Nos dias seguintes ao lançamento da mostra ocorre, em Vila Velha (cidade vizinha à capital Vitória e componente da Região Metropolitana), o Seminário A Humanização do SUS em Debate, feito em roda, com a presença de consultores do MS, universitários, professores, prestadores de serviço pesquisadores e trabalhadores do SUS.

4.1.1 O Acolhimento na PNH

Nos documentos do MS relativos à humanização, o acolhimento aparece como ponto de destaque. Nesses documentos, apontam-se marcas específicas que se almejava consolidar com a implementação da PNH. Dentre tais marcas, acentuamos a redução de filas e do tempo de espera, com ampliação do acesso e “atendimento acolhedor” e resolutivo, baseados em critérios de risco. No documento base da PNH encontramos entre as diretrizes gerais para sua implementação, “adequar os serviços ao ambiente e à cultura local, respeitando a privacidade e promovendo a ambiência acolhedora e confortável” (BRASIL, 2008b, p.40).

Apontado como diretriz e dispositivo da PNH, o acolhimento é um tema que mereceu detalhamento em cartilhas publicadas pelo MS. A primeira, publicada em 2004, inicialmente resgata algumas noções tradicionais do acolhimento no campo da saúde. Tais noções associam o termo à dimensão espacial de recepção e ambiente confortável ou relacionam, na sua forma mais arraigada, o acolhimento a ações de triagem e encaminhamentos como repasse do problema a serviços especializados. Entendido desse modo, o acolhimento focaliza a doença e o procedimento, exclui o usuário e tende a produzir um acesso burocrático.

A cartilha apresenta, porém, outras facetas do acolhimento, situando-o como estratégia de interferência nos processos de trabalho e também vinculando-o à chamada Avaliação e Classificação de Risco.

Na relação com os processos de trabalho, o acolhimento é visto como postura ética, e não como local ou espaço específicos do serviço de saúde. Também não pressupõe hora para acontecer ou profissional específico para realizá-lo, não se tratando da etapa de um processo. Para o MS, o acolhimento não é uma triagem, mas uma ação que ocorre em todos os locais e momentos do serviço de saúde.

Sendo entendido desta forma, o acolhimento como diretriz assume um caráter operacional, requerendo mudar a atitude no fazer e a abertura para compartilhar saberes, invenções e angústias. Isto inclui modificar as formas de gestão dos serviços de saúde, ampliando os espaços democráticos de trocas, discussões e decisões coletivas para que a própria equipe possa “se acolher” nas dificuldades (BRASIL, 2004b).

O acolhimento incorpora princípios como o protagonismo dos sujeitos. Nesse sentido, a reorganização dos serviços é pensada de modo que toda a equipe faça a escuta e apresente resolução para os problemas apresentados, voltando todos os trabalhadores (e não apenas um específico) para o compromisso de dar respostas que levem em conta a cultura e os saberes dos usuários, sendo capazes também de avaliar riscos e vulnerabilidade. Do mesmo modo, para uma “postura acolhedora” é preciso estar poroso à diversidade cultural, racial e étnica, estando apto a negociar com o usuário. Isto implica também escutar as queixas, expectativas, “acolhendo” a avaliação feita pelo próprio usuário, de modo que a resposta dada ao problema seja com ele pactuada, conjugando suas necessidades imediatas com o cardápio ofertado pelos serviços. Nas ações de acolhimento pressupõe-se que se for feito encaminhamento, que este seja responsável e resolutivo (BRASIL, 2004b).

De um modo geral, o entendimento que se tem de acolhimento como estratégia de interferência nos processos de trabalho ultrapassa a ação pontual que é desligada dos processos de produção de saúde para se abrir num amplo espectro de várias outras ações nas quais o acolhimento pode se desdobrar.

A vinculação entre Acolhimento e Avaliação e Classificação de Risco (ACR) é entendida como importante dispositivo de mudança no trabalho da atenção e produção de saúde, uma vez que o Acolhimento com ACR constitui uma forma de intervenção mais precisa, e portanto, decisiva para o atendimento da necessidade do usuário.

A Avaliação (análise do problema) e Classificação (ordenação das necessidades) de Risco é uma tecnologia que pressupõe que o atendimento seja feito de modo ágil, segundo um protocolo pré-estabelecido e também conforme a necessidade do usuário. A idéia é que todos sejam atendidos, mas de acordo com o grau de complexidade do problema e não pela ordem de chegada (BRASIL, 2004b).

O “avaliar” riscos e vulnerabilidade é destacado como estar atento ao grau de sofrimento físico e psíquico do usuário. Isto só é possível se revertermos os modos de operar os processos de acolhimento no cotidiano dos serviços, com vistas a: sair da burocracia; escutar fazendo humanização; não olhar apenas o sintoma, mas o sujeito que está doente; fazer uma abordagem integral; aumentar a responsabilização, o vínculo e a confiança; operacionalizar uma Clínica Ampliada que enxergue a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, os quais requerem projetos terapêuticos individuais e coletivos; aperfeiçoar o trabalho em equipe, observando os graus de saber e as tecnologias exigidas para a solução do problema.

Ao mesmo tempo em que se aponta para o questionamento de relações clínicas, dos modelos de atenção e gestão e do próprio acesso aos serviços, o Acolhimento com Classificação de Risco não deve abranger a todos os que procuram o serviço, especialmente em locais onde a demanda é excessiva, ressaltando que pode haver reclamação quanto àqueles usuários “que passam na frente” dos que já estão há mais tempo esperando. O Acolhimento com Classificação de Risco deve ser feito, portanto, através da observação do usuário por um profissional capacitado ou por explicitação do próprio usuário, o qual aponta o agravo (BRASIL, 2004b).

A Classificação de Risco tem como objetivos avaliar o paciente logo na chegada, “humanizando” o atendimento. Deve contribuir para diminuir o tempo de espera para o atendimento médico; encaminhar o usuário conforme o protocolo; informar os tempos de espera; informar os usuários e familiares sobre os serviços e, no caso dos Pronto-Socorros, descongestioná-los.

É ressaltada a possibilidade de “implantação” de uma Central de Acolhimento e Classificação de Risco, que dependeria do estabelecimento de fluxos e protocolos; da qualificação de equipes de acolhimento e de classificação de risco; de um sistema de informação para o agendamento de consultas ambulatoriais e encaminhamentos específicos; da quantificação dos atendimentos diários; do perfil da clientela e dos horários de pico; e finalmente, da adequação da estrutura física e da logística dos serviços (delimitação de áreas de emergência, área de pronto-atendimento, etc).

O usuário que venha a procurar o pronto-atendimento deve se dirigir à “Central de Acolhimento”. Lá, se terá a Avaliação Primária baseada em protocolo, encaminhando os casos que necessitam para o enfermeiro, que fará a Classificação de Risco. Neste processo, pressupõe-se “acolher” as informações que os usuários venham a solicitar, organizando e direcionando os fluxos de atendimento. Novamente não se entende este processo como triagem, mas como direcionamento para a Classificação de Risco, que é feita *a posteriori* pelo enfermeiro. Assim, a Central de Acolhimento tenderia a prestar atendimento imediato, evitando a consulta médica que possa ser considerada desnecessária.

Como pontos críticos do processo de Acolhimento com ACR, o MS aponta o aumento do acesso sem sobrecarregar a equipe, sem prejudicar a qualidade das ações e sem transformar o serviço em produtor de procedimentos. Outro ponto fala da superação da prática tradicional que aponta para o biológico, criando um compartilhamento de saberes que potencialize as várias categorias profissionais e desloca as ações do lugar exclusivo do médico para a equipe. Outra questão apontada é a necessidade de discutir o acolhimento com a população e com os diversos atores políticos envolvidos.

Segundo o MS, Acolhimento e Avaliação e Classificação de Risco têm objetivos diferentes, mas são entendidos como complementares, estando juntos no processo de trabalho, o qual necessita ser transformado de modo a aumentar a

capacidade de diferenciar problemas (identificar riscos e reconhecer nível de complexidade). (BRASIL, 2004b).

Para o MS, portanto, o conceito de acolhimento se concretiza no cotidiano das práticas de saúde por meio de escuta qualificada e da capacidade de pactuação entre a demanda do usuário e a possibilidade de resposta do serviço e deve traduzir-se qualificação da produção de saúde, direcionando-se com responsabilidade o problema para o qual não se tem resposta imediata, de modo que se garanta o acesso ao usuário.

Em 2006 foi lançada outra publicação a respeito do acolhimento, reforçando-o como atitude de inclusão; atitude esta que implica estar em relação com algo ou alguém. Nesse sentido, como uma diretriz considerada de grande relevância para a PNH, o acolhimento aponta para uma ética do reconhecimento do outro e de suas diferenças; para uma estética de invenção de estratégias nas relações cotidianas e para uma política que potencializa protagonismos e o compromisso coletivo.

Esta cartilha, que foi reeditada em 2008, situa o acolhimento numa dimensão cotidiana, afirmando que ele está presente em todas as relações e encontros que se fazem na vida, sendo necessário reativarmos, nos encontros, a nossa capacidade de estar atentos para “o acolher”; para o que se passa entre os sujeitos, na nossa potência de afetar e ser afetado na vida. Entretanto, isso vem sendo dificultado por um amortecimento da nossa escuta nos tempos atuais, o que, segundo o MS, está diretamente ligado ao avanço de políticas que trazem concepções de Estado Mínimo e mercantilismo das relações. Esses processos geram impacto em todas as práticas sociais afetando, conseqüentemente, as práticas de saúde (BRASIL, 2008c).

Nesse contexto, o MS aponta para o desafio de transpormos os princípios constitucionais que compõem o SUS para os modos de operar o trabalho da atenção e da gestão em saúde. Na cartilha, é destacado o princípio da universalidade, uma vez que o acesso e o modo como o usuário é acolhido nos serviços de saúde pública são apontados como lacunas que se justificariam pela “escuta pouco qualificada” e pelas “relações solidárias pouco exercidas” nos serviços de saúde (dados de depoimentos e pesquisas de satisfação). (BRASIL, 2008c).

Desse modo, é assinalada a relação entre os processos de produção de saúde e um trabalho coletivo e cooperativo entre os sujeitos. Os processos de produção de saúde se fazem numa rede de relações que exigem interação e diálogo

permanentes. Em meio a essa rede de relações é que se afirma a indissociabilidade entre produção de saúde e produção de subjetividades.

Situando os acúmulos “positivos” e “negativos” na história do conceito de acolhimento, reforçam-se as mesmas considerações feitas anteriormente sobre o acolhimento como ação pontual isolada dos processos de trabalho, da responsabilização e da construção de vínculo (acúmulos negativos), ressaltando que esta forma de entendimento/prática só demonstra uma lógica produtora de mais adoecimento. A questão da organização do acesso, por ordem de chegada e sem avaliação de risco são entendidas tanto como comprometedoras da eficácia dos serviços quanto como produtoras de sofrimento para trabalhadores e usuários (BRASIL, 2008c).

A cartilha de 2006/2008 reafirma a publicação anterior em vários aspectos, mas traz, basicamente dois diferenciais em relação à mesma, que podem ser entendidos como acúmulos “positivos” na história da noção de acolhimento: 1) a idéia de que o acolhimento deve se articular a outras propostas de mudança nos processos de trabalho e gestão dos serviços (clínica ampliada, programa de formação em saúde do trabalhador, etc), necessitando interagir com outros saberes e 2) a idéia de que o acolhimento trata de um regime de afetabilidade que qualifica uma relação, sendo passível de ser trabalhado em todo e qualquer encontro e que, portanto, não está restrito nem ao momento e nem ao lugar de recepção da demanda não agendada.

Além de vir se forjando como diretriz, como dispositivo e como ação, o acolhimento se inscreve nesses lugares de entendimento ganhando contornos e propósitos específicos. Segundo o MS, ele pode assumir as seguintes facetas: a) uma “tecnologia do encontro”, norteadas por um regime de afetabilidades que se constrói nos encontros e constrói redes de conversação nos processos de produção de saúde ; b) um modo de operar os processos de trabalho em saúde e como tal assume caráter de ação ou ferramenta tecno-assistencial, que pode colocar em análise esses processos de trabalho, focando nas relações que reconheçam o usuário como sujeito participante; c) um dispositivo tecnológico quando relacionado à Avaliação de Risco. Esta se opera sobretudo nas portas de entrada dos serviços, o que pode demandar, segundo a cartilha, “um grupo preparado em promover o primeiro contato do usuário com os serviços de saúde” (BRASIL, 2008c, p.28). Este grupo deve ser aberto à produção de grupidades, às tecnologias de relação e ao

manejo de informações sobre a demanda. Porém, que o acolhimento na porta de entrada dos serviços só faz sentido se o compreendemos como uma passagem para o acolhimento nos processos de produção de saúde.

A implantação do acolhimento nos serviços de saúde também é um ponto ressaltado pela cartilha. As sugestões e reflexões feitas a respeito remetem, fundamentalmente, ao entendimento do acolhimento como prática intrínseca e inerente ao exercício profissional em saúde; à necessidade de ampliar a qualificação técnica dos profissionais em relação a uma escuta qualificada e a habilidades relacionais; à pactuação com as várias unidades de saúde das suas responsabilidades com a população adscrita e com a atenção à demanda não agendada; à necessidade de haver espaços para encontros e trocas; à promoção do debate com os trabalhadores e a população e, principalmente, ao desenvolvimento da implantação do acolhimento com a participação dos trabalhadores e dos usuários.

A implantação das “sistemáticas de acolhimento” especificamente na Atenção Básica (representada pelo Programa de Saúde da Família), ressalta a necessidade de se compatibilizar o atendimento entre a demanda programada e a não-programada e de se desenvolver “atividades de acolhimento” na comunidade (grupos de convivência, como artesanato e caminhada; rodas de conversa; terapia comunitária, etc). (BRASIL, 2008c).

A cartilha de 2006/2008 aponta, ainda, algumas maneiras de se fazer acolhimento, algumas tecnologias e dispositivos e convida o leitor a pensar questões que se referem ao acesso, aos agravos, aos encaminhamentos, à relação trabalhador-usuário, às decisões tomadas na unidade de saúde e ao ambiente em que se trabalha, a fim de problematizar as situações concretas enfrentadas pelos serviços no cotidiano.

4.2 DISCURSOS E MOVIMENTOS DA SECRETARIA DE SAÚDE DE VITÓRIA

Em 2004, foi lançada em Vitória uma publicação municipal sobre acolhimento. Esta publicação constituía-se num protocolo de Avaliação Inicial de sinais e sintomas (VITÓRIA, 2004), entretanto, recebeu o nome de “Protocolo de Acolhimento”. Esse “manual” restringe-se a conduzir as atividades a serem desempenhadas pelos profissionais nas Unidades de Saúdes segundo um “fluxo de acolhimento”,

desconsiderando a necessidade de escuta qualificada e de pactuação entre a demanda do usuário e as respostas dos serviços.

Em 2005, a Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (SEMUS) seguiu a “convocação” feita pelo MS para que os municípios adotem a mesma postura da PNH, de reconhecimento do acolhimento como um ponto importante a ser transformado, visando à humanização de todo o sistema. Assim, a Prefeitura Municipal de Vitória (PMV) lança, oficialmente, a Política de Humanização na Saúde do município¹. Esta política apresentava, naquele momento, o Acolhimento com Classificação de Risco, a gestão participativa e a formação permanente para os trabalhadores como seus principais pilares.

No intuito de acompanhar os movimentos que têm sido feitos pela SEMUS desde o lançamento da Política Municipal de Humanização, em 2005, até os dias de hoje, solicitamos informações da Secretaria (vide apêndice C), uma vez que não encontramos material disponível para consulta e pesquisa que contivesse informações atualizadas sobre os movimentos da política de humanização no município e mais especificamente, sobre acolhimento.

Fomos informados pela SEMUS² que desde 2006 existe um grupo de trabalho composto por técnicos da Gerência de Atenção à Saúde (GAS) e pela Gerência de Formação e Desenvolvimento em Saúde (GFDS) que discute o acolhimento no município. A partir deste grupo, fez-se uma articulação com as Unidades de Saúde, dentre as quais foram escolhidas seis – uma de cada Região de Saúde – para serem “unidades-piloto” deste projeto. O critério utilizado para escolha dessas Unidades foi baseado nos “altos índices de dependência” que seus usuários mantêm com o SUS e na própria adesão de diretores das Unidades a esse processo de discussão.

Este grupo contou com consultorias externas, de outros estados, que realizaram oficinas com técnicos e diretores dessas seis Unidades. Com a participação ampliada aos profissionais das Unidades, foram apontadas dificuldades em relação ao setor de recepção. A partir daí, esse grupo de trabalho tornou-se responsável por discutir a política de humanização e o acolhimento, reunindo-se sistematicamente.

Após as oficinas, os técnicos se dividiram em duplas, a fim de fazer a multiplicação das discussões nas demais Unidades de Saúde e em toda a rede,

¹ Ver Diário de Vitória de 9 de novembro de 2005, disponível no site da PMV. Fonte: VITÓRIA, 2005a.

² A SEMUS designou um profissional para nos fornecer as informações pertinentes.

tornando-se “apoiadores” que participam das reuniões de equipes, à medida que demandam os profissionais. O trabalho dos apoiadores segue um formato alternativo às Rodas de Educação Permanente, que não são mais realizadas. O grupo de apoiadores é formado pelas mesmas pessoas/técnicos que compunham, anteriormente, os grupos de discussão sobre acolhimento e apresenta, como uma de suas proposições, apoiar a gestão local.

Nos encontros com as equipes foi identificada a necessidade de organização dos processos de trabalho, ressaltando-se a dificuldade que estas apresentam em lidar com a demanda não agendada. Os apoiadores verificaram que se trabalha com uma forma de agendamento pouco flexível, o que os levou a discutir com as equipes sobre a possibilidade de criar uma “agenda aberta”, a partir da qual não se trabalhe, necessariamente, com dias específicos de atendimento para populações específicas (gestante, hipertenso, puericultura, etc.), mas que se possa realizar ações integrais com os usuários que procuram o serviço.

A partir dessas oficinas, foi gerado um documento que sistematiza as diretrizes do acolhimento na SEMUS. Entretanto, este documento ainda não está concluído, permanecendo indisponível para o público.

Nos últimos anos, foi feito um movimento para retirada de placas que identificavam as “salas de acolhimento” em diversas Unidades, destituindo do acolhimento a noção que o vincula a um “lugar específico”, uma “sala”.

Atualmente, a Secretaria concebe o acolhimento como uma “postura que pressupõe uma mudança de atitude por parte dos trabalhadores”. Os técnicos apoiadores entendem que acolhimento não se restringe à Avaliação de Riscos, procurando estabelecer uma diferença entre Avaliação Inicial e acolhimento. Entretanto, segundo as informações prestadas, a Avaliação Inicial é usualmente associada ao trabalho do enfermeiro ou ao trabalho do auxiliar de enfermagem sob supervisão do enfermeiro e o acolhimento costuma ser diretamente relacionado ao trabalho dos auxiliares, que não fazem a escuta ativa “na recepção”.

Há um entendimento por parte da SEMUS de que só o trabalho “da recepção” não é suficiente e que este depende diretamente do processo de trabalho das outras categorias e, embora existam capacitações específicas para o “pessoal da recepção”, como foi o caso do curso Portas Abertas, a Secretaria vem trabalhando segundo uma lógica de mudança de postura de todos os profissionais, a partir do que chama de “fortalecimento dos espaços coletivos”.

4.3 DISCURSOS NORTEADORES DAS ANÁLISES SOBRE ACOLHIMENTO

Encontramos na literatura técnica, vários estudos acerca do acolhimento, que expressam entendimentos diferenciados a esse respeito. Entretanto, tais estudos abrem possibilidades de criação de interfaces entre si, contribuindo para a problematização e operacionalização do acolhimento nos serviços de saúde. Destacamos que alguns desses estudos (FRANCO; BUENO; MERHY, 2007 e TEIXEIRA, 2003) serviram, inclusive, de referência para a construção das proposições do MS (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2008c). Nesta pesquisa, estes estudos foram importantes referenciais para as análises sobre acolhimento.

Consideramos, inicialmente, que a produção de saúde que se dá na relação entre trabalhador e usuário parte da construção de um espaço intercessor entre esses sujeitos, em que ambos instituem necessidades e modos capturados de agir, expressando um jogo de encontros e negociação de tais necessidades.

Ao falarem dos encontros que se processam no espaço intercessor entre trabalhador de saúde e usuário, Franco, Bueno e Merhy (2007), afirmam a sustentação de uma dimensão tecnológica, a das relações, em que o acolhimento adquire expressão significativa. Desse modo, o acolhimento é entendido como uma tecnologia de relação; uma tecnologia “leve”, envolvida no trabalho em saúde (MERHY *et al*, 2006).

Assim como o vínculo, o acolhimento se constitui como importante componente do universo tecnológico do “trabalho vivo em ato” na saúde. Ambos são considerados o substrato tecnológico que pode dar o sentido do usuário no interior dos processos de trabalho em saúde, se forem “capturados” para criar aumentos dos graus de autonomia deste usuário no seu modo de caminhar a vida (MERHY, 2006b).

Merhy *et al* (2006) consideram que o acolhimento, como um processo intercessor, é atributo de uma prática clínica realizada por qualquer trabalhador em saúde. Os autores entendem que o foco em sua análise favorece a criação da possibilidade de pensar a micropolítica do processo de trabalho e suas implicações no desenho de determinados modelos de atenção. Outra possibilidade apontada a respeito do acolhimento, é a de se argüir sobre o processo de produção da relação usuário-serviço do ponto de vista da acessibilidade, nos momentos em que se dão

as “ações receptoras” dos usuários nos serviços (FRANCO; BUENO; MERHY, 2007).

Na medida em que os autores propõem o acolhimento como um dispositivo interrogador de processos intercessores que constroem relações clínicas das práticas em saúde, escutando os “ruídos” do modo como o trabalho vivo é capturado pelos modelos de assistência, defendem a busca de produção de responsabilização clínica e sanitária e de intervenção resolutiva. Assim, entendem que sem fazer acolhimento e vínculo, não há produção desta responsabilização nem resolutividade dos problemas relacionados à produção saúde-doença.

Enquanto diretriz operacional, o acolhimento parte do princípio da garantia da acessibilidade universal, em que o usuário deve ser escutado e receber uma resposta sobre o que procura; do princípio da reorganização dos processos de trabalho, deslocando o eixo central do trabalho do médico para uma “equipe de acolhimento” composta por profissionais de outras categorias a qual passa a receber suporte do médico, no caso em que as consultas com ele se justifiquem; e do princípio da qualificação da relação trabalhador-usuário que se dê por parâmetros humanitários e solidários, em torno de interesses comuns (FRANCO; BUENO; MERHY, 2007).

Para esses autores, destacam-se o entendimento do acolhimento como um transformador radical dos processos de trabalho em especial dos profissionais não médicos que realizam assistência, visto que a organização do serviço passa a ter a “equipe de acolhimento” como central, no atendimento aos usuários. Está supostamente aberta a possibilidade para que esses profissionais lancem mão de todas as tecnologias de sua “caixa de ferramentas” para receber, escutar e solucionar problemas de saúde trazidos por quem procura o serviço. Nesse sentido, o acolhimento forja-se como uma etapa do processo de trabalho responsável pelo atendimento da demanda espontânea.

O destaque dado ao atendimento da demanda espontânea se apresenta como uma bandeira erguida contra a exclusão de uma demanda reprimida. Além disso, a importância dada ao acolhimento na reorganização dos processos de trabalho vai ao encontro da constatação da grande solicitação por consulta médica, mesmo sem necessidade verificada. Observa-se que o trabalho é centrado na prática médica, que há baixo aproveitamento do potencial para assistência dos demais profissionais e que a relação trabalhador-usuário encontra-se deteriorada,

tendo como causa disto, segundo esses autores, a alienação do processo de trabalho.

No trabalho de Franco, Bueno e Merhy (2007), destaca-se, ainda, a possibilidade de “implantação” do acolhimento como um dispositivo operacional, com a finalidade de acabar com as filas da madrugada e com a distribuição de senhas nos serviços de saúde. Há, na implantação deste dispositivo, o destaque para o trabalho da enfermeira, que além de participar do acolhimento ao usuário fazendo parte da “equipe de acolhimento”, fica responsável pelas ações realizadas pelos auxiliares de enfermagem, pelas orientações sobre as condutas e sobre a utilização dos protocolos elaborados pela equipe, além de supervisionar as atribuições de cada membro da equipe.

Da mesma forma, o trabalho do auxiliar de enfermagem passa a extrapolar sua função específica de fazer vacinas, curativos, medição de pressão, dentre outros procedimentos, sendo mais valorizado ao invés de ser um “acessório” na organização do processo de trabalho na unidade de saúde.

Franco, Bueno e Merhy (2007) entendem que este modo de pensar o acolhimento pode reverter o modelo tecnoassistencial com potencial para reorganizar os processos de trabalho, construindo dispositivos analíticos e de auto-gestão, provocando, nesse caso, mudanças estruturais na forma de gestão do serviço.

Diante dessas considerações, podemos dizer que o acolhimento é visto tanto como etapa do acesso, que usualmente acontece na recepção, quanto como tecnologia leve do processo intercessor do trabalho em saúde, que ocorre em todos os lugares onde há possibilidades de encontros trabalhador-usuário. O acolhimento visto como tecnologia leve se realiza em processo, em produção, e comanda as outras tecnologias nos diversos momentos do serviço (MERHY *et al*, 2006).

Retomando o tema da acessibilidade e da receptividade aos usuários para discutir outros aspectos do acolhimento, destaca-se a importância que vem assumindo a problemática da qualidade do acesso e da recepção dos usuários nos serviços, indicando que a discussão, nos últimos anos, não se restringe ao tema do acesso universal – umas das bandeiras da Reforma Sanitária e do SUS --, mas amplia-se para a relação que se estabelece com o outro quando a entrada dele no serviço já está garantida.

Assim, é possível notar como em pouco mais de uma década desde a criação do SUS, a questão do acesso aos serviços passa, progressivamente, das análises centradas na extensão da cobertura para aquelas em que são discutidos temas como o acolhimento, denotando a progressão do “foco do tensionamento -- relacionado ao problema mais geral da garantia do acesso universal aos sistemas de atenção --, que vai do problema da quantidade de portas-de-entrada ao problema da qualidade dessas portas” (TEIXEIRA, 2003).

É importante lembrar que não se trata de uma idéia de qualidade que se referencia nas gestões de qualidade total dos modos de produção capitalistas, os quais vêm expressando formas de relação padronizadas e mercantilizadas. Trata-se de uma idéia de qualidade que se aproxima dos princípios pelos quais se brigou nos movimentos pela saúde e pela construção do SUS: uma qualidade que atenda à luta por uma democracia não só na área da saúde, mas em toda a sociedade brasileira, em que é importante a participação de todos, forjando uma construção coletiva nas escolhas de nossos modos de existência.

No caso da saúde, falamos de uma qualidade que vem dependendo, cada vez mais, do tipo de modelo de atenção que se opera nas unidades prestadoras de serviço, o que vem demonstrando a necessidade de criar “padrões de qualidade de atendimento ao cidadão”, com a finalidade de promover a melhoria da qualidade do atendimento prestado por órgãos do serviço público federal e satisfazer as necessidades e desejos dos usuários (BRASIL, 2002b).

O processo de desenvolvimento na implantação de tais padrões requer a formação de uma cultura de participação, cooperação e de co-responsabilidade, havendo necessidade de um “bom nível” de relações entre funcionários e chefias e entre os colegas, indicando que: “havendo bom clima organizacional, a instituição poderá conseguir melhores resultados na qualidade de sua gestão e oferecer o atendimento que o cidadão espera receber” (BRASIL, 2002b, p.13).

Para fazer avançar a discussão sobre a qualidade das relações no plano micropolítico dos serviços de saúde, Teixeira (2003) trabalha com o acolhimento na perspectiva dos encontros, enquanto um modo de os trabalhadores se relacionarem com os usuários. Apoiando-se numa visão comunicacional do encontro no trabalho em saúde, o autor toma como substância deste, a conversa.

Teixeira (2003) adota o termo “acolhimento-diálogo” para definir um tipo especial de conversa que se dá no interior dos serviços de saúde e que ele

considera como “mola mestra da lógica tecno-assistencial” e como um “dispositivo indispensável para o bom desempenho da rede tecno-assistencial” (TEIXEIRA, 2003, p. 99).

O autor aponta que um serviço de saúde constitui-se numa rede de conversações, na qual o acolhimento tem um papel fundamental, recebendo e interligando uma conversa à outra, conectando os diferentes espaços de conversa, e se dando em qualquer encontro trabalhador-usuário. Assim, o acolhimento-diálogo não se confunde com o momento de recepção, mas prolifera por todos os encontros assistenciais que marcam a passagem de um usuário pelo serviço, se referindo a uma qualidade especial de conversa, que se traduz em uma espécie de “técnica geral de conversa” a ser praticada em todas as conversações que se dão no serviço.

O acolhimento-diálogo pode oferecer ao usuário maior possibilidade de trânsito pela rede porque se trata efetivamente da contínua investigação, elaboração e negociação das necessidades de saúde que podem vir a ser satisfeitas pelo serviço, tendo em vista que as necessidades não são definidas *a priori* e, se estamos sempre conversando em nossos encontros, não cessamos de acolher novas possíveis demandas.

O acolhimento não é considerado, necessariamente, uma atividade, uma tarefa ou um procedimento específico, mas conteúdo de toda atividade assistencial, que consiste na busca constante de um reconhecimento das necessidades de saúde dos usuários e das formas possíveis de satisfazê-las, resultando em encaminhamentos, deslocamentos e trânsitos pela rede assistencial.

Por fim, destacamos que na discussão sobre a qualidade do encontro nas práticas de saúde, as dimensões subjetivas e afetivas do trabalho em saúde vêm sendo bastante valorizadas, com destaque para o tema do acolhimento (TEIXEIRA, 2005).

Enfatizamos, ao mencionar a qualidade do encontro terapêutico, o privilegiamento de sua dimensão dialógica que, segundo Ayres (2004, p.23), é caracterizada pela “abertura a um autêntico interesse em ouvir o outro”. Este autor assinala que o profissional deve ouvir-se a si mesmo e se fazer ouvir pelo outro, superando o papel de transmissor/porta-voz da discursividade tecno-científica. Nesse sentido, associa essa capacidade de escuta e diálogo ao acolhimento, que é entendido como um dispositivo tecnológico. Ressalta o acolhimento como um recurso fundamental para que “o outro do cuidador surja positivamente no espaço

assistencial, tornando suas demandas efetivas como o norte das intervenções propostas, nos seus meios e finalidades” (AYRES, 2004, p.23).

As noções de acolhimento destacadas referem-se, de modo geral, às seguintes possibilidades de entendimento: como dispositivo capaz de reorganizar o trabalho na unidade, visto mais especificamente como uma etapa do processo de trabalho, que tem como objetivo atender à demanda não agendada, aumentando o acesso e “humanizando” as ações receptoras dos usuários no serviço; e como uma “postura”/tecnologia diante do usuário e suas necessidades, em que o trabalhador se utiliza de uma técnica geral de conversação, devendo ser capaz de promover escuta e diálogo e voltar-se para uma contínua investigação e negociação das necessidades de saúde e modos de satisfazê-las em todos os momentos do processo de produção de saúde no serviço.

Em razão das possibilidades que esses entendimentos sobre acolhimento (os de órgãos oficiais e os acadêmicos) têm de construir hibridismos e de fazer interfaces no cotidiano dos atores, reafirmamos o propósito e os objetivos deste estudo: acompanhar os discursos e as práticas relacionadas a acolhimento postos em funcionamento pelos trabalhadores, gestores e usuários no cotidiano de um serviço de Atenção Básica do município de Vitória; analisar os modos de se pensar, de se dizer e de se fazer acolhimento na sua relação com os discursos oficiais e acadêmicos e questionar a efetivação dos princípios do SUS e os serviços de saúde oferecidos.

5. O PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 CARTOGRAFIAS DAS IMPREVISIBILIDADES DO CAMPO DE PESQUISA: UM MERGULHO NA EXPERIÊNCIA, UMA EXPERIÊNCIA DE MERGULHO OU O POLVO QUE ENCONTREI DEBAIXO D'ÁGUA

O aspecto metodológico normalmente é tido como dos mais relevantes nas atividades científicas porque se acredita que o método pode garantir o acesso à verdade; a uma realidade única, absoluta, que objetiva o resultado final de um trabalho, mais do que propriamente o seu desenrolar. Sobretudo, se nos basearmos nos pressupostos da ciência moderna, que operam certos ideais de eficiência, eficácia, neutralidade, pautados num projeto de racionalidade científica que se tornou hegemônico no meio acadêmico. Esta idéia de ciência e as práticas que com ela emergem vêm, conseqüentemente, atendendo a um projeto político-econômico que despontou com a industrialização da ciência: de produção de universalismos e de divisão de saberes-poderes nas sociedades modernas e contemporâneas. Desse modo, é constatado que:

Na ciência moderna o conhecimento avança pela especialização. O conhecimento é tanto mais rigoroso quanto mais restrito é o objeto sobre que incide. Nisso reside, aliás, o que hoje se reconhece ser o dilema básico da ciência moderna: o seu rigor aumenta na proporção direta da arbitrariedade com que espartilha o real. (SANTOS, 1998, p.64)

Seguindo uma outra direção neste estudo, não tratamos como método (*metha hodos*) “um caminho para se chegar a um fim”, a partir das raízes gregas dos termos *metha* -- que se refere a um movimento para além --, e *hodos*, que se refere a caminho. Apostamos em uma outra forma de se fazer ciência, pautada numa reversão do sentido tradicional do método, em que a pesquisa é orientada na direção de um *hodos metha*. A idéia é que a meta, o fim, não está determinada *a priori* por um caminho pronto; mas por um “caminhando” que vai se fazendo, conforme vêm propondo alguns autores (BENEVIDES, 2007)³.

³ BENEVIDES, R. **A intervenção como direção metodológica**. Aula ministrada no curso de Mestrado em Psicologia Institucional, realizada na Universidade Federal do Espírito Santo, em Vitória, no dia 18 de maio de 2007. Esta aula fez parte da disciplina Seminário de Pesquisa II.

Nesse sentido, consideramos que não há uma verdade em si mesma a ser alcançada ou representada e, por conseguinte, universalizada como resultado esperado da pesquisa. Tampouco nos guiamos por um caminho pronto e único. Ao inverter o sentido tradicional do método, nos propusemos a fazer um “mergulho na experiência” que estava sendo vivida na pesquisa, durante a qual fomos traçando as estratégias e direções a serem tomadas.

O que podemos chamar de resultado desse “caminhando”, ou melhor, desse mergulho, é uma experiência expressiva dos encontros que foram se fazendo e das relações singulares que se construíram durante o processo do pesquisar.

Optar por realizar uma pesquisa em que o caminho tem que ser criado junto com a experiência do pesquisar, não exige o pesquisador de um rigor metodológico. Ao contrário, construir o caminho – e não apenas tê-lo pronto, não é só uma pura necessidade para efetivar a pesquisa. É também uma forma de manter o pesquisador atento, conectado aos rumos que toma o seu campo problemático e à maneira como se deixa afetar por ele. Campo problemático aqui se distingue da idéia tradicional que temos de problema de pesquisa: diferentemente desta última noção, o campo problemático é “vivo” e vai solicitando ao pesquisador ser desenhado e redesenhado constantemente, a partir das questões que atravessam a ambos – campo e pesquisador.

Assim, o caminho que vai se fazendo deve problematizar e decompor a realidade em questão, agindo em consonância com um “campo” de pesquisa que possa se romper e se abrir num “plano” aberto de produção de realidade, ou seja; num plano de subjetivação, que é onde se dá a experiência. Nesse sentido, no plano da experiência não há uma identidade a ser referenciada. Ao contrário, qualquer identidade organizada deve ser quebrada para que o instituinte possa emergir neste plano, que nada mais é do que o plano da vida.

A produção de realidade requer, incessantemente, uma análise crítica do pesquisador, a partir da qual se possam produzir dobras que rompam com uma lógica dicotômica. Do mesmo modo, se deixamos emergir outras referências diferentes das formas binárias e homogêneas que correspondem a uma visão totalitária de mundo, podemos enxergar **o nível molecular** desestabilizando aquilo que já é dado. Ao discutir o acolhimento, portanto, procuramos explorar suas potencialidades instituintes, que emergiram num jogo de forças com idéias já formatadas a respeito daquilo que seja “acolher”.

Nesta perspectiva, aquele que se alia à idéia de *hodos metha* se compromete com um esforço em explorar um campo de virtualidades e de “caminhos” possíveis. Dispõe-se a abrir mão da segurança do método pronto; prepara-se para lidar com uma certa imprevisibilidade e sabe da responsabilidade dessas escolhas. Essa postura se assemelha a um “rigor aventureiro”, mas ainda assim é um rigor.

Podemos dizer que nossa pesquisa-aventura encontrou parceria na proposta da Cartografia, enquanto uma prática que privilegia a imprevisibilidade da experiência, aberta para que os movimentos do pesquisador se encontrem com os movimentos do território de pesquisa, constituindo uma produção no campo social (BOCCO, 2006). No caso deste estudo, os encontros desses movimentos – entre o pesquisador e o território — produziram modos de se compreender, de se fazer e de se gerir o acolhimento no cotidiano de um serviço de saúde. Enfim, produziram subjetivações do acolhimento.

Mas, o que quer dizer cartografar? O termo cartografia – “roubado” da geografia--, remete à possibilidade de acompanhar as paisagens que encontramos no caminho trilhado. Aqui nos referimos a paisagens psicossociais que se movimentam e se transformam de acordo com o dinamismo, o inusitado dos acontecimentos (ROLNIK, 2007). Parte-se da idéia de que os acontecimentos nos convocam a exercer nosso pensamento desde uma postura que problematiza o contemporâneo e que entende que ilimitados são os movimentos de produção de formas de realidade (ROLNIK, 1993).

Como não há uma realidade única, descontextualizada, essa postura desafia as formas que se pretendem absolutas, imutáveis e que estabelecem categorizações para a vida. É assim que atua o cartógrafo: acompanha o desmanchamento de certas realidades, de certos mundos cujos sentidos não servem mais, para dar expressão ao desejo coletivo no contemporâneo. É conectado ao seu campo problemático e ao plano da vida, que o cartógrafo se vê investido também da potência de criar sentidos, pois não há nada a ser revelado; ele escuta o que excede as formas de expressão conhecidas, capta o estado das coisas e inventa novas formas que “encarnem” as transformações que já ocorreram, para as quais, muitas vezes, se constroem obstáculos ao invés de enfrentá-las (ROLNIK, 1993).

Desse modo, a cartografia permite o reconhecimento atento dessas paisagens localizadas em “territórios nunca antes habitados”, de suas transformações e dinamismo, mas também nos convoca a um posicionamento; a

certas afirmações (KASTRUP, 2007). Tais afirmações não pretendem que o conhecimento assuma uma forma de verdade, mas pretendem contribuir para a transformação do mundo, mesmo em níveis capilares. Portanto, o trabalho do cartógrafo é político, micropolítico e também comporta uma intervenção no campo (ROLNIK, 2007).

Cartografar nos fala de acompanhar processos, ao mesmo tempo em que os criamos. Os dados não estão “dados” e os resultados -- sempre provisórios -- são produções nossas em agenciamento coletivo com o território de pesquisa. Por ele somos atravessados o tempo todo nas escolhas que fazemos e na direção que tomamos. Dessa forma, o processo de fazer pesquisa é também um processo de produção de subjetividade. Transforma o pesquisador, que por sua vez, interfere no contexto de produção do conhecimento (KASTRUP, 2007).

Assim, cabe pensar que o acompanhamento das paisagens psicossociais praticado pelo cartógrafo comporta a idéia de implicação proposta por René Lourau: a implicação do pesquisador precisa ser constantemente posta em análise, em combate à noção de neutralidade preconizada pela ciência moderna (ALTOÉ, 2004). Não se trata de um comprometimento operando num registro puramente individual, o que também convoca o pesquisador à construção de um olhar avaliativo sobre o processo de pesquisa, cujo critério seja coletivamente problematizado (BENEVIDES, 2007).

Desse modo, também o processo de criação do cartógrafo deve ser avaliado no cotidiano das práticas. A cartografia se faz no cotidiano e é nele que escolhemos seus “resultados” ou “produtos”, que aqui chamaremos de mapas. Fazemos isso, orientados por uma abertura ao sensível, ao devir, ao encontro com o outro. Os efeitos desses encontros é o que escolhemos transformar, a cada momento, em mapa. O mapa aqui pode ser entendido como aquilo que queremos “gravar”, fotografar, recortar; é o que nos salta aos olhos num certo espaço-tempo, evidenciando em nós o acontecimento, a singularidade do intempestivo.

Deleuze e Guattari (1995) apontam que o mapa está inteiramente voltado para uma experimentação ancorada no real. Ele não é um decalque ou uma repetição do mesmo e também não se pretende absoluto: pode ser rasgado, desmontado, revertido constantemente. Ele tem múltiplas entradas e é conectável em todas as suas dimensões (DELEUZE; GUATTARI, 1995).

É nesse sentido que falamos da escolha do cartógrafo: afinal, como ele cria “vias de passagem” para os afetos produzidos nos encontros? (GUATTARI, 1977). Como as composições/mapas/resultados ganham contornos, corpo e voz pelo olhar de um cartógrafo?

Quando fizemos estas perguntas pela primeira vez, durante o processo de qualificação desta pesquisa, começávamos a compreender que os mapas (ou resultados) escolhidos para compor este trabalho dependeriam, efetivamente, da qualidade dos encontros que se dessem **entre** mim e tudo o que fizesse parte do cotidiano do território de pesquisa. Qualidade não no sentido de “boa” ou “ruim”, mas no sentido das intensidades que atravessassem o meu corpo vibrátil (ROLNIK, 2007). Assim, passei a ficar atenta, de fato, a esses espaços/momentos dos encontros denominados “entre”, a cada novo impacto que o território produzia em mim.

Lembramos de uma das obras de Clarice Lispector, *A Paixão segundo G.H.* (1964/1991). Naquele romance, a autora trata do encontro inusitado da personagem G.H., que é uma mulher em busca do conhecimento interior, com uma barata que habitava o quarto de sua empregada – um lugar onde G.H. nunca entrava. A reação da personagem é qualificada como assustadora ao encontrar aquela barata “nojenta”. O nojo, porém, desafia-a a se aproximar da barata, tocá-la e provar o seu gosto. Assim, G.H. vai em busca de uma outra existência tentando se deslocar do seu mundo insípido, alienado e imune. Na suposta busca pelo “auto-conhecimento” se processa, na verdade, um encontro *entre* G.H. e uma outra realidade. Um outro sentido se cria na relação com aquela barata “nojenta”: no caso de G.H., o sentido da alegria e do vivo.

Ao tomar as intensidades dos encontros enquanto parte do processo de cartografar, lembrei-me também de uma experiência imprevisível que vivi no mar. Certa vez, realizando um mergulho autônomo (aquele em que se usa cilindro de ar comprimido) junto com um grupo de amigos, pude vivenciar a sensação “exata” de encontrar o intempestivo. Navegando a alguns metros de profundidade, nos deparávamos com uma multiplicidade de espécies marinhas que nos circundavam enquanto passeávamos tranquilamente no fundo do mar. Foi quando, durante o passeio, avistamos um polvo bem próximo do nosso grupo. Movidos pela curiosidade, todos começaram a manipulá-lo. Eu nunca tinha visto um assim: vivo, nadando no fundo do oceano! No meio da brincadeira, seus tentáculos se

emaranhavam por entre as mãos dos mergulhadores. Enquanto eu sentia as rugas na sua cabeça, o polvo grudou suas ventosas nas minhas mãos, o que provocou em mim uma reação de surpresa. A surpresa virou susto quando percebi que mesmo sacudindo as mãos, o polvo não se soltava de mim! Diante daquele impasse, as sensações foram, aos poucos, se modificando: o susto ia passando e percebi que me entregava, cada vez mais, àquela brincadeira com um polvo de olhos grandes que, até então, era tão desconhecido pra mim.

Posso dizer que esse meu encontro com o polvo expressa, literalmente, um “mergulho na experiência” em que emergiu um acontecimento, o inusitado, que inesperadamente se impôs, transformando tudo a seu redor: do susto ao prazer da brincadeira. Do mesmo modo, o romance de Clarice Lispector expressa o intempestivo, em que a personagem fabrica o instante do encontro com um outro, provocando com ele, outras produções de sentidos: do nojento à alegria; do insípido ao “adocicado” (LISPECTOR, 1964/1991).

A relação estabelecida com esses dois exemplos me ajudou a corporificar as respostas pra aquelas perguntas, durante a pesquisa. Assim, contrariamos a idéia de neutralidade científica, pois trata-se de uma “escolha de resultados” onde não é possível “investigar o real sem infectá-lo” (KIRST *et al*, 2003, p.93) e sem por ele, ser infectado.

Entendemos que esta pesquisa discute um acolhimento aberto a múltiplos sentidos, construídos numa pluralidade de espaços-tempos que remetem ao plano das experiências concretas entre os sujeitos. As experiências registradas neste estudo se dão tanto no âmbito dos processos de trabalho operados na Unidade de Saúde pesquisada, quanto nos encontros cotidianos entre trabalhadores e usuários daquele serviço de saúde.

Durante a pesquisa, nos deparamos com possibilidades de operar novas conexões sobre acolhimento, ao mesmo tempo em que se reproduziam antigas estruturas. Entretanto, diante do impasse, as territorialidades constituídas e endurecidas podiam nos servir para nos religarmos ao mapa, ao real, se usássemos de sua potência de conexão e reinvenção (DELEUZE; GUATTARI, 1995). O nosso esforço, nesse sentido, era de aproximar, o tempo todo, a repetição do real; do concreto, mantendo-o sempre aberto a tudo que pudesse incidir nesse plano.

Assim, procuramos utilizar a cartografia como “método”, pensando-a como uma postura rigorosa de escuta da diferença, tentando reverter a

estruturação/estratificação do que seja acolhimento em uma idéia de produção do acolhimento no cotidiano.

Certeau e Giard (1996, p.339) afirmam que “[...] uma prática cotidiana abre um espaço próprio numa ordem imposta[...]” e “[...] restaura com paciência e tenacidade um espaço de jogo, um intervalo de liberdade, uma resistência à imposição (de um modelo, de um sistema ou de uma ordem)[...]”. Baptista (2007)⁴, ao abordar a naturalização do cotidiano no contemporâneo, em que a heterogeneidade não é escutada, sugere que só é possível produzir diferença estando entre as pessoas, vendo-as de perto, ouvindo seus sons.

Ao se falar em cartografia, não se trata de coletar, representar, buscar ou copiar algo inerte, pronto. Entendemos que as formas sociais se fazem na vida. Portanto, se criam e morrem cotidianamente, emaranhadas em linhas de força num campo de luta; nos espaços-tempo de exercício de poder. Poder que vem de toda parte, de todos os lados (FOUCAULT, 2001). Ao cartografar, procuramos estar atentos a como se dava a composição de linhas de força com o inusitado; com a emergência da diferença, do heterogêneo, do novo, tanto fazendo irromper outras redes de conexões de sentidos e de mundos, quanto as impedindo.

5.2 A CAIXA DE FERRAMENTAS DO NAVEGADOR-CARTÓGRAFO

Para lidar com esse jogo de forças, o cartógrafo leva no bolso uma “regrinha de ouro” quando sai a campo: fazer uma avaliação atenta das defesas e estratégias utilizadas, aliada a um princípio e a um critério sempre a favor da vida. Além disso, o cartógrafo vai construindo pra si um breve roteiro de preocupações, que pode se redefinir constantemente (ROLNIK, 2007). Tudo isso se traduziria em uma regra de prudência que “discrimina quando há potência e quando há perigo para agir diante de forças que são de destruição e extermínio” (BOCCO, 2001, p.53).

O navegador Amyr Klink (2005) -- durante a travessia feita a remo da África para o Brasil -- narra em seu diário de bordo as estratégias criadas para lidar com os imprevistos do cotidiano da viagem, ao mesmo tempo em que é atravessado pelas relações agenciadas com o território explorado, tais como o mar, a ameaça dos

⁴ BAPTISTA, L.A.S. **Das abordagens clássicas às dimensões atuais da Psicologia**. Conferência ministrada no II Congresso Capixaba de Formação e Atuação do Psicólogo, realizado na Universidade Federal do Espírito Santo, em Vitória, em setembro de 2007.

tubarões, as algas que grudam no casco do barco, o próprio cansaço, alguma alteração dos planos. O navegador vai avaliando cotidianamente quando há necessidade de prudência, ao mesmo tempo em que encontra recursos aos quais pode se aliar ao longo de seu percurso.

Assim, o navegador assume seu devir-cartógrafo, sendo o mergulho na experiência o seu maior compromisso. Foi o que fizemos nesta pesquisa: uma viagem construída a partir dos encontros entre um navegador-cartógrafo e os “territórios-mar” com o qual interagia, em que foi se produzindo um “caminhando”, ou melhor, um “navegando” conectado à novidade criada na experiência; na própria vida.

No entanto, a despeito da abertura que o cartógrafo assume ter com a imprevisibilidade dos encontros, ele se pergunta: como as intensidades atravessarão esses encontros? Como os afetos ganharão expressão nessa experiência? Estas e outras perguntas um cartógrafo se faz com uma certa antecipação, sim; antecipação comprometida com sua inserção e principalmente com sua atenção no campo de pesquisa.

É certo que na caixa de ferramentas do cartógrafo não há -- como há para as viagens marítimas -- uma carta náutica⁵ com todos os pontos demarcados, que o impeça de se perder em sua travessia, ou mesmo, que lhe confira segurança quanto aos obstáculos oferecidos pelos territórios-mar por onde ele navega. O maior instrumento de “navegação” do cartógrafo é sua postura ético-estético-política. Ética, porque se trata de um rigor para escutar a diferença; estética, porque encara o pensamento como uma obra de arte, portanto, a ser criado; e política, porque se trata de lutar contra as forças que obstruem o devir (ROLNIK, 1993).

Além de encarnarmos essa postura, optamos por preencher nossa caixa de ferramentas com a prática da observação, o diário de campo, as entrevistas, as conversas informais e o grupo-dispositivo para nos auxiliar a transitar e explorar os territórios de pesquisa, que aqui chamamos de “territórios-mar”.

Podemos dizer que ao longo dessa “navegação” tivemos como grandes recursos-aliados a observação de campo e as conversas informais, que se deram nos mais diversos espaços e tempos na Unidade de Saúde. Ambas ajudaram a

⁵ Carta náutica é uma representação plana em escala, da superfície da Terra, abrangendo áreas de mares, rios e lagoas ligadas a trechos do litoral ou não, e ilustrada por uma série de dados úteis ao navegante (Fonte: SISPECA, 2009). A carta náutica é um mapa que contribui para obter diversos dados como profundidade, reconhecimento de ilhas, pontos de mergulho e posição de naufrágios (Fonte: BRASIL MERGULHO, 2009).

materializar a construção do diário de campo, que se compunha de muitas vozes, em muitos lugares: nas reuniões da Unidade; nos encontros fortuitos na cozinha; nas festas de aniversário; nas atividades programáticas com a comunidade, nas visitas domiciliares, etc. Desse modo, o diário foi assumindo os contornos de uma dimensão coletiva, denotando que a produção do conhecimento nunca é individual.

No trabalho cartográfico, o diário de campo é tido como uma preciosa ferramenta/dispositivo de registro das experiências nos territórios de pesquisa. Com ele, incluímos a dimensão temporal no processo de pesquisa, que é repleta de intensidades e atravessada pelas multiplicidades dos acontecimentos. Ele nos serviu como um importante instrumento de testemunho dos movimentos feitos ao longo desta “navegação”, funcionando como um registro da presença singular do pesquisador no campo, com seus afetos, dúvidas e angústias, cujos registros ajudaram a dar os contornos dos mapas que escolhemos, durante o processo de análise, para dar consistência a esta pesquisa.

Durante o período de permanência naqueles territórios-mar, procuramos valorizar o cotidiano da Unidade, sendo uma presença constante (e às vezes até incômoda) em busca de inserção em discussões, eventos e reuniões em que fosse possível capturar as vozes, a heterogeneidade e os movimentos singulares dos sujeitos habitantes daquelas “águas”. Porém, o cotidiano não significava acompanhar a Unidade de Saúde todos os dias, desde que esta abria, pela manhã, até a hora em que se encerra o expediente, no avançar da noite. O cotidiano desta pesquisa abrangeu também o cotidiano da pesquisadora, que enquanto dormia e quando acordava, quando almoçava e jantava, quando tomava banho, conversava ao telefone com os amigos ou fazia compras no supermercado, estava conectada aos movimentos que ia fazendo sua pesquisa.

Lembrando a famosa frase de René Lourau, a de que “não se faz sociologia das oito horas ao meio-dia e das catorze às dezoito horas” (HESS, 2004), afirmamos que o objeto de pesquisa, o acolhimento, nos atravessou em todas as temporalidades de nossa existência, durante o processo de produção deste estudo. Nesse sentido, diz-se que a noção de tempo presente no fazer cartográfico é o tempo de *Aion*, que se relaciona com o tempo da intensidade e do acontecimento; e não o tempo de *Chronos*, que é o tempo cronológico constituído por linearidades e causalidades (DELEUZE, 1974).

Assim, lançando mão de um olhar difuso nesse cotidiano “misto”, o cartógrafo navega atento à necessidade de mudança de direção aos primeiros sinais de captura pela dispersão, pois conforme nos indica Kastrup (2007, p.17) em seu trabalho sobre a atenção do cartógrafo: “No caso da cartografia, a mera presença no campo da pesquisa expõe o cartógrafo a inúmeros elementos salientes, que parecem convocar a atenção. [...]”. Por isso, a autora destaca que é preciso cuidado com tais elementos para que não haja o que ela chamou de “deslocamento do foco atencional”, pois “[...]a abertura da atenção do cartógrafo também não significa que ele deva prestar atenção a tudo o que lhe acomete[...]” (KASTRUP, 2007, p.18). Dessa forma, o trabalho de cartografia não se pauta numa metodologia despreocupada. Ao contrário, pretende-se focalizada na potência dos encontros, se apropriando de um certo cuidado que auxilia o cartógrafo a não cair num turbilhão de idealismos.

Durante a viagem, o navegador atento para não se dispersar, abre e fecha sua caixa de ferramentas várias vezes. Seguindo o fluxo dos acontecimentos, saca lá de dentro as entrevistas. Estas já haviam sido eleitas como forte estratégia de produção de dados quando da elaboração do projeto de qualificação.

Pensávamos na utilização de entrevistas semi-estruturadas, que permitissem um planejamento relativamente aberto, acreditando que isto pudesse favorecer a expressão dos sujeitos entrevistados (trabalhadores, gestor e usuários da Unidade de Saúde). A idéia era que as entrevistas se desenvolvessem mais como conversas informais, em que as perguntas pudessem ser criadas conforme a direção e a intensidade que estas assumissem.

Entretanto, foi possível perceber que, para as entrevistas, muito pouca estruturação e quase nenhum planejamento foram necessários *a priori*. Exceto por uma ou outra pergunta, todas eram, de fato, criadas em ato a cada entrevista. Dentre outras razões alheias ao nosso controle, talvez essa pouca necessidade e a tranqüilidade em relação a uma estruturação das conversas tenham se devido ao fato de que comecei a entrevistar formalmente⁶ as pessoas após mais de três meses de pesquisa/observação de campo.

⁶ Podemos considerar como entrevistas formais aquelas que foram realizadas sob consentimento -- dado mediante assinatura de termo de compromisso (vide apêndices A e B) --, feitas individualmente, num momento e local específicos, com a utilização de gravador.

Explico: como numa navegação que se inicia, podemos dizer que os primeiros meses foram de exploração cuidadosa daqueles “territórios-mar”. Nesta “etapa”, um navegador não tão experiente sacaria do bolso sua carta náutica e trataria de verificar onde estão as pedras, onde há tendência de correntezas, que riscos oferecem os recifes de coral. Enfim, como se diz por aí, trataria de “respeitar o mar”. Foi o que fiz. Por outro lado, não foi apenas o movimento individual e prudente do navegador-cartógrafo que produziu uma maior tranqüilidade e fluidez nos processos de entrevista: enquanto se navega, fatalmente entra-se em agenciamento com esses territórios, com esses mares. Como diz a música *Timoneiro*, de Paulinho da Viola e Hermínio Bello de Carvalho (VIOLA; CARVALHO, 2007): “*não sou eu quem me navega; quem me navega é o mar*”. Assim, o território e os coletivos que nele habitam ajudaram a produzir a cadência dessa pesquisa-navegação, coletivamente, e a sinalizar a duração dos acontecimentos, pois, como prossegue a letra da música: “*o mar não tem cabelos, que a gente possa agarrar*”.

Durante a pesquisa, não visualizávamos necessariamente um dado ponto aonde chegar numa linha cronológica do tempo, supondo ser aquele o momento em que se realizariam as entrevistas individualmente, embora quiséssemos, em algum momento, realizá-las. Desde o início, porém, afirmamos que não intencionávamos privilegiar as entrevistas individuais durante o processo de pesquisa, mas sim tratá-las como mais um potente produtor de dados, e não o único.

Nessa cadência e nessa duração foram se produzindo escutas, olhares, cheiros, afetos, falas poderosas, singularizações, encontros inusitados, ao mesmo tempo em que o navegador ia se vendo instigado a vestir sua roupa de mergulho e pular dentro d’água. Com o barco provisoriamente ancorado, mergulhava em busca de acompanhar aquele território de outra maneira, registrando tudo isso no diário de campo – que nesta pesquisa passou a ser entendido como um diário de bordo. Neste momento, ficar no barco já não era suficiente; queria nadar junto com os peixes.

Enquanto observa a heterogeneidade no fundo do oceano, novos encontros se produziram: foi sendo atraído por certos peixinhos (e peixões) dos vários cardumes. Outras aproximações foram se dando, o que viabilizou a realização de entrevistas.

Inicialmente, pretendíamos conversar com os seguintes sujeitos/”peixinhos”: diretor da Unidade de Saúde; auxiliares de enfermagem; psicólogos; agentes

comunitários de saúde e médicos, além de outras “formas de vida” que habitam esses mares: os usuários da Unidade de Saúde, aos quais demos nomes de crustáceos (“camarão”, “lagosta” e “siri”). No projeto de qualificação justificamos tais escolhas em razão da relação que cada uma dessas categorias estabelece (ou é levada a estabelecer) com as noções e práticas (instituídas) de acolhimento. Além disso, nos baseamos no “papel” ou função que geralmente e historicamente estas categorias assumem nos serviços de Atenção Básica de Saúde, que é o contexto de nossa pesquisa.

Entretanto, ao longo do caminho, percebemos que é preciso abrir passagem a outras linhas; linhas mais flexíveis que pudessem conviver com aquelas endurecidas que trazemos como pressupostos em nossas pesquisas. Nesse sentido, traçar outras linhas abriu a possibilidade para os encontros, sobretudo com outros sujeitos que também compõem os coletivos envolvidos nos processos de produção de saúde e, portanto, nas relações que os perpassam.

Desse modo, podemos dizer que nessas aberturas para outras linhas foi possível enxergar outros peixes e outras formas de vida na exploração desses territórios-mar, e não somente aqueles que julgávamos fundamentais para esta pesquisa. Afetamo-nos ora por seu colorido, ora por sua forma, ora pela maneira como nadam por entre os cardumes. Assim, ressaltamos que, em nossas cartografias estiveram presentes, também, alguns técnicos da Secretaria Municipal de Saúde, aos quais demos nomes de moluscos (“ostra”, “mexilhão” e “lula”).

Dentre as várias formas de vida que habitam o fundo desse mar, nos encontramos com seis “peixes” (trabalhadores da Unidade) e três “crustáceos” (usuários da Unidade) para nados/entrevistas individuais. Algumas dessas “espécies marinhas” já nadam por essas águas há bastante tempo. Uns há 5 anos, outros 10, outros mais de 13, como é o caso dos trabalhadores. Outras delas, já nasceram nesse mar, há 35, 40, mais de 50 anos; usuários antigos que já viveram de calmarias a maremotos. Procuramos também entrevistar a direção da Unidade, o que não foi possível, devido às incompatibilidades de compromissos e horários entre esta a pesquisadora.

Nadando com cada um desses peixes e crustáceos durante as entrevistas, foi possível perceber uma certa angústia por parte deles em ter certeza se estavam respondendo certo ou errado; se o que era dito estava de acordo com o que eu gostaria de saber. Para que isso não fosse motivo de frustração para um

mergulhador novato e ávido, resolvi ampliar o foco do meu interesse, pois o mar é um meio dinâmico. A cada entrevista procurava perguntar e ouvir a respeito de tudo que se relacionasse ao cotidiano e à história daquela Unidade de Saúde, sem delimitar as perguntas à questão do acolhimento. Seguindo sugestão feita por Teixeira⁷, durante o processo de qualificação, deixamos que esses peixes e crustáceos “contassem suas histórias”; tanto as mais recentes -- vividas naquele território-mar — quanto as histórias mais antigas, vividas em outras águas, não tão distantes dali.

No caso de alguns dos trabalhadores, acreditamos que ao tomarem conhecimento de que a investigação se referia ao tema do acolhimento, estes se preocupavam, talvez, em ter as respostas “na ponta da língua” e assim demonstrar que “sabem” do que se trata. Entretanto, a fim de evitar que repetissem gratuitamente qualquer discurso instituído ou tradicional a respeito, estabeleci como estratégia metodológica deixar que eles falassem sobre suas próprias experiências nos serviços. Assim, enquanto conversávamos tão informalmente quanto fosse possível, eu costumava solicitar que me contassem vivências marcantes na relação com os usuários (inclusive casos atendidos), que contassem sobre o cotidiano do serviço onde atuam e também sobre sua própria rotina de trabalho. Quanto aos usuários, pedia que contassem sua história de vida naquele território e a relação que estabelecem com a Unidade e com as ações de saúde que esta oferece.

As histórias logo apareceram sem que eu precisasse perguntar “para você, o que é acolhimento?” ou “como você faz acolhimento?”. Nelas, foi possível perceber a singularidade das experiências relacionais dos trabalhadores com os usuários, dos trabalhadores com os próprios colegas e também do próprio processo de trabalho dentro da organização dos serviços. Tais experiências traduzem, a partir de situações concretas de vida, o modo como escutam e se deixam afetar pelos usuários e seus problemas, e como se responsabilizam pelo direcionamento e pela resolutividade dados às necessidades que eles apresentam no cotidiano. Da mesma forma, traduzem como fazem funcionar modos de existência da produção em saúde, alimentados por certos critérios, éticas e valores que ora atendem a uma subjetividade hegemônica e ora experimentam escapar a ela. Por outro lado, as experiências relatadas sinalizam o que querem dos serviços, os usuários.

⁷ Ricardo Rodrigues Teixeira é médico sanitário, professor da Universidade de São Paulo (USP).

Assim, as entrevistas, junto com o diário de bordo, se configuraram como um potente dispositivo para acompanhar a cartografia do acolhimento naquela Unidade de Saúde. Entendemos que dispositivo é algo que faz funcionar, consistindo na montagem de uma situação que articule elementos heterogêneos, acionando certos modos de funcionamento e produzindo determinados efeitos (BARROS, 2007, p. 309).

Seguindo tal perspectiva e em razão da sua intercessão com a cartografia, havíamos considerado o grupo-dispositivo como uma importante ferramenta de trabalho que pudesse disparar sentidos do acolhimento, atuando como “catalisador de devires que insistem em se expressar”, e colocando para funcionar novos acontecimentos, novas vozes, novos modos de subjetivação. (BARROS, 2007, p.297).

Entretanto, as territorializações quanto à própria idéia de grupo, além das resistências e defesas presentes na dinâmica de funcionamento daquela Unidade de Saúde, não deram passagem para a formação de efetivos grupos-dispositivo, não sendo possível utilizá-los como ferramenta de pesquisa. O navegador-mergulhador fecha, então, sua caixa de ferramentas, tendo utilizado todas aquelas que foram possíveis.

O “dever-grupo” encarnado pelos sujeitos no cotidiano daquele serviço encontra-se mais claramente expresso nas entrelinhas de nossas análises, feitas ao final deste estudo. Por ora, preocupamo-nos em comunicar/narrar/escrever para o leitor deste trabalho, os percursos criados nesta cartografia: de produção de elementos que nos permitissem pensar a dinâmica do serviço no que diz respeito ao acolhimento, e não, uma representação ou interpretação da “postura” dos participantes da pesquisa.

Ao narrar esses percursos, destacamos uma tripla definição de escrever: “[...]escrever é lutar, resistir; escrever é vir-a-ser; escrever é cartografar, [...]” (DELEUZE, 2006, p.53). E cartografar é também o trabalho cuidadoso de construção do pesquisador para contar o seu caminhar no sentido de um *hodos metha*. Nesse sentido, para realizar essa sua intenção, o pesquisador-cartógrafo “papa matéria de qualquer procedência” (ROLNIK, 2007, p.232), entendendo que o que está no plano da arte, da literatura, do cinema, da música, podem ser tomados como instrumentos metodológicos.

Papando matéria de muitas procedências (inclusive das experiências pessoais da pesquisadora), procuramos sinalizar algumas conexões entre o que já foi “mapeado” como acolhimento em protocolos, cartilhas e estudos, e outras realidades que estão sendo expressas a esse respeito na Unidade pesquisada, assim como aquelas que podem vir a ser.

6. O CONTEXTO DO TERRITÓRIO DE PESQUISA E OS MARES NAVEGADOS

6.1 A CIDADE DE VITÓRIA

Vitória, capital do Estado do Espírito Santo, é a principal ilha de um arquipélago de 34 ilhas que fazem parte do município, juntamente com uma porção continental. Originalmente eram 50 ilhas, muitas das quais foram agregadas, por meio de aterro, à ilha maior.

Cercada pela Baía de Vitória, a capital é uma ilha do tipo fluvio-marinho, que apresenta um litoral bem recortado. Além de larga costa, Vitória possui 40% do território coberto por morros e é um dos menores municípios em território do Brasil, dificultando o crescimento das áreas urbanizadas do município. O relevo das ilhas é um prolongamento do continente, de constituição granítica, circundado pelo mar e áreas de mangue e restinga (WIKIPÉDIA, 2008a).

Vitória limita-se ao norte com o município da Serra, ao sul com Vila Velha, a leste com o Oceano Atlântico e a oeste com Cariacica, sendo o centro da Região Metropolitana da Grande Vitória, da qual também fazem parte os municípios de Viana, Fundão e Guarapari (VITÓRIA, 2008a).

Fundada oficialmente em 8 de setembro de 1551, Vitória é uma das dez cidades mais antigas do Brasil. Segundo o DATASUS, a estimativa de população residente do município é de 317.817 habitantes (BRASIL, 2008d), distribuídos em uma área geográfica de 93 Km² (IBGE, 2008).

A capital capixaba possui 79 bairros (VITÓRIA, 2008b) distribuídos pela Ilha e região continental. Os bairros mais nobres estão situados ao norte e ao leste, e os considerados mais carentes a sudoeste do Município.

A economia de Vitória é voltada para as atividades portuárias, o comércio ativo, a indústria, a prestação de serviços e também o turismo de negócios. A capital capixaba conta com dois portos que são dos mais importantes do país: O Porto de Vitória e o Porto de Tubarão (o maior exportador em minério de ferro do mundo). Esses portos, junto com vários outros do estado, formam o maior complexo portuário do Brasil.

Segundo dados e estatísticas recentes, Vitória é a capital brasileira com a segunda melhor qualidade de vida, de acordo com as pesquisas da Fundação Getúlio Vargas, que afirma que a capital do Espírito Santo é a 9º melhor cidade do Brasil para trabalhar, tendo a maior renda *per capita* entre as capitais do Brasil. (WIKPÉDIA, 2008b).

6.2 OS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA EM VITÓRIA

No final da década de 80, seguindo os princípios e diretrizes da Reforma Sanitária, o município de Vitória inicia um processo de mudanças na saúde. A implantação do SUS passa a constituir a diretriz geral da política de saúde, devendo ser feita a partir da municipalização de ações e serviços e da construção de um novo modelo de atenção à saúde (OLIOSA *apud* CRUZ, 2007).

A transferência das ações e serviços de saúde para o município foi ocorrendo gradualmente, desde 1989. Entretanto, apenas em 1998 é que o município fica habilitado na condição de gestão plena da Atenção Básica, segundo a NOB-SUS 01/96. Isto significa dizer que toda a rede de unidades prestadoras de serviços básicos de saúde fica vinculada ao gestor municipal, que é responsável pelas atividades de gestão e execução da assistência ambulatorial básica.

Com a regionalização da assistência, algumas ações de vigilância sanitária e de vigilância epidemiológica foram municipalizadas, tornando-se o município de Vitória dividido em seis regiões de saúde, a partir de 1990. Tal divisão ocorreu com vistas a aprimorar a organização dos serviços, a fim de implementar efetivamente o SUS e estimular a participação social (CRUZ, 2007).

Nesse contexto, inicia-se o processo de territorialização, para que as unidades básicas pudessem ter melhores condições de acompanhar a população sob sua responsabilidade. Diagnósticos situacionais foram realizados em cada um dos territórios de atuação, sendo incorporados aos mesmos, as necessidades de cada comunidade (VITÓRIA *apud* CRUZ, 2007).

Em 1998, foram implantadas 26 equipes de Saúde da Família no Espírito Santo (SESA *apud* CRUZ, 2007) e no mesmo ano, o município de Vitória iniciou a implantação da Estratégia de Saúde da Família, elegendo a região de São Pedro como área piloto para tal, em razão das grandes dificuldades de acesso da população local à assistência médica e por esta região estar articulada a um projeto

urbanístico e intersetorial do governo municipal. Além disso, o município já contava com o PACS em várias Unidades Básicas de Saúde (CRUZ, 2007).

As motivações para se implementar o PSF em Vitória estavam relacionadas à perspectiva de reorganização da Atenção Básica, visando a construção de um Sistema Integrado de Serviços de Saúde de base territorial – SISS (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2003). A organização do sistema local de saúde através do SISS promoveu um consenso na SEMUS quanto à necessidade de fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família para que a Atenção Básica se constituísse como porta de entrada do sistema (VITÓRIA *apud* CRUZ, 2007).

O Programa de Saúde da Família foi considerado como a estratégia que permitiria acelerar a proposta de reorientação do modelo assistencial em discussão desde 1995, quando foi iniciado o processo de territorialização no município. Ao mesmo tempo, a implantação inicial do PSF procurou contemplar áreas de exclusão social, representando também um mecanismo de ampliação do acesso aos serviços de saúde no município, com a concepção de estender a cobertura para grupos vulneráveis. (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2003, p. 66). O PSF estava vinculado a um projeto intersetorial prioritário do governo municipal – o Projeto Terra --, financiado pelo BNDS e pelo Banco Mundial e voltado para políticas de urbanização, infra-estrutura e desenvolvimento social para a população em áreas de exclusão do município. (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2003, p. 57).

Posteriormente, a implantação do PSF se desvinculou do Projeto Terra e passou a ser relacionada, por exemplo, à afinidade de uma determinada equipe da Unidade Básica de Saúde com a Estratégia e à identificação de demandas da própria comunidade e da equipe de profissionais de saúde. Assim, surge a proposta de implantar o PSF em todo o município de Vitória até 2004 (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2003, p.57). Da mesma forma, o SISS trouxe a concepção de que o PSF deveria ser implantado em todo o município e não apenas voltado para as áreas onde está a população carente e considerada de risco epidemiológico (CRUZ, 2007).

O sistema ambulatorial da rede SUS em Vitória compreende: 28 Unidades Básicas de Saúde; 01 laboratório de Análises Clínicas que dispõe de 26 postos de coleta de material descentralizados; 01 laboratório de Manipulação de Medicamentos Fitoterápicos; 02 Pronto-Atendimentos, a Policlínica São Pedro; 01 academia popular; 01 Central de Ambulâncias; 01 Central Municipal de

Agendamento de Especialidades; 01 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); 01 Centro Municipal de Especialidades; 06 Centros de Referência: Atendimento ao Idoso (CRAI), Atenção Psicossocial (CAPS), Prevenção de Tratamento ao Toxicômanos (CPTT), Promoção e Recuperação Física com 11 Módulos de Serviço de Orientação ao Exercício (SOE), Controle de Zoonoses (CCZ) e DST/AIDS. Além disso, o município possui convênios com o Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes (HUCAM), o Hospital Santa Rita de Cássia, o Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória e a Pro-Matre (CRUZ, 2007).

Desde 2005, o horário de atendimento de algumas Unidades de Saúde foi estendido até às 22 horas sob a justificativa de ampliar o acesso aos trabalhadores. Além disso, segundo a Prefeitura de Vitória, a implantação do horário noturno faz parte do Planejamento Estratégico, que tem como meta “oferecer aos moradores da capital um serviço de saúde mais eficiente e humanizado” (VITÓRIA, 2005b). Recentemente, algumas outras Unidades que funcionavam até às 18 horas passaram a funcionar até às 20 horas.

Até 2008, a cidade de Vitória encontrava-se com 72 equipes de Saúde da Família atuando em 20 USF's. Existem, ainda, 04 Unidades com PACS e 04 Unidades que não possuem nem PACS nem PSF.

A conversão das Unidades Básicas tradicionais em USF ocorreu de forma gradual. Estas Unidades foram estruturadas com equipes compostas por 01 médico generalista, 01 enfermeiro, 02 auxiliares de enfermagem e 06 ACS, que formam a equipe mínima de PSF. A equipe “de apoio” é, por sua vez, composta por cirurgião-dentista, psicólogo e assistente social, que “participavam do planejamento da Unidade, e realizavam as demandas programáticas e espontâneas das famílias assistidas” (CRUZ, 2007, p.72).

6.3 O BAIRRO ILHA DO PRÍNCIPE

A Ilha do Príncipe é um bairro localizado na Região Centro da cidade de Vitória. As primeiras moradias que lá se ergueram, num processo de ocupação por “invasão” dos operários que trabalhavam na construção da ponte Florentino Avidos, surgiram aproximadamente em 1926. Eram de sapé e estuque, cobertas de palha de pindoba.

Nos anos 30, o crescimento das moradias de estuque cobertas de palha passaram a não ser permitidas, em uma tentativa governamental de transformar a ilha em bairro nobre. Os conflitos entre fiscais do governo e nordestinos eram freqüentes, o que culminou, em 1938, com um incêndio promovido por estes fiscais, em que poucas moradias restaram.

Por alguns anos, devido à existência de becos e o aglomerado de barracos, “os marginais fizeram fama na Ilha” e o meretrício se espalhou pela Avenida Alexandre Buaiz. Esta situação perdurou até a transferência dos meretrícios para São Sebastião, no município da Serra.

Hoje, numa área próxima à Ilha do Príncipe está o terminal rodoviário de Vitória com aproximadamente 2.000 m², em um espaço antes ocupado pelo mangue. O nome da Ilha se originou de uma história segundo a qual o local pertencia ao príncipe D. Pedro II, cujos herdeiros chegaram a ser procurados em Petrópolis pelos invasores do local, a fim de regularizar a propriedade dos lotes. Estas áreas foram ocupadas na década de 50 e adensadas na década de 60 e 70, devido à pressão por moradia, exercida pelo grande contingente populacional que chegou ao município, oriundo do interior do Estado, do norte e do nordeste do país. Mas a história de sua constituição está ligada a grandes intervenções públicas.

O bairro da Ilha do Príncipe, hoje anexado à Ilha de Vitória, no passado, era de fato uma ilha e localizava-se entre Vitória e o continente (Vila Velha). O interesse do governo por essa área começou na gestão de Florentino Avidos (1924-1928) com a construção das seis pontes. Na realidade, eram cinco pontes de Vila Velha a Ilha do Príncipe e uma de Vila Velha a Vitória. Juntamente com as pontes, e para viabilizá-las, foram feitos os primeiros aterros na Ilha do Príncipe, em 1928. O propósito oficial era melhorar a acessibilidade, visto que o crescimento do porto impulsionou a necessidade de criar ligações com as outras regiões.

Em 1960 foi realizada grande área de aterro na Ilha do Príncipe para incorporar esta a Vitória. Entretanto, aterros realizados até 1967 não foram suficientes para o saneamento da área, sendo que era utilizada, ainda, como depósito de lixo. Nesta época, já vinha se formando uma favela no local.

Havia um projeto de 1967, que previa para a região uma estação rodoviária, núcleo comercial, centro de abastecimento, áreas reservadas à construção de prédios estaduais, zonas de parque e recreação, um sistema viário capaz de

possibilitar o descongestionamento do tráfego e a construção de uma segunda via de acesso ao continente, inclusive com a construção de uma segunda ponte.

Em 1980 foi realizado aterramento, enrocamento e captação de esgotos no trecho entre a Ilha do Príncipe e o bairro Santo Antônio, no antigo cais do hidroavião. O objetivo deste projeto, além de recuperar e urbanizar esta área, era o de sua comercialização. Este aterro recebeu a rodoviária de Vitória e com a sua finalização, a paisagem da cidade foi radicalmente transformada; a ilha do Príncipe deixou de ser ilha e passou a ter uma nova relação visual com o entorno (VITÓRIA, 2008c).

São raras as informações atualizadas e disponíveis para o público sobre o perfil do bairro. Sabemos que é formado por partes importantes do complexo portuário do Espírito Santo, sendo uma espécie de passagem obrigatória para quem vem do sudeste e sul do Brasil, porque liga a capital a municípios continentais como Vila Velha e Cariacica. Entretanto, é possível atestar que apresenta condições de pobreza, uma população com baixa escolaridade, sofrendo com problemas de criminalidade (REDE DE NOTÍCIAS, 2007).

O crescimento da população local vem oscilando nos últimos anos, passando de 3.245 habitantes em 1996 (VITÓRIA, 1996) a 2.810 habitantes, de acordo com o CENSO do ano 2000 (VITÓRIA, 2008d). Hoje, segundo dados da SEMUS (2009)⁸, a população do bairro é de 3.189 habitantes. Como destaque entre os problemas de saúde apresentados no bairro, está a hipertensão arterial.

6.4 A UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA ILHA DO PRÍNCIPE

O Território da Ilha do Príncipe pertence à Macroregião do Centro e compreende os bairros Ilha do Príncipe e a parte baixa do bairro Vila Rubim, desde o processo de territorialização da área do Centro, em 1996. A territorialização foi considerada uma etapa do processo de mudança do modelo de atenção à saúde, tendo início com a construção do Diagnóstico Situacional de saúde na área do Centro (área III).

Para delimitação dos territórios das Unidades de Saúde foram considerados o perfil epidemiológico das populações, as peculiaridades sociais, econômicas,

⁸ Estes dados são da SEMUS e foram informados pela Unidade de Saúde da Família da Ilha do Príncipe, em fevereiro de 2009.

culturais, políticas, demográficas e geográficas locais. A territorialização apresentava como objetivo específico *“definir meios através dos quais os funcionários das unidades e os mais diversos atores sociais possam se envolver na prática de uma nova filosofia de promoção da saúde”* (VITÓRIA, 1996, p.8) e *“viabilizar o Novo Modelo de Atenção à Saúde”* (VITÓRIA, 1996, p.10).

Neste processo, foram identificadas diversas barreiras, dentre as quais estavam relacionadas: falta de um atendimento qualificado como porta de entrada do serviço; programas de saúde inadequados ao perfil epidemiológico da área de abrangência e dificuldade de acesso ao atendimento por falta de serviços de clínicas básicas em horário integral, dentre outras.

A Ilha do Príncipe já possuía um “posto de saúde” desde 1960. Este era situado no antigo DPM e havia sido inaugurado pelos próprios moradores do bairro. A partir de 1970, o “posto” foi transferido para o Centro Social Dom João Batista, onde funcionava a antiga IESBEM, e posteriormente passou a ser de responsabilidade da Prefeitura⁹. Já o documento sobre a territorialização atesta que a antiga Unidade de Saúde da Ilha do Príncipe vinha ocupando o Centro Comunitário desde 1989, e constata que esta funcionava com “espaço físico inadequado”.

Segundo um dos trabalhadores entrevistados nesta pesquisa, antes de a Prefeitura assumir a responsabilidade pelo “Posto de Saúde”, este era monitorado pelo próprio movimento comunitário, que organizava pagamentos de taxas para o atendimento médico, os quais ocorriam uma vez por semana, num pequeno cômodo. Com a responsabilização da Prefeitura, foram contratados mais médicos e outros funcionários, sistematizados horários de trabalho e instalados novos equipamentos.

Dentre os profissionais disponibilizados pela Prefeitura, havia especialistas, como o cardiologista, e eram facilmente disponibilizados exames como o eletrocardiograma. Segundo este trabalhador, que atua no território desde que vigorava o modelo tradicional de atenção à saúde, “os médicos permaneciam mais na Unidade porque ainda não era PSF”.

⁹ Fonte: Arquivo de Agente Comunitária que atua no PSF no território da Ilha do Príncipe.

Inicialmente era a comunidade quem “gerenciava” o funcionamento da Unidade, perdendo gradativamente essa participação com o processo de institucionalização do “Posto” pelo poder público. Segundo este entrevistado:

A comunidade mesmo é que tomava conta de tudo, não tinha vigia, não. A população toda olhava por aquela coisa que é deles mesmo, que eles que implantaram[...]. A chave da Unidade nem ficava com a gente, ficava com o pessoal. Tinha um moço que morava ali perto, o senhor [*diz o nome*] que era do movimento comunitário. Era ele que fechava a Unidade pra nós e de manhã, quando ele saía pra fazer a caminhada dele, ele já passava e já entregava a chave pra gente abrir a Unidade.[...]. Depois é que a Prefeitura contratou os vigilantes. Foi aí que a gente passou a deixar a chave na mão dos vigilantes.

Mesmo com essas mudanças, a Unidade “antiga” (anterior à USF), ainda era considerada, na fala dos entrevistados, um “ponto de encontro das pessoas”, onde “os funcionários estavam mais junto da população”; “onde a comunidade se juntava pra conversar”.

Com o processo de territorialização, entretanto, foi recomendada a construção de uma Unidade de Saúde em local “mais acessível, ou seja, na parte baixa do bairro”, que se organizou e se urbanizou, basicamente, sobre um morro. Além disso, recomendou-se a “garantia de acessibilidade da população aos serviços de saúde através da organização da demanda” e “a organização dos serviços de saúde baseados no cumprimento dos princípios do SUS, enfatizando a hierarquização, referência e contra-referência” (VITÓRIA, 1996).

A implantação da Estratégia de Saúde da Família no município de Vitória a partir de outubro de 1998, tinha o intuito da reorganização da atenção básica/primária e do processo de trabalho dos profissionais de saúde, bem como de melhora da qualidade da assistência (VITÓRIA, 2000).

Segundo esse processo de mudança, a partir do novo modelo, a SEMUS elabora -- juntamente com os trabalhadores de saúde — um projeto intitulado “Reorganização do Sistema Local de Saúde da Ilha do Príncipe”, datado de dezembro de 1999, quando já havia PSF no território, porém operando na Unidade antiga. Tal projeto endossaria algumas questões e recomendações anteriormente levantadas no processo de territorialização e alavancaria o projeto de construção da nova Unidade de Saúde do bairro, aprovado no Orçamento Popular de 1998.

Segundo o projeto de reorganização, para programação da oferta das ações de saúde foram considerados diversos grupos populacionais, tais como: saúde do

adulto, da mulher, da criança, saúde bucal, do idoso (incluindo acamados), saúde mental, visita domiciliar, projeto risco social e o projeto saúde escolar. Foram criados também critérios de atendimento individual e coletivo, segundo cada população, a prevalência da doença ou agravo, e a cobertura do serviço (VITÓRIA, 1999).

O critério estabelecido para organizar a demanda partiu da proposta de Indicadores de Desempenho da Atenção Básica que o município de Vitória pactuou com a SESA (Secretaria Estadual de Saúde). Ele foi construído, segundo o projeto, a partir do conhecimento do cadastro realizado pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), que tiveram como base os indicadores pactuados pela SEMUS, a partir da observação da equipe sobre o território. O chamado Fluxo de Atendimento na Unidade da Ilha do Príncipe fora apresentado, naquele projeto, a fim de possibilitar uma “melhor visualização” daquela proposta de atuação (VITÓRIA, 1999).

A elaboração do projeto *Reorganização do Sistema Local de Saúde da Ilha do Príncipe* contou com a participação de 23 profissionais de saúde que atuavam na antiga Unidade do bairro, naquele ano (todos referenciados no projeto como “autores” do mesmo). Dentre os 23 autores do projeto estão: técnicos de enfermagem; auxiliares de enfermagem; ACS; coordenadora da Unidade; enfermeira; médicos; auxiliar de consultório dentário (ACD); dentistas; auxiliar de serviços gerais; auxiliar administrativo e psicóloga.

Dentre os objetivos do projeto, destacamos a idéia de “*atuar dentro da estratégia do Programa de Saúde da Família, [...], entendendo a saúde como responsabilidade de todos*” (VITÓRIA, 1999, p.2). Entretanto, é possível perceber que para a realização dos atendimentos coletivos propostos no projeto, os arranjos que definiram a participação dos vários profissionais nesses atendimentos se restringiam, quase que totalmente, aos que possuíam nível superior de escolaridade. Estes seriam os responsáveis por abordar/discutir certos temas -- previamente relacionados — junto a cada grupo populacional específico nos quais fossem intervir (grupos de recuperação nutricional, hipertensos, grupos de assistência pré-natal, de planejamento familiar, etc...).

Para melhor compreender essa questão, destacamos, naquele projeto, a proposta de participação e de responsabilização das ACS e de auxiliares de enfermagem (profissionais que não apresentam escolaridade de nível superior): dos 11 tipos de atendimento coletivo propostos para grupos específicos, os ACS

tomariam parte em apenas 4 deles, da seguinte forma: no atendimento em Saúde Bucal, fazendo aplicação de flúor; no de Saúde do Idoso, coordenando atividades de trabalhos manuais, brincadeiras e abordando os direitos dos idosos; no de Assistência ao Pré-Natal, se responsabilizando/coordenando pelo tema *Cuidados com o recém-nascido* e no trabalho que aborda a temática do Ambiente, cuja idéia era se realizar na sala de espera da Unidade, falando sobre recolhimento de lixo e contaminação por fezes de cachorro (VITÓRIA, 1999, p.10-14).

Já a participação dos auxiliares de enfermagem era cotada para os atendimentos coletivos nos grupos de Controle de Hipertensão; Controle de *Diabetes Mellitus* e Assistência Pré-Natal, porém sem o caráter de assumir a responsabilidade pela coordenação na discussão de algum tema específico. Assim, a idéia de participação dessa categoria profissional está expressa no projeto conforme o exemplo a seguir: *“Reunião bimestral dos 8 grupos. Com a participação de auxiliar de enfermagem em todas as reuniões que abordarão os seguintes temas: [...]”* (VITÓRIA, 1999, p.10). Tais temas aparecem numa tabela composta por duas colunas: a primeira indica os vários assuntos (temas) a serem tratados e a segunda os profissionais responsáveis por sua abordagem. Os auxiliares de enfermagem não estão colocados como “responsáveis” por nenhum dos temas (ou seja, não compõem essas tabelas), sendo sua participação, neste sentido, coadjuvante ou mesmo indefinida.

Dentre os recursos físicos e administrativos solicitados para a construção da nova USF, constavam do projeto uma “sala de acolhimento” (01 unidade) e “cadeiras para o acolhimento/espera com 03 lugares sobre longarina” (12 unidades). Não há maiores detalhes a respeito da necessidade desses recursos especificamente, embora o projeto se propusesse a “oferecer um ambiente acolhedor” aos usuários (VITÓRIA, 1999, p.18).

O projeto aponta ainda uma proposta de redistribuição da carga horária de 08 (oito) horas diárias, de modo a contemplar as seguintes atividades: atenção à demanda espontânea; atenção à demanda organizada (individual e coletiva); reunião de equipe; reunião de estudo/planejamento e Vigilância; supervisão.

Em junho de 2004 a Prefeitura inaugurou a Unidade de Saúde da Família (USF) Doutor Manoel Rocha Coutinho. Esta USF era composta por 02 (duas) equipes de saúde da família, com 02 enfermeiras, 02 médicos da família, 05 auxiliares de enfermagem e 06 ACS. Hoje, as duas equipes contam com outros

profissionais de apoio: psicólogo, dentista, farmacêutico, auxiliar de consultório dentário (ACD), técnico de higiene dental (THD), assistente social, além dos profissionais da área administrativa. Todos compõem as equipes, devendo participar de suas reuniões, que acontecem semanalmente.

A transição da Unidade “antiga”, que já era de responsabilidade da Prefeitura, para a Estratégia de Saúde da Família, foi considerado um processo difícil para os usuários. Houve, além de uma mudança no modelo assistencial, uma mudança para um outro local, uma outra Unidade. Neste processo, foram relacionados pelos entrevistados, problemas como o rompimento de vínculo com profissionais antigos no território -- que não poderiam ser adaptados ao novo modelo, como o cardiologista -- e a adaptação dos usuários para conviver com um serviço que ofereceria um número menor de médicos. Além disso, passou-se a lidar com a expectativa dos usuários de que uma Unidade maior ofereceria, automaticamente, mais especialidades.

A USF Doutor Manoel Rocha Coutinho, mais conhecida como Unidade de Saúde da Família da Ilha do Príncipe (USFIP), funcionava de segunda a sexta-feira, das 7 às 18 horas. Em 2008, seguindo determinação da Prefeitura, estendeu seu horário de funcionamento até às 20 horas.

Nosso território de pesquisa -- ou os “mares” que navegamos nesta pesquisa --, é composto pela USFIP, seu entorno, o que inclui o próprio bairro e sua comunidade.

7. ANÁLISE DOS DADOS: O ACOLHIMENTO NOS PROCESSOS DE PRODUÇÃO DE SAÚDE

Neste trabalho, o tema do acolhimento apresenta-nos a possibilidade de interrogar sobre os processos de trabalho em saúde e sobre a produção da relação usuário-serviço, ambos atrelados aos modos de subjetivação que vão sendo agenciados nas relações de trabalho e nas relações clínicas que se estabelecem no interior de um serviço de Atenção Básica.

Assim, inicialmente expomos o cotidiano de uma Unidade de Saúde e as relações que se estabelecem entre os trabalhadores e destes com o nível central e com os usuários, a partir do modo como são operados os processos de trabalho. Em seguida, nos centraremos nos processos intercessores entre trabalhadores e usuários, focalizando o modo como se dá sua inserção e permanência no serviço, a partir de uma produção do acolhimento regida por certos discursos e práticas que permeiam o campo da saúde e que assumem, neste serviço, expressões singulares.

7.1 O NAVEGADOR-MERGULHADOR ACOMPANHA A MOVIMENTAÇÃO DAS ÁGUAS: OS PROCESSOS DE TRABALHO NO COTIDIANO DA USFIP

Nesta pesquisa, consideramos os processos de trabalho (ou os modos de operar o trabalho em saúde) como importante categoria de análise para a discussão sobre acolhimento. Os processos de trabalho estão presentes nas falas dos trabalhadores da USFIP, denotando que sua organização constitui um dos grandes nós na assistência prestada na AB.

Para analisar a relação entre os processos de trabalho na USFIP e o acolhimento – que também é entendido como um potencial reorganizador dos processos de trabalho --, foi necessário “mergulhar” em vários aspectos desses processos, situando sua interferência direta na produção de modos de entender acolhimento e de fazer acolhimento.

Tomamos como material para essa parte da análise as entrevistas feitas com trabalhadores da Unidade, o diário de bordo e a observação do território de pesquisa

a partir do olhar singular do pesquisador, “escutando” os ruídos que se apresentavam em seu cotidiano.

Para análise dos processos de trabalho, fizemos recortes de situações específicas vivenciadas pelo pesquisador, como as participações em reuniões de equipe com os trabalhadores da USFIP.

Para iniciar nossa discussão, consideramos que os processos de trabalho sofrem determinações dos modos de produção taylorista-fordistas e, no mundo contemporâneo, dos modos de produção pós-fordistas, tão comuns em todos os processos de produção regidos pelo capitalismo. Entretanto, o trabalho em saúde guarda algumas particularidades, mesmo sendo impactado tanto quanto outros setores quando há mudanças nos modelos político-econômicos.

Em primeiro lugar, o “objeto” do trabalho em saúde envolve diretamente pessoas, o que significa que não se trata de relações sujeito-objeto, mas de relações entre sujeitos. Assim, entendemos que o usuário como o sujeito “consumidor” das ações em saúde, contribui diretamente para o próprio processo de trabalho que se dá, genuinamente, em relação. Relação dos trabalhadores entre si e entre trabalhadores e usuários. De um modo geral, dizemos que os componentes relacionais são constitutivos do trabalho em saúde.

No contexto das práticas sanitárias, o processo de trabalho está inserido de forma dialógica e participativa, uma vez que estas práticas têm uma dimensão eminentemente coletiva, o que pressupõe que as ações sejam compartilhadas. Isto também quer dizer que ao se realizar o cuidado conforme as necessidades que se criam nos contextos sócio-político- econômico-sanitários, deve-se pactuar com os sujeitos consumidores (os usuários) dessas ações o modo como esse cuidado se processará.

Essa lógica singular do trabalho em saúde, entendida como produção social, abre um espectro de atores, ações, saberes e tecnologias que estão por ser feitas. Isto sugere que as tecnologias empregadas no trabalho em saúde não dizem respeito apenas às tecnologias *leve-duras*, que é o caso dos saberes bem estruturados como a clínica médica, a epidemiologia, a clínica psicanalítica, etc; ou às tecnologias *duras*, como é o caso dos equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais (MERHY *et al*, 2006). As primeiras já possuem uma forma estruturada de operar nos processos de trabalho, mesmo que não garantam o desfecho das relações que se estabelecem. Já as tecnologias

duras, operam em outro nível, em que estas estão “circunscritas” a máquinas (um computador, por exemplo) ou mesmo a normas rígidas que regem o padrão de funcionamento de uma organização, sem que isto possa ser modificado.

Neste trabalho, apontamos que as tecnologias têm que ser construídas e analisadas em ato. Isto quer dizer que têm que ser criadas no momento mesmo da produção-consumo das ações de saúde, no espaço intercessor trabalhador-usuário no cotidiano do serviço de saúde. Assim, nos referimos a um outro tipo de tecnologia envolvida no trabalho em saúde, as tecnologias leves, dentre as quais citamos o acolhimento, assim como a produção de vínculo e de autonomia. Estas são tecnologias de relação e, portanto, são pouco estruturadas, não estão prontas, e apontam para um desfecho sempre inesperado e inédito.

7.1.1 O navegador segue o fluxo das marés: transitando pela Unidade de Saúde

Era uma manhã de verão escaldante quando fiz minha primeira visita à Unidade de Saúde da Família Ilha do Príncipe (USFIP). Já havia combinado essa minha ida, por telefone, com uma das profissionais da Unidade. Chegando lá, após eu ter dito a que vinha, demonstrou-se uma preocupação a respeito de como seria minha permanência na Unidade: em que dias eu iria lá, a que horas e onde iria ficar. Tentei deixar claro que minha pesquisa não comporta preocupação com essa “formatação” de dias, horários e lugares, devido a seu caráter de acompanhamento do “funcionamento” da Unidade e das atividades e movimentos que o atravessam. Afinal, como pesquisadora-cartógrafa, entendo que acompanhar os movimentos e as “paisagens” que se processam no dia-a-dia da Unidade certamente não condiz com assumir nenhum “posto de trabalho”. Aqui, impossível não aludir à obra *Vigiar e Punir* (FOUCAULT, 2000) que aborda o esquadramento do local de trabalho, favorecendo a vigilância exercida nas organizações típicas das sociedades disciplinares. Ocupar um espaço específico dentro da Unidade, durante um período de horas específico e em dias e horários pré-determinados, certamente não estava nos planos desta navegação-mergulho.

Mesmo com todas as devidas explicações a respeito da pesquisa e de meus propósitos, a funcionária que me recebeu não deixou de demonstrar receio quanto à forma como eu iria abordar “as pessoas”, alertando-me que aquelas poderiam se mostrar “milindradas” com minha presença. Naquele momento, o navegador-

cartógrafo começa a reconhecer que deveria levar consigo uma certa dose de prudência para não espantar os cardumes daqueles mares...

Aos poucos, pude perceber que “as pessoas” às quais a funcionária se referia eram os trabalhadores da Unidade. O que pensavam aqueles profissionais à medida que eu declarava minha intenção de permanecer ali durante vários meses, acompanhando seu trabalho, conversando com eles? Eu devia saber que encontraria receios e resistências. Mas, de fato, a gente só se dá conta disso no cotidiano.

Segundo Pinheiro (2001), o cotidiano é o *locus* onde se expressam contextos de relações distintas que envolvem tanto pessoas como coletividades e organizações, em espaços e tempos determinados. Trata-se do compartilhamento de um “lugar” que comporta tanto a cooperação como o conflito. Nesse sentido, pensar o cotidiano como “habitado” pelos diversos atores, com seus discursos e práticas nas organizações, se faz necessário como forma de construção do que a autora chama de “percepções sobre a vida social”, o que inclui, obviamente, a vida organizacional.

Assim, conforme Pinheiro (2001), no caso das organizações de saúde, o espaço-tempo do cotidiano expressa um campo de lutas e exercício de poder que se dão no plano micropolítico; um plano que não é o das formas, mas das relações entre os atores em um jogo de forças. Tais relações, embora influenciadas por processos políticos, sociais e organizacionais macroestruturais, estão impregnadas de significados que só são construídos **no** cotidiano; no plano das práticas concretas em saúde.

Para Certeau (1994) e Certeau, Giard e Mayol (1996), o homem ordinário inventa suas práticas, suas maneiras de fazer e assim altera os objetos e os códigos que lhe são impostos. Escapa da razão técnica, que acredita que sabe como organizar do melhor modo possível, pessoas e coisas. Os autores ressaltam a noção de cotidianidade concreta, feita de espaços de memórias e detalhes que conduzem o viver. Desse modo, entendem que:

O cotidiano é aquilo que nos é dado cada dia [...], nos pressiona dia após dia, nos oprime, pois existe uma opressão do presente. [...], é o peso da vida, a dificuldade de viver, ou de viver nesta ou noutra condição, com esta fadiga, com este desejo [...]. É uma história a meio caminho de nós mesmos [...]. O que interessa ao historiador do cotidiano é o Invisível. (CERTEAU, GIARD, MAYOL, 1996, p. 31).

Assim, tudo o que fazemos, lemos, comemos, trabalhamos, praticamos, está no plano do viver. Nesse plano, do desejo e da fadiga concretos, reais e “pesados” do cotidiano, é que inventamos também, nossas práticas no trabalho em saúde.

Spink (2007) marca, porém, uma importante diferença entre o pesquisar *no* cotidiano e pesquisar *o* cotidiano, do ponto de vista da postura metodológica. Na primeira situação, aponta o caráter participante do pesquisador nas ações que se desenrolam em espaços públicos de convivência, tomando-o como parte da comunidade. Quando se pesquisa o cotidiano, porém, se estabelece uma separação entre sujeito e objeto de pesquisa, que torna este objeto estanque, desconsiderando seu caráter fluido, reflexivo e de produtor de conhecimentos locais.

A importância do pesquisador, nesse sentido, está em focalizar o cotidiano dos atores envolvidos nos estabelecimentos de saúde, ao mesmo tempo em que interage com o fluxo de ações que nele se processam.

É no campo de forças em que se traduz o cotidiano das organizações de saúde, que se processam a oferta e a demanda de ações e serviços. Dessa forma, o cotidiano organizacional se colocaria como espaço-tempo de contribuição para a prática de auto-gestão, dado que a vivência dos sujeitos que o habitam é fonte de elementos para a compreensão das estruturas de seu funcionamento interno e de seu direcionamento. Por isso, precisa ser compreendido para que forneça pistas que gerem o entendimento da dinâmica organizacional com seus micropoderes.

Nesse sentido, para compreender como se opera o acolhimento no cotidiano da USFIP, tomamos parte desse cotidiano, habitando-o nas suas várias temporalidades e acompanhando os modos como nele ganharam expressão as relações e os encontros entre os diversos atores que o compõem.

Dessa forma, entendemos que o pesquisador-navegador inserido **no** cotidiano da USFIP tornou-se um outro ator, compondo esse campo de forças em luta, dando corpo aos movimentos micropolíticos que se expressaram na realidade concreta daquele serviço de saúde.

Desde os primeiros dias de minha permanência na USFIP percebi que teria que chegar devagar, “reconhecer o território”, deixar que as pessoas me vissem e que eu, aos poucos, as pudesse ver (e só ver) pelos corredores, o que no início não era comum acontecer. Não se via muita gente pelos corredores...

Costumava ir à Unidade no período da tarde. Durante as primeiras visitas, notava tudo tão quieto e vazio e uma certa “falta de movimento” naqueles

corredores. Aquilo me intrigava, e perguntava: onde estão as pessoas? Os usuários? Os profissionais? O que as pessoas estão fazendo? Onde está “a demanda”? Ao mesmo tempo, pensava: trata-se de uma Unidade que atua segundo o Programa de Saúde da Família, e como tal, deve mesmo funcionar como um suporte para as ações “extra-unidade”, como as visitas domiciliares. Portanto, talvez não se justifique que esteja lotada de usuários por todos os cantos, a todo momento, pensei comigo. Primeiros sinais de uma ansiedade cartográfica...

Muitas vezes via apenas as portas das salas na minha frente — sempre fechadas, estando em funcionamento ou não. Escovário, Farmácia, Odontologia, Consultórios... Para quem está à espreita de um acontecimento, ouvir só o barulho do motorzinho que vem de dentro da sala da Odontologia é angustiante. Aqui, “do lado de fora”, passa por mim uma moça da limpeza empurrando um carrinho com os apetrechos típicos de sua função. Consigo ouvir o barulho das rodinhas passando pelo chão. Nem mesmo o barulho da TV da recepção encobre esse estranho silêncio.

Passaram-se alguns dias sem que eu fosse à Unidade. Alguns profissionais que já tinham me visto antes, me cumprimentam. Outros não. Muitas vezes, eles passam apressados para chegar a uma sala, onde entrarão e fecharão as portas. Encontro uma dessas profissionais que havia me sugerido entrevistar uma usuária que, segundo ela, “sabe tudo daqui” e poderia me contar a história do bairro. Enfim, algo se passou nos corredores além daquele “silêncio”: esta conversa entre mim a profissional de saúde.

Aqueles corredores aos poucos vão deixando de ser um espaço inócuo para mim. Fico olhando para um grande painel branco que está ali, no corredor da Unidade. Nele, estão anotados o “perfil do bairro”, os faltosos, o número de consultas e ações feitas no mês. Mas ainda há espaços em branco...

Depois de algum tempo, passou a não ser suficiente me limitar aos corredores. Havia outros espaços em que eu podia “penetrar”: a cozinha e o auditório tornaram-se locais nos quais passei a transitar com frequência. As horas de almoço, embora fossem atípicas para atendimento ao usuário, forneciam o alimento para minha observação dos profissionais. Além do mais, a cozinha parecia ser o ponto de encontro de muitos deles. O auditório, por sua vez, podia se configurar como um local de escape. Certa vez, encontrei no auditório, uma funcionária descansando durante o horário de almoço, deitada num daqueles colchões azuis de

ginástica (que ficam lá empilhados). Fiquei me lembrando do tempo em que trabalhava em uma Unidade Básica de Saúde, onde não havia auditório. Não existia colchão. Não tinha espaço, sequer...Deitar no chão era algo impensável!

No auditório da USFIP os profissionais entram e saem a todo momento. Parece que aquele espaço é “comum” ou mesmo “neuro” e alguns dali se apropriam dele de forma variada. Já a cozinha era o lugar em que, entre uma colherada e outra, os profissionais das diversas áreas podiam conversar, inclusive aqueles que nem conseguem se encontrar em outros espaços no cotidiano da Unidade.

Os dias se passavam e nada me tirava da cabeça que a Unidade sofria de um estranho vazio. Os profissionais, talvez, de um certo “ócio”. Pensei que era o momento de deixar de ficar “só vendo” e passar a ver e ouvir aquele tão estranho “silêncio”. Desde então, senti que precisava ver “enxergando” e ouvir “escutando”. Para falar “dizendo”, eu precisaria de um pouco mais de tempo naquele lugar...

Nas minhas visitas freqüentes ao auditório da USFIP pude exercitar esse “ver” e esse “escutar”, o que não é feito apenas com o olho-retina e nem com os ouvidos. “Vemos” e “escutamos” com nosso corpo vibrátil; aquele que é tocado pelo invisível, por “sub-conversas” que nos afetam. Um corpo “sensível aos efeitos dos encontros dos corpos e suas reações” (ROLNIK, 2007, p.31).

Numa dessas visitas ao auditório, talvez por conta do que aqui estou chamando de “ócio” dos profissionais nos fins de tarde (sem necessariamente atribuir conotação negativa a esse termo), as pessoas/profissionais foram chegando e sentando confortavelmente, como que aproveitando um intervalo para o descanso. Comecei a conversar com um, depois com outro, aí chegou um terceiro...De repente, aquela conversa “despretensiosa” virou uma espécie de pequeno fórum coletivo. Confesso que na hora sonhei em ter um gravador em minhas mãos, mas sabia que não era o momento e o fato é que o que havia ali era meu corpo vibrátil, meu diário e meu lápis. Tentei fazer o melhor uso deles.

O “desabafo”, que eu já me sentia pronta pra escutar, começou por conta da exigência de se ficar ali “cumprindo horário”, já que a Unidade passou a fechar às 20h, segundo a recente política de ampliação do horário de funcionamento das Unidades de Saúde do município. No caso de algumas categorias, como os auxiliares de enfermagem, esse cumprimento de horário se dá por meio de um rodízio entre eles, que é feito de acordo com os dias da semana.

O rodízio também é a forma de organizar todo o processo de trabalho dos auxiliares de enfermagem: a cada mês, cada auxiliar fica em uma função e “posto” diferentes, o que inclui vacinação, curativos e preparo. Esse modo de organização dos processos de trabalho parece contribuir para uma restrição da responsabilização dos profissionais por outras atividades do cotidiano do serviço, o que faz com que eles tendam a assumir somente a função que lhes é atribuída naquele mês específico. A respeito deste aspecto e dos conflitos gerados em função do mesmo, alguns se posicionam:

Tem pessoas aqui que costumam dizer: “eu não tenho que fazer isso! Esse serviço não é meu!”

“CAÇÃO”

Tem gente [*profissionais da enfermagem*] aqui que não percebe que isso aqui não é hospital. Aqui é posto de saúde! Porque no hospital é tudo definido; é só *aquilo ali* que você faz. Na unidade de saúde, não. Todo mundo tem que fazer um pouco de tudo.

“CAÇÃO”

Alguns se calam com medo de serem repreendidos.

“BADEJO”

As pessoas esperam ser mandadas e ninguém discute as determinações que vêm lá da SEMUS.

“PEIXE-AGULHA”

Aqui é uma Unidade muito pequena pra ter tanto conflito. É muita falta de união, falta de humanização... Os pacientes não podem pagar pelos acontecimentos da Unidade.

“CAÇÃO”

Em algumas falas, fica clara a queixa quanto à dificuldade de as pessoas “tomarem a responsabilidade para si mesmas” quanto à organização e gerenciamento dos próprios processos de trabalho da Unidade. Foi possível perceber também, que aqueles que tomam a responsabilidade para si sentem-se sobrecarregados.

Aquele mini-forúm pareceu ter produzido alguma ressonância em rede, pois na hora de ir embora pra casa encontro um profissional no corredor, que me diz: “na próxima conversa também quero participar”. Da maneira que pude, reforcei sua fala. Depois daquela noite, fiquei atenta em acompanhar os modos como se trabalhava naquele serviço de saúde e como meu corpo vibrátil estava sendo afetado por isso.

Os aspectos levantados pelos próprios trabalhadores com os quais conversei no auditório apontam para certos modos de subjetivação engendrados no contemporâneo, os quais vêm influenciando diretamente o trabalho em saúde.

Nesse sentido, Merhy (2006c) afirma que o modelo liberal-privatista tem marcado tanto as organizações de saúde públicas quanto privadas. Nesse modelo o usuário se torna um objeto depositário de problemas de saúde que só são reconhecidos pelos saberes ligados à Clínica ou à Epidemiologia que aquele modelo legitimar. Nesse sentido, contribui para que o universo das necessidades de saúde se torne propriedade de alguns trabalhadores de saúde, de acordo com o que o autor chama de concepção médico-hegemônica (MERHY, 2006c, p.118).

O autor sustenta que este modelo tem sido responsável pela construção de maneiras de abordar, tratar e solucionar as necessidades, ajudando a delinear uma certa postura dos trabalhadores de saúde que tende a tratar os usuários e os próprios colegas de trabalho de modo objetivante, descompromissado e impessoal, formando uma barreira entre as pessoas, mesmo quando o local de atendimento é “luxuoso”, como nos serviços privados de atenção (MERHY, 2006c, p. 118).

Merhy (2006c) ressalta ainda que esse “estilo de trabalhador” que vem se produzindo na saúde ajuda a constituir um dos sintomas mais graves da crise sanitária brasileira. Insiste que é necessário pensar um novo modo de se atuar na saúde, o que não implica apenas em injetar recursos no sistema, mas em modificar o modo de gerir os serviços e de se trabalhar em saúde, pois, nesta perspectiva, o próprio trabalhador acaba sendo parte de um processo de objetivação, tornando-se depositário do saber que o comanda e sendo um “cumpridor de rituais”.

O autor afirma que o usuário espera que a sua relação com o trabalhador de saúde seja capaz de gerar um acolhimento, que permita uma atuação sobre o seu problema/sofrimento. Esta é uma expectativa tanto do usuário que não tem nenhum interesse em estabelecer uma relação mais permanente com os trabalhadores, quanto daquele que precisa ir frequentemente a um serviço e ter vínculo mais constante com os mesmos para que possa se satisfazer. Ambos os tipos buscam ficar cada vez “mais sabidos” e autônomos para irem resolvendo parte dos obstáculos que lhes causam problemas, além de resolverem os próprios problemas.

Entretanto, esse “mais saber” não pode ser suprido por ações guiadas pelo modelo liberal-privatista/médico-hegemônico. Este modelo não considera que o processo da relação trabalhador de saúde-usuário é, *a priori*, realmente pouco

estruturado e que se dá, efetivamente, nos encontros regidos por tecnologias de relação, ou tecnologias leves. Portanto, é um modelo que não desenvolve tecnologia para o conjunto de expectativas dos usuários, mas sim, trabalha com um universo tecnológico limitado e pronto.

Assim, para a construção de autonomia e desse “mais saber” dos usuários, o trabalhador precisa mudar sua relação com os outros trabalhadores, construindo o que se entende por trabalhador coletivo de saúde; precisa mudar sua relação com os conjuntos de saberes e forjar um processo público de gestão do trabalho, suplantando as características fundamentais do modelo hegemônico.

Diante da constatação da tendência apontada por Merhy (2006c) a se construir relações descompromissadas e objetivantes nos serviços de saúde, levantamos a idéia de que temos que nos responsabilizar pela qualidade das nossas relações e, conseqüentemente, da assistência que ofertamos (nos perguntando também com que finalidade a ofertamos).

Neste trabalho, assim como em outros que tomam a qualidade das ações como o foco de discussão, entendemos a questão da humanização da relação entre os usuários e o serviço e da relação entre os trabalhadores que operam os processos de trabalho no serviço, destacando a problemática de como o serviço realiza, no cotidiano, a garantia não só do acesso mas, especificamente, do acolhimento (MERHY, 2006c).

Entende-se que é no cotidiano do trabalho e na coletivização desses modos de geri-lo, que se pode construir outro modo de se fazer saúde, orientado pela construção de vínculo trabalhador-usuário na busca de garantia de um “verdadeiro” acesso dos usuários, de oferta de múltiplas opções tecnológicas para se enfrentar os diversos problemas, de acolhimento “humanizado” e resolutividade.

Uma vez que se fala em “acolhimento humanizado”, cabe lembrar que é necessário nos interrogarmos, permanentemente, sobre como pensamos o conceito de humanização e por conseguinte, o de acolhimento. Nesse sentido, Benevides e Passos (2005) alertam para não tomarmos a humanização como “conceito-sintoma”, ou seja, para não nos prendermos a uma noção que reproduza um sentido já dado para a humanização. Os autores acreditam que há uma tendência a nos guiarmos por uma noção de homem-figura-ideal, isto é, do “bom humano”, que, na verdade, não coincide com nenhuma existência concreta de homem. Esta noção idealizada do humano colabora, conseqüentemente, para que universalizemos uma idéia do que

seja uma “relação humanizada”, pautada numa visão essencialista e absolutista de homem (TEIXEIRA, 2005a).

Teixeira (2005a) destaca que o homem “é” sua própria potência, ou seja, sua capacidade de singularidade; e não uma essência em si mesma. O que regula o grau de intensidade da potência é a maneira como cada singularidade se relaciona com outras singularidades nas relações, nos encontros. Nesse sentido, podemos entender que a potência não é dada; ela “habita” um plano de possíveis e é nos encontros que a potência do homem se cria, se move e se diversifica. Assim, é preciso considerar o homem em sua diversidade e nas mudanças que ele experimenta nos movimentos coletivos nos quais está implicado e onde ele vê fortalecida a potência coletiva (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Dessa forma, Benevides e Passos (2005) defendem que é preciso forçar os limites do conceito de humanização para não cairmos em uma armadilha sintomática, sobretudo quando se fala na construção de políticas públicas de saúde, como é o caso da PNH. Tal esforço conceitual, porém, dispara outro desafio, que é o de alterar os modos de se fazer saúde. É a partir da transformação dos modos de os sujeitos entrarem em relação, formando coletivos, que as práticas de saúde podem efetivamente ser alteradas.

A humanização é compreendida, num primeiro momento, como política, e tal como alertam os autores, “uma política se orienta por princípios, mas está comprometida também com os modos de fazer, com processos efetivos de transformação e criação de realidade” (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p.392). Daí a necessidade de se colocar a humanização em um plano de experiências concretas que seja construído cotidianamente e reinventado nas relações.

Fazendo coro com os autores, tomemos a humanização como um conceito-experiência que, ao mesmo tempo, descreve, intervém e produz realidade. O desafio é o enxergarmos como um conceito em movimento, que se atualiza nas práticas concretas em saúde e a partir do qual o SUS se consolida como política comum; de todas as pessoas.

Assim, mesmo com uma subjetividade hegemônica produzindo um certo estilo de trabalhador e desfavorecendo a produção de responsabilização, é possível observar uma postura ética e acolhedora baseada em valores solidários e humanitários atualizados nas experiências concretas e cotidianas do trabalho em saúde:

[...]uma paciente minha com transtornos mentais. Ela tinha sessenta e poucos anos...você vê ela quebrando a casa toda,[...]e você vê a nossa ajuda, o quanto ajudou aquela mulher, e nunca mais aquela mulher surtou. Isso me marcou porque eu pude buscar ajuda pra ela. Ela era uma pessoa só e você vê no dia-a-dia aquela pessoa melhorando.[...], limpando a casa aos poucos, e depois ser outra pessoa, sabe? Como ela não tinha ninguém, a polícia vinha com o camburão e eu ía junto com ela, de uniforme, e levava pra psiquiatra, ía acompanhar...

“ROBALO”

Consideramos que o tema da humanização dos serviços abrange tanto o usuário como o trabalhador. Assim, nossa análise envolverá a humanização do processo de trabalho que passa pela construção de um processo de gestão do trabalho, que permite o exercício da autonomia do trabalhador coletivo a partir de um contrato com todos os atores envolvidos: gestor governamental, trabalhador coletivo e usuários (MERHY, 2006c, p.130).

Pensamos que um dos desafios que se coloca é lidar com a heterogeneidade e complexidade de cada um dos processos de trabalho em saúde, que se divide pelas categorias profissionais. Para isso, é necessário transformar as relações de trabalho de modo que cada um desempenhe o seu trabalho autonomamente dentro de um projeto coletivo, controlando o seu processo de trabalho, seus produtos e resultados. O trabalhador deve se transformar em agente e sujeito deste processo, sem esquecer que isto deve se dar dentro de um contrato público, pautado pela defesa da vida do usuário como o principal objetivo.

Lembramos que alguns fatores vêm contribuindo para essa falta de autonomia dos trabalhadores e para a dificuldade de construção coletiva nos serviços de saúde. Trata-se da fragmentação, da imobilidade, da desarticulação das linhas de intervenção com os sistemas de informação e da burocratização, como problemas vivenciados no trabalho da saúde no Brasil, em consequência das conformações tecnológicas definidas por uma ótica neoliberal desde a década de 90. Assim, para Campos (2006), o trabalho das equipes sofre com a acumulação de normas administrativas e padronizações técnicas que se orientam por um falso controle do conjunto do trabalho.

Estas características estão presentes no atual modelo de atenção que rege os serviços de Atenção Básica, o PSF, que configura o contexto de análise de nossa pesquisa.

Embora o PSF tenha adquirido uma grande importância por sua expansão e difusão e pelo seu potencial de inclusão de parcelas crescentes da população brasileira na assistência em saúde, além do considerável contingente de trabalhadores envolvidos; algumas de suas características, que orientam a reorganização do sistema de saúde, denotam que a rede básica do SUS é excessivamente normatizada. Segundo Franco (2006), as normas ligadas a ações programáticas, clientela específica, fichas, senhas e horários impõem certas amarras aos trabalhadores que ficam limitados na produção do cuidado e na relação com o usuário. De certa forma, há um entendimento de que estas questões são estruturantes não só do funcionamento do serviço, mas também da produção de cuidado, de modo que se refletem diretamente nas ações em saúde.

A questão da normatização e burocratização interferindo diretamente nos processos de trabalho parece se refletir no serviço de PSF o qual pesquisamos, mesmo que este modelo se proponha, segundo seus defensores, ir em direção à ruptura com a lógica taylorista de organização e gestão do trabalho (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004). No caso das ACS, por exemplo, o tempo dispensado para o preenchimento de fichas e formulários ocupa cerca de 25% do dia de trabalho, sendo estipulados horários específicos para essas tarefas. Atualmente, comenta-se sobre o tempo gasto com o preenchimento de dados para a confecção do cartão do SUS, que se tornará imprescindível para o “acesso” dos usuários a qualquer procedimento nas Unidades de Saúde, a partir de 2009.

O tempo gasto com atividades administrativo-burocráticas gera frustração quanto às expectativas da maioria dos trabalhadores: de que com o modelo de PSF, se possa vivenciar e gerenciar o tempo envolvido nas ações de saúde voltando-se a atenção para a qualidade da assistência prestada ao usuário, o que inclui a qualidade do contato com o mesmo. Nesse sentido, o trabalho do PSF na USFIP vem refletindo a dificuldade de se engendrar um outro modo de se operar o trabalho em saúde o qual destaque, por exemplo, um incremento das ações de humanização, que estão previstas no escopo de atuação das equipes de PSF. A possibilidade de realização dessas ações disputa o tempo de trabalho com ações burocratizantes que, muitas vezes, não fazem sentido para os trabalhadores.

Os trabalhadores expressam que o cotidiano da USFIP sustenta um processo de trabalho excessivamente burocratizado, revelando que este modelo encontra

dificuldades em reverter certas normatizações, as quais referenciam as práticas e o cuidado em saúde:

Quando a gente iniciou, a gente achava que era PSF por quê? Porque a gente tinha mais tempo pra tá fazendo os programas, ou então na rua... Porque antes não tinha esse monte de ficha, não tinha esses indicadores igual eles pedem hoje.

“ROBALO”

[...]Inclusive eu tô aprendendo muito ainda. Porque unidade, unidade mexe muito, muito mais com papel, entendeu? Mexe muito com essa questão de burocracia, né? E lá no hospital, não. É uma questão assim, você evolui, você trata bem do paciente, faz uma injeção, os cuidados né? Você tem mais contato com o paciente [...]. A gente fica ali o tempo todo com o paciente...Você tem que fazer uma medicação, 'cê tem que tá ali dando os cuidados, dando banho às vezes, né? Arrumando leito...então você... se aproxima mais do paciente no hospital do que aqui.

“GAROUPA”

O PSF surgiu em 1994, como estratégia que se diferencia dos programas tradicionais do MS. Em 1997, uma outra versão define-o como estratégia de reorientação do modelo assistencial. Por um lado, o PSF ratifica sua condição de programa que apresenta objetivos, metas e passos definidos, com uma formulação e com um *modus operandi* normatizado, e por outro, reivindica a posição de estratégia por sinalizar um caminho possível para se atingir os objetivos do SUS, reorientando o modelo assistencial a partir da AB, sendo capaz de influenciar e produzir impactos no conjunto do sistema. Sendo assim, sua implantação acontece respaldada por um caráter considerado dicotômico (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

Se no cotidiano da USFIP a quantidade de papéis, fichas e trabalhos burocrático-administrativos e a proporção que eles assumem no processo de trabalho são verdadeiros obstáculos à prática do cuidado, entendemos que um cotidiano de trabalho excessivamente burocrático colabora para que o propósito do PSF em sinalizar um caminho para se atingir os objetivos do SUS fica comprometido pela questão da sistematização excessiva de informações, que muitas vezes está descolada da compreensão da totalidade e da qualidade dos processos de trabalho.

Além da exigência de se lidar com os mecanismos de controle de produtividade -- como horários, fichas e programas -- que são tidos como próprios deste modelo de atenção, o planejamento do processo de trabalho para incorporar esses mecanismos e manejá-los no cotidiano de trabalho, não é feito por quem diretamente os utiliza. Embora os trabalhadores tenham expressado em reuniões de

equipe que há uma “campanha” para se construir o processo de trabalho juntos, suas práticas indicam uma centralização do planejamento e falta de autonomia de vários desses trabalhadores nesta organização, que esperam obter uma concessão de outros para atuarem. Isto faz persistirem algumas formas instituídas e inúteis de funcionamento, provenientes da divisão entre planejamento e execução do trabalho:

De um mês pra cá eu achei que melhorou muito, que as enfermeiras deram abertura pra gente,...antes a gente não tava participando muito das ações educativas, não tinha brecha pra gente entrar, sendo que nosso trabalho também inclui as ações educativas. Agora não: a gente tá tendo um espaço melhor, já começou com a reunião das gestantes...foi legal, a gente não tinha essa participação mais!
“ROBALO”

Você vê que são instituídas escalas e atribuições...vai lá e prega na parede! [...]. Pregou aquilo na parede e só depois chama a pessoa, todo mundo pra reunião? Entendeu? Então existe uma coisa prévia! [...] Então não tem mais construção do processo de trabalho. Não vou construir nada, já tá pronto!
“BADEJO”

A gente não pode achar que só o a gente tem um saber, que só a gente que sabe. Eu acho que às vezes a gente acaba deixando os auxiliares, os agentes, meio que “fazedores”. A gente tem que começar...a ajudar eles a se sentirem parte do processo.
“DOURADO”

Franco (2006) toma a rede básica como exemplo das organizações de saúde cujos arranjos têm a tendência a se dar por estruturas de organogramas, conforme um eixo estruturado que planeja os processos de trabalho segundo matrizes normativas. Merhy *et al* (2006) considera que os centros de saúde são comumente entendidos e vividos como “organismos” e não como uma “arena” em que há uma trama de agentes com certas intencionalidades nas suas ações. Esta forma de entendimento das organizações em saúde é considerada ineficaz do ponto de vista do olhar sobre os processos de trabalho e conseqüentemente de sua gestão.

Visto dessa maneira, o trabalho na Unidade de Saúde sempre será encarado como um conjunto de partes que devem funcionar em perfeita harmonia e que, havendo “falhas” em qualquer dessas partes, justifica-se o “mau funcionamento” do serviço como um todo. Assim, não se trata de partes com “defeitos”, mas de um jogo de forças entre os diversos atores; tramas de relações que precisam ser postas em análise, a fim de compreender o que supostamente se reverte em “falhas” no conjunto dos processos de trabalho.

Merhy (2006b) ainda aponta que é preciso analisar os modos como se estruturam e se gerenciam os processos de trabalho a fim de se compreender a adequabilidade desses processos. Ressalta que o modo como estão organizados aponta para estas intencionalidades, para interesses que definem tal organização.

As práticas que dão forma a essa intencionalidade muitas vezes estão organizadas segundo uma lógica de gestão orientada pela idéia de organicidade que relaciona as partes com o todo; ou seja, do processo de trabalho de cada um dos profissionais em harmonia com o “organismo”, como costuma se entender o serviço de saúde (MERHY *et al*, 2006).

Essa idéia de que cada um faz uma “parte” criando uma harmonia com o “todo” se confunde com o entendimento de trabalho de equipe nos serviço de saúde:

Juntar, todo mundo né? O agente controla de um lado, a enfermeira do outro, a psicóloga do outro...isso aí que é legal.. isso aí pra mim é PSF: é agir em equipe.
“ROBALO”

O trabalho na unidade de saúde entendido dessa forma, pressupõe que há uma funcionalidade a ser cumprida. Não há reconhecimento de que não se trata de um organismo, mas de um jogo de disputa entre interesses e necessidades, muitas vezes, díspares.

A lógica do organismo perpetua o funcionamento de territórios privados de ação nos processos de trabalho em saúde, limitando a atuação dos profissionais à sua ação individual e isolada com o usuário, sem a participação de outros trabalhadores no âmbito das decisões coletivas. Isto é reconhecido por alguns, embora participem dessa lógica organicista:

Eu acho que deveria ser diferente, entendeu? Só que pela lógica aqui dessa unidade de saúde...Que as pessoas ficam muito nas suas ‘caixinhas’, eu não sei, não..
“BADEJO”

A gente é muito culpado por...na questão da formação mesmo...é como se a gente não achasse, talvez, importante repassar informação. É como se só a gente sabe o que fazer com a informação, como se os outros não soubessem, entendeu?
“DOURADO”

Da mesma forma, tal lógica de Unidade de Saúde como organismo reforça e também é reforçada por um esquadramento do local de trabalho das equipes e a

conseqüente compartimentalização das práticas, que são vivenciadas conforme a inserção em “setores”:

Primeiro, assina o ponto. Aí você vai lá pro seu setor e você vai procurar saber se tem alguma coisa errada, se alguém deixou algum bilhete, se tem algum recado, se algum médico faltou...[...].

“PAPA-TERRA”

[...]ela [*uma usuária*] quer ligar aqui pra unidade pra falar com você na unidade, te tira do seu setor pra você ir lá atender ela.

“BADEJO”

Segundo Merhy *et al* (2006), o maior desafio é “mergulhar” em cada um dos processos de trabalho no campo da saúde, a fim de promover a sua “publicização”. Este desafio se faz tanto para a relação entre os trabalhadores que atuam conforme seus processos privados de trabalho, denotando a urgência em criar uma abertura para os outros profissionais interferirem em tal dinâmica; quanto para a relação direta entre usuário e trabalhador nos processos de produção-consumo das ações de saúde, que acontecem em ato, simultaneamente, configurando um desfecho sempre inesperado e inédito.

No caso da relação entre trabalhadores de PSF se coloca a urgência de tal publicização dos processos de trabalho através da diretriz básica do trabalho em equipe. Este apresenta uma plasticidade que pode imprimir nas equipes tanto um trabalho integrado como configurar um mero agrupamento de profissionais (PEDUZZI, 2007).

Desse modo, uma das formas encontradas para se compreender como se dá o trabalho em equipe na USFIP e sua publicização, era freqüentar as reuniões de equipe semanais e outros espaços institucionalizados que reúnem periodicamente os trabalhadores e a gerência, que são as reuniões mensais. A observação desses espaços foi fundamental para o acompanhamento das paisagens territorializadas no cotidiano da Unidade.

7.1.2 Quando os cardumes se misturam: as reuniões de equipe e as reuniões gerais na USFIP

A USFIP conta com duas equipes de Saúde da Família, que realizam reuniões semanais, cada uma. Participei pela primeira vez de uma delas no meu nono dia de pesquisa de campo. Em razão das primeiras palavras que ouvi no meu

primeiro dia na Unidade (as pessoas podem se sentir “milindradas”), tomei o cuidado de “pedir” para participar daquela reunião, na qual fui recebida sem qualquer restrição aparente.

O próprio modo de operar as reuniões de equipe já parece se constituir como um poderoso analisador de muitas questões relacionadas ao trabalho em saúde naquela Unidade.

Na primeira reunião de que participei, uma das profissionais me convidou pra entrar. Logo notei a configuração que a equipe fez dos assentos: a condutora da reunião sentada atrás de uma grande mesa retangular e o restante da equipe sentada “na platéia”, de frente à face oposta da mesma mesa, em pequenas fileiras fixas, como costuma ser a disposição das carteiras do auditório. Uns poucos ladeavam a mesa, mas a condutora permanecia ainda um tanto isolada.

Em várias reuniões de equipe foi possível perceber esse isolamento, que se configura não apenas pela distribuição dos corpos no espaço no momento das reuniões, mas pela divisão e hierarquização do trabalho, assumidas coletivamente pela equipe. Assim, nessas reuniões de equipe e também em grupos com usuários, observávamos que os que assumem o lugar de condutores, em geral, são os profissionais pertencentes às categorias médica e de enfermagem. Pudemos perceber, também, que as Agentes Comunitárias de Saúde ficam responsáveis pela ata da reunião e o restante da equipe, salvo alguns trabalhadores, tende a não se manifestar.

Acompanhamos os modos de funcionamento e organização “singulares” nas duas equipes: se em uma há um modo formal e hierárquico de funcionamento da reunião em ato, na outra, pode-se dizer que havia uma aproximação um pouco maior entre seus membros, expressa tanto pela forma de se organizarem no espaço para a reunião, em que todos ficavam em volta de uma pequena mesa redonda, onde podiam se ver uns aos outros, quanto pela participação real de todos os membros daquela equipe através de comentários e discussões.

Entretanto, em ambas fica clara a designação de uma figura central para conduzir a reunião, que é a enfermeira. Embora saibamos que nos manuais do Ministério da Saúde isto consta das atribuições desta categoria, enfatizamos que ocorre uma centralização excessiva neste profissional, sob influência direta da gerência da USFIP. Esta reforçava o lugar ocupado pela enfermagem também nas reuniões gerais, ao mesmo tempo em que denotava que a enfermeira é o principal

pilar da responsabilidade pelo planejamento e pela condução das diversas ações. Nesse sentido, acreditamos que tal centralização esvazia a força e inibe a participação do trabalhador coletivo na organização, na discussão e no planejamento dos processos de trabalho.

Os momentos de reunião na USFIP traziam consigo muitos ruídos e provocavam tantos outros, fossem elas reuniões de equipe (que aconteciam separadamente – equipes 1 e 2), reuniões gerais, ou mesmo reuniões com as referências técnicas da Secretaria de Saúde. Esses ruídos não eram encarados de modo a serem coletivamente analisados em ato.

Muitas das reuniões se iniciavam pela discussão sobre a urgência de alcançar os indicadores tidos como metas, apontando para a necessidade de rever os processos de trabalho. Nestes tópicos, a falta de interesse entre os participantes da reunião era visível. Visível era também o esforço em provocar alguma manifestação naquele coletivo:

Precisamos construir juntos as estratégias!
“**DOURADO**”

A gente tem que repensar processos mesmo...de trabalho. Essa questão dos indicadores é pra mudar o processo de trabalho de todo mundo aqui!
“**DOURADO**”

No invisível, o corpo vibrátil do pesquisador-cartógrafo, que estava presente na reunião, capta as resistências: não parecia haver, naquelas discussões relativas a indicadores e processos de trabalho, um projeto político comum, onde pudessem ser manifestadas as expectativas e valores de cada um daqueles trabalhadores e, ao mesmo tempo, de todos eles. Desse modo, entendemos que não se tratava de uma discussão forjada por um coletivo, mas de uma discussão fragmentada, que partia de instâncias externas de regulação e que portanto, tornava a comunicação altamente verticalizada.

Nas reuniões de equipe eram feitas também as discussões de casos. Nesses momentos, a expressão coletiva se ampliava um pouco mais, mas ainda era restrita aos profissionais que normalmente compõem a equipe mínima de saúde da família (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e ACS), ou mesmo àqueles membros ligados diretamente ao caso em discussão. À exceção dos ACS, percebemos que os profissionais que mais se manifestavam possuem nível superior de formação.

As maneiras como os trabalhadores entendem os modos de andar a vida dos usuários podiam ser expressas durante a discussão dos vários casos que abordavam as situações vividas no cotidiano do serviço. Da mesma forma, ficam expressas as possibilidades de intervenção em tais situações:

Eu fui fazer uma visita hoje e aí a gente colocou um pouco de 'portas abertas' pra ela [*usuária*] vir na Unidade.

“PEIXE-AGULHA”

Não sei como vai ser contar isso para as mães. Elas estão acostumadas com a consulta mesmo. Não sei como vai ser...[*sobre mudança na forma de intervenção e tratamento dentário com as crianças*].

“ATUM”

As gestantes estão chegando meio desorientadas. Acho que a gente precisa trabalhar mais orientação.

“DOURADO”

A gente não pode mandar para o Centro de Referência e “tchau”. Uma AIDS, uma tuberculose. A gente manda, mas tem que estar sempre na vigilância.

“BARRACUDA”

Não se trata de atendimento com o psicólogo. Essa mãe não quer atendimento psicológico.

“PEIXE-AGULHA”

Acho que temos que fazer pequenas intervenções nessa mãe, aos poucos. Eu posso ir lá fazer visita!

“BARRACUDA”

Além das reuniões semanais de equipe há, também, reuniões gerais mensais, em que são convocados todos os funcionários da USFIP. Estas reuniões normalmente se dão sob a condução da diretora da Unidade, que costuma selecionar previamente alguns pontos a serem tratados. Segundo nossa observação de várias dessas reuniões mensais, os indicadores constituíam o ponto alto da pauta, além de questões de ordem administrativa e burocrática.

Em maio de 2008, estive presente em uma das reuniões gerais da USFIP, uma equipe técnica da SEMUS. Para diferenciar os sujeitos de nossa pesquisa, em que os usuários têm nomes de crustáceos e os trabalhadores, de peixes; daremos aos técnicos da Secretaria, nomes de moluscos. Nesta reunião, a questão dos indicadores também aparece como carro-chefe para a discussão dos processos de trabalho.

As falas mantêm-se restritas a alguns dos funcionários da USFIP e muitos deles parecem “indignados” com a relevância que a pactuação em torno da questão dos indicadores possui no seu cotidiano de trabalho, no sentido de que, segundo uma fala coletiva, “parece que tudo é número”. Dessa maneira, torna-se claro que a pactuação de indicadores não contou com a participação direta de quem opera os processos de trabalho no cotidiano do serviço: os trabalhadores.

A necessidade de se alcançar os índices parecia algo inquestionável. Quando se toca na questão do processo de trabalho a discussão parece se esvaziar. A quem se deveria isso? Ruídos que parecem não ser escutados...

A focalização “excessiva” no alcance dos índices pactuados parece produzir, nestas reuniões (gerais ou de equipe), efeitos tais que tornam o tema geral dos processos de trabalho, que é entendido como um potencializador do serviço, quase que totalmente secundário, esvaziando a discussão. Havia um jogo entre forças que secundarizavam este tema e forças que apontavam a necessidade de trazê-lo para a “arena” da reunião. Mesmo assim, podia-se ouvir falas que assinalavam a necessidade de se discutir a amplitude dos processos de trabalho na USFIP:

A gente precisa mudar os processos de trabalho pra dar conta das gestantes. Nosso território é o primeiro em adolescentes grávidas!
“DOURADO”

Eu nunca fui abordada sobre nada do que eu faço!
“SARDA”

Mais importante do que o número, é a oportunidade que a equipe tem [na reunião] de discutir suas ações.
“LULA”

Eu continuo indo lá para fazer só o procedimento ou ver o todo? O que o ACS pode fazer? Será que é só o auxiliar de enfermagem que tem que medir pressão?
“MEXILHÃO”

É preciso estabelecer um vínculo pra conseguir as outras ações.
“MEXILHÃO”

Até chegar no médico passa por várias barreiras, mas no dentista já vão direto bater na porta! Não tem acolhimento.
“BUDIÃO”

Não há dúvida de que os indicadores servem para sinalizar a necessidade de problematização dos processos de trabalho; dos modos de fazer que estejam em

curso. Entretanto, parece que esta questão vem sendo tratada como descolada da qualidade das ações produzidas, o que torna o “número” (ou percentual) a principal preocupação.

Nesse sentido, entendemos que se a qualidade das ações não for o foco das discussões, pouco se pode extrair dos indicadores na contribuição para as transformações dos processos de trabalho em saúde. Consequentemente, as perguntas e queixas de quem atua diretamente nos processos produtivos de saúde, usuários e trabalhadores, permanecerão sem respostas.

Nessa direção, Merhy *et al* (2006) entendem que devem ser construídas ferramentas analisadoras que incitem os agentes/trabalhadores nos processos de produção de saúde a se interrogarem sobre o que fazem, como fazem e para quê fazem. Tal “interrogação” possui a relevância de mostrar que os próprios trabalhadores têm que fazer isso, mas com autonomia. Como vão construir essa autonomia? O que os impede de fazê-lo, coletivamente? Sigo tentando escutar o barulho das ondas e os ruídos dos habitantes daqueles mares...

A equipe técnica da SEMUS procurava, naquela reunião de maio, estimular a potencialização e a qualidade do trabalho das equipes:

Se a gente potencializa e otimiza nossas ações a gente tira um pouco a carga de trabalho.

“OSTRA”

A gente sabe que tem a questão do Capital, da produtividade, mas o modelo da Estratégia [*de Saúde da Família*] não combina com o modelo Taylor.

“MEXILHÃO”

Mas a preocupação evidente em quase todas as outras reuniões de equipe e nas reuniões gerais das quais participei acabava sendo com a produtividade. Tal preocupação aparecia nas falas e nos corpos, balizada pelas determinações, recomendações e cobranças que vinham do nível central:

Eles [*SEMUS*] dizem que se a família não vem, a culpa é nossa. Que a gente é que não sabe chamar.

“DOURADO”

O Secretário tá no pé da gente. A Auditoria aqui tá horrorosa. A gente tem que fazer segundo a SEMUS ordena.

“XARÉU”

Cobram [a *SEMUS*] que nossa produção tá baixa.
“PEROÁ”

Ou então, incorporada pelo trabalhador como algo inerente a seu cotidiano de trabalho:

A gente tem que educar a população, senão a gente vai ficar aqui o dia inteiro à disposição deles e vai deixar de fazer as visitas que a gente precisa fazer!
“ARRAIA”

Mesmo fazendo esse corpo-a-corpo, eu acho que não vou alcançar esse índice. Fiquei muito angustiada com isso...
“SARDINHA”

Assim, a confusão é notória. O compromisso que o serviço deveria assumir com ambas, a qualidade e a produtividade das ações, acaba por ser entendido como uma ambigüidade. A confusão gerada se apresenta como efeito de uma despotencialização para transversalizar a produtividade e a qualidade das ações, dado que o serviço parece priorizar um aspecto puramente funcional, em detrimento de seu compromisso ético.

A “corrida maluca” em direção à linha de chegada onde estão os índices pactuados produz amarras nos trabalhadores, de modo que sua prática tende a se limitar ao procedimento em si. Presos de tal modo a esta rede, tendem a oferecer ao usuário ações que também se limitam ao procedimento e, no intuito de alcançar uma dada produtividade, que é cobrada pelo nível central, incorrem no risco de exercerem apenas um “produtivismo”.

Percebemos através de suas falas e de seus corpos, que a produtividade a ser alcançada encontra obstáculos na relação trabalhador-usuário:

Eu quase que imploro: pelo amor de Deus tragam a escova [*de dentes*]! Eu sei que posso escovar o ‘Joãozinho’ o mês inteiro, mas se o outro aluno não trouxer a escova, não entra na produção.
“SARDINHA”

Às vezes a gente abre essas vagas [*de exame preventivo*], mas elas não vêm fazer...
“DOURADO”

Além do desafio de criar canais que se abram para uma afetabilidade quanto ao que vem regendo o próprio processo de trabalho, é preciso que o trabalhador amplie a escuta às respostas que o usuário lhe fornece diante do que se oferta (ou

se impõe) a ele nas ações de saúde. Respostas essas que nem sempre correspondem às expectativas do trabalhador que fez a oferta.

Para escutar o que os usuários querem, o trabalhador dispõe de componentes do universo tecnológico do “trabalho vivo em ato” na saúde, que, para Merhy (2006b), é a matéria dos processos de trabalho no encontro profissional-usuário. Tais componentes podem ajudar a dar o sentido do desejo/necessidade do usuário no interior dos processos de trabalho. Assim, acolhimento e vínculo são apontados como exemplos desses componentes tecnológicos do trabalhador, sendo o “substrato tecnológico do trabalho vivo em ato”, com potência para criar aumento dos graus de autonomia do usuário nos seus modos de existir.

Na USFIP, é possível encontrar relações já estabelecidas de vínculo e confiança, que são reafirmadas através de conversações. Estas não só abrem a possibilidade de o trabalhador escutar as necessidades do usuário, como possibilitam um entendimento entre ambos:

Quando eles [usuários] já chega na unidade de saúde pra perguntar alguma coisa, eles vêm conversar comigo[...]. Aí então, eu tento explicar que se não tiver vaga, se não tiver um médico aqui no momento pra atender, eu converso... eu converso com eles e eles me entendem. Pra ‘cê ter uma idéia, quando eles vão conversar, eles vêm aqui. Em qualquer horário quando eles chegam, eles já perguntam bem assim: “[*diz o seu nome*] está?” Muitas vezes, eles querem conversar até com a própria chefe, mas em vez de eles ir lá conversar com ela, eles vêm me procurar.

“PAPA-TERRA”

As necessidades de saúde dos usuários (que podem se abrir num amplo espectro de questões que constituem a sua demanda) normalmente são encaradas (isso inclui escutar e resolver) conforme o nível de competência que cada profissional julga ter, dado pelas funções técnicas que normalmente lhe são atribuídas, mesmo estando dentro do Programa de Saúde da Família, que pressupõe o trabalho em equipes multiprofissionais.

No caso do médico, como exemplo emblemático, é comum perceber que a responsabilidade pelo atendimento a tal demanda circunscreve-se ao uso de ferramentas em direção ao tratamento e à cura de uma determinada patologia, inferindo-se que consultas e exames são equivalentes a soluções para os problemas apresentados, quando, na verdade, constituem-se como ferramentas que contribuem para o diagnóstico e para a intervenção, o que não garante qualquer resultado; nem

de cura da patologia, nem de produção de vínculo, tampouco de atendimento da demanda do usuário.

Franco e Merhy (2007) fazem uma dura crítica ao PSF, enfatizando que apenas a mudança do modelo não contribui para um trabalho mais solidário e criativo dentro da equipe, dado seu caráter prescritivo: de que as equipes devem atuar segundo uma lista de atividades definidas *a prioristicamente*, conforme um detalhamento das funções de cada profissional. Além disso, de que seu trabalho acontece em locais de atendimento pré-definidos, segundo o grau de vulnerabilidade e especificidade dos usuários. Tais locais definidos seriam a Unidade de Saúde, os domicílios visitados e os grupos na comunidade, respectivamente. Entretanto, não deixam de apontar a necessidade de inventar abordagens a cada caso, o que exige um “luto da onipotência de cada profissional para que seja possível o trabalho em equipe” (FRANCO; MERHY, 2007, p.119).

Tanto quanto inventar abordagens coletivas para cada caso, é preciso ouvir cada usuário, se deixando afetar pela sua singularidade. Por exemplo: os trabalhadores da USFIP discutem constantemente o caso de uma usuária que, podemos dizer, é um desafio para eles. Ela não faz os exames prescritos, não respeita os horários de funcionamento definidos pelo serviço e procura os trabalhadores repetidas vezes ao longo do dia. Talvez ela esteja sinalizando a necessidade de problematização da relação oferta e procura e das tecnologias privilegiadas no encontro com o usuário. Enfim, do modo como é entendida a produção de saúde.

Aqui cabe estabelecer uma diferença entre atenção à saúde e produção de saúde. Entende-se como atenção à saúde o conjunto de ações levadas a efeito pelo SUS, em todos os níveis de governo, para o atendimento às demandas pessoais e das exigências ambientais. A atenção à saúde compreende três grandes campos: o da assistência, o das intervenções ambientais e o das políticas externas no setor saúde (BRASIL, 2008e). Ao falar em produção de saúde, entretanto, ampliamos esta questão para a implicação dos sujeitos nessas ações. Assim, trata-se da constituição de sujeitos autônomos e protagonistas que possam viver numa democracia institucional, atuando no processo de produção de sua própria saúde e produzindo as condições de uma vida saudável (BRASIL, 2008b). Desse modo, os processos de produção de saúde dizem respeito, necessariamente, a um trabalho coletivo e cooperativo, entre sujeitos, e se fazem numa rede de relações que exigem interação

e diálogo permanentes, afirmando-se que há uma indissociabilidade entre a produção de saúde e a produção de subjetividades. (BRASIL, 2008c).

Nesse sentido, deve-se colocar em discussão qual subjetividade está sendo produzida no trabalho em saúde. Uma subjetividade que fixa lugares para trabalhadores e usuários, com “papéis definidos” a serem desempenhados no serviço? Papéis que funcionam segundo uma hierarquia em que os trabalhadores possuem tecnologias e procedimentos prontos e inquestionáveis a serem ofertados e os usuários são receptores de tais procedimentos, sem que se discuta, democraticamente, de que saúde se trata? Além disso, deve-se colocar em discussão a produção de demanda engendrada por uma dada forma-subjetividade de saúde, cujos efeitos devem ser problematizados na relação com os sujeitos envolvidos no processo de produção: usuários e trabalhadores.

A produção de subjetividade pode ser considerada mais importante do que qualquer outro tipo de produção, uma vez que afirma modos de articulação dos sujeitos com o mundo e com a vida (GUATTARI; ROLNIK, 2000). No caso do trabalho em saúde, os modos de relação trabalhador usuário podem, em nível capilar, tanto engendrar uma subjetividade que reproduza os modos instituídos e hegemônicos de se fazer saúde, quanto afirmar relações instituintes inovadoras entre os sujeitos, em um processo de negociação permanente.

A discussão em equipe de casos como o da “usuária-problema” mencionada acima, faz contribuir para o entendimento das maneiras como os trabalhadores pensam a inserção dos usuários nos serviços. No caso desta usuária, citada em reunião, a inserção se dá como “falta de limite” ou “manipulação”. Ao mesmo tempo, estando em equipe, conseguem verbalizar outras formas de entender a relação estabelecida pela usuária com os trabalhadores: como “um pedido de ajuda”.

Se estiverem atentos a tal pedido, os trabalhadores podem criar formas não-prontas de intervenção para “acolher essa paciente”, como aparece em algumas falas. No entanto, as formas que esse “acolher” assumirá nem mesmo eles conhecem, pois só poderão se efetivar em ato, podendo ser ou não balizadas por pactos fundamentados por uma ética a favor da vida, feitos entre os membros da própria equipe e entre esta e a usuária.

Pode-se dizer que a experiência desafiadora com esta usuária ultrapassa o entendimento de acolhimento como ação pontual que se dá em uma determinada etapa do serviço. As situações envolvidas no manejo da relação entre a equipe e

esta usuária criaram a necessidade de abrir um leque de outras ações e acordos entre os trabalhadores, como a invenção de um projeto terapêutico específico para ela:

Ela queria a atenção de todo mundo o tempo todo. A gente montou um projeto terapêutico, feito pelo coletivo. Junto com o pessoal da enfermagem, junto com o grupo... Começamos a dizer “não”. Mas não é um “NÃO” assim...simplesmente. Falei: “olha, [*diz o nome da usuária*], não posso te dar atenção AGORA, ‘cê trouxe pra mim esse biscoitinho e tudo, obrigado pelo biscoito, mas eu não vou poder te dar atenção agora porque eu tenho que [*diz o que precisava fazer no momento*]”. O paciente chega aqui, eu tenho que fazer o meu trabalho, mas eu não tenho que dar uma atenção de amizade, por exemplo! Aí ela arrumou um jeito de conseguir de novo toda a nossa atenção. Chegava aqui com a pressão AL-TÍS-SI-MA. (pausa) 16, 18... então ela conseguia tudo imediatamente, da mesma forma. Então, a gente começou a cortar isso: “Sua pressão tá alta? Ok. Então nós vamos chamar a ambulância”. Aí ela dizia: “Ah, ambulância eu não quero!”. Aí a gente falava: “Então é o seguinte, o nosso trabalho acabou. (pausa) Nosso trabalho é até aqui. Mais que isso a gente não pode. (pausa) A gente não pode te amarrar à força e te colocar na ambulância”. Então começamos a trabalhar isso de novo com ela. E agora ela já consegue a nossa atenção de outro modo: “Aqui oh, meu exame, tá bom, oh! Minha pressão tá ótima!” aí falo: “que bom!...”. A gente parabeniza e se afasta naturalmente. [...]Eu acho que foi o único trabalho verdadeiramente integrado...[...].Porque a [*diz o nome da usuária*] mostrou claramente que um saber sozinho...não dá conta!

“BADEJO”

Nesse sentido, os trabalhadores se deparam, cotidianamente, com a insuficiência de uma única ferramenta para resolver os problemas apresentados. Torna-se preciso criar em ato outras ferramentas e se abrir ao conhecimento do outro que o procura, lançando mão de tecnologias de negociação e escuta como tarefa imprescindível. Além do mais, como qualquer tecnologia de relações, a negociação e a escuta se constroem no momento mesmo de produção e consumo das ações de saúde, desmanchando o significado de que importam apenas os aparatos técnico-científicos e os saberes estruturados detidos pelos diversos núcleos de saber dos trabalhadores; tecnologias mais duras, prontas para serem usadas nos procedimentos adotados.

Ao pensar em como acolher essa usuária, o trabalhador coletivo deve estar aberto a um incentivo à construção de redes de autonomia e compartilhamento, em que a experimentação advinda da complexidade presente nos mais diversos encontros possibilite uma reinvenção de si, inventando-se com o outro (BRASIL, 2008c).

7.1.2.1 O mar se agita: escapando do *efeito flip-chart*

As reuniões se sucediam no cotidiano da USFIP e as questões em torno da produtividade, das ações procedimento-centradas, da relação oferta-demanda, da falta de comunicação entre os trabalhadores, da insuficiência das ferramentas prontas, dentre tantas outras, não eram levadas para o debate. Aqueles territórios-mar se moviam cotidianamente conforme o mesmo indo e vindo de suas marolas. Às vezes, ondas se formavam, mas acabavam estourando rapidamente na beira da praia, antes que pudessem ficar maiores e produzir algum efeito disruptivo. Assim, os peixes em seus cardumes continuavam a nadar em águas – ainda um tanto geladas -- que não eram exatamente calmas, mas que não pareciam estar nem perto de passar por um *tsunami*¹⁰, o qual pudesse destruir formas prontas...

Aos poucos, eu me despedia do campo de pesquisa -- pois é preciso terminar a viagem --, mas levava comigo os territórios existenciais produzidos entre mim e ele. Sentia ainda nos contornos da cartografia daquele serviço a expressão da manutenção de um *status quo*; um desejo pelos microfascismos parecia se reproduzir...

Foi quando resolvi comparecer a uma última reunião geral, em que supostamente estariam todos os funcionários presentes, como se espera todos os meses. Meu intuito era agradecer aos trabalhadores e aos usuários pela convivência e “atenção dispensada” durante todos aqueles meses de pesquisa de campo.

Os tradicionais elementos que faziam as reuniões gerais estavam presentes (ou pequenas variações deles): dois profissionais de pé, em frente a uma passiva platéia conduziam a “sessão”. Um *flip-chart* com uma lista de itens que iam sendo ticados à medida em que o assunto era “resolvido” substituía, desta vez, o costumeiro quadro branco. Além, claro, do próprio conteúdo da pauta, exposta no *flip-chart*, dando a entender como transcorreria a reunião. Eu, então, aguardava o momento oportuno pra fazer minha despedida.

Dentre os comunicados em pauta, estava o de que um dos profissionais passaria a assumir a função de Sanitarista, tornando-se uma referência técnica

¹⁰ O termo *tsunami* vem do japonês, significando *tsu* (porto) e *nami* (onda); “onda do porto”. Um *tsunami* é uma onda ou uma série delas que ocorrem após perturbações abruptas que deslocam verticalmente a coluna de água como, por exemplo, um terremoto, atividade vulcânica, abrupto deslocamento de terras ou gelo, ou devido ao impacto de um meteorito dentro ou perto do mar. A energia do *tsunami* é em função de sua amplitude e velocidade. Assim, à medida que a onda se aproxima da terra, a sua amplitude (a altura da onda) aumenta à medida que sua velocidade diminui. Os *tsunamis* podem caracterizar-se por ondas de trinta metros de altura, causando grande destruição. Fonte: WIKIPEDIA, 2009.

dentro da Unidade para alguns agravos. A inserção da atividade de Sanitarista nas Unidades de Saúde estava prevista pela PMV, que havia disponibilizado um curso de Saúde Pública para alguns de seus funcionários. Porém, não parecia tão claro (ou interessante) para o conjunto de trabalhadores presente naquela reunião a relevância de tal função. Talvez porque tenha sido privilegiada a explicação pela via dos indicadores pactuados com o MS, que deveriam ser alcançados até o fim do ano de 2008; sem esquecer de mencionar as recomendações feitas pela auditoria pela qual a Unidade vinha passando. Desse modo, referenciaremos, muito brevemente, a relevância do perfil do Sanitarista na história da saúde brasileira.

A literatura técnica destaca como ponto alto do modelo de Programação o incentivo dado à carreira de Sanitarista entre os anos 70 e 80 no Brasil. Nemes (1993) acentua esse marco nos movimentos engendrados na saúde pública do estado de São Paulo, em que se disponibilizaram recursos para que o sanitarista (carreira atrelada na época à profissão médica) assumisse, por concurso público, a gerência dos Centros de Saúde em lugar daqueles que possuíam cargos administrativos de confiança. Demarcava-se assim, o intuito de descentralizar o controle sobre as práticas sanitárias, comumente centralizadas pelo médico de formação tradicional, detentor dos saberes em torno do diagnóstico e tratamento dos usuários na assistência médica individual, a qual se pretendia ser ampliada e diversificada, segundo aquele modelo.

Voltemos ao *flip-chart*. De sua lista ainda constavam: questões sobre o PAS (antigo BUP – Boletim Único de Produtividade); as normas relacionadas ao cartão SUS; o processo de auditoria, férias dos funcionários, dentre alguns outros itens pré-determinados. A cada vez que a caneta, pelas mãos de um dos profissionais que conduzia a reunião, se aproximava do *flip-chart* e fazia um risco vermelho no papel, era possível ouvir suspiros de alívio na “platéia”. Significava que a reunião se aproximava do fim. Quando o intervalo entre um risco vermelho e o próximo aumentava um pouco mais, a inquietação das pessoas nas cadeiras ficava evidente. Lembro-me, claramente, de ter ouvido de alguém sentado atrás de mim: “fala das férias, fala das férias!” entre bufadas impacientes... O item “férias” estava bem no final daquela lista, à espera de um risco vermelho.

Num jogo entre forças passivas e impacientes, irrompe, na reta final da reunião, a primeira discussão. O mar se agita e aqueles grupos de peixinhos que ficavam protegidamente “comendo conchinhas” no fundo do oceano, ou mesmo

seguindo automaticamente os movimentos dos seus cardumes, precisaram ficar atentos aos primeiros ataques.

Como que por contágio, as falas se potencializaram e potencializaram os enfrentamentos entre as diversas categorias profissionais, formando uma rede de intervenções que começava a contribuir para um aquecimento daquelas águas. Entretanto, nesse movimento, quaisquer correlações de forças eram possíveis e muitos vetores se criaram. Aos poucos, as águas geladas da USFIP atingiram uma temperatura incandescente, anunciando um *tsunami*!

Tão logo os peixinhos perceberam a mudança climática que produziram, alguns procuraram a primeira loca pra se esconder. Outros lançaram mão de seus recursos de camuflagem para sobreviver à situação. Uns fugiam desorientadamente, desconectados de seu cardume, sem nem mesmo saber aonde ir. E havia aqueles que, poderíamos dizer, assumiram o seu devir tubarão. Estes fizeram eclodir toda a raiva e ímpeto que o coletivo podia assumir naquele instante. Mas todos, de algum modo, expressavam como estavam presentes naquele mar revolto. Assim, no fluxo desse embate de forças, irrompem as seguintes falas:

A gente não tá aqui pra adoecer, não! A gente tá aqui pra tratar dos outros!

“ARRAIA”

[...] eu não consigo falar nem com a minha colega!

“LINGUADO”

Pode falar comigo, pode me procurar! Eu nunca neguei nada quando me pediram pra dividir os pacientes.

“SARDA”

Não dá pra ficar marcando intercorrência toda hora... eu não consigo nem me reunir com a minha equipe!

“LINGUADO”

Eu percebi que tenho estado muito angustiada. [...] a gente não tá conseguindo conversar! Essa diferença de horários... quando a pessoa chega aqui ao meio-dia, a Unidade já tá pegando fogo!

“BARRACUDA”

Essa foi a profissão que você escolheu! Não tá satisfeito, vai ser paisagista, cuidar de plantas... Trabalhar em Unidade de Saúde é assim!

“XARÉU”

Se você tá aborrecido, agressivo, relaxa lá na sua casa, respira, pede para Deus...porque você não pode chegar aqui e descontar nos ouros profissionais!

“XARÉU”

O horário de reunião da equipe é muito ruim. Uma reunião que começa às treze horas e acaba às quatro horas da tarde!?[...]eu tenho que atender gestantes e fico sozinha!!!

“LINGUADO”

A questão não é nem a reunião de equipe. A questão aqui é de relacionamento.

“XARÉU”

Durante os meses de exploração naqueles mares, o navegador-cartógrafo pôde assumir também seu devir mergulhador. Em seus “mergulhos” naquelas águas não havia se deparado, até então, com uma movimentação tão intensa quanto aquela. As falas pareciam se anunciar como analisadoras em potencial dos ruídos que esse conjunto de trabalhadores costuma não encarar no seu cotidiano: falhas na organização do processo de trabalho; pouca valorização da comunicação entre os sujeitos e relações hierarquizantes. Não sabíamos, de antemão, que deslocamentos essas falas produziram e se promoveriam desterritorializações de maior impacto. Portanto, não sabíamos ainda se realmente seriam analisadoras. Afinal, havia também o risco de aquilo se limitar a uma catarse coletiva que permaneceria nos limites daquela reunião.

Podemos dizer que o que faz entender se as falas são analisadoras ou não, é a análise que elas permitem; o corpo que ganham neste trabalho, expressando como se dão os processos de trabalho em saúde na USFIP.

De qualquer modo, o que acontecia ali era um “momento quente” em meio às águas geladas daqueles mares. Talvez não emergisse dali uma “efervescência revolucionária” que se propusesse a realizar efetivas mudanças sociais (RODRIGUES, 2004), porém uma atividade especializada de análise não parecia se fazer necessária naquele momento.¹¹

Na Análise Institucional (AI) dizemos que quem faz a análise são os analisadores e não o analista, diferentemente do que acontece na Psicanálise,

¹¹ Na Análise Institucional Socioanalítica de René Lourau e Georges Lapassade, “quente” e “frio” dizem respeito à alternância de “temperaturas” nos sistemas sociais: nos períodos quentes, a AI como atividade especializada é dispensável para impulsionar movimentos de mudanças sociais. Nos frios, são comuns as consultas a analistas especializados e reconhecidos, através das *intervenções a pedido*, que estão ligadas à noção de encomenda por uma intervenção (RODRIGUES, 2004).

abordagem da qual a AI procura se diferenciar. Lapassade *apud* Rodrigues (2004, p.147) afirma que o analisador é “uma máquina de decompor, seja natural, seja construída”, sendo nele e através dele que a análise se efetua. Qualquer encarnação da figura de analista poderia minar a força coletiva dos analisadores naquela reunião.

Entretanto, dado seu lugar legitimado de intermediário que alinha o trabalho em saúde que se dá na USFIP aos interesses da gestão municipal, o gerente tende a assumir, como construtor das equipes de saúde, o lugar de analista, movido pelas políticas de gestão de recursos humanos ou de “gestão de pessoas”. Nesse sentido, não demora em dar consistência a uma forma-subjetividade de analista da verdade (FOUCAULT, 2006) em ato, na reunião, capturando as intensidades do espaço polifônico em funcionamento naquele momento. Sua ação parecia movida pelos desafios organizacionais em torno da “função” de gerente.

Ao falar sobre as três dimensões que a gestão do cuidado comporta (a dimensão profissional, a dimensão organizacional e a dimensão sistêmica), Cecílio (2008) nos aponta uma delas, a dimensão organizacional, como aquela que se concretizou com o processo de institucionalização das práticas de saúde, trazendo consigo a divisão técnica do trabalho e a conseqüente fragmentação de práticas. No âmbito organizacional, embora o trabalho de todos os profissionais seja entendido como fundamental para o cuidado em saúde, as diferentes valorações (que incluem remuneração, poder e autonomia) criam tensões que exigem da gerência um esforço de coordenação dos trabalhos e de comunicação entre os profissionais.

Cecílio (2008) nos diz que na dimensão organizacional nos defrontamos com uma nova lógica trazida pela variedade de atores e da relação que estes estabelecem com questões como registros e usos de informação; criação de espaços de trocas; estabelecimento do fluxo de pacientes; normalização de processo de trabalho; compartilhamento de responsabilidades, dentre outros aspectos, que trazem uma configuração diferenciada do “espaço privado” do encontro profissional-usuário. Nesse sentido, a responsabilidade gerencial e a dinâmica da equipe vão ocupar lugar central dentro dessa lógica, construindo um conjunto de relações mais complexo.

Tal complexidade parece ignorada ao se tratar as questões levantadas pelos profissionais das equipes como “questões de relacionamento”. Nesse caso, não se trata nem mesmo da dimensão profissional em que se dão as irredutíveis

responsabilidade e liberdade do trabalhador na sua relação com o usuário, mas de “questões de relacionamento” entre os trabalhadores. Desse modo, o questionamento é trazido para o nível das relações interpessoais, limitando as questões coletivas ao plano do individual. Expressa-se, em nível capilar, modos de subjetivação que insistem em capturar fluxos que tentam colocar em cheque formas de funcionamento instituídas, dissociando-as da tensão com as forças instituintes que emergem.

Isto desvia das questões relativas às instituições todo o potencial de debate que elas poderiam assumir nos serviços de saúde. Aqui entendemos instituições conforme o referencial da Análise Institucional: como valores, regras, leis, políticas, gestões, culturas, normas, desejos, que percorrem o funcionamento dos grupos, dos estabelecimentos e das organizações; e não como os próprios estabelecimentos ou as organizações em si, segundo uma leitura que os fixa numa perspectiva a-histórica da vida social.

Ao invés de se colocar em análise os modos de atenção e gestão instituídos, há uma culpabilização que desconsidera o outro em sua alteridade, despolitizando o cotidiano dos serviços de saúde e os efeitos produzidos pelas normas e modulações que neles operam.

Este modo de lidar com as tensões presentes no cotidiano organizacional também parece remeter ao modo como se entende um serviço na visão de grande parte dos gerentes no campo da saúde: como um organismo que deve atender a uma certa funcionalidade das partes em relação ao todo, como já havia sido mencionado neste trabalho.

Merhy *et al* (2006) consideram que a gestão institucional é de cada um dos agentes e de todos ao mesmo tempo. Isso pressupõe estarem atentos também aos jogos de intencionalidades presentes nos variados níveis de instrumentalização que as estratégias de negociação e participação assumem na relação dos gerentes com os trabalhadores.

Vivendo intensamente seu devir mergulhador, o cartógrafo se vê mobilizado por esse jogo de intencionalidades e instigado a descer alguns metros mais na exploração desses territórios-mar. Isso significaria tomar todos os cuidados, equalizando a pressão dos ouvidos na descida, respirando e verificando no

manômetro quanto de ar comprimido ainda lhe resta no cilindro¹². Mais e mais, o mergulhador enxerga o mar como um grande plano de imanência em que o desejo se produz em múltiplas direções. Enquanto navega no fundo do oceano, o mergulhador se percebe em acoplamento com esse embate de cardumes que formam um colorido cada vez mais intenso, pelo qual ele se sente atraído. Sabe que algumas espécies são “mais fortes” e maiores, podendo abocanhar os peixinhos desavisados. Sabe também que ele próprio pode ser “mordiscado” por qualquer um desses peixes. Mesmo assim, fascinado por esse movimentado balé dos cardumes, se arrisca um pouco mais: entra nas locas, mesmo apertadas, encosta nas pontas dos corais e nada por entre a movimentação dos peixes. Tenta tocar em alguns, sentir sua textura. Alguns permitem; outros fogem. Para estes, o mergulhador também é um ser estranho com suas nadadeiras chamativas e aquela máscara para “melhor enxergar”. É esperado que os peixes criem suas defesas...

Aagitado com todo esse movimento, o mergulhador se sente ansioso e se pergunta: quanto tempo tenho ainda? Quanto ar ainda me resta? Devo retornar à superfície ou ficar um pouco mais aqui? Notando que pouco ar lhe resta, surgem as náuseas; um certo medo. Algo que circula entre a garganta e o estômago, num vai-e-volta que não cessa. E ele se pergunta: como posso estar intensamente nesse mar?

O mergulhador-cartógrafo pensou ter sido acionado por seu corpo orgânico, que ao ligar sua “sirene” tornou-o afetado por um profundo incômodo naquela reunião. Em meio a todas aquelas forças (traduzidas em raiva, choro, faces ruborizadas, mal-estar geral nos trabalhadores), havia, também, tentativas de contenção dos fluxos coletivos. Como um *efeito Mühlman*¹³ (RODRIGUES, 2004), o *flip-chart* parecia ter produzido uma “apequenação” das potencialidades coletivas.

Algo sobe e desce, do esôfago ao estômago, querendo sair pela garganta. Movido por tamanha ansiedade graças àquele momento único na pesquisa e

¹² Cilindro e manômetro são equipamentos do mergulho autônomo. O manômetro indica a situação do suprimento de ar comprimido no cilindro, determinando precisamente quanto tempo resta de mergulho. Equalizar a pressão nos ouvidos significa equalizar o espaço aéreo dentro dos ouvidos com a pressão ambiente, durante a descida. Fonte: WERNECK, [200-?].

¹³ Efeito Mühlman é o processo mediante o qual forças sociais marginais, minoritárias ou anônimas se corporativizam, são reconhecidas pelo sistema das formas sociais já presentes. O instituído aceita o instituinte quando pode integrá-lo, quer dizer, torná-lo equivalente às formas já existentes” (LOURAU *apud* RODRIGUES, 2004). E ainda, efeito Mühlman “são efetuações de desconhecimento, recalcamto e cristalização que repudiam (ativamente) os analisadores” (RODRIGUES, 2004, p.146).

também por alguma indignação, o mergulhador-cartógrafo precisou deixar sair o que estava preso em sua garganta, quando se viu dizendo as seguintes palavras:

[...]É complicado vir para uma reunião apenas para discutir procedimentos, questões administrativas e burocráticas. Isso se torna improdutivo! Acho que os espaços de fala estão aí para serem criados coletivamente e abertos a outras questões. Essa agressividade que tá sendo contestada aqui talvez possa ser minimizada, nesses espaços coletivos...mas tem hora que parece não ter como não ser agressivo...significa que as coisas já estão assim!*[coloca a mão na garganta]*.

“MERGULHADOR-CARTÓGRAFO”

Posteriormente, o mergulhador percebe que o que ele julgava estar encerrado na extensão do seu corpo se revelava apenas como uma estratificação de um plano imanente, coletivo, que tudo agenciava. Nesse caso, eram agenciamentos das potências coletivas dos atores, daquelas vozes, do barulho dos suspiros, dos riscos vermelhos no *flip-chart* e do seu próprio corpo-extensão. Aquilo que se passava não era “dele”; ele estava ali “sobre” aquela experimentação; sobre um Corpo-Sem-Órgãos (DELEUZE; GUATTARI, 1996) povoado por intensidades puras que não dependem de uma organização dos órgãos como represas ou comportas para a passagem do desejo. Nessa experimentação, o mergulhador seguiu o fluxo de uma potência de agir, que podemos dizer, sofreu uma variação positiva em direção ao aumento de sua força vital (ESPINOSA, 1992), que parecia em expansão para fazer uma intervenção.

A intervenção pretendia alertar para a instituição de um trabalho em saúde procedimento-centrado nos serviços, que vem sendo estimulado pela crescente racionalização das práticas, imposta por um gerencialismo, que parecia estar sendo colocado em prática naquela reunião. Significava também alertar para o fato de os espaços de conversações entre os trabalhadores estarem funcionando no âmbito restrito da discussão sobre os procedimentos. Ao mesmo tempo, a intervenção contestava o cerceamento da manifestação de afetos e de intensidades que denotassem uma suposta “falta de controle” da situação nos espaços coletivos de enunciação. Isso porque percebemos que em meio a todas aquelas intensidades, ocorreu um desvio para o abrandamento dos conflitos, que foram tratados ao nível individual, pessoal, e não coletivo e institucional.

A proposta que se seguiu, feita pela gerência, foi que se fizesse um grupo de “bate-papo”; de “desabafo”, para que fossem resolvidos os problemas “de

relacionamento”. Nesta Unidade, há outros grupos de trabalhadores em funcionamento, como o das Agentes Comunitárias de Saúde, que conta com a participação da psicóloga. Sem dúvida, o bate-papo e o desabafo são elementos possíveis no funcionamento grupal e ajudam a promover as redes de conversações (TEIXEIRA, 2003) nos serviços. Entretanto, a pergunta que se faz é: como são postos em funcionamento esses elementos? A serviço de quê? É certo que o desabafo de um indivíduo entendido como a expressão de uma interioridade agressiva e reclamante, perde força na coletividade. Nesse sentido, é necessário estar atento a como são entendidos, nos grupos, tais desabafos. E ainda, quais as possibilidades desses trabalhadores “se acolherem” nessas conversações? Para que isso aconteça é necessário modificar as formas de gestão, ampliando os espaços democráticos de trocas, que possam focar, inclusive, as dificuldades.

Como pergunta Rolnik (2007, p.62), “que espécie de vida pulsa no pensamento que reduz o desejo à individualidade?” Um pensamento que separa o individual do social como dois departamentos de uma organização burocrática da existência humana funciona exclusivamente no registro de uma lógica macropolítica, constituindo uma estratégia de pensamento a serviço da conservação. Tem medo dos movimentos do desejo expressos pelas formas de vida concretas das pessoas, em que valores e expectativas são produzidos no real das experiências em agenciamento com o campo social. Esse pensamento não consegue ser afetado para uma abertura ao plano do desejo, da micropolítica, mantendo-se guiado pelo mapa do mundo social vigente e visível e fazendo pulsar apenas uma “vida-que-gora-e-gruda” (ROLNIK, 2007, p.63). Isso certamente produz uma conformidade com a reprodução de certos entendimentos sobre o trabalho em saúde, que não aqueles que o concebem engendrado numa produção social, e sobre os modos de se produzir acolhimento.

Ao compreendermos que as intervenções não devem ser feitas apenas pelo gerente do serviço, falamos de uma transversalidade nas relações e nas ações entre os trabalhadores, que permita a cada um deles exercer um auto-governo dos processos de trabalho, que caminhe na direção de uma gestão pública desses processos.

Chamamos de transversalidade o grau de abertura que garante às práticas de saúde a possibilidade de diferenciação ou invenção, a partir de uma tomada de posição que faz dos vários atores sujeitos do processo de produção e de gestão da

realidade em que estão implicados. Guattari aponta que “a modificação deve intervir ao nível de uma redefinição estrutural do papel de cada um e de uma reorientação do conjunto”. Segundo ele, enquanto as pessoas permanecem paralisadas em torno de si mesmas, elas não enxergam nada além de si mesmas (GUATTARI, 1977, p.96).

Nesse sentido, aumentar os graus de transversalidade significa superar a organização do campo assentada em códigos de comunicação e de trocas feitas num eixo vertical que hierarquiza os gestores, trabalhadores e usuários e num eixo horizontal que cria comunicações estratificadas. Assim, a transversalidade pretende escapar de uma regulação que dependa do que acontece ao nível do “topo da pirâmide”, sendo realmente entendida como “lugar do sujeito inconsciente do grupo, lugar de poder real” (GUATTARI, 1977, p.68).

A transversalidade nas relações entre grupos/categorias profissionais diz respeito à possibilidade de confronto e/ou conexão a partir do desmanchamento de um esquema de comunicação bilateral emissor- receptor. Em lugar disso, instaura-se uma dinâmica de comunicação multivetorializada, em rede, na qual se expressam os processos de produção de saúde e de subjetividade dos diferentes agentes (BRASIL, 2008b).

Franco (2006) destaca que nos serviços de saúde há uma multiplicidade de redes que operam em diversas direções e sentidos e constroem linhas de produção de cuidado que compõem a cartografia do trabalho vivo em ato, ao fazerem múltiplas conexões entre si. Trata-se do que Deleuze e Guattari (1995) chamaram de rizoma, ao se utilizarem dessa figura da botânica para se referirem a sistemas abertos de conexão que transitam no meio social. Os rizomas fazem múltiplos agenciamentos, produzindo a vida social sem que haja um eixo estruturado sobre o qual ela deva se organizar. Sua construção se dá a partir de múltiplas conexões construídas em processos feitos pelos diversos agentes envolvidos no campo social.

Ao discutir a questão da rede sob o foco da micropolítica dos processos de trabalho em saúde, o autor entende que os trabalhadores fazem rizoma, em que se dá um forte cruzamento de saberes, fazeres, tecnologias e subjetividades, concluindo que é nessa configuração de trabalho que os atos de saúde são produtivos e realizam o cuidado. As redes que se formam é que fazem com que os trabalhadores encontrem as potências uns dos outros a fim de alcançar a

resolutividade centrada nas necessidades dos usuários, sendo nesta perspectiva, o processo produtivo em saúde altamente relacional.

As relações podem se dar nas pactuações feitas entre os trabalhadores/equipe, resultantes de tensionamentos que se dão na constituição da gestão do cuidado (ou até de modo menos conflituoso), mas sempre conforme o jogo de intencionalidades que se expressa por vias comunicacionais diversas; através de atos de fala, escuta, olhares, toques, aliados aos saberes legitimados. No caso da USFIP, para fazer rede, os trabalhadores precisam abrir espaços de fala e escuta entre si, o que inclui encarar as possibilidades de confrontos, bem como as de encontros de potências.

Dessa maneira, o desafio da publicização dos processos de trabalho de todos os profissionais depende de uma ampliação dos graus de transversalidade no que diz respeito ao reconhecimento do trabalho do outro, articulando as dimensões de ação e comunicação envolvidas nos processos de produção de saúde.

Peduzzi (2007) aponta a ação produtiva e a prática comunicativa como dimensões do processo de trabalho que, articuladas, potencializam uma maior interação entre os trabalhadores, visto que apenas compartilharem a mesma situação de trabalho não é suficiente para garantir a integração da equipe.

Entretanto, esta estratégia de integração dos profissionais (e da conseqüente publicização dos processos de trabalho) esbarra na divisão do trabalho em saúde, expresso nas especialidades, as quais muitas vezes não reconhecem a interdependência entre si na conectividade das ações de saúde. Há uma tendência à manutenção do lugar de saber-poder socialmente legitimado para cada tipo de trabalho. Na prática, isto se traduz em hierarquização de saberes, que historicamente é afirmado pelos modelos de gestão, que reforçam não só a divisão entre planejamento e execução de ações, como uma lógica de estruturação piramidal normatizada que enrijece as relações entre os atores.

Remetendo à divisão e hierarquização de saberes, destacamos a separação ou desqualificação existente entre os vários níveis de formação que atuam no serviço, o que expressa as relações de trabalho que se dão na USFIP:

O nível superior, ele que traz pra si esse poder, ele que instituiu pra si esse poder. E aí que vem aquela lógica de você quebrar essa questão... trabalhar essa questão de dividir esse poder com a decisão de todo mundo. Não adianta os técnicos fazerem o curso [de

educação permanente], se o pessoal todo não fizer... Eu acho que a primeira modificação tem que ser nessa quebra desse poder.

“BADEJO”

[...]tinha auxiliar de enfermagem, tinha auxiliar administrativo... eu não lembro se tinha outros de outras categorias, mas tinha esses, entende? [*no curso de capacitação 'Portas Abertas'*]. Eu até falei uma coisa: eu achava que não deveria ser...só tinha nível fundamental e médio. Eu até falei que eu achava que os outros também deveriam fazer[...]Eu não sei. Não sei se eles deram já pra eles, separado, ou se... Às vezes tem uma postura assim...que não é legal. Não entendi e perguntei lá na hora, entendeu? Porque eu também vi dessa forma.

“GAROUPA”

[...]às vezes não é da atribuição daquele que tá recepcionando, às vezes ele não tem... a capacidade ou o suporte pra acolher aquela pessoa. Essa pessoa quer saber que ela vai tomar uma medicação, que ela vai ser atendida e que o filho dela vai ter uma garantia de... de atendimento. Então...nós estamos tirando isso, basicamente, da recepção e a triagem, nós vamos colocar para o técnico de enfermagem. Porque o técnico em enfermagem tem os dados vitais da pessoa: tem o peso, tem a altura, tem temperatura, tem pressão, e tem o próprio relato do paciente. E isso respalda muito mais o técnico ou o auxiliar de enfermagem a triar esse paciente do que aquela pessoa propriamente que tá na recepção[*auxiliares e/ou assistentes administrativos*].

“SARDA”

...o agente tem potencial, tem capacidade, e teve um tempo que jogaram de lado. Porque, o carro chefe do PSF são os agentes, não faz nada no PSF sem ser através dos agentes, que é o elo de ligação com a comunidade. Tudo que você quiser saber da comunidade 'cê tem que ir no agente.

“ROBALO”

Podemos dizer que as falas dos trabalhadores expressam, de certo modo, os jogos de intencionalidades, interesses e necessidades presentes na relação entre si, antes mesmo que estes jogos se estabeleçam na relação de cada um deles com os usuários do serviço. Assim, o modo como lidam com a interação e valorização dos vários saberes (inclusive os saberes que não são técnicos), bem como o modo como efetivam os processos de decisão coletiva e empoderamento de todos os atores afirmam que há sempre um tensionamento; um jogo de forças no serviço entre aqueles que pretendem (e devem) trabalhar em equipe, a fim de consolidar os princípios e diretrizes do SUS.

Peduzzi (2007) afirma que há uma ênfase no trabalho em equipe de saúde em função de novos modelos de gestão que questionam a rígida divisão do trabalho e o próprio aumento da demanda da população pelos serviços. Entretanto, tal ênfase se apóia também na idéia de racionalização de recursos em função dessas novas

demandas da população, o que faz constituir uma dupla mensagem: responder às necessidades de integração das profissões, por um lado, e por outro, racionalizar a assistência médica em acordo com uma cultura organizacional que enfatiza a dimensão de mercado.

É a partir de uma análise dos processos de trabalho em saúde que podemos distinguir os “tipos” de trabalho em equipe e para que resultados estão eles orientados: para a tradição biomédica ou para as necessidades de saúde dos usuários. Da mesma forma, entendemos que os processos de trabalho e o modo de organização dos serviços expressam as políticas de saúde e os seus modelos assistenciais, em que estão articuladas as práticas de saúde e as práticas sociais e político-econômicas (Peduzzi, 2007).

Assim, se são pretendidas mudanças nas práticas de saúde, estas devem acontecer ao mesmo tempo em que são alteradas as relações de poder trabalhador-trabalhador (e trabalhador-usuário), colocando-se em análise a dimensão comunicacional, uma vez que esta é intrínseca à execução dos processos de trabalho. Para Peduzzi (2007) o que caracteriza uma equipe é a comunicação entre seus componentes e destes com os usuários, dado que o trabalho em saúde possui uma natureza intersubjetiva. No trabalho em equipe observa-se a ação racional orientada para um fim e a ação comunicativa, que pode assumir uma grande importância na construção de consensos, de entendimentos e nas validações destes.

Na USFIP, as dificuldades do processo comunicacional interferem na organização do trabalho em equipe e, ao mesmo tempo, sofre interferências do próprio modo de organização do processo de trabalho que se dá naquela Unidade:

Sabe o quê que elas falaram pra gente? Que elas pensaram que a gente não gostaria...não gostava de participar...falta de comunicação. Foi isso que eles falaram lá: falta de comunicação!

“ROBALO”

Eu acho que todo mundo tem que tentar falar a mesma língua. Essa divisão do horário das equipes dificultou a comunicação entre a gente e a nossa comunicação com os outros, por exemplo: depende d’eu e da [*nome da profissional*] nos juntarmos e treinar os auxiliares, treinar os agentes, entendeu?

“DOURADO”

A ação comunicativa pressupõe uma interação, podendo-se constituir como um princípio organizador do trabalho em equipe no sentido de recompor os trabalhos especializados, mais do que, necessariamente, recompor o “agir instrumental” em conjunto, que pretende alcançar um resultado. O agir comunicativo busca o entendimento e o reconhecimento mútuos para a realização de um projeto de trabalho comum.

A idéia de comum, conforme Hardt e Negri (2005), suplanta a noção identitária de povo, e a noção uniforme de massas, trazendo a noção de multidão, que invoca um agir em conjunto a partir das diferenças afirmadas por uma coletividade. Assim ao reconhecermos as singularidades presentes nos coletivos, o comum começa a se manifestar. De acordo com Hardt e Negri (2005, p.174):

As singularidades efetivamente se comunicam e podem fazê-lo por causa do que compartilham. Nós compartilhamos corpos com dois olhos, dez dedos nas mãos, dez dedos nos pés; compartilhamos a vida neste planeta; compartilhamos regimes capitalistas de produção e exploração; compartilhamos sonhos de um futuro melhor. Além disso, nossa comunicação, colaboração e cooperação não só se baseiam no que existe de comum como por sua vez também produzem o comum. Estamos constantemente fazendo e refazendo o comum que compartilhamos diariamente.

Para falar de trabalho, porém, devemos reconhecer que nas últimas décadas do século XX o trabalho industrial perdeu sua hegemonia, surgindo em seu lugar o “trabalho imaterial” (HARDT; NEGRI, 2005). Segundo esses autores, esta forma de trabalho cria produtos imateriais tais como saber, informação, comunicação, relações ou ainda, reações emocionais.

O trabalho imaterial possui duas dimensões: trabalho cognitivo ou lingüístico, que trata da resolução de problemas, tarefas simbólicas ou analíticas, e o trabalho afetivo, que trata da produção e manipulação de afetos.

Segundo esses autores, a maioria dos empregos que envolvem trabalho imaterial combinam essas duas formas. A criação de comunicação, por exemplo, é uma operação lingüística e intelectual, mas também tem um componente afetivo na relação entre as partes que se comunicam. O próprio trabalho em saúde mistura essas duas dimensões do trabalho imaterial e, além disso, as associa a formas de trabalho material: troca de curativos, aplicação de vacinas, etc.

Hardt e Negri (2005) insistem, porém, que a atividade implicada no trabalho imaterial permanece material, pois engaja nosso corpo e nosso cérebro, como em

qualquer outro trabalho. O que é imaterial é o seu produto. Assim, sustentam que é preferível até falar em “trabalho biopolítico”: um trabalho que cria não somente bens materiais, mas relações, e também a própria vida social.

Assim, pensamos como possibilidade de trabalho comum dos profissionais de saúde que operam um trabalho em equipe, aquele que possa afirmar a singularidade entre eles e entre eles e os usuários, reconhecendo a criação de relações, afetos, formas de comunicação e resolução de problemas que possam ser problematizadas enquanto potencializadoras da sua capacidade de se relacionarem e produzirem acolhimento nos processos de produção de saúde: acolhendo a si mesmos e aos usuários. Do ponto de vista comunicacional, pensamos os serviços de saúde como redes de conversações (TEIXEIRA, 2003) em que podem ser interrogados os modos como se acolhem, se ouvem, como promovem o comum nas equipes...

Ao falar de um domínio de um saber-fazer comunicacional, Deslandes (2008) afirma que ampliar os processos comunicacionais se refere à ampliação do que podemos construir e atualizar a respeito de novas versões do mundo, do sofrimento, do cuidado e de nós mesmos. Para ela, não se trata de dar mais voz a qualquer categoria profissional ou aos usuários, mas de refletir e problematizar a racionalidade que rege esta comunicação; falar das dificuldades das trocas intersubjetivas nos serviços de saúde e problematizar as relações de poder que envolvem a legitimidade ou a ilegitimidade atribuída às várias versões de como são as coisas, o trabalho, o cuidado, o sofrimento.

Durante o processo de pesquisa pudemos perceber o quão “restrito” é o processo comunicacional do ponto de vista de tais problematizações. Os trabalhadores/equipes da USFIP não parecem se sentir potentes a ponto de criar espaços para discussões que “ampliem” sua comunicação no sentido apontado por Deslandes (2008). Os grupos existentes são restritos à participação de profissionais de uma mesma categoria, como é o caso da reunião semanal entre os ACS e a psicóloga da Unidade, e fechados para outros profissionais, que também não cogitam participar do mesmo. As reuniões de equipe e as reuniões gerais possuem a clara finalidade de discutir questões administrativo-burocráticas e procedimentos, além dos casos, a respeito dos quais nem todos os profissionais querem discutir. Como pesquisadora da área de Análise Institucional, penso que pude fazer algumas “intervenções” -- tanto durante as reuniões, quanto em conversas pelos corredores com alguns profissionais --, que sugeriam a construção destes espaços. Entretanto,

o que eu ouvia dos profissionais remetia sempre à dificuldade em “fazer alianças” entre as categorias para criá-los.

Entretanto, os próprios profissionais expressaram, durante as entrevistas, lacunas deixadas pelas reuniões de equipe, consideradas o momento mais viável para estarem juntos. Assim, demonstram algum descrédito por determinadas “funções” que estas reuniões vêm assumindo, apesar de apostarem ali alguns anseios de mudança:

Eu falei que não adianta se o pessoal, se o gestor, não tiver a fim[...]aquelas reuniões, igual ontem, nem no final ela abriu espaço pra ninguém falar nada, pra rolar o debate...não adianta fazer educação permanente... todos os auxiliares, os vigias, até os usuários fazerem...

“BADEJO”

[A reunião] acaba sendo um meio de despachar... junta todo mundo, aí vira.. às vezes...virou reunião meio administrativa porque um fala uma coisa, outro fala outra, e vira ‘lavação de roupa suja’.

“DOURADO”

Se não mexer não muda, né? Se não falar, não muda. Como é que eles vão saber que... pra eles, a gente todo mundo tá satisfeito. Tá tudo bem, tá fluindo... e não tá. Se ninguém falar... né? A gente fala pra melhorar, né? Não pra piorar. Então, aí foi um desabafo meu. Eu falei assim “você cobram muito, mas na hora que a gente... pra participar...a gente tá fora”.

“ROBALO”

Eu vejo que a gente precisa, a partir dessas reuniões, a partir de conversas... ontem, uma questão que eu levei pra reunião, de um problema, que eu tava ouvindo uma reclamação lá na cozinha...eu quis levar pra reunião porque eu acho que é ali que a gente tem que chegar, resolver e organizar a questão do SUS. Eu acho que tava todo mundo assim meio perdido. Eu acho que agora que a gente tá começando a... direcionar mesmo o nosso trabalho.

“DOURADO”

Apontamos aqui para uma “racionalidade comunicativa” que deve estar presente nas relações de trabalho e nas relações terapêuticas, fundadas no reconhecimento de um outro legítimo, tomando a alteridade como pilar de relações menos verticalizadas (e como diz Deslandes, menos violentas) entre profissionais e também entre profissionais e usuários. Assim, a autora sustenta o investimento numa racionalidade que não se constrói a partir de uma lógica instrumental intervencionista e normativa, de um “conhecer para dominar”; mas numa racionalidade comunicativa que se constrói na processualidade do debate; que “envolve decisões existenciais, um agir no mundo e uma ética de solidariedade

contra o sofrimento e a opressão.[...]” e “[...]situa-se como modelo político em que práxis e palavra estão em profunda sinergia” (DESLANDES, 2008, p.36).

Nesse sentido, a estratégia do projeto comum só pode se concretizar se houver um esforço dos componentes das equipes para uma articulação entre si e entre os saberes, no sentido da publicização dos processos de trabalho que se dê nesta sinergia entre práxis e palavra. Afinal, como diz um dos profissionais entrevistados: “como é que eles vão saber, se ninguém falar?”. Desse modo, pensamos uma publicização que transponha o simples “compartilhamento” dos mesmos usuários os quais os profissionais acompanham ou do espaço físico onde se realizam as ações (a mesma sala, o mesmo consultório, a mesma Unidade de Saúde, etc.). Nesta perspectiva, concordamos com a afirmação de Peduzzi (2007, p.163):

A articulação requer que o profissional reconheça e coloque em evidência as conexões e os nexos existentes entre as intervenções realizadas – aquelas referidas ao seu próprio processo de trabalho e as ações executadas pelos demais integrantes da equipe.

Reconhecer as conexões entre as intervenções realizadas, implica em superar a fragmentação dos especialismos, afirmando que cada saber é importante no processo. Enfim, é reconhecer o outro na diferença que ele afirma enquanto produtor de um trabalho comum.

Podemos dizer que a dificuldade de se operar a transversalização e operar a própria noção de comum nos processos de produção de saúde possui relação com um modo arraigado de estabelecer relações de trabalho naquele serviço, remontando aos esquemas de modelos tradicionais de atenção. Assim, embora o PSF seja entendido como a principal estratégia de mudança do modelo assistencial a partir da atenção básica, tendo se tornado uma das principais respostas do Ministério da Saúde à crise vivida na saúde; segundo Franco e Merhy (2007) o atual modelo de assistência à saúde, se caracteriza como produtor de procedimentos, com destaque para o fato de que a produção de serviços se dá a partir da clínica exercida pelo médico. E que por isso o PSF, ao resumir a sua ação à vigilância em saúde, diminui sua significativa potencialidade de reverter o modelo médico hegemônico. Estes autores destacam a centralidade na corporação médica e a delimitação de competências no PSF, sem considerar a relação equipe

multiprofissional que deve ser centrada no usuário, alimentando, assim, um atendimento focalizado e seletista.

Para se romper com esse modelo deve-se transformar a divisão do processo de trabalho verticalizador. Porém o modo de prestar assistência ainda está fortemente ligado a uma determinada concepção de trabalho saúde. Merhy (2006b) aponta a dinâmica dos processos de trabalho como questão primordial, acreditando que o programa aposta em uma mudança centrada na estrutura, não se inscrevendo amplamente nos microprocessos do trabalho em saúde. Além disso, o modelo assistencial deve estar centrado no usuário, propondo-se um processo de trabalho multiprofissional e não centrado na figura do médico.

Os processos de produção de saúde exprimem nas ações do cotidiano da USFIP a histórica hegemonia do modelo médico-centrado de atenção. O profissional médico tomado como referência para as ações e decisões, reforça o entendimento de uma dada concepção sobre o trabalho em saúde:

Antes a gente fazia tudo. Nós éramos treinados para reunião de gestante, reunião de hipertensão, o tema que nós pudéssemos dominar ali: "você domina esse tema aqui?" você estudou..um tema mais fácil...não é um tema que só o médico vai poder responder, mas aquilo que EU tenho capacidade pra responder.

"ROBALO"

Entrevistada-- ...você vai esperar o paciente chegar pra fazer vacina. Enquanto você ta esperando, se aparecer alguém pra você atender lá fora, né? Que no caso eu trabalho é aqui dentro, na vacina, e no acolhimento. Aí eu faço uma pré-avaliação. Chegando um paciente passando mal, eu vou ouvir a história do paciente, né? Você vai ouvir a história do paciente, vai escrever no prontuário. Vai pesar, vai olhar pressão, né? Vai olhar a temperatura e.. vai ver se ele precisa ser passado pelo o médico. Aí você vai pegar esse paciente e vai mandar a ficha pro médico. Você vai escrever o que ele diz que ele ta sentindo. E aí eu passo pro médico caso precise passar pelo médico. Se o paciente tiver com algum sinal de alerta: febre, vômito...dependendo do que ele tá sentindo, eu passo pro médico.

Pesquisadora – ‘Cê faz uma avaliação, então?

Entrevistada – Isso, uma avaliação.

Pesquisadora – ...porque às vezes não precisa ir pro médico, né?

Entrevistada - Às vezes não precisa...eu faço uma pré-avaliação. Mas aí você passa... prepara o paciente e passa ele pro médico.

"GAROUPA"

A gente tem, por exemplo, uma grande força que existe dentro de um serviço que são os prescritores, né? Vamos supor que eu preciso fechar a farmácia todo dia seis horas, mas tem médico até as oito. Amanhã ele [*o usuário*] tendo a garantia de que ele vai conseguir pegar esse medicamento, tudo bem! Agora não adianta nada a

farmácia tá aberta se não tiver prescritor, concorda comigo? Então, é o seguinte: se você faz uma aliança boa e interessante com os prescritores – que é assim que foi feito aqui – as coisas têm que funcionar. Porque se tiver médico até as dez, acabo forçando todo mundo a se organizar pra ficar junto até às dez... porque se tiver médico vai ter que ter auxiliar de enfermagem, enfermeiro, farmácia...Então, o médico vai puxando tudo.
“BADEJO”

Embora o médico ainda seja visto e tratado como o principal agente do cuidado em saúde, observamos no PSF a ascensão de outro profissional do ponto de vista da organização do processo de trabalho: a enfermeira.

Entretanto, podemos observar na recente história das práticas sanitárias brasileiras, que o profissional da área de enfermagem encontrou resistência de outras categorias profissionais para implementar o seu projeto de trabalho, principalmente quando de sua institucionalização a partir do final dos anos 60.

Reportamos-nos a aspectos históricos da reforma administrativa feita pela Secretaria de Saúde do estado de São Paulo, ocorrida naquela época (VILLA, 1992), a qual tomamos como base para discutir a influência da enfermeira e o lugar que ela ocupa no modelo de saúde que vigora nos dias atuais na AB -- o PSF --, e quais as expressões que tal influência ganha no presente estudo.

Até a instauração do modelo de Programação, a enfermeira não era identificada como agente necessário no processo de trabalho da saúde na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), enquanto vigorou o modelo médico-sanitário, no qual não estava previsto o papel da enfermeira na organização mais geral da assistência à saúde da população (VILLA; MISHIMA; ROCHA, 1994).

A institucionalização do trabalho da enfermeira se deu com vistas a organizar e sistematizar as ações de enfermagem tanto no âmbito da assistência individual como no controle do processo saúde-doença na coletividade. Segundo Villa (1992), a partir de 1976, a enfermeira teve uma participação efetiva na implantação e implementação do modelo de Programação. Com o modelo, intensifica-se a divisão técnica do trabalho, sendo a prática de enfermagem desenvolvida por vários agentes, onde cada agente executa uma parcela determinada por um plano de trabalho organizado coletivamente.

Com a introdução do modelo de “Programação em Saúde”, que passa a ser desenvolvido em São Paulo a partir de 1976, uma nova fase das práticas sanitárias é inaugurada, com o intuito de ampliar e diversificar a assistência médica individual a

grupos populacionais. Nesse contexto, a enfermeira assume a chefia de enfermagem e sua presença passa a ter o objetivo de ocupar o lugar de controle na produção de serviços de saúde e disciplinar o pessoal de enfermagem “subalterno”.

A respeito deste aspecto, podemos dizer que uma das dificuldades encontradas pela enfermeira na institucionalização de seu trabalho, residiu na resistência a uma nova forma de hierarquização das relações de trabalho na área de enfermagem, o que gerou muitos conflitos: o pessoal auxiliar não aceitou as novas relações de chefia de imediato, desejando manter a mesma linha de organização do trabalho presente no modelo anterior (o modelo médico-sanitário), sustentando uma relação direta de “mando” da parte do médico, e não do enfermeiro (VILLA; MISHIMA; ROCHA, 1994).

A Programação representou um avanço no reconhecimento técnico e na esfera de poder da enfermeira, por referência a sua participação nas práticas operadas nos modelos anteriores, pois ofereceu condições para a categoria participar de forma mais atuante, tendo o respaldo normativo dos programas.

Naquele período, houve muita resistência dos médicos em cumprir a padronização de condutas. Por outro lado, houve um alto grau de comprometimento profissional da enfermeira com as normas institucionais, reproduzindo o "autoritarismo" de um modelo implantado de forma vertical, sem questionar a sua adequação ao atendimento. Assim, segundo Villa, Mishima e Rocha (1994, p.81), sua participação esteve mais relacionada à utilização das normas programáticas para controlar cada fase do processo de trabalho e seu modo de execução.

No modelo em vigor nos dias atuais, o PSF, há uma proposta de inversão do modelo tradicional de organização dos serviços de saúde centrado no médico, pressupondo, então, um trabalho com base numa equipe multiprofissional. Alguns autores cujos estudos envolvem o PSF (FRANCO ; MERHY, 2007 e ARAÚJO, 2003) destacam que o atendimento ambulatorial é feito a partir de uma “demanda programada” na USF (que embora esteja assim citada nos diversos trabalhos, pode ser melhor entendida como “oferta programada”). Assim, o trabalho multiprofissional ganha destaque nas ações programáticas.

Segundo Araújo (2003, p.119), “o atendimento é realizado individualmente ou em grupos, onde a idade, o sexo e as patologias são os critérios básicos utilizados para sua organização, enfatizando medidas preventivas de saúde”. O planejamento das ações “segue uma programação elaborada pelo Ministério da Saúde, na qual a

população deve ser assistida basicamente por grupos de patologias e/ou faixas etárias” (ARAÚJO, 2003, p.119).

Esta autora enfatiza os ganhos do enfermeiro dentro do PSF, destacando que o processo de trabalho desenvolvido neste modelo tem proporcionado ao enfermeiro uma participação efetiva em todas as suas etapas, que vão do planejamento das atividades até a sua execução. Porém, duas atividades são exclusivas do enfermeiro: o acompanhamento das atividades dos agentes comunitários de saúde e a responsabilidade pela cobertura da vacinação.

O PSF, enquanto proposta, segue princípios que colocam como prioridade o vínculo e o compromisso do profissional com a comunidade. Os enfermeiros parecem ter assimilado estas proposições, reconhecendo-se que há um condicionamento social em relação a sua atuação na qual sua função seria cuidar do paciente e humanizar a saúde (ARAÚJO, 2003).

Em nossa pesquisa, o que percebemos é uma queixa por parte de outros trabalhadores quanto à centralização das decisões, do planejamento e, muitas vezes, da própria execução do processo de trabalho das equipes feita pela figura do enfermeiro:

[...]tem a figura do enfermeiro, que é a figura central. As decisões são tomadas por essas figuras, entendeu? Existe muito essa divisão entre nível superior e nível médio.

“BADEJO”

Agora tem que dar uma mudada boa...porque ficava só trocando de enfermeiro. De 2 em 2 anos, 3 em 3 anos trocava de enfermeiro. Aí, quer dizer, um enfermeiro começava um programa, o outro vinha, não queria fazer daquele jeito, aí a gente vai fazer outro. Até começar tudo de novo né? Aí agora, por isso que eu to falando, agora sim, agora..agora dá.

“ROBALO”

É, porque eu tô escalada...minha escala é vacina e acolhimento. Mês que vem já posso estar em outro setor. [...]porque é visita domiciliar, é... preparo, é...vacina, é...esterilização, CME, né? É...recepção, né? No caso, acolhimento... é isso.[...]A enfermeira, quando chega perto do final do mês, ela vai fazer uma nova escala.

“GAROUPA”

[...].Então cada agente ficava responsável por quem ia fazer a palestra, por quem ia organizar tudo ali, sabe? Aí o quê que a gente fez: organizou uma agenda... anual...toda última quinta-feira é gestante...Foi falado lá na reunião de gestante quem vai tá sendo o colaborador, quem vai tá palestrando. Eu que passo pra ela

[palestrante] e ela vai anotar. Não era assim, era só enfermeira, enfermeira, enfermeira, enfermeira, enfermeira, enfermeira....
“ROBALO”

Nesse sentido, o profissional da enfermagem parece ocupar na USFIP um lugar de valorização, no sentido do controle da organização do processo de trabalho dos demais trabalhadores, sobretudo dos agentes comunitários e auxiliares de enfermagem.

Nas escalas feitas a cada final de mês, é destinado ao trabalho “no acolhimento” apenas 1 (um) auxiliar de enfermagem. Este trabalho se resume à recepção ao usuário assim que ele entra no serviço. O trabalhador escalado para esta “tarefa” coloca-se à disposição para as possíveis demandas do usuário, acreditando que estas já vêm, invariavelmente, determinadas.

Entender que acolher se trata de uma “atividade específica” que se dá “no acolhimento” pressupõe que este se restringe a um local específico e que esta atividade é feita por um profissional específico. No caso, o auxiliar de enfermagem, o qual apresentaria um “perfil técnico” adequado para esta “função”. Assim, é um trabalho que se não se dá quase que especificamente na recepção, vai no máximo até a sala de preparo, onde é aferida a pressão arterial no caso de algum tipo de mal-estar. Nesses casos, procede-se a uma avaliação de risco, que se dá pela análise de sinais e sintomas e que, normalmente, é feita pela enfermeira (já que os auxiliares de enfermagem nem sempre se sentem seguros para fazê-lo).

A escala para realizar o acolhimento faz pensar nos seguintes aspectos: o primeiro é que se por um lado todos os auxiliares têm a oportunidade de “estar no acolhimento” – já que a cada mês é um auxiliar de enfermagem diferente --, por outro não se vislumbra a possibilidade de reunião/interação/discussão a respeito do acúmulo das diversas experiências vividas pelos mesmos, formando duplas, grupos, ou como apontam Franco, Bueno e Merhy (2007), uma “equipe de acolhimento” afeita à realização desta “atividade”. Isto contribuiria para tornar menos individualizante a “função” de acolher e favoreceria a criação coletiva de outros dispositivos que pudessem colaborar com a reorganização do trabalho em equipe na relação com o usuário, uma vez que já foi dito pelos próprios profissionais em reunião que esta relação “começa lá na recepção”.

Um segundo aspecto é o fato de que as enfermeiras têm sua participação reduzida quanto às ações relativas a acolhimento. Elas escalam um outro

profissional para fazê-lo, embora se coloquem disponíveis para sanar dúvidas ou realizar Avaliação Inicial. Isto denota um obstáculo criado para se fortalecer a noção de “equipe”, pois não se trata de um trabalho conjunto, mas de um trabalho fragmentado, em que auxiliar de enfermagem e enfermeiro desempenham, cada um, um papel deferente, em “etapas” diferentes: o auxiliar de enfermagem faz o acolhimento e o enfermeiro faz a Avaliação de Risco.

Da mesma forma, torna-se difícil destituir da noção de acolhimento o rótulo de “atividade específica numa etapa do serviço”, pois as poucas considerações que se fazem na USFIP sobre acolhimento remontam às categorias de enfermagem, parecendo estar desconectadas do “escopo de atuação” ou da “postura” dos demais profissionais.

O acolhimento parece também ser entendido como uma etapa de um processo geral de triagem, acontecendo antes da Avaliação Inicial feita pela enfermeira e antes da possível consulta médica:

Aí quando a gente chega, a gente vai na recepção, vê como é que tá a questão da demanda porque toda vez que chega alguém passando mal, o menino da recepção faz o acolhimento ou a auxiliar de enfermagem pergunta o que é... Se for alguma coisa que pode ser agendado, ela agenda. E se a pessoa falou “tô com febre, tô com dor...” algum problema agudo, aí ela pede pra pessoa aguardar, pega a ficha e a enfermeira faz o que a gente chama de avaliação inicial. É como se fosse assim, uma avaliação de risco. É meio que uma supervisão. Aí a enfermeira vai lá na frente, vê como é que são as coisas e pergunta: “tem paciente da avaliação inicial?”. Atende as avaliações, o que dá pra resolver, resolve. Porque não é qualquer medicação que se pode prescrever, né? Coisas que podem ser agendadas, a gente agenda e tem algumas situações que a gente tem que encaminhar pro pronto-atendimento. Mas pode encaminhar pro pronto-atendimento? Peraí, tem que passar sempre pro encaminhamento do médico. Então...é uma triagem mesmo, desses pacientes.

“DOURADO”

Além de ser associado a uma etapa e a um processo de triagem, o acolhimento assume outros sentidos: suporte emocional, verificação de dados, aferição de pressão e orientação ao usuário. Além do entendimento de que deve acontecer em um determinado momento do serviço (anterior à consulta ou na chegada do paciente à Unidade), o acolhimento é visto como função adequada de um profissional específico. Nesse sentido, corrobora com a noção de Avaliação com Classificação de Risco, que pressupõe que deva haver um profissional capacitado para fazê-la (BRASIL, 2004b):

Quando os pais são bem acolhidos, o paciente é bem acolhido, ele interpreta aquilo [*uma complicação/piora no quadro da criança*] como uma evolução natural da doença. Se essa mesma criança tem essa reação...por exemplo, ela chega na unidade de saúde, ela é mandada pra casa ou voltar mais tarde e essa criança complica (pausa), psicologicamente essa mãe fica muito mais alterada. Porque ela não teve o devido acolhimento na unidade de saúde. Então a gente tá tentando mudar esse perfil, aperfeiçoar. Com dados, por exemplo, com o acolhimento feito pelo técnico de enfermagem, você tem muito mais capacidade de... triar esse paciente, né? Tem muito mais segurança pra fazer isso daí. [...]Dar um suporte mais emocional...porque a evolução da doença vai acontecer independente de qualquer suporte emocional que se dê, mas para o lado daquele que recebe o atendimento, faz toda diferença. Se você acolhe... acolhe no sentido de verifica os dados, vê pressão e dá uma orientação, a receptividade dessa atitude é uma. Se você simplesmente olha e fala “volta mais tarde”, a receptividade dessa atitude é outra...entendeu?

“SARDA”

Durante a pesquisa, constatamos que a enfermagem é bastante valorizada e responsabilizada pela gerência, o que se verifica pelo grande número de atribuições que as enfermeiras acumulam. O nível central, por sua vez, também tem investido nesta categoria, a fim de promover mudanças nos processos de trabalho no interior dos serviços. Isto pode ser observado a partir do novo “papel” assumido pela enfermagem na USFIP.

Segundo a SEMUS, os sanitaristas formados pelo curso de Saúde Pública se tornariam “os mobilizadores” das equipes para que estas incorporassem os movimentos de mudança que vêm acontecendo na Atenção Básica em Vitória, principalmente com relação aos indicadores pactuados e ao impacto dos mesmos no processo de trabalho de toda a equipe. No caso da USFIP, o profissional que passou a assumir a posição de sanitarista na Unidade é da enfermagem. A junção do papel instituído já desempenhado pelo enfermeiro no serviço de PSF a suas novas atribuições como sanitarista apontam para a manutenção de um certo lugar – não necessariamente privilegiado -- que o enfermeiro ocupa no serviço, embora também haja, por parte das enfermeiras, a reclamação a respeito da sobrecarga de trabalho e da falta de autonomia dos outros profissionais que são subordinados ao enfermeiro em seu processo de trabalho. Estes apresentariam dificuldades em resolver os problemas cotidianos da assistência na USFIP, na ausência do enfermeiro.

Estudos apontam que por meio de ações normatizadas ou programas, os enfermeiros têm podido atuar mais diretamente na atenção à saúde, contribuindo para a diminuição do fluxo de atendimento centrado na consulta médica e assim,

umentando o acesso dos usuários ao cuidado (ESPERANÇA; CAVALCANTE; MARCOLINO, 2006). Assim, acreditamos que, pelo *status* que este profissional adquire com o PSF, ele pode ser um importante articulador de mudanças nos serviços. Não no sentido de acumular tarefas ou deter o controle sobre os processos de trabalho da equipe, mas no sentido de ajudar a operar uma organização do trabalho que focalize a autonomia de todos os outros profissionais, e não só do médico, e estimule a valorização destes na relação com todos os usuários.

O enfermeiro, a partir de sua posição de destaque no PSF, e tendo como grandes aliados de seu trabalho os programas, pode incentivar uma construção coletiva e descentralizada de relações da equipe com todos os usuários que procuram o serviço em busca de acolhimento e resolutividade para suas necessidades, inclusive aqueles usuários que vêm por demanda espontânea.

De certo modo, é difícil transformar a atuação – de enfermeiros e de todos os outros profissionais – quando esta é respaldada por um modelo que assume algumas características que, sob alguns aspectos, são limitadoras: o discurso sustentado pelo PSF procura diminuir o foco na atenção para as práticas assistenciais e curativas – embora entenda que estas não devem ser prejudicadas -- , mas, ao destacar a prioridade dada à prevenção, assenta-se, grande parte das vezes, em ações programáticas voltadas a grupos populacionais específicos para efetivação de ações preventivas. Estas podem ser combinadas com ações de promoção de saúde, em direção a uma reversão do modelo assistencial, entretanto, ao se engendrar discursos e práticas excessivamente “preventivistas”, contribuem para minar a força de criação na produção de saúde, o que inclui outras formas de inserção do usuário, para além de práticas de prevenção. A idéia de trabalho em saúde no PSF que prepondera entre os trabalhadores está presente nas seguintes falas:

Tem horas que eu vejo isso aqui como um pronto-socorro e a proposta do PSF não é isso. Não é o curativo. É a prevenção. Eu acho que tem que trabalhar mais a prevenção. As pessoas já vêm pra cá doentes, só querendo curativo mesmo, a medicação...e a prevenção, às vezes eu acho que ela fica um pouco esquecida.
“ROBALO”

Pelo contexto social, eles não assimilaram ainda a proposta do PSF, que são as consultas pré-agendadas, as visitas domiciliares...[...].Porque a questão da prevenção da doença não é uma coisa que a sociedade entende como melhor. Ela quer é resolver o agravo. Sentiu uma dor, ela procura o médico, entendeu?

Então isso aí é um processo lento, eu não tenho noção de quando isso vai mudar.

“SARDA”

Com as ofertas de ações programadas assumindo grande parte da produção de cuidados, a questão da demanda espontânea nos serviços vem sendo encarada como secundária ou até mesmo inadequada ao tipo de serviço prestado pelo PSF. Esta idéia se verifica a partir da própria fala da Coordenadora da Atenção Básica do município de Vitória, entrevistada nesta pesquisa como representante da SEMUS.

Segundo ela, há um trabalho desenvolvido por apoiadores (técnicos da SEMUS) em que estes vão às Unidades de Saúde do município discutir as dificuldades do serviço com os trabalhadores. Nesses encontros, estes têm apresentado aos apoiadores a idéia de que a demanda espontânea os “atrapalha” a fazer PSF, o que denota claramente um entendimento de que no PSF só se deve fazer atendimento à demanda que está organizada dentro dos padrões de oferta programada pelo serviço. Talvez por isso, o “silêncio” impere em vários momentos na USFIP: mesmo que a demanda espontânea continue existindo, somente a “programada” (que é atendida em horários específicos), é bem vinda.

Franco e Merhy (2007) ressaltam, em sua crítica ao PSF enquanto estratégia de mudança do modelo assistencial, que é uma “doce ilusão” considerar que se pode organizar e estruturar a demanda dos serviços das Unidades a partir exclusivamente de usuários que devem ser referenciados pelas equipes do PSF, eliminando a possibilidade de atendimento à demanda espontânea. Reafirmam que a população continua recorrendo aos serviços de saúde em situações de sofrimento e angústia e, quando não há um esquema para atendê-la e dar respostas satisfatórias aos problemas que os autores chamam de “agudos”, vai desembocar nos pronto-atendimentos (PA), o que ocorre usualmente. Podemos observar, em nossa prática profissional numa UBS que, muitas vezes, o próprio serviço estimula e produz o encaminhamento para os PA’s quando não se faz disponível para resolver questões que possuem o potencial de serem sanadas na Unidade de Saúde.

Os autores indicam que esse tipo de atuação da AB enfraquece muito a proposição do PSF de mudança do modelo tecnoassistencial, visto que “a população acaba por forçar a organização de serviços com modelagens mais comprometidas com os projetos médico-hegemônicos para responderem a suas necessidades

imediatas”, reforçando as demandas por consultas médicas (FRANCO; MERHY, 2007, p.106).

Do ponto de vista do acolhimento às demandas da população, se pensarmos no caso de Vitória, entendemos que está-se diante de um grande desafio de promover e implementar uma Política Municipal de Humanização que acompanhe os parâmetros do MS, engendrando uma mudança de subjetividade para materializá-la dentro das UBS's e em toda a rede, haja vista que o MS considera que

acolher com a intenção de resolver os problemas de saúde das pessoas que procuram uma unidade de saúde pressupõe que todas as pessoas que procuram a unidade, por demanda espontânea, deverão ser acolhidas por profissional da equipe técnica. (BRASIL, 2004b, p.11)

Segundo o MS (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2008c), no processo de acolhimento é esperado que o profissional escute a queixa, os medos e as expectativas do usuário que procura o serviço. Deve também identificar os riscos e a vulnerabilidade, acolhendo a avaliação do usuário; e se responsabilizar para dar uma resposta pactuada ao problema, conjugando as necessidades imediatas dos usuários com o cardápio de ofertas do serviço, produzindo um encaminhamento responsável e resolutivo à demanda não resolvida.

Se pensarmos em uma das facetas do acolhimento apontadas pelo MS, que o entende, dentre outras concepções, como um dispositivo tecnológico quando relacionado à Avaliação de Risco; entendemos que, obrigatoriamente, está previsto o atendimento à demanda espontânea. Isto porque os efeitos dos “riscos” (que são riscos iminentes à vida) aos quais estamos sujeitos no dia-a-dia não podem ser abarcados somente pelas ações programáticas, sendo necessário transversalizá-las com o atendimento a outros tipos de demanda/oferta. Pode-se ser acometido por uma dor, um acidente ou uma crise de angústia fora do dia (dia da gestante, dia do hipertenso, dia da puericultura) para o qual está prevista a ida ao serviço. Assim, a primeira providência que se toma é procurar o serviço de saúde o qual foi designado para atender a comunidade, dentro de um certo território delimitado.

Na USFIP há um entendimento, embora pouco abrangente, de que o acolhimento tem de ser feito de forma a atender a todos que procuram os serviços, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de dar respostas adequadas aos usuários garantindo a eficácia dos encaminhamentos feitos:

O acolhimento, no caso. Chegou um paciente aqui, eu posso chegar ali e perguntar: “o senhor tá precisando de quê?” Aí ele vai me dizer. “O senhor tá precisando verificar uma pressão?”. Eu posso ir lá verificar a pressão. Ou então outro colega meu pode ir lá. Se eu não puder na hora, eu chego para o colega e falo. Se ele tá precisando de uma consulta, eu posso encaminhar ele numa recepção, entendeu? Se ele tá na hora passando mal, vai ter que ser atendido, vai ter que ser avaliado... pode passar pro médico. É isso, é tentar RESOLVER de alguma forma aquilo que o usuário veio procurar. E às vezes...eu cansei de ver gente que não tá nem aí, que diz: “Ah, não posso resolver isso”.

“GAROUPA”

Na Unidade de Saúde, pressupõe-se que os profissionais que irão nos atender estejam, ao menos, sensíveis à vulnerabilidade que se está apresentando, mesmo que não tenham conhecimento técnico sobre o quadro apresentado. Entretanto, o fato de saberem que são exigidos certos saberes e tecnologias para a solução de determinados problemas e de que impera um modo de funcionamento burocrático que conta com um certo número de vagas, parece tornar endurecidas as formas de os trabalhadores enxergarem e organizarem o trabalho em equipe. Isto obstrui a sensibilidade e a atenção de todos os trabalhadores a estarem e se sentirem atentos aos graus de sofrimento físico e/ou psíquico do usuário que procura a Unidade:

Começamos a pensar no fluxo do atendimento desde a marcação. Eu já vi gente reclamando assim: “ah, eu não consigo vaga pra consultar a minha criança”... então, não adianta às vezes o médico ter capacitação, se lá na recepção o menino que marca, a pessoa que marca, não sabe que a criança tem prioridade, não sabe que uma gestante tem prioridade, né? Às vezes chega uma menina, uma adolescente que tá com atraso menstrual e falam: “ah, não tem vaga, não tem vaga, não tem vaga”... aí passou dos 3 meses e a gente não fez nem um beta...[...]. Então eu acho que a gente tá começando a trabalhar, começando a criar consciência de que o processo de trabalho começa desde lá do paciente.

“DOURADO”

Por outro lado, há um reforço do discurso do não saber “atender”, “receber”, “triar”, “acolher” certas demandas, produzindo culpabilização em quem decide “acolher” (no melhor sentido de ouvir, se responsabilizar e ser resolutivo) em qualquer outro momento em que se esteja com o usuário, que não seja, necessariamente, na recepção; ou seja, em qualquer outro ato de produção-consumo de ações em saúde. Tal discurso parece reforçar a idéia de que cada um deve fazer o trabalho que lhe cabe e para o qual foi designado:

Acho que um auxiliar de enfermagem tá mais preparado para estar numa recepção do que quem está aqui pra trabalhar no administrativo. Outro dia, uma senhora que está com um quadro hemorrágico há quarenta dias veio me pedir para agilizar o exame dela [...]. Eu perguntei se ela estava com algum problema de pressão e outras coisas que me ocorreram na hora. Como ela disse que não, pedi que ela aguardasse. Só que ela saiu da sala e desmaiou no corredor! Depois disso, fiquei me sentindo culpada, me senti responsável por aquilo.

“DENTÃO”

Esta situação remete a uma história já vivida na USFIP. Há alguns anos, uma auxiliar de enfermagem foi proibida de manter as atividades de exercícios e caminhadas que realizava com um grupo significativo de idosos do território, por não ter formação em Educação Física. Desse modo, o discurso do “cada um faz o seu”, ignora a rede de trabalho afetivo que se desenvolve através dessas atividades, principalmente em casos como este, em que já havia grande vínculo entre aquela profissional e a comunidade. Quando a profissional encerrou tais atividades, procedeu-se à contratação de outro profissional que tivesse formação em Educação Física.

Assim, as diferentes demandas colocam os trabalhadores no lugar de “ter que saber o que fazer” nas situações inesperadas e a inventar soluções cada vez mais coletivas para problemáticas cotidianas, para as quais as capacitações da Secretaria de Saúde não podem oferecer uma solução pronta:

A SEMUS fala que a gente tem que receber bem, acolher, mas não se preocupa com o funcionário. Você fica ‘atendendo bem’ e aquela pessoa volta nem sempre porque tem uma doença, mas porque tá carente, quer conversar. Aí ela fica ali te rodeando e vai se formando um vínculo. Ninguém te fala o que você faz com isso depois. Tenho que falar: “olha, agora eu não posso falar com você”. E eles [usuários] lidam como se você tivesse que atender na hora que eles querem, do jeito que eles querem. E deixam claro: “você trabalha pra mim. Você é meu empregado!”

“FRADE”

Sobre a questão das capacitações e projetos da Secretaria, escutamos uma provocação de um usuário entrevistado durante a pesquisa:

Sabe um detalhe interessante que eu achava que você devia ver na sua tese? Por que os projetos da Prefeitura são tão bem elaborados tecnicamente e não têm um resultado? Eles não dão prosseguimento...

“SIRI”

Podemos retomar a noção de trabalho afetivo (uma das formas do trabalho imaterial ou do trabalho biopolítico) como o trabalho que produz ou manipula afetos

como a sensação de bem-estar, tranqüilidade, satisfação, excitação ou paixão. Identifica-se o trabalho afetivo, por exemplo, no trabalho de assessores jurídicos, comissários de bordo, atendentes de lanchonete; todos aqueles trabalhos em que se caracteriza o “serviço com sorriso” (HARDT; NEGRI, 2005, p. 149).

Desse modo, incluímos no rol de trabalhadores que prestam um “serviço com sorriso” e que, portanto, realizam trabalho afetivo, os trabalhadores em saúde, especificamente quando falamos de acolhimento. Costuma-se pressupor que o acolher envolve um conjunto de ações as quais devam ser feitas de forma agradável, “afetuosa” ou “com sorriso”.

Se o acolhimento se dá com ou sem sorriso, esta não parece ser a questão mais importante. Devemos estar atentos que a produção biopolítica consiste basicamente no trabalho envolvido na criação da vida. No caso do trabalho afetivo, precisamente na produção e reprodução de afetos. O trabalho atua diretamente nos afetos, produz subjetividade, produz sociedade, produz vida. (HARDT, 2003). Portanto, no trabalho em saúde deve-se colocar em análise que formas de vida estamos produzindo nas relações que estabelecemos com o outro, enquanto sujeitos desse processo de produção compartilhada.

Segundo Hardt e Negri (2005), uma indicação da importância crescente do trabalho afetivo é a tendência dos empregadores para enfatizar a educação, a atitude, a personalidade e o comportamento “pró-social” como aptidões primordiais necessárias aos empregados.

Estes atributos parecem ser, também no trabalho em saúde, o que se tem valorizado no trabalhador, para que ele possa se haver com as dificuldades relacionadas ao vínculo, à responsabilização pelos usuários e ao acolhimento.

Porém, nesta ótica do uso de “atributos afetivos”, corre-se o risco de escamotear os tensionamentos e jogos de intencionalidades, nos quais todas as “espécies” envolvidas -- peixes, crustáceos e moluscos – devem usar de suas capacidades de pactuação, negociação e escuta qualificada (embora nos questionemos: qualificada para quê?). Dessa forma, espera-se que atuem conforme um protagonismo e não apenas conforme um comportamento “pró-social”, ou mesmo, fazendo “o que o outro quer” ou “o que dizem pra ser feito”.

Assim, em todas as consistências e formas que o acolhimento ganhar nos serviços, seja na USFIP ou em qualquer outro lugar, estarão envolvidas criações de formas de vida, produções de subjetividade que, além do acolhimento em si,

abarcam o trabalho em saúde como um todo e envolvem todos aqueles que criam, na micropolítica dos serviços, modos de se pensar o acolhimento nos processos de trabalho.

O acolhimento nos processos de trabalho da USFIP é expresso, portanto, pelas relações produzidas entre crustáceos, peixes e moluscos (usuários, trabalhadores e técnicos da SEMUS), ou seja, o acolhimento é expresso pela dinâmica que se imprime nesses mares, em que estas “espécies” dão o colorido ao trabalho em saúde pela sua diferença e singularidade.

7.2 INTERAÇÕES DENTRO DO OCEANO: AS RELAÇÕES TRABALHADOR-USUÁRIO NO COTIDIANO DA UNIDADE DE SAÚDE

As práticas de saúde contemporâneas vêm encontrando fortes limitações para responder às complexas necessidades de saúde dos sujeitos individuais e coletivos. Ao contrário do “avanço” tecno-científico que vimos observando, temos nos deparado com, senão um retrocesso, uma deterioração das relações terapêuticas que se estabelecem nos serviços de saúde, principalmente naquele núcleo “privado” entre usuário e trabalhador de saúde, onde se colocam -- e se criam -- as necessidades de saúde do usuário e onde se estabelece (ou se deveria estabelecer) uma relação de cuidado.

Destacamos a primazia das relações entre sujeitos para que se estabeleça uma outra forma de cuidado, mais do que somente a aplicação de procedimentos e técnicas empregados nas ações de saúde. Nesse sentido, concordamos com Guizardi e Pinheiro (2005), ao citarem Ayres e Merhy, que cuidar requer a aceitação de um outro sujeito numa dimensão de encontro desejante, estando com ele numa relação em que referentes simbólicos se constroem, inscrevendo as ações de saúde no campo de produção, não apenas de um sucesso técnico, mas também de um “sucesso prático”.

Acreditamos que tal sucesso prático é o que se pode obter como resultado da interação entre as ações e os saberes dos sujeitos, no cotidiano, se ampliarmos os horizontes normativos que guiam as práticas de saúde, os quais geralmente tratam de uma “normalidade morfofuncional”, conforme nos aponta Ayres (2004).

Para uma análise do acolhimento nas relações assistenciais/terapêuticas que se dão no cotidiano dos serviços de AB, nos valeremos de encontros concretos entre

trabalhadores de saúde e usuários (que nesta pesquisa, nomeamos como “peixes” e como “crustáceos”, respectivamente), expressos nas falas de usuários que contam suas vivências cotidianas na USFIP.

Nos espaços de encontro que pretendemos discutir, interessa-nos a construção da dimensão simbólica que viabiliza tais encontros para além de um configuração normativa (GUIZARDI ; PINHEIRO, 2005).

Nesses encontros concretos, os sujeitos implicados expressam tanto reterritorializações de práticas instituídas – muitas vezes em direção à diminuição da potência do outro e de sua própria --, quanto parecem acenar para possíveis ressignificações de suas práticas, em direção à aceitação, ao acolhimento e ao vínculo.

7.2.1 Um camarão se esgueira em meio aos peixes: nadando num mar de desconfianças e desencontros

“Camarão” tem 57 anos. É nascido na Ilha do Príncipe, morando durante toda a sua vida naquele bairro. É hipertenso, assim como quase todos os seus nove irmãos. Nessa condição, são eles consumidores de medicações nos cuidados com a saúde.

Durante a entrevista, percebemos em “Camarão” uma verdadeira “fixação” pelo profissional cardiologista. Ele aponta alguns pontos que considera positivos no serviço de AB; aspectos que supostamente o atendem em suas necessidades de saúde, mas a referência ao cardiologista/especialista é inevitável. Esta constante referência durante nossa conversa fez com que incansavelmente nos questionássemos: de que fala essa supervalorização do profissional de cardiologia na ótica deste usuário, freqüentador desta Unidade de Saúde?

Sabemos da implacável e histórica produção social de demandas de saúde (mais fortemente investidas na figura do médico) que vêm se produzindo e se fortalecendo desde o projeto de racionalidade médica da modernidade. Demandas estas que, na contemporaneidade, vêm encontrando alento nas ofertas cada vez maiores de super-especialização das categorias médicas, com seus arsenais tecnocráticos que supõe-se, podem fazer face ao complexo universo das necessidades de saúde dos sujeitos e das populações hoje.

Reconhecemos a amplitude do problema que aqui se coloca pra pensar essa questão. Entretanto, considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado (a

dimensão profissional, a dimensão organizacional e a dimensão sistêmica) que nos é apontada por Cecílio (2008), nos deteremos aqui na dimensão profissional; no “núcleo duro” da gestão do cuidado. O que realmente nos convoca e nos instiga a tentar responder/discutir esta e outras questões diz respeito ao nível mais capilar da assistência em saúde, que se dá, no núcleo de relação profissional entre trabalhador e usuário, o qual, segundo Cecílio (2008, p.79), é um “espaço de irredutível responsabilidade e liberdade de ação do trabalhador”. Portanto, decidimos caminhar nessa direção para a discussão do “problema” de “Camarão” na sua relação com o manejo de tais responsabilidade e liberdade dos trabalhadores com quem esse usuário se encontra no serviço de saúde.

Em suas falas, percebemos uma frágil relação com a Unidade de Saúde e até mesmo uma certa desvalorização por parte dele do que esta lhe oferece em todos os âmbitos em que ele é assistido: seja nas consultas médicas, nas suas participações no grupo de Hipertensão ou nas aferições de pressão que realiza semanalmente. Apesar de se sentir bem tratado e considerar que a disponibilização dos medicamentos é suficiente, “Camarão” parece não encontrar sentido para suas idas à USFIP. Em suas falas, muitas vezes fica claro um sentimento de contrariedade em ter que freqüentar a Unidade de Saúde e, até mesmo, um esforço de afastamento. O que o tem movido, ao que parece, é o aguardo ansioso pela próxima consulta com o cardiologista, que se dará somente dentre alguns meses.

Ayres (2004), ao analisar a qualidade do encontro terapêutico que se estabelece nos serviços de saúde e a necessidade de reconstrução das práticas, aponta que uma relação de cuidado que se assenta apenas no uso dos recursos oferecidos pelas tecnociências da saúde é insuficiente, se não se busca o sentido e o significado de diagnósticos, exames, controles, medicações, dietas, riscos, sintomas. Indica que embora usuário e profissional saibam para quê servem esses recursos, podem não encontrar o sentido desse uso em suas relações cotidianas nos serviços.

Ao narrar um caso que expressa a possibilidade de reiteração de uma intervenção com histórico de baixa eficácia (em razão de uma relação repetitiva e quase automatizada que se estabelecia entre médico e paciente), o autor denota que se orientados por uma lógica clínico-preventivista de controle de riscos e da normalidade funcional, profissional e usuário não atribuirão sentido a nada; não

significarão a presença de um diante do outro. Assim, tenderão a repetir mecanicamente os “papéis” de médico e paciente, baseados em tal lógica.

Baseando-nos nessa “baixa eficácia” das intervenções - que o autor considera se repetirem diariamente nos serviços - e na pouca adesão a elas (ou, no caso de “Camarão”, na adesão contrariada), retomamos o caso desse usuário, que não gosta de frequentar os grupos para hipertensos, valoriza pouco as consultas com o médico da US (em vista daquelas feitas com o cardiologista) e é “arredio” quanto a ter que medir a pressão toda semana. Perguntamos: se tudo isso a ele parece insuficiente ou inadequado, qual a “eficácia” que estas ações têm para “Camarão”? Qual o sentido que elas têm na vida desse usuário? Como se dão as relações desse usuário com os profissionais que operam tais intervenções e como, também eles, significam esse trabalho em saúde no encontro com o usuário? Quais as necessidades trazidas por este usuário em sua totalidade existencial?

Em sua história de recuperação de uma relação terapêutica, Ayres (2004), fala de um projeto de felicidade um dia concebido por sua paciente e resgatado na intempestiva mudança de direção da intervenção médica, na qual emerge a busca da totalidade existencial de sua paciente. Naquela intervenção médica, o profissional solicitou à sua paciente que contasse um pouco de sua vida e das coisas de que gosta, ao invés de somente proceder segundo a indicação de exames e medicamentos para hipertensão.

O projeto de felicidade resgatado é apontado como o elemento que fez a usuária aparecer no espaço da consulta, assim como fez surgir diante dela, o seu médico. Este autor toma como base uma idéia de felicidade que busca escapar tanto de uma restrição da conceituação de saúde ligada a um horizonte tecnocientífico estrito, quanto a uma ampliação abstrata desse mesmo horizonte, que diz respeito a uma normalidade morfofuncional.

Devemos ressaltar que o autor toma um conjunto de proposições, ligadas à noção de humanização, cujo norte ético e político é o compromisso das tecnociências da saúde com a realização de valores relacionados à felicidade humana e democraticamente validados como “bem comum”. Desse modo, a noção de saúde vai além de um estado de completo bem-estar físico, mental e social (noção da Organização Mundial de Saúde nos anos 70). Já a noção de felicidade remeteria a uma experiência vivida valorada positivamente, independentemente de um estado de completo bem-estar ou mesmo, de uma normalidade morfofuncional.

De um outro modo, podemos também considerar, a partir de um entendimento aberto da noção de saúde, que não necessariamente surgirão projetos de felicidade, mas necessidades de saúde de um usuário, as quais o indicam como alguém que, em potência, deseja ser, existir, construir mais autonomia na vida; como uma máquina desejanse. Isto aponta a necessidade de saúde não apenas do ponto de vista da carência de algo que lhe falta, mas da potência de existir nos modos como caminha na vida (MERHY, 2006b).

Merhy (2006b) ressalta que as necessidades de saúde nem sempre são definidas; claras à primeira vista, uma vez que sua construção/definição se dá num jogo de forças em que profissional e usuário são instituintes. Há, sim, um espaço intercessor entre eles em que se dá a produção-consumo de ações de saúde e onde deveria se configurar um encontro de necessidades. O jogo produção-consumo de necessidades, intrínseco a essa relação, mostra uma dinâmica sempre em estruturação, incerta quanto ao padrão do produto final, que é a ação em saúde.

Talvez “Camarão” não esteja vivendo nos serviços a possibilidade de construção, em jogo, das suas necessidades de saúde na relação com os profissionais que lhe prestam assistência. Possivelmente, o que teria que se constituir num campo de forças, em ato, vem sendo operado conforme uma inflexibilidade normativa que não o reconhece como um “instituinte de necessidades” no momento da produção-consumo das ações de saúde. Talvez a limitação ao êxito técnico como horizonte de intervenção no cuidado com um usuário hipertenso não venha permitindo um encontro terapêutico de outra qualidade; um encontro em que haja uma permeabilidade entre o saber técnico e uma sabedoria prática (Ayres, 2004).

Esta sabedoria prática nos fala de outras formas de mediações e diálogos com uma outra normatividade, a qual possa buscar numa atitude terapêutica o seu sentido existencial, configurando outras práticas de saúde; um outro modo de cuidar. Nesse sentido, se entendemos conforme Ayres (2004) que o norte das ações assistenciais que têm que ser transformadas é a humanização, assumimos em nossas análises a mesma noção de cuidado apontada por este autor, a qual se orienta para uma atenção à saúde interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento físico ou mental.

Nesta perspectiva, acreditamos que para que se forje um outro cuidado e para que se reconheça e/ou se permita construir as necessidades de saúde do usuário na

sua relação com o profissional de saúde, em ato, as práticas de saúde devem se assentar numa relação de abertura ao diálogo e a um “autêntico interesse em ouvir o outro” (Ayres, 2004, p.23). Isto quer dizer, no caso de “Camarão”, que o profissional deve escutar de modo diferenciado não apenas aquilo que o usuário apresenta/verbaliza como demanda de tratamento para os sinais ligados à pressão alta. O profissional deve estar aberto, ainda mais, para o modo como esse usuário vive com sua hipertensão.

Segundo Ayres (2004), essa capacidade de escuta e diálogo diferenciados está relacionada ao acolhimento visto como um dispositivo tecnológico, o qual sinaliza sua possibilidade de funcionar em qualquer oportunidade de escutar o outro nos serviços. Essa noção de acolhimento está distanciada da idéia de recepção, sendo entendida como aquilo que se dá no contínuo da interação entre usuários e profissionais, em qualquer momento do serviço (TEIXEIRA, 2003).

Ayres (2004) ainda aponta que o que faz a diferença é a qualidade da escuta. Qualidade aqui é destacada no sentido daquilo que se quer escutar. Poderíamos dizer também, daquilo que não se quer escutar.

Este autor defende que é de acordo com o horizonte normativo que orienta a interação terapêutica que se irá modular o tipo de escuta. Quando o horizonte normativo é a morfofuncionalidade e seus riscos, a escuta será orientada para obter subsídios objetivos para monitorá-la.

O próprio Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b) postula que os trabalhadores de saúde, para fazer acolhimento, devem ser capazes de avaliar riscos e vulnerabilidade. Tal avaliação, porém, deve vir balizada por uma “postura acolhedora” porosa às diversidades cultural, racial, étnica, e também às crenças e valores do sujeito/usuário. Esse trabalhador deve ouvir suas queixas e expectativas, “acolhendo” a avaliação feita pelo usuário sobre sua própria saúde e sobre os “riscos” que corre; isto é, deve deixar que o usuário também fale de si, de como vivencia as situações que atravessam o seu cotidiano vivido com a doença/agravo pelo qual está acometido. Quando se foca apenas no sintoma e não na “voz”/fala desse usuário, se burocratiza a relação e deixa-se de criar oportunidades para a construção de afetos de confiança e vínculo, que só se dão num processo onde se permite que o usuário seja protagonista da própria dinâmica saúde-doença.

Com “Camarão”, o protagonismo do usuário não parece acontecer. Suas consultas configuram interações que funcionam num horizonte normativo rígido e tecnocrático em que sua avaliação não é acolhida:

...eu não queria tirar a pressão porque se eu tirasse a pressão achava que as pessoas ficavam falando aqueles negócios comigo e eu ficava com raiva! [...] Todos os médicos falam “sua pressão tá muito alta e você pode ter um derrame”. [...]... todos os médicos são assim mesmo...É, mas é que eu expliquei pra ela, assim: “doutora, tô em emoção muito forte, recebi uma notícia de uma coisa boa que eu fiquei emocionado a noite toda, que eu não dormi”. Minha pressão subiu, de emoção. Quando eu cheguei aqui ela disse uma palavra pra mim “se o senhor não se cuidar, o senhor pode dar um derrame” eu falei assim: “mas eu tomo remédio”. Então ela falou assim: “o senhor toma remédio?”...“tomo”... “mas eu queria passar uma receitinha pro senhor tomar”. Então eu peguei a receita, não comprei o remédio porque eu sabia o que tava acontecendo comigo.
“CAMARÃO”

O usuário procura construir, junto com a profissional, um sentido concreto para aquela sua alta de pressão, a partir dos próprios sentimentos e conhecimento de si. Entretanto, saber o que estava acontecendo consigo próprio não mereceu a confiança de sua médica.

Na verdade, sem criar oportunidades para se contactar com afetos de confiança e, conseqüentemente, para estabelecer uma relação de confiança, dificilmente o trabalhador será capaz de ouvir o usuário em sua “diversidade”. Aqui preferimos pensar em singularidade, na “diferença absoluta” do outro, à qual somos conduzidos, em direção ao desafio da alteridade, pelos afetos de confiança (TEIXEIRA, 2004).

Nesse sentido, pensamos que ao “interpretar” mecanicamente os papéis de médico/profissional de saúde e paciente/usuário, orientamos nossa escuta apenas para o sintoma, para o diagnóstico, para a medicalização, e deixamos de ouvir os “ruídos” que aparecem no momento da interação terapêutica. Esses ruídos que fogem à avaliação técnica habitual têm o potencial de nos ajudar a colocar em análise aquilo que ali, em ato, se constitui como a necessidade de saúde do usuário que, como já dissemos anteriormente, não é sempre clara ou definida de antemão, mas que está sempre em estruturação.

A necessidade de saúde vista por esta ótica configuraria um verdadeiro questionamento das relações clínicas, dos modelos de atenção e gestão e do próprio acesso aos serviços (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2008c). Questionamento que

se tornaria indiferente a qualquer forma de homogeneização, seguindo em direção à valorização da singularidade de cada usuário.

Desse modo, o êxito técnico pautado no mecanicismo tecnocrático que se dá no momento da interação usuário-trabalhador pode continuar existindo, mas permanecerá sempre acompanhado de ruídos. Dificilmente, do ponto de vista da totalidade existencial do sujeito, se atingirá um sucesso prático (AYRES, 2004). Acreditamos que tal sucesso prático, amparado na valorização da singularidade dos sujeitos e dos processos de singularização, seja capaz de contemplar os princípios de protagonismo e a autonomia preconizados pelas idéias de humanização, criando verdadeiras relações terapêuticas.

Teixeira (2004) postula que não podemos falar em relações verdadeiramente terapêuticas sem que haja uma relação de confiança. Entretanto, destaca que vivemos atualmente uma autêntica cultura de desconfiança, ressaltando entre os elementos dessa cultura, uma biomedicina montada no saber epidemiológico sobre o risco.

Esse discurso parece claramente se materializar de modo implacável no cotidiano do serviço, contaminando as relações entre trabalhadores e usuários e reforçando a crise de legitimação das práticas de saúde, condizentes com tal maximização das relações de desconfiança.

Na experiência de “Camarão”, destacamos como a dimensão dialógica do encontro em sua relação com o acolhimento, tão valorizada por Ayres (2004) e Teixeira (2003), pode ser também usada para comunicar esse discurso do risco (e da ameaça) e promover relações de desconfiança entre o profissional que presta assistência e o usuário que busca o cuidado:

A gente ficou cismado com uma enfermeira aí... (risos). Mas aquilo ali, eu não sei... quando tira a medida de pressão com...uma, ela dá tanto, quando a gente tira com essa outra, aumenta! [...]. O primeiro dia que eu passei com ela, ela disse “se cuida que minha mãe já morreu disso”. Talvez pode ser isso... foi a primeira vez...ela me disse essa primeira palavra. Será que é isso? Eu fiquei assim[...]. Aí eu olho assim e já tô dizendo: já vai dar alta...Já vou entrando aqui dá alta, com essa tal pessoa.

“CAMARÃO”

A relação que se estabeleceu nesse primeiro encontro e em todos os encontros seguintes entre esses dois sujeitos, trabalhadora e usuário, não foi acolhedora, mas ameaçadora. Como um discurso de ameaça pode ser terapêutico?

Como se pode alcançar um sucesso prático do ponto de vista do acolhimento; ou mesmo, um êxito técnico (que se caracterizaria, por exemplo, pela estabilização da pressão de “Camarão”) partindo de um discurso que, conforme Teixeira (2004) comunica tristeza e promove afetos de diminuição de potência?

No caso de “Camarão”, é um discurso que comunica medo. Um medo que não o torna autônomo, tampouco protagonista de sua própria vida:

[...] Porque hoje eu tenho medo de não tomar o remédio. Porque antes eu era um homem feliz, mas podia também morrer, né? [...].
Hoje eu não paro de tomar o remédio, porque eu tenho medo.
“CAMARÃO”

Nesse sentido, estamos diante de um duro embate entre a postura de acolhimento que se quer construir entre os trabalhadores de saúde -- postura essa que aponta para uma ética de reconhecimento do outro e de sua diferença --, e um estilo de trabalhador produzido por um modelo hegemônico cumpridor de rituais e tarefas, cuja postura é impessoal e descompromissada, tornando o processo de cuidado objetivante. Portanto, incapaz de gerar um acolhimento que permita uma atuação sobre os problemas de saúde/sofrimento do usuário (MERHY, 2006c).

Examinando o caráter afetivo do vínculo, elemento estreitamente ligado ao acolhimento, Teixeira (2004) analisa o que se passa no encontro entre dois corpos e as impressões e afecções que eles produzem entre si e que podem ou não contribuir para que se estabeleça uma relação de confiança. Resumidamente, podemos dizer que o autor não considera que no caso da relação entre trabalhador e usuário de saúde se trate simplesmente de uma relação de empatia que se dá nos serviços, considerando que de um primeiro encontro em diante, se esteja frente a uma complexidade muito maior dessas relações, indo além da empatia.

Tocando-se brevemente neste aspecto, diríamos que o autor nos conduz a pensar que quando as impressões que se dão nesses encontros são boas, as experimentações vividas por esses corpos conduzem a um afeto aumentativo de potência, do desejo. Isto nos fará crer que aquele outro corpo nos convém, e que com ele podemos estabelecer uma conversa em que se possa detectar o que temos em comum.

Podemos dizer que no caso de “Camarão”, as afecções e impressões despertadas não foram, no sentido espinosano, boas. Não se produziram entre ele e a profissional que afere sua pressão, bons encontros.

Aqui cabe esclarecer que, segundo Espinosa, não existe o *Bem* ou o *Mal*, mas há o *bom* e o *mau*. O *bom* existe quando um corpo compõe diretamente a sua relação com o nosso e, usando de toda ou de uma parte de sua potência, aumenta a nossa potência. *Bom* e *mau* têm um primeiro sentido relativo e parcial: o que convém a nossa natureza e o que não convém. Num segundo sentido, *bom* e *mau* qualificam dois modos de existência do homem: *bom* é aquele que se esforça, tanto quanto pode para organizar os encontros; por se unir ao que convém à sua natureza e, por esse meio, aumentar a sua potência. A bondade, nesse sentido tem a ver com dinamismo e a composição de potências. *Mau*, por sua vez, será aquele que está pronto a acusar toda vez que o efeito sofrido se mostra contrário e lhe revela a sua própria impotência. Esta é, para Espinosa, a Ética que substitui a Moral, a qual sempre relaciona a existência a valores transcendentos. Assim, a oposição *Bem/Mal* é substituída pela diferença qualitativa dos modos de existência, *bom/mau* (DELEUZE, 2002).

Nas conversas entre “Camarão” e a profissional, o que prevalece não é o estabelecimento de uma “zona de comunidade” que pudesse esboçar um primeiro afeto de confiança, mas o discurso sobre o risco. No caso de “Camarão”, o risco de morrer em razão de sua hipertensão. Assim, segundo Teixeira (2004), “o discurso sobre o risco é, antes de tudo, um discurso geral sobre os corpos que não nos convém”. Um corpo pelo qual não se tem nenhum interesse, com o qual não se guarda nada em comum e portanto, cuja diferença se ignora.

Os maus encontros de “Camarão” na USFIP não estão restritos às interações que se dão com essa profissional mencionada (que ele chama de “enfermeira”). Pensando desta forma, incorreríamos no erro de culpabilização individual de cada um dos trabalhadores. Embora estejamos certos das singularizações que se estabelecem em cada relação, pensamos numa lógica que abarca o trabalhador coletivo de saúde. Trata-se, portanto, de uma postura, um agir, que está colocado no modo de intervir de um trabalhador coletivo, o que se repete nas atividades de grupo:

Quando 'cê ta ali, eles não animam a gente...[...] “porque eu tô com isso, eu tô com aquilo”...Um conta uma coisa, um conta outra... aquilo vai ser pior, porque quando a pessoa vem pra um lugar desse, a gente já vem já com a intenção de saber como é que tá a vida da gente, se tá melhorando... aí quando chega ali por causa de uma ou outra...Só fui uma vez porque eu precisava pegar uma receita... azul. Sabe porque que eu não venho? Porque o seguinte: foi o dia que eu levantei e falei “felizmente... eu tomo remédio de pressão, não sei o quê que é isso, pra mim não existe nada disso dentro de mim, tô vivendo... eu tomo por tomar, não sinto reação nenhuma”. Aí veio essa mesma explicação: “mas se o senhor não tomar isso, pode acontecer isso”. Mas quer dizer, então nós vamo vir, não vão deixar falar alguma coisa. Então é melhor não vir! É isso. Na hora que for obrigado a vir, vem.

“CAMARÃO”

Na medida em que o usuário não é escutado em sua singularidade e que é reforçado o fatalismo que se anuncia caso ele não tome o remédio, o seu interesse em fazer parte da reunião de Hiperdia se dilui. Do mesmo modo, o trabalho dos profissionais de saúde no encontro com os usuários não parece apontar para uma estética de invenção de estratégias nas relações cotidianas que caracterize um acolhimento (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2008c). A invenção poderia se concretizar pelas tentativas dos trabalhadores que conduzem tal grupo de estabelecer comunicação e escuta entre os usuários participantes, de modo que se pudesse criar bons encontros entre o que esses corpos têm em comum; isto é, que ao menos se pudesse estabelecer uma zona de comunidade entre os participantes e que isso favorecesse os afetos aumentativos de potência entre eles, na direção da solidariedade e não, do embotamento em discursos de impotência, dor e desqualificação.

De alguma maneira, podemos compreender o que fixa nosso usuário à figura do médico especialista, no caso, o cardiologista. O desafio de manejar acolhimento e vínculo como componentes do universo tecnológico do trabalho vivo em ato na saúde, não vem sendo superado no serviço de AB; de modo que esses componentes possam dar o sentido do usuário no interior do serviço. Tais componentes não parecem vir sendo “capturados” para criar aumentos dos graus de autonomia deste usuário no seu modo de caminhar a vida, como nos diz Merhy (2006b).

Assim, o arsenal tecnocrático do qual o especialista está munido e o processo de medicalização se perpetuam, se sobrepujando à valorização do universo existencial do usuário que, como protagonista, poderia ajudar a subverter as

relações em saúde em direção a uma lógica de cuidado orientada para o interesse pela alteridade.

7.2.2 A lagosta e os peixinhos: armadilhas na relação entre diferentes

“Lagosta” tem 40 anos. É nascida na Ilha do Príncipe, onde sempre residiu. É muito caseira, não gosta de sair da sua “loca”, a não ser para um “nado” por ali mesmo, nas redondezas. Sonhadora, se encanta pelo mundo de informações oferecido pela internet, a qual acessa regularmente.

“Lagosta” é assídua freqüentadora da USFIP, mas não vai em busca de consultas médicas. Costuma comparecer a consultas mais esporádicas, relacionadas aos programas de saúde da mulher, realiza exames preventivos, mas considera que a Unidade de Saúde não pode atender a certas demandas que ela mesma relaciona ao hospital. Quando se refere à USFIP, “Lagosta” salienta: “Aqui é rotina”. Assim, a rotina de “Lagosta” na relação com a USFIP é orientada por uma outra motivação/demanda: buscar alguém pra conversar. As conversas entretidas por “Lagosta” no serviço parecem ter o sentido da possibilidade de trocas, interações, de conhecimento de outras realidades, de outros mundos.

Teixeira (2003) já havia apontado que as redes de trabalho em saúde são grandes redes de conversações. Que se estamos numa Unidade de Saúde vamos observar que o que se passa ao redor é permeado, o tempo todo, por conversas. Conversas que se dão por si só ou que acompanham qualquer procedimento que esteja sendo realizado, sendo, portanto, a substância do trabalho em saúde. Substância esta “trabalhada conjuntamente por trabalhadores e usuários dos serviços de atenção à saúde” (TEIXEIRA, 2003, p.97).

À primeira vista, não parece estranho que “Lagosta” queira ir à Unidade para conversar, já que, uma vez que se reconhece que a natureza do trabalho em saúde é eminentemente conversacional, a demanda da usuária por uma simples conversa estaria dentro dos parâmetros daquilo que o trabalhador de saúde pode oferecer ao usuário. No caso dos encontros entre profissional de saúde e usuário, caracterizados por essa assimetria constitutiva – em que o usuário busca a satisfação das necessidades e o profissional supostamente detém os meios de satisfazê-las –, mais difícil do que o atendimento a esse tipo de demanda da usuária (de uma simples conversa), é estabelecer o que Teixeira (2004) chamou de “zona de comunidade”

(ou explorar o que ambos têm em comum). Indo além do que temos em comum, ainda encontramos o maior dos desafios: estabelecer uma “zona de singularidade” (ou aceitar o outro em sua diferença absoluta).

Segundo o autor, quando “dois corpos se convêm” e encontram “noções comuns” entre si, são experimentados afetos aumentativos de potência. Tais afetos é que dão o substrato para uma relação de confiança. (TEIXEIRA, 2004). Assim, lembrando o caso de “Camarão”, discutido anteriormente, mencionamos que a dificuldade não é necessariamente atender a certas necessidades, mas estabelecer relações de confiança nos serviços de saúde.

“Lagosta” tem um “histórico” de “boas relações” com alguns profissionais da USFIP. Em sua fala, fica claro que na maior parte de seus encontros ali, as conversas que ela tem com os profissionais são simplesmente conversas, sem necessidade de acordos, consensos ou solicitações específicas, mas conversas em que ela pode falar de vários assuntos e nas quais obtém algum prazer, o que dá o sentido de um verdadeiro “encontro”. São encontros que fazem “Lagosta” sentir sua potência de vida aumentar e que a fazem retornar permanentemente ao serviço:

[...]às vezes eu venho também conversar alguma coisa com as meninas aqui, as enfermeiras, são muito bacanas...Aí eu venho. Aliás, pra dizer a verdade eu venho aqui quase todo dia!(risos)... as meninas até encarnam em mim: “ah, não te vi ontem”...mentira, elas me viram.[...]venho mais assim, à noite, finalzinho de tarde que tá mais tranqüilo, né? Eu gosto muito de conversar com a [*diz o nome da profissional de saúde*], eu acho ela muito legal. Eu acho ela bacana pra caramba, gente boa. Aí às vezes de tardezinha assim eu gosto de conversar...logo que meu pai morreu, aí eu vinha, conversava... pra distrair a mente um pouquinho.

“LAGOSTA”

Talvez o que “Lagosta” e os profissionais com quem ela encontra tenham em comum seja justamente gostar de conversar e de ouvir o que o outro tem a dizer. Diante desta constatação e da certeza de que seria recebida para falar e ouvir, esta usuária estabelece uma (terapêutica) relação de confiança com alguns trabalhadores daquele serviço, tomando como sua rotina, voltar a ele quase que diariamente. Desse modo, pela via de conversas sobre a vida, sobre trabalho, sobre estudos, sobre o lazer dela e dos outros, que o vínculo de “Lagosta” com o serviço ganhou consistência.

Entretanto, observamos na literatura técnica (FRANCO; MERHY, 2007) e em trabalhos acadêmicos (DALBELLO-ARAÚJO, 2005), que nem toda a população é bem-vinda nas unidades de saúde. Estes estudos expressam que aqueles que não apresentam um motivo considerado plausível para freqüentar os serviços, sofrem com o tom de incômodo expresso por quem lá trabalha. Sabe-se que na cultura dos serviços de Atenção Básica as prioridades são dadas a certos grupos populacionais específicos como: os hipertensos e diabéticos, as gestantes, as crianças e mais recentemente, os tabagistas. Nesse sentido, razões plausíveis para ser atendido pelo serviço se relacionariam a algum tipo de “desequilíbrio” na saúde, como níveis altos de pressão arterial; fazer uso de substâncias que provoquem riscos à saúde, como o caso do cigarro; ou a se encontrar em estado que exige cuidados especiais, como o período de gestação.

Desse modo, tais estudos apontam que para usufruir de um direito social, a população socialmente desfavorecida tem que criar estratégias de inserção nos serviços de saúde, obedecendo a certas normas socialmente construídas e legitimadas no cotidiano desses serviços.

Estamos diante de uma questão que se perpetua no problema da organização e da receptividade da demanda nos serviços de saúde e que nos faz pensar como vimos lidando com demandas que não se relacionam diretamente à integridade de um organismo anátomo-fisiológico, mas que extrapolam para um universo de outras demandas sociais, carregadas dos efeitos que têm em nós, os vários laços sociais que fazemos na vida.

Nesse sentido, segundo Dalbello-Araújo (2005, p.175), há um “imperativo de construção de um ‘projeto de doença’ como estratégia engendrada pela população para inclusão na lógica do serviço e para que o sofrimento possa ser acolhido, [...]”.

A idéia de projeto a que esta autora se refere trata daquilo que direciona o ser constantemente para o futuro, sendo um dos organizadores da existência ao qual o ser humano não pode escapar. Um outro autor aborda a noção de projeto como algo que estabelece uma ponte entre uma reflexão ontológica sobre o sentido da existência e, nesse caso, as questões mais diretamente relacionadas à experiência da saúde e da atenção à saúde (AYRES, 2004).

Ao pensar em um projeto de doença, entendemos que não só o sofrimento, conforme nos indica Dalbello-Araújo (2005), mas também outras formas de existir, não encontram lugar de reconhecimento na esfera de proteção social, o que

provocará o sujeito excluído desta lógica de cuidado a nela se inserir por meio da doença. Foi o que aconteceu com “Lagosta”. Em algum momento a consistência daquele vínculo que esta mantinha com o serviço se desmanchou, sucumbindo a “um sistema que impõe regras para oferecer acolhimento” (DALBELLO-ARAÚJO, 2005, p.177). “Lagosta” foi pega pela armadilha que a obrigou a criar um sintoma que atestasse que há nela um problema de saúde a ser tratado/curado, ou seja, uma doença.

...Porque eu geralmente, às vezes, eu uso um tipo de desodorante, aí dá uma alergia debaixo do braço. Aí eu venho buscar essa pomada. Aí quando eu passo, inclusive até a menina falou, “oh, você tem que parar de usar um pouco essa pomada, porque essa pomada vai...”, explicou lá o quê que vai ter, “isso não vai dar certo”. Eu falei assim “ah mas é a única coisa que eu passo e alivia, e sara logo”, né? Quando eu compro esses perfumes assim, eu compro esses perfume vagabundo (risos) então só dá alergia, aí eu venho pegar essa pomada. Aí elas [as técnicas de enfermagem] ficam ‘encarnando’ em mim... quando eu chego aqui elas querem falar “já sei, você quer a Bexametazona!”, aí eu digo “acertou, me dá aí”...

“LAGOSTA”

Pesquisadora – Que é pra alergia?

Usuária – Alergia.

Pesquisadora – Aham...

Usuária – É uma pomada boa, é isso...

Pesquisadora – E o desodorante, você continua comprando o mesmo?

Usuária – O mesmo... (risos)

Pesquisadora – Então vai ter sempre alergia, né? (risos)

Usuária – Vou ter sempre alergia... (risos)

Embora “Lagosta” não tenha claramente afirmado qualquer relação do sintoma que vêm apresentando com uma estratégia de inserção no serviço – no caso dela, estratégia para se manter vinculada ao serviço--, pesquisas acadêmicas no campo da saúde (DALBELLO-ARAÚJO, 2005) abordam a percepção de gestores e profissionais em relação a esse “fenômeno” de produção de sintomas e doenças pelos usuários como uma maneira de garantirem que serão “cuidados” naquilo que julgam ser a sua necessidade.

Na pesquisa mencionada acima, a ansiedade, a vontade de desabafar e de ser ouvido, a necessidade de bater-papo ou de “passar o tempo” são apontadas como fatores que levam as pessoas a procurarem a Unidade de Saúde.

A relação de confiança e vínculo baseada em legítimos encontros, que havia se estabelecido entre “Lagosta” e o serviço, não sustentou a si própria. Teve que se adaptar aos modos-padrão de atenção aos usuários dos serviços, baseados em

agendamento de consultas, encaminhamentos a especialistas e fornecimento de medicamentos para os sintomas apresentados. Tampouco foi suficiente para ajudar a promover a aceitação da usuária como um legítimo outro, visto em sua singularidade.

“Lagosta” vinha expressando a necessidade de estabelecer um outro tipo de relação (que não priorize o usuário apenas por este ter uma doença), a qual fosse capaz de ampará-la, fazendo “aliviar e sarar” aquilo que ela julga ser o seu mal-estar. Como destaca Teixeira (2004), não se trata de um amparo que anestesie os efeitos da queda, mas que possa ajudá-la a se entregar ao caos e dele extrair uma nova existência. Porém, o que passou a estar disponível para esta usuária não mais foi um amparo, mas uma pomada para a alergia provocada pelo uso do desodorante, o que reduz todo o seu universo existencial a um sintoma físico.

Ter que transformar o mal-estar em doença produz uma inclusão geradora de sofrimento, pois abafa as angústias que têm origem nas relações sociais, além de consolidar uma participação social do sujeito por meio da doença (DALBELLO-ARAÚJO, 2005).

Se por um lado ter que reduzir toda a sua gama de assuntos e possibilidades a uma alergia; um sintoma, restringe as possibilidades de vida de “Lagosta”, por outro, tudo que vimos fazendo no contemporâneo é criar sintomas. Segundo Rolnik (1995), fazemos isso para nos proteger da diferença. Os sintomas poupam-nos de enfrentar as exigências que a diferença nos impõe, atenuando momentaneamente nosso desassossego e abrindo possibilidades de vida. Certamente pagamos o preço de um “desvigor” na nossa existência ao nos esquivarmos de lidar com a diferença; ao transformarmos os sintomas em sedativo para o mal-estar.

Se pensarmos nos serviços de saúde, estes vêm denotando como é difícil lidar com outras exigências que suplantem aquelas iniciativas de acolhimento para além das doenças enquadradas nos programas prioritários. Nesse caso, podemos dizer que o mal-estar não permeia apenas a vida do usuário, mas acomete também o trabalhador que, muitas vezes, parece não saber como extrapolar a prescrição sistemática de suas tarefas. Quando arriscam fazer a diferença, porém, podem não receber apoio dos outros colegas ou mesmo do próprio nível central, que tem primado pelo aumento dos mecanismos de controle de produção das equipes de saúde nos últimos anos, embora repita o discurso da qualidade. Durante a pesquisa, lembro-me de ter ouvido de um dos profissionais da USFIP a seguinte frase: “a

SEMUS diz que a gente tem que tratar bem o usuário, que tem que fazer vínculo, mas não ensina o que a gente faz com isso depois!”

Dado que esse silenciamento do sujeito é um movimento que vem ocorrendo desde a instalação do saber médico sobre o corpo, contando cada vez mais com o aporte da tecnologia, não podemos desqualificar as estratégias engendradas pela população – assim como por “Lagosta” –, mas quem sabe, considerá-las como linhas de força de sobrevivência. Linhas que tentam se manter em jogo com outras linhas duras, de exclusão, que sustentam um sistema que prevê ações de suporte às patologias (o que inclui instrumentos de medição e medicamentos), valorizando ações e procedimentos que possam ser concretamente legitimados nos BUP’s.

Assim, num sistema que ampara, legitima e reproduz profissionais que precisam marcar um “x” a cada procedimento que realizam, torna-se muito mais difícil que relações de confiança e vínculo se fortaleçam e, principalmente, que haja o que Teixeira (2004) chamou de “um deslizamento sutil do afeto de confiança para o afeto de acolhimento”; sendo o acolhimento aquele afeto que nos predispõe a aceitar o outro não apenas naquilo que nele nos convém, mas naquilo que nele é diferente de nós. Para isso, seria preciso que os profissionais assumissem uma postura de escuta e interesse pelo outro, numa abertura a um encontro que se desse conjuntamente, construindo um sentido, em ato, de ser profissional de saúde e de ser usuário de um serviço de saúde, ao invés de apenas efetuarem, miseravelmente, procedimentos “mudos” e “surdos” previstos por um modelo de atenção que privilegia a doença e que estimula os sujeitos e os cidadãos a se tornarem cada vez mais doentes e, portanto, menos autônomos.

Se por um lado há uma insegurança quanto ao manejo do vínculo com o usuário e quanto a uma outra forma de produzir saúde; por outro, a qualidade de alguns vínculos estabelecidos nos leva a crer que, em sua capilaridade, os serviços podem, de algum modo, contribuir para a capacidade de estar em relação, de interagir, de se potencializar dos usuários:

[...].Sinto falta delas! [*profissionais de saúde*]. Se eu não venho aqui eu sinto até falta delas. Também, cada pessoa bacana... pra conversar...Adoro conversar com pessoas inteligentes! (risos). Pessoas que passam a ensinar a gente... Aqui, a gente vem, conversa... eu converso muito com elas.

“LAGOSTA”

Em seu trabalho sobre o desempenho de um serviço de atenção primária à saúde, na perspectiva do que chamou de “inteligência coletiva”, Teixeira (2005b, p.222) ressalta que embora nossa cultura nos leve a pensar que a inteligência seria a propriedade de indivíduos, ela é sempre “o fato de um coletivo numeroso e interdependente: coletivo de idéias, pensamentos, módulos cognitivos, neurônios, células, organismos, espécies, etc.”. Portanto, a inteligência é sempre coletiva, embora o autor destaque a necessidade de distinguir dessa inteligência distribuída na natureza, a inteligência humana e sua intensidade de auto-criação inédita entre as sociedades animais.

Entendendo as idéias de Pierre Lévy como das principais referências daquele trabalho, podemos dizer que a inteligência coletiva a qual se pretende investigar e promover nos serviços de saúde remeta à potência de auto-criação; de ação coletiva dos grupos. Teixeira (2005b) ressalta que esta potência depende fundamentalmente da capacidade de indivíduos e grupos interagirem, colocando-se em relação, e assim produzindo, trocando e utilizando conhecimentos.

Para que essa potência coletiva possa se estabelecer, o autor ressalta que devemos lançar um outro olhar para o modo como “fazemos comunidade”, no sentido de focar a atenção nos laços sociais, padrões alternativos e sistemas informais de trocas e fluxos de benefícios entre os indivíduos e grupos; e não apenas em relações de vizinhança e parentesco. Estas formas tradicionais de estabelecer comunidade estão entre os vários padrões possíveis, atestando que aquilo que conhecemos como comunidade vem se transformando, não se limitando apenas aos modelos tradicionais.

Assim, a “inteligência” que “Lagosta” encontra nos profissionais com quem estabeleceu vínculo talvez seja fruto de um “estado de negociações” entre pessoas num dado grupo de trabalhadores do serviço de saúde. Um “grupo” que expressaria um certo nível de confiança entre si e a capacidade de produzir ações coletivas potentes que se revertem em um aprendizado na relação direta com o usuário. Não um aprendizado em que um detém o saber sobre algo que o outro espera aprender; mas um aprendizado que amplia esta questão para um “aprendamos a nos conhecer para pensar juntos” (TEIXEIRA, 2005b, p.232). “Lagosta” conhece um pouco sobre o que na vida daqueles peixes é diferente da sua vida e vice-versa. Este conhecimento pode se processar ao longo de todos os encontros assistenciais que marcam a passagem da usuária pelo serviço, em que serão estabelecidas várias conversas,

caracterizando o acolhimento-dialogado (TEIXEIRA, 2003), que não se confunde com o momento de recepção na entrada do serviço, mas que une uma conversa a outra nesta passagem, constituindo uma dada técnica de conversa ou de relação que se dá entre os profissionais e os usuários, a fim de manter constantemente a investigação e a negociação das necessidades que podem vir a ser satisfeitas, inclusive a própria necessidade de conversar.

Nesse processo de ampliação da inteligência sobre o modo **como** os profissionais acolhem e se vinculam aos usuários, se estabelece um conhecimento afetivo que é um dos aspectos influentes na formação de uma inteligência coletiva que possa fazer profissionais e usuários existirem em comunidade e, ao mesmo tempo, nas diferenças e singularidades. Apesar da intolerância que circula no serviço às várias demandas singulares, “Lagosta” consegue estabelecer alguns bons encontros na USFIP, que fazem sua potência de existir aumentar. Seu desafio é ter que conviver com o conflito cotidiano entre produzir a “alegria” que a potencializa e produzir a “alergia” que a insere no serviço de saúde.

Desse modo, o desafio da humanização dos serviços de saúde é o mesmo desafio permanente de produção do “comum” que enfrentamos em direção à nossa própria humanização, ou seja; “de busca do melhor espaço para realização das potências humanas, do melhor espaço para a singularização existencial de cada um” (TEIXEIRA, 2005b, p. 232).

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acolhimento é um tema que vem sendo bastante discutido no âmbito dos processos de produção de saúde e, nos últimos anos, vem ganhando destaque nas políticas de saúde, em razão da necessidade verificada de modificar as práticas de saúde na direção de relações mais humanizadas entre os sujeitos que compõem o universo do trabalho em saúde.

Uma vez que o processo de construção do SUS demonstra, em seus vinte anos de existência, que a cobertura dos serviços de saúde vem sendo progressivamente ampliada, o foco da discussão para que se garanta os princípios do SUS e o direito à saúde de modo a se promover uma verdadeira democracia, passa a ser deslocado para a qualidade dos serviços prestados.

Nesse sentido, a discussão sobre o acolhimento não está restrita à problemática do acesso aos serviços, mas diz respeito aos modos *como* se dá esse acesso, remetendo à “acessibilidade”. Nesta perspectiva, levanta-se a discussão sobre o protagonismo dos sujeitos envolvidos e a construção de autonomia nos processos de produção de saúde que se dão na inserção dos usuários “dentro” dos serviços, destacando-se as relações que são estabelecidas entre estes e os trabalhadores de saúde.

Ao se discutir acolhimento, procuramos interrogar as relações de trabalho que se produzem entre os próprios trabalhadores, vislumbrando-os como trabalhador coletivo capaz de fazer a gestão do seu trabalho, exercendo a apropriação do próprio processo de trabalho e da capacidade de estabelecer relações ancoradas em uma ética de solidariedade e de compromisso com o outro.

Com a finalidade de aprofundar a questão do acolhimento e da qualidade das relações que se dão nos serviços, acompanhamos o cotidiano da Unidade de Saúde da Família da Ilha do Príncipe, seguindo uma abordagem cartográfica, com o objetivo de analisar discursos e práticas relacionados ao acolhimento que se engendram naquele serviço. Foi realizada também uma sistematização de documentos oficiais sobre o acolhimento e feitos estudos na literatura técnica a respeito deste tema.

Destacamos que a escolha por acompanhar um serviço de Atenção Básica se justificou pela preponderância que este nível de organização dos serviços vem assumindo como lugar de reversão do modelo tecno-assistencial na saúde pública, através, principalmente, do Programa de Saúde da Família.

Tomamos como “analísadores” da questão do acolhimento na USFIP os processos de trabalho e as relações trabalhador-usuário, sobre os quais discorreremos, a fim de explicar os resultados produzidos nesta pesquisa.

A organização dos processos de trabalho na USFIP é burocratizada e fragmentada, denotando divisão entre planejamento e execução, e uma separação entre a gestão do trabalho e atenção prestada.

Embora haja um discurso de qualificação do serviço expresso pela SEMUS, permanece a focalização principal na produtividade do trabalho das equipes, com vistas a atender às determinações do nível central.

A respeito do trabalho em equipe, nota-se que há intenção de se rever os processos de trabalho por parte dos trabalhadores, mas isto não condiz com as ações postas em prática, as quais remetem a uma funcionalidade dos serviços, ou seja; cada “parte” deve funcionar “bem” na sua relação com o “todo”, o serviço. Assim, a USFIP não é vivenciada como “arena” em que o jogo de forças entre os sujeitos expressa suas intencionalidades.

Embora se reconheça as “falhas de comunicação” entre os trabalhadores, a racionalidade que rege a comunicação entre as equipes não é questionada, sendo os espaços de conversações entre os trabalhadores (como por exemplo, as reuniões de equipe) destinados à discussão de questões administrativo-burocráticas. Os conflitos que atravessam as relações de poder e a hierarquização nos serviços não são discutidos, assim como as dificuldades dos trabalhadores nas relações entre si.

No tocante ao acolhimento, a exigência que os trabalhadores sofrem para que atendam a índices de produtividade é um aspecto que compromete a qualidade da relação entre as equipes e destas com o usuário, afetando tanto o atendimento às necessidades destes quanto a própria oferta de ações de saúde. As necessidades de saúde dos usuários parecem ser encaradas conforme o nível de competência técnica de cada profissional e o tensionamento oferta-procura não é problematizado.

Assim, o acolhimento constitui-se em uma “atividade” realizada pelos auxiliares de enfermagem, conforme uma escalação destes profissionais, feita mensalmente pelas enfermeiras. Nesse sentido, a prática do acolhimento está

circunscrita a uma atividade que se dá na recepção ou nos “postos” de trabalho onde atua o auxiliar de enfermagem. Há um entendimento de que o acolhimento depende de conhecimento técnico, estando em associação direta com práticas de Avaliação Inicial (Avaliação e Classificação de Riscos), podendo ser considerado, também, como uma etapa do processo de triagem.

Quanto à relação entre trabalhadores e usuários percebemos, no cotidiano, que as necessidades que os trabalhadores esperam “acolher” estão circunscritas à questão da doença ou do sintoma manifestado fisicamente.

Por outro lado, demonstrou-se tanto na ótica do trabalhador quanto do usuário, que ir ao serviço para “conversar” constitui-se em uma demanda valorizada pelos usuários e, embora se dê forma limitada, é acolhida por alguns trabalhadores.

Constatamos também que a atuação segundo o modelo do PSF não é suficiente para garantir o acolhimento, pois tal modelo privilegia as ações programáticas, secundarizando as demandas “inesperadas”, que se constroem em ato, no serviço. Mesmo neste modelo, o trabalho de atenção à saúde na USFIP evidencia que está assentado no uso de recursos oferecidos pelas tecnociências. Nesse sentido, a avaliação do profissional costuma se sobrepujar às avaliações feitas pelos usuários sobre sua própria saúde, o que nos faz concluir que as ações definidas no cuidado não são pactuadas.

Entretanto, percebemos que experiências de tensionamento entre trabalhadores e usuários, ambos entendidos como protagonistas da produção da saúde, forçam a problematização de outras formas de agir em saúde, como a criação de projetos terapêuticos específicos, fazendo com que a ação de acolhimento deixe de ser apenas pontual para se desdobrar em outras ações no interior do serviço.

Assinalamos que esta pesquisa focalizou-se no modo **como** se entende e se faz acolhimento naquele serviço de saúde e não na produção de “verdades” sobre o acolhimento. Da mesma maneira, não esperávamos encontrar uma determinada “forma pronta de acolher”, ou mesmo, encontrar qualquer “sistemática” de acolhimento homogênea instituída. Nosso intuito consistiu em “cartografar” o tensionamento entre os discursos instituídos, os discursos protocolares, os discursos tradicionais sobre acolhimento, e os discursos e práticas instituintes de acolhimento na USFIP, compreendendo que tais práticas instituintes nem sempre remetem a práticas a favor da vida e da alteridade.

Acreditamos terem sido “cartografadas” práticas territorializadas que expressam um modo hegemônico de produção de saúde, não apenas médico-centrado ou enfermeiro-centrado, mas “especialista-centrado”, na produção de ações relacionadas ao acolhimento, o que indica as concepções que se tem a respeito na visão dos sujeitos. Por outro lado, o cotidiano também expressou, em sua capilaridade, fluxos “impertinentes” e “escapes” que se dão na micropolítica do serviço. Estes fluxos e escapes ganharam forma nos modos de acolher (do trabalhador) e nos modos dos usuários de serem acolhidos, especialmente evidentes quando esses sujeitos ousavam construir outros modos de funcionamento, diferentes do previsto por uma norma funcional, acenando para as possibilidades de ressignificar o acolhimento no cotidiano da USFIP.

Assim, fica evidente a necessidade de reorganização dos processos de trabalho e de se engendrar subjetividades que apontem para uma certa humanização nos processos de produção de saúde, que estabeleça uma verdadeira relação de cuidado e valorize a singularidade existencial de cada um dos sujeitos envolvidos, de modo a se promover uma real democracia no acesso à saúde, na qualidade da assistência e na garantia dos princípios do SUS.

As análises expressam a singularidade e a localidade do território desta pesquisa: a USFIP e seu entorno. Entretanto, espera-se que contribuam para questionar a postura e as ações em saúde ligadas ao tema do acolhimento em toda a rede de AB do município de Vitória. Nesse sentido, acreditamos que se valorizadas e exploradas, as singularidades de cada território podem ser cooperativas para criar um “comum do acolhimento” a partir de suas diferenças, em direção a uma ética de humanização.

9. REFERÊNCIAS

ALTOÉ, S (Org.). **René Lourau**. analista institucional em tempo integral. São Paulo: Hucitec, 2004.

AMARANTE, Ary. [s.n.], [200-?]. 1 fotografia. In: WERNECK, M. **Manual de mergulho**. manual de instrução do curso básico *open water*. PDIC Brasil, [200-?]. Capa.

ARAÚJO, Maria de Fátima Santos de. **O enfermeiro: prática profissional e construção da identidade**. 2003. Tese (Doutorado em Sociologia) – Programa de Pós-graduação em Sociologia da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2003.

AYRES, J.R.C.M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n.3, set./dez. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n3/03.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2008, p. 16-29.

BARROS, R.B. **Grupo**. a afirmação de um simulacro. 1ª. ed. Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS, 2007, p. 237-310.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v.9, n.17, mar./ago 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a14.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2007, p. 389-394.

BOCCO, Fernanda. **Cartografias da infração juvenil**. 2006. 181f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2006. [Cap.1 “Tsunamis e o conhecimento” -- item 1.3 “Quando o caminho subverte a meta”], p. 51-58.

BODSTEIN, R. Atenção Básica na agenda da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n.3, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n3/13021.pdf>>. Acesso em 12 dez. 2007, p. 401-412.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Lei Orgânica da Saúde nº. 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Brasília, 1990a. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br>>. Acesso em: 10 mai. 2008.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Lei Orgânica da Saúde nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Brasília, 1990b. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br>>. Acesso em 10 mai. 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde /NOB SUS 96**. Brasília, 1997. Disponível em: <http://www.conasems.org.br/Doc_diversos/complementar/NOB96.pdf>. Acesso em 11 mai. 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional de Assistência a Saúde /NOAS SUS 01.** Brasília, 2001. Disponível em <http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/texto_lei04.pdf> Acesso em 11 mai. 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional de Assistência a Saúde /NOAS SUS 02.** Brasília, 2002a. Disponível em <http://www.conasems.org.br/Doc_diversos/complementar/NOAS.pdf> Acesso em 11 mai. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **Padrões de qualidade do atendimento ao cidadão.** manual técnico para implantação dos padrões de qualidade do atendimento ao cidadão. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2002b, 36p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS. política nacional de humanização:** relatório de atividades 2003. Brasília: Editora MS, 2004a, 24p. Disponível:<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_atividades_2003.pdf> Acesso em: 25 out. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento com avaliação e classificação de risco:** um paradigma ético-estético no fazer em saúde. 1ª. ed. Brasília: Editora MS, 2004b, 48p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A Construção do SUS.** histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. 1ª. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. [Cap.1 “A mobilização instituinte (décadas de 70 e 80)”], p. 35-110. Disponível em:<http://www.idisa.org.br/site/download/construcao_do_SUS.pdf>. Acesso em 22 dez. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional da Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006b, 60p. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/webpacto/text_atencao.pdf> . Acesso em: 29 dez. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **O SUS que dá certo.** Mostra interativa HumanizaSUS. Encarte da Mostra. Brasília, 2008a, 44p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Política Nacional de Humanização.** documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4ª. ed. Brasília: Editora MS, 2008b, 72p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizacao_documento_base_4ed_2008.pdf Acesso em: 19 out. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de**

saúde. 2ª. ed. Brasília: Editora MS, 2008c, 44p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude_2ed_2008.pdf Acesso em : 19 out. 2008.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS – Departamento de Informática do SUS. **Informações de saúde.** demográficas e socioeconômicas. 2008d. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poptes.def> >. Acesso em: 28 fev. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. Descritores em Ciências da Saúde. **Atenção à Saúde.** 2008e. Disponível em: < <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>>. Acesso em 30 dez. 2008.

CAMPOS, G.W.S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R.(Orgs.) **Agir em saúde.** um desafio para o público. 2ª. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 229-266.

CARTA náutica. 2009. In: **SISPESCA.** Instituto Oceanográfico da Universidade de São Paulo. Disponível em: <<http://www.sispesca.io.usp.br/outros/cursos/navegacao/sld017.htm> > Acesso em: 01 fev. 2009.

_____. 2009. In: **BRASIL Mergulho.** Disponível em: <www.brasilmergulho.com.br/port/artigos/2008>. Acesso em: 01 fev. 2009.

CECÍLIO, L.C.O. A morte de Ivan Ilitch de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. In: SEMINÁRIO A HUMANIZAÇÃO DO SUS EM DEBATE, 2008, Vila Velha. **Textos preparatórios.** Vila Velha, 25 e 26 de junho de 2008, p.74-86.

CERTEAU, M. Caminhadas pela cidade. In: ____; GIARD, L.; MAYOL, P. **A invenção do cotidiano:** artes de fazer. v.1. 11ª.ed. Petrópolis: Vozes, 1994, p.169-192.

_____. Anais do cotidiano. In: ____; ____; _____. **A invenção do cotidiano:** morar, cozinhar. v.2. 5ª.ed. Petrópolis: Vozes, 1996, p. 31-33.

____; GIARD, L. Uma ciência prática do singular. In: ____; ____; _____. **A invenção do cotidiano:** morar, cozinhar. v.2. 5ª.ed. Petrópolis: Vozes, 1996, p. 335-342.

COHN, A. *et al.* **A saúde como direito e como serviço.** 3a. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

CRUZ, Sheila Cristina de Souza. **O processo de implantação da estratégia de saúde da família:** o caso de resistência. 2007. 170f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-graduação em Atenção à Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2007. [Cap.3 “O município de Vitória e a Estratégia de Saúde da Família” – item 3.1 “Constituição do Sistema de Saúde na Prefeitura Municipal de Vitória], p. 64-72.

DALBELLO-ARAÚJO, Maristela. **O cotidiano de uma equipe do Programa de Saúde da Família: um olhar genealógico sobre o controle social.** 2005. 221 folhas. Tese (Doutorado em Psicologia) – Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2005.

DELEUZE, G. **A lógica do sentido.** São Paulo: Perspectiva, 1974.

_____. Sobre a diferença da Ética em relação a uma Moral. In: _____. **Espinosa.** filosofia prática. 1ª. ed. São Paulo: Escuta, 2002, cap. II, p. 23-35.

_____. Um novo cartógrafo (Vigiar e Punir). In: _____. **Foucault.** 6ª. ed. São Paulo: Brasiliense, 2006, p. 33-54.

_____; GUATTARI, F. Introdução: Rizoma. In: _____. **Mil platôs.** capitalismo e esquizofrenia, v.1. 1ª.ed. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995, p.11-38.

_____; _____. 28 de novembro de 1947 - como criar para si um Corpo-Sem-Órgãos. In: _____. **Mil platôs.** capitalismo e esquizofrenia, v.3. 1ª.ed. Rio de Janeiro: Editora 34, 1996, p. 9-29.

DESLANDES, S.F. Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, 2004. p.7-14.

_____. Humanização e processo comunicacional. In: SEMINÁRIO A HUMANIZAÇÃO DO SUS EM DEBATE, 2008, Vila Velha. **Textos preparatórios.** Vila Velha, 25 e 26 de junho de 2008, p.35-38.

ESCOREL, S. **Reviravolta na Saúde:** origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

_____. ; NASCIMENTO, D.R.; EDLER, F.C. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, N.T. *et al* (Orgs.). **Saúde e Democracia.** história e perspectivas do SUS. 1a. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, p.59-82.

ESPERANÇA, A.C.; CAVALCANTE, R.B.; MARCOLINO, C. Estudo da demanda espontânea em uma unidade de saúde da família de uma cidade de médio porte do interior de Minas Gerais, Brasil. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v.10. n.1, jan. 2006. Disponível em: <<http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/pdf/reme/v10n1/a05v10n1.pdf>> Acesso em: 22 jan. 2009, p. 30-36.

ESPINOSA, B. **Ética.** Tradução Joaquim de Carvalho; Joaquim F. Gomes, Antonio Simões. Lisboa: Relógio d'água, 1992, 503p.

FARIAS, Laura Cavalcanti de. **Acolhimento na Atenção Básica:** reflexões éticas sobre a atenção à saúde dos usuários. 2007. 84f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

FERREIRA, J. O programa de humanização da saúde: dilemas entre o relacional e o técnico. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 14, n.3, set./dez. 2005, p.111-118.

FLEURY, S. **Saúde e democracia no Brasil: valor público e capital institucional no Sistema Único de Saúde**. Panel "Valor público y capital institucional". In: XI Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Ciudad de Guatemala, 7-10 Nov. 2006. Disponível em: < www.clad.org.ve/fulltext/0055402.pdf> Acesso em 6 dez. 2008.

FLEURY-TEIXEIRA, S. Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. In: TEIXEIRA, S. F. (Org.). **Reforma sanitária**. em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989. p.17-46.

FLEURY-TEIXEIRA, Sonia. Entrevista sobre o SUS. Concedida por telefone para a Revista IHU On-Line, 2 jun. 2008. In: **REVISTA DO INSTITUTO HUMANITAS UNISINOS**. Disponível em: < http://www.unisinos.br/ihuonline/index.php?option=com_tema_capa&Itemid=23&task=detalhe&id=1081> . Acesso em 12 dez. 2008.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**. Petrópolis: Vozes, 2000.

_____. Genealogia e poder. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 16ª. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2001, p.167-178.

_____. O que são as luzes? In: _____. **Ditos e Escritos**. arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento, v. II. 2ª. ed. São Paulo: Editora Forense Universitária, 2006, 432 p.

FRANCO, T.B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R. ; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Gestão em redes**. práticas de avaliação, formação e participação na saúde. 1ª. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2006, p. 459-473.

_____. ; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In: MERHY, E.E. *et al.* (Orgs.). **O Trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 4ª. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007, p.37-54.

_____. ; MERHY, E.E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E.E. *et al.* (Orgs.). **O Trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 4ª. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007, p. 55-124.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Escola Nacional de Saúde Pública Departamento de Administração e Planejamento em Saúde. Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde. **Avaliação da implementação do Programa de Saúde da Família em grandes centros urbanos**. Estudo de caso – Vitória/ES. Relatório final. Rio de Janeiro, 2003, p.55-75.

GOMES, M.C.P.A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.9, n.17, mar./ago. 2005.

GUATTARI, F. **Revolução Molecular**. pulsações políticas do desejo. São Paulo: Brasiliense, 1977.

_____. ; ROLNIK, S. **Micropolítica**. cartografias do desejo. 6ª. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

GUIZARDI, F.L.; PINHEIRO, R. Quando dádiva se transforma em saúde: algumas questões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e estado. In: PINHEIRO, R. ; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Cuidado**. as fronteiras da Integralidade. 2ª. ed. Rio de Janeiro: CESPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2005, p. 37-56.

HARDT, M. O trabalho afetivo. In: COSTA, R.; PELBART, P.P. (Orgs.) **O reencantamento do concreto**. Cadernos de Subjetividade. São Paulo: HUCITEC, 2003, p. 144-157.

_____. ; NEGRI, A. **Multidão**. Guerra e democracia na era do império. 1ª.ed. São Paulo: Record, 2005, 530p.

HESS, R. O movimento da obra de René Lourau. In: ALTOÉ, S. (Org.). **René Lourau**: analista institucional em tempo integral. São Paulo: HUCITEC, 2004, p. 15-39.

IBGE. **Cidades@**. 2008. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>>. Acesso em: 15 set. 2008.

KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v.19, n.1, jan./abr. 2007, p.15-22. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v19n1/a03v19n1.pdf>> Acesso em: 02 ago. 2007.

KIRST, P.G *et al*. Conhecimento e cartografia: tempestade de possíveis. In: FONSECA, T. M. G.; KIRST, P.G. (Orgs.). **Cartografias e Devires**. a construção do presente. 1ª.ed. Porto Alegre: UFRGS Editora, 2003, p. 91-102.

KLINK, A. **Cem dias entre céu e mar**. 1ª. ed. de bolso. São Paulo: Companhia das Letras, 2005. 160p.

LIMA, N. T.; FONSECA, C.M.O.; HOCHMAN, G. A saúde na construção do Estado nacional no Brasil. Reforma sanitária em perspectiva histórica. In: _____ *et al* (Orgs.). **Saúde e Democracia**. história e perspectivas do SUS. 1a. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, p.27-58.

LISPECTOR, C. **A paixão segundo G.H**. 16ª. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora, 1991, 183p.

MALTA, Deborah Carvalho. **Buscando novas modelagens em saúde: as contribuições do projeto vida e do acolhimento na mudança do processo de**

trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993-1996. 2001. 284 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.

MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80. a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: _____.(Org.). **Distrito sanitário.** o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 3ª.ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995. p.19-87.

_____. **Uma agenda para a saúde.** 2ª. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MERHY, E.E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: _____. ; ONOCKO, R.(Orgs.) **Agir em saúde.** um desafio para o público. 2ª. ed. São Paulo: Hucitec, 2006a. p. 197-228.

_____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: _____. **Agir em saúde.** um desafio para o público. 2ª. ed. São Paulo: Hucitec, 2006b. p. 71-112.

_____. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L.C.O. (Org.) **Inventando a mudança na saúde.** 3ª. ed. São Paulo: Hucitec, 2006c. p.117-160.

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: _____. ; ONOCKO, R.(Orgs.) **Agir em saúde.** um desafio para o público. 2ª. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p.113-160.

NEMES, M.I.B. Ação programática em saúde: recuperação histórica de uma política de programação. In: SCHRAIBER, L.B. (Org.) **Programação em Saúde Hoje.** 2ª. ed. São Paulo: Hucitec, 1993, cap.2, p.65-116.

PASCHE, D. F. SUS e a PNH: radicalidade na construção do bem-comum. In: SEMINÁRIO A HUMANIZAÇÃO DO SUS EM DEBATE, 2008, Vila Velha. **Textos preparatórios.** Vila Velha, 25 e 26 de junho de 2008, p.5-26.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M.E.B.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade.** valores, saberes e práticas. 1ª. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2007, p. 161-178.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: _____.; MATTOS, R. A. (Orgs.) **Os sentidos da Integralidade** na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2001, p. 65-112.

REDE DE NOTÍCIAS. **A Flexibrás e a Ilha do Príncipe**. Texto disponibilizado em 06 de julho de 2007. Disponível em: <<http://www.rededenoticias.com.br/materia.php?id=4891>>. Acesso em: 08 jan. 2009.

RIBEIRO, E.M.; PIRES, D.; BLANK, V.L.G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 20, mar./abr. 2004. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/11.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2008, p. 438-446.

RODRIGUES, H.B.C. Análise Institucional Francesa e transformação social: o tempo (e contratempo) das intervenções. In:____; ALTOÉ, S. (Orgs.). **Saúde Loucura**. análise institucional, número 8. São Paulo: HUCITEC, 2004, p.115-164.

ROLNIK, S. Despedir-se do absoluto. **Cadernos de Subjetividade**. São Paulo: PUC-SP, v.1, n.1, 1993, p. 244-257.

____. O mal-estar na diferença. **Anuário Brasileiro de Psicanálise**, Rio de Janeiro, v. 3, 1995, p. 97-103. Disponível em: <www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/SUELY/Malestardiferenca.pdf95>. Acesso em: 10 mar. 2008.

____. **Cartografia sentimental**. transformações contemporâneas do desejo.^{1a} reimpressão. Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS, 2007, 247p.

SANTOS *et al.* Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23. n.1, jan. 2007.

SANTOS, B.S. Um discurso sobre as ciências na transição para uma ciência pós-moderna. **Estudos Avançados**, São Paulo, v.2, n.2, mai./ago. 1998, p.46-71. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v2n2/v2n2a07.pdf>> Acesso em: 10 set. 2007.

SCHIMITH, M.D.; LIMA, M.A.D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.6, nov./dez. 2004.

SILVA JUNIOR, A.G.; MASCARENHAS, M.T.M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.) **Cuidado**. As fronteiras da Integralidade. 2. ed. Rio de Janeiro: CESPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2005. p. 241-257.

SPINK, M.J.P. Pesquisando *no* cotidiano: recuperando memórias de pesquisa em Psicologia Social. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v.19, n.1, jan./abr. 2007, p. 7-14. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v19n1/a02v19n1.pdf>>. Acesso em: 29 nov. 2007.

TEIXEIRA, R.R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.) **Construção da Integralidade**. cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: CESPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2003, p. 89-111.

TEIXEIRA, R.R. As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a emergência de uma outra concepção de público. In: RESEARCH CONFERENCE ON RETHINKING "THE PUBLIC" IN PUBLIC HEALTH: NEOLIBERALISM, STRUCTURAL VIOLENCE, AND EPIDEMICS OF INEQUALITY IN LATIN AMERICA. **Working-paper**. Center for Iberian and Latin American Studies (CILAS)/ University of California, San Diego, 2004. Disponível em: <<http://www.corposem.org/rizoma/redeafetiva.htm>>. Acesso em: 11 abr. 2008.

TEIXEIRA, R.R. Humanização e Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, jul./set. 2005a, p. 585-597. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a16v10n3.pdf>> . Acesso em 22 jan. 2007.

TEIXEIRA, R.R. O desempenho de um serviço de atenção primária à saúde na perspectiva da inteligência coletiva. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.9, n.17, mar./ago. 2005b. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a02.pdf>>. Acesso em 22 nov. 2008, p.219-234.

TSUNAMI. 2009. In: **WIKIPÉDIA**. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Tsunami>>. Acesso em: 29 jan. 2009.

VILLA, Tereza Cristina Scatena. **A enfermeira nos serviços de saúde pública do estado de São Paulo (1967 – 1983)**. 1992. 177 folhas. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1992.

VILLA, T.C.S.; MISHIMA, S. M.; ROCHA, S.M.M. Os agentes de enfermagem nas práticas sanitárias paulistas: do modelo bacteriológico à programação em saúde (1889-1983). **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.2, n.2, jul. 1994, p.73-85.

VIOLA, Paulinho da. ; CARVALHO, Hermínio Bello de. Timoneiro. Intérprete: Paulinho da Viola. In: VIOLA, Paulinho da. **Paulinho da Viola Acústico MTV**. São Paulo: Sony; BMG, 2007. 1 DVD, faixa 1.

VITÓRIA. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. Departamento de Ações Integradas. Divisão de Vigilância em Saúde. **Territorialização da Área III – Centro**. alternativa para a mudança de prática da saúde para a Região Centro. Novembro 1996. Vitória, 1996. 29p.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. **Reorganização do Sistema Local de Saúde da Ilha do Príncipe**. Dezembro, 1999. Vitória, 1999. 22p.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. **3ª Conferência Municipal de Saúde de Vitória**. efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção

à saúde com controle social, 10 a 12 de Novembro de 2000: relatório final. Vitória, 2000, 41p.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. **Protocolo de acolhimento.** avaliação inicial nas unidades de saúde. Vitória: Secretaria de Saúde, 2004, 89p.

_____. Prefeitura Municipal. Diário de Vitória. **Prefeitura lança oficialmente a Política de Humanização na saúde.** Texto disponibilizado em 9 nov. 2005. Disponível em: <http://www.vitoria.es.gov.br/diario/arquivo/2005/1109/09_politica-humanizacao.asp>.2005a. Acesso em 4 dez. 2007.

_____. Prefeitura Municipal. Diário de Vitória. **Unidade de Saúde de Jardim Camburi amplia horário até às 22 horas.** Texto disponibilizado em 08 de novembro de 2005. Disponível em: <http://www.vitoria.es.gov.br/diario/arquivo/2005/1108/08_unidade_2.asp>. 2005b. Acesso em: 18 nov. 2008.

_____. Prefeitura Municipal. Informações Municipais. Município. Geral. **Histórico.** 2008a. Disponível em: < <http://www.vitoria.es.gov.br/regionais/home.asp#>>. Acesso em: 17 set. 2008.

_____. Prefeitura Municipal. Informações Municipais. Município. Geral. **Territorialização.** 2008b. Disponível em: <<http://www.vitoria.es.gov.br/regionais/home.asp#>>. Acesso em: 17 set. 2008.

_____. Prefeitura Municipal. Histórico dos bairros. **Ilha do Príncipe.** 2008c. Disponível em: < <http://www.vitoria.es.gov.br/regionais/bairros/municipio.asp>> . Acesso em: 15 set. 2008.

_____. Prefeitura Municipal. Informações Municipais. Região II. Gerência de Informações Municipais. **Bairro Ilha do Príncipe.** dados socioeconômicos. 2008d. Disponível em: <http://www.vitoria.es.gov.br/regionais/bairros/regiao_2/R2_ilhadoprincipe.asp>. Acesso em: 17 set. 2008.

WERNECK, M. **Manual de mergulho.** manual de instrução do curso básico *open water*. PDIC Brasil, [200-?] [Cap.3 Equipamentos de Mergulho], p.34-71.

WIKIPÉDIA. **Vitória (Espírito Santo).** 2008a. Disponível em: <[http://pt.wikipedia.org/wiki/Vit%C3%B3ria_\(Esp%C3%ADrito_Santo\)](http://pt.wikipedia.org/wiki/Vit%C3%B3ria_(Esp%C3%ADrito_Santo))> Acesso em : 15 set. 2008.

_____. **Vitória (Espírito Santo).** Economia. 2008b. Disponível em: <[http://pt.wikipedia.org/wiki/Vit%C3%B3ria_\(Esp%C3%ADrito_Santo\)#Economia](http://pt.wikipedia.org/wiki/Vit%C3%B3ria_(Esp%C3%ADrito_Santo)#Economia)>. Acesso em : 15 set. 2008.

10.3 APÊNDICE C – SOLICITAÇÃO DE ENTREVISTA COM REPRESENTANTE DA SEMUS

Vitória, 10 de novembro de 2008.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA
Secretaria Municipal de Saúde

Ao Secretário de Saúde Sr. Luiz Carlos Reblin

Estamos desenvolvendo, dentro de um dos serviços de Atenção Básica desta Prefeitura, uma pesquisa de Mestrado em Psicologia Institucional cujo título provisório é “**Discursos e práticas de acolhimento no cotidiano da rede de atenção básica em saúde**”, de autoria de Catharina Hoffmann e sob orientação de Maristela Dalbello Araújo. Esta pesquisa conta com bolsa do FACITEC desde julho de 2007, encontrando-se em fase de finalização.

Um de seus objetivos é acompanhar os movimentos engendrados pela Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) em torno das questões relativas ao acolhimento na Atenção Básica nos últimos anos.

Sabendo que estes movimentos encontram-se ainda em processo de sistematização, dado que a Política Municipal de Humanização foi lançada há apenas três anos, solicitamos uma entrevista com profissional ou equipe técnica voltada para o tema, a fim de enriquecer a produção de dados em relação ao acolhimento no Município.

Atenciosamente,

Catharina Hoffmann

Aluna do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional da UFES

10.4 APÊNDICE D – DETALHAMENTO DA ENTREVISTA COM REPRESENTANTE DA SEMUS

Vitória, 20 de novembro de 2008.

**À SEMUS
GERÊNCIA DE FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO EM SAÚDE - GFDS
EQUIPE DE PESQUISA**

Conforme solicitado por telefone, envio fax detalhando o assunto de interesse a ser focado na entrevista com equipe técnica, cujas informações deverão contribuir para a pesquisa de Mestrado: *“Discursos e práticas de acolhimento no cotidiano da rede de Atenção Básica”*, a saber:

- Política Municipal de Humanização – “PMH” -- no município de Vitória;
- Lugar do acolhimento dentro da “PMH”;
- Acolhimento e Atenção Básica;
- Movimentos realizados pela SEMUS (cursos, projetos, capacitações, discussões, etc.) quanto ao acolhimento e temas afins na intercessão com as Unidades de Saúde nos últimos 3 anos;
- Material a respeito disponível para consulta/pesquisa.

Atenciosamente,

Catharina Hoffmann
Aluna de Mestrado do PPGPSI - UFES