

A RELAÇÃO ENTRE OS PROFISSIONAIS E USUÁRIOS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE: TEIAS DE (DES) AFETAMENTOS

The relationship between the professionals and users of a health unit: 's webs (des)afetamentos

Maycon Carvalho Santos¹, Débora Santos Flegeler²,
Túlio Alberto Martins de Figueiredo³, Rita de Cássia Duarte Lima⁴

RESUMO

Buscou-se analisar as configurações produzidas nas práticas de cuidados no encontro usuário e trabalhadores de saúde em uma Unidade de Saúde da Família no Município de Vitória-ES. Trata-se de um estudo exploratório descritivo, de abordagem qualitativa, tendo como sujeitos seis profissionais de saúde e dez usuários, com dados coletados por meio de roteiro semiestruturado e analisados pela técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2009). Constatou-se que, embora possa haver limitações dos profissionais de saúde na construção de seu vínculo com o usuário, houve o reconhecimento, por parte dos profissionais, de que os relacionamentos construídos no cotidiano de trabalho são considerados como positivos. Ambos os grupos pesquisados observaram uma melhoria nos serviços prestados para a população, entretanto, mesmo reconhecendo que a Estratégia de Saúde da Família tem favorecido avanços, apontam limitações que dificultam o acesso aos serviços

ABSTRACT

We attempted to analyze the configurations produced in the care in meeting between users and health workers in a Family Health Unit in Vitória-ES. This is an exploratory descriptive qualitative approach, having six protagonists as health professionals and ten users, with data collected through semi-structured and analyzed using content analysis proposed by Bardin. It was found that although there may be limitations of health professionals in building their relationship with the user, there was recognition by professionals that relationships built in the daily work are considered positive. Both groups surveyed reported an improvement in services for the population, however, while acknowledging that the Family Health Strategy has favored progress, point out limitations that hinder access to services, such as perpetuation of queues, delays in care and disengagement of some professionals. This underlies the discussions to be raised by the team, consolidating the

-
- ¹ Maycon Carvalho Santos, Enfermeiro. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Especialista em Gestão, Avaliação e Planejamento em Saúde Coletiva (UFES). Possui experiência como Professor Substituto para o curso de Graduação em Enfermagem (UFES), Docente do Curso de Especialização em Atenção Primária à Saúde (UVV/UNIVEN) e Coordenação de equipe de Saúde da Família. Está associado as linhas de pesquisa que abordam as seguintes temáticas: Política, Gestão e Avaliação em Saúde. Trabalho, Saúde e Violência Institucional. Tem diversas pesquisas apresentadas em congressos de Enfermagem e Saúde Pública.
 - ² Débora Santos Flegeler, Enfermeira, graduada na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Atuação na Atenção à Saúde Coletiva, na área de Política e Gestão em Saúde, na linha de pesquisa sobre Avaliação em Saúde (Análise dos processos de trabalho em saúde, planejamento e gestão. Estudos de pesquisas visando qualificação de práticas e serviços de saúde) e Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Especialista em Unidade de Terapia Intensiva pela EMESCAM e Mestre em saúde coletiva - UFES.
 - ³ Túlio Alberto Martins de Figueiredo, Graduado em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais (1979), especialista em Esquizoanálise e Esquizodrama pelo Instituto Felix Guattari de Belo Horizonte (2009), mestre em Saúde Pública (1991) e doutor em Saúde Pública (1997) pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Atualmente é professor Associado I da Universidade Federal do Espírito Santo. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: Processos de Saúde nos Contextos Escolares, Análise Institucional, Esquizoanálise, Esquizodrama e Planejamento e Gestão em Saúde
 - ⁴ Rita de Cássia Duarte Lima, Enfermeira. Pós Doutorado em Saúde Coletiva, concluído em 2010, no Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (1998). Cursos de Especialização em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde (2006/ENSP), Especialização em Gestão Hospitalar (1995/ Unicamp), Especialização em Metodologia do Ensino Superior (1981/Faculdade Estácio de Sá-RJ). Especialização em Recursos Humanos -ENSP/RJ. Mestre em Educação (1988) -Universidade Federal do Espírito Santo. Atualmente é Professora Associada III do Departamento de Enfermagem e no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Profissional e no de Saúde Coletiva na Universidade Federal do Espírito Santo. Tem experiência na área de Saúde Coletiva. Está associada as linhas de pesquisa que abordam as seguintes temáticas: Política, Formação, Gestão e Avaliação em Saúde. Trabalho, Saúde e Violência Institucional e Avaliação de Tecnologias em Saúde. Tem diversos artigos publicados em periódicos de referência nas áreas da Saúde Coletiva e Enfermagem. Tendo um livro e onze capítulos de livros publicados. Membro do GT Trabalho e Educação da Abrasco. Coordenadora do Programa de Pós graduação em Saúde Coletiva da UFES-

prestados, como perpetuação de filas, demora no atendimento e descomprometimento de alguns profissionais. Isso embasa discussões a serem levantadas pela Equipe, consolidando a oferta de serviços com normas concretas para operar em seu território, que deve ser hegemônico na regulação das práticas dos trabalhadores.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da Família; Trabalho; Pessoal de Saúde; Relações Profissional-Paciente.

INTRODUÇÃO

O Programa Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi formulado e implementado no Brasil, no início de década de noventa, como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da Atenção Básica, em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). O Programa foi concebido no sentido de se contrapor ao que antes estava instituído - um modelo de atenção centrado na doença, tecnicista e hospitalocêntrico, que não atendia mais as necessidades de saúde da população. Surge, assim, uma nova maneira de pensar/fazer a saúde tendo a família como centro da atenção, introduzindo um processo de intervenção em saúde, na medida em que não espera a população chegar para ser atendida, pois age preventivamente sobre o seu público assistido.¹

Essa Estratégia, que nasce para propiciar a reorientação do modelo assistencial, envolve em sua prática equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (UBS) que são responsáveis pelo acompanhamento de um número pré-estabelecido de famílias, localizadas em uma área geográfica determinada - territórios de saúde -, com equipes que atuam na promoção da saúde, prevenção da doença, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes.²

Trata-se, assim, de uma estratégia vital na consolidação do SUS, cuja velocidade de expansão comprova a grande adesão dos gestores municipais e estaduais aos seus princípios. A ESF apresentou um crescimento expressivo nos últimos anos no Brasil, contando, em junho de 2010, com o total de 79.028 Equipes de Saúde da Família, em 5.269 municípios, cobrindo uma população de 97.953.775 habitantes, com cobertura populacional estimada de 51,64%.²

Entretanto, juntamente a esse crescimento, vislumbram-se desafios como crise de financiamento para expansão dos serviços, com as sempre limitadas modalidades de repasses

provision of services with specific rules to operate in its territory, which must be hegemonic in the regulation of workers' practices.

KEY WORDS: Family Health; Worker; Health Personnel; Professional-Patient Relations.

federais, remuneração insuficiente dos serviços prestados, falta de comprometimento de alguns profissionais, desvalorização, desmotivação e alta rotatividade de pessoal, acarretando desequilíbrios nas diretrizes e princípios do SUS, promovendo uma universalidade fragmentada, excludente e carente de equidade e integralidade.^{3,4}

Outro ponto desafiador a ser considerado na efetivação da ESF diz respeito à mudança no modelo assistencial, que se sustenta em algumas premissas como: o conceito de “porta de entrada”, formação de vínculos entre os profissionais e a comunidade, integração dos serviços de saúde a uma rede assistencial resolutive, garantindo a integralidade das ações e o apoio do Estado e dos municípios.⁵

Esse novo modo de pensar a atenção à saúde iniciou-se no município de Vitória, a partir de 1986, vinculado a um projeto intersectorial prioritário do governo local, o Projeto Terra, com o objetivo de implantar uma política de urbanização, infraestrutura e desenvolvimento social.^{4,6} Em junho de 2010, tal iniciativa havia contemplado a implantação de 77 equipes de ESF, cobrindo uma população estimada de 258.750 habitantes, significando uma cobertura populacional estimada de 70,73%.⁷

Com isso, mesmo reconhecendo os avanços e desafios decorrentes da implementação dessa política, fazem-se necessários o conhecimento e a análise da Atenção Básica e seus protagonistas (profissionais de saúde, gestores e usuários) para identificação de “nós críticos” e pontos de intervenção que possam orientar as políticas e ações que concretizem os princípios gerais da proposta de garantir atenção à saúde para todos.⁴

Para tanto, objetivou-se analisar as relações produzidas nas práticas de cuidados no encontro usuário e trabalhadores de saúde, uma vez que esses protagonistas são a base para viabilização das ações, serviços e projetos no âmbito dos cuidados prestados, e que uma análise do seu cotidiano mostra como estes serviços estão sendo exercidos, uma vez que sua função essencial é o atendimento à população que necessita de atenção-saúde.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, de abordagem qualitativa, cujo campo de estudo foi a Unidade de Saúde da Família (USF) Thomaz Tomassi, inserida no Território de saúde do Bonfim, pertencente à região de saúde de Maruípe, no município de Vitória. Optou-se por essa USF pela singularidade da mesma de ser a única unidade da rede municipal de saúde inserida no espaço de adscrição do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), sendo campo de prática de cursos de graduação e pós-graduação da área da saúde.

O estudo teve como sujeitos dez usuários, identificados com números arábicos em ordem crescente, e seis profissionais, identificados da mesma forma, sendo um médico, um enfermeiro, um psicólogo, um técnico de enfermagem e dois agentes comunitários de saúde (ACS), da USF em questão. O critério de inclusão utilizado foi: 1) usuários: maiores de dezoito anos, residentes há pelo menos um ano na região de cobertura da ESF e não usuários de planos privados na saúde suplementar. 2) profissionais de saúde: ser profissional da USF, inserido no serviço por, no mínimo, um ano, e concordar com compartilhar seus sucessos e insucessos no serviço de saúde. A escolha dos participantes foi baseada na disposição dos usuários e profissionais de saúde para participarem da entrevista. Conhecendo os objetivos e a finalidade acadêmica do estudo, os mesmos assinaram, em duas vias, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que apresentou todas as informações necessárias sobre a pesquisa, de acordo com a Resolução 196/96 de 10 de outubro de 1996.⁸ A aprovação foi dada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do CCS da UFES, sob registro número 033/2010.

O início da investigação ocorreu a partir do momento em que o pesquisador entrou na Unidade como aluno de “Estágio em Docência do Ensino Superior” do curso de Mestrado em Saúde Coletiva da UFES, acompanhando os alunos do curso de graduação em Enfermagem, na disciplina de Estágio Curricular I, buscando, assim, através de “observação participante”, adentrar no serviço como um pesquisador implicado, estabelecendo uma relação “face a face” com os entrevistados. A importância dessa técnica - observação participante - reside na capacidade da mesma em captar uma variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas, uma vez que, observados diretamente na própria realidade, transmitem o que há de mais imponderável e evasivo na vida real, incluindo aspectos da rotina do trabalho, os detalhes dos cuidados prestados, a existência de grandes hostilidades,

de simpatias e antipatias, as maneiras sutis em que tensões, conflitos, vaidades e ambições se refletem e se revelam no comportamento dos indivíduos e nas relações dos que os rodeiam, entre outros.⁹

Em sequência, foram agendadas entrevistas com os selecionados. Os dados foram coletados individualmente, utilizando-se um roteiro semiestruturado. As entrevistas foram realizadas na própria USF, gravadas em áudio e com duração média de trinta minutos. A transcrição buscou garantir os detalhes de cada entrevista. A leitura do texto transcrito concomitante à audição das falas garantiu a fidelidade do conteúdo.

Todo o material produzido foi submetido à técnica de “Análise de Conteúdo”, conforme proposto por Bardin¹⁰, para quem tal análise é uma ferramenta para a compreensão da construção de significados que os atores sociais exteriorizam no discurso, o que permite ao pesquisador o entendimento das representações que o indivíduo apresenta em relação a sua realidade e à interpretação que faz dos significados à sua volta.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS

Participaram deste estudo seis profissionais de saúde e dez usuários. O grupo “profissionais” incluiu somente mulheres de formação básica diversificada, a saber, Enfermagem, nas categorias de Auxiliar e Enfermeiro; Psicologia; Medicina; ACS; com idade média de 43 anos, variando entre 29 a 58 anos e média de trabalho na USF igual a 04 anos, variando de um a nove anos.

À exceção da psicóloga, cuja inserção naquela Unidade é recente, todas as outras entrevistadas tem um tempo mínimo de serviço que varia entre dois e nove anos. Esta caracterização de tempo de serviço favorece a dinâmica de funcionamento da Unidade de Saúde, pois se supõe que, quanto maior o tempo de trabalho, maior será o seu vínculo com a população e com o processo de trabalho.⁵

Quanto aos usuários, o grupo foi constituído de 70% do sexo feminino, com idade média de 44,5 anos, variando entre 18 e 63 anos, e grau de escolaridade entre Ensino Médio (60%), Fundamental completo (20%) e incompleto (20%). O tempo em que esses usuários frequentam a USF variou entre um a 11 anos, com média de seis anos.

Estes dados permitem identificar que a busca pelo serviço de saúde é marcada pelo predomínio do usuário do sexo feminino, que busca com maior frequência os serviços de saúde, fazendo inferência com Angel¹¹ quando

relata que a busca pelo serviço de saúde é marcada pelo predomínio do usuário do sexo feminino, que busca com maior frequência os serviços de saúde.¹¹ Quanto à idade, os dados aqui encontrados, com referência aos usuários, são favoráveis a maior diversidade de opiniões, visto que as percepções e demandas variam de acordo com a faixa etária dos usuários atendidos pela Unidade de Saúde.¹² O grau de escolaridade da maioria dos entrevistados, situado como Ensino Médio completo, permite inferir que existe uma maior possibilidade desses sujeitos em incorporar e ou introjetar saberes importantes para um estilo de viver saudável, uma vez que o nível de informação tende a estar diretamente proporcional ao grau de escolaridade do usuário e à eficácia das estratégias de comunicação e informação em saúde, utilizadas tanto no âmbito da ESF, quanto no sistema municipal de saúde.¹³

O PROCESSO DE TRABALHO: CADA UM NO SEU QUADRADO

Na abordagem sobre como tem sido construídas as atividades diárias dos profissionais que compõem a USF Thomaz Tomassi, surge como ponto para discussão a perpetuação de um trabalho fragmentado, voltado para atenção individual, com a reprodução de saúde a partir dos conhecimentos específicos de cada profissão, reproduzidos de forma isolada. Pode-se identificar que a produção do trabalho em saúde na Unidade está sendo desenvolvida por algo como “cada um no seu quadrado” (profissionais voltados estritamente a sua rotina, com agenda de consultas sempre abarrotadas, o que se agrava com demanda muito intensa), conforme se pode identificar na fala que segue:

“...cada profissional tem sua agenda que abre da forma que convém aos grupos de pré-natal, hipertensão, puericultura... tem os períodos que é de demanda, que são só intercorrências, que não são agendados, os ACS chegam com as demandas que não dá para aguardar o agendamento, então todos os dias pela manhã nós temos a demanda, que cada médico fica responsável por um dia específico, e no restante cada um abre sua agenda...” (Profissional 01)

O relato acima permite identificar que os “acordos” já existem para estabelecer quem ficará, em cada um dos dias da semana, responsável pela demanda que chega à Unidade, ficando, enquanto isso, os outros profissionais responsáveis pelas ações cotidianas, essencialmente centradas em consultas agendadas. Assim posto, naquela USF,

cada profissional tem uma agenda programada, com dias específicos para atender aos diversos grupos humanos ou diversos Programas, tal como o Hipertensão, de atenção aos usuários hipertensos e diabéticos.

Como em todas as Unidades de Saúde, a USF Thomaz Tomassi também está organizada para dar atenção a uma demanda espontânea, marcada muitas vezes por um mal estar ou adoecimento imprevisível ou de resolução inadiável. Sendo da ordem do espontâneo, tal demanda não pode ser controlada. Entretanto, o que dizer a respeito das demandas programadas daquela Unidade de Saúde?

Tais demandas se justificam baseadas em um “diagnóstico situacional” da realidade do território, elaborado em 2009, segundo o qual os principais problemas de saúde dos usuários daquele território são Hipertensão, Diabetes e agravos por causas externas (violência doméstica, lesões de transporte, homicídios, agressões e quedas).

Contudo, no espaço de tempo compreendido entre a elaboração do referido diagnóstico e das entrevistas, houve grande rotatividade de profissionais, muitos com vínculos temporários foram substituídos por profissionais efetivos, devido concurso público em 2007. Como resultado, muitos desses profissionais integrantes da equipe de saúde da unidade desconhecem esse diagnóstico, conforme relato: “Eu acho que foi feito, mas como eu não participei, não tenho como dar muitas informações” (Profissional 01). O desconhecimento do diagnóstico compromete a utilização do mesmo enquanto ferramenta de gestão facilitadora da produção e construção do cotidiano de trabalho.

O esperado seria a socialização dos resultados desse diagnóstico, uma vez que essa ferramenta é uma forma de conhecimento da realidade local, de aproximar os profissionais, intensificar as relações com os usuários, fazer com que seja atendida de forma eficaz a demanda que chega à Unidade, além de favorecer ações de educação em saúde. Assim, falta à Unidade priorizar um trabalho em equipe, com uma perspectiva coletiva, caracterizada pela interação entre as dimensões complementares de trabalho, mesmo porque ações interdisciplinares implicam, a médio e longo prazo, que um profissional se insira na prática do outro, de modo que ambos sejam transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos.¹⁴

Ao que parece, existe, por parte dos profissionais, a compreensão de que uma transformação é essencial ao contexto daquela Unidade:

“Creio que precisamos trabalhar juntos, estar educando os usuários, melhorando a qualidade de vida, acho que falta tanto dos profissionais, que não trabalham assim, e creio que falta

essa troca dos profissionais de saúde com os usuários, para melhorar a saúde e a assistência prestada” (Profissional 03).

Um aspecto que chama atenção nesse relato é o fato de que os profissionais de saúde, mesmo adotando ações programáticas próprias de modelos assistenciais, percebem que como estão organizados os serviços prestados pela Unidade, não há como conseguir um processo de trabalho mais relacional, que possa atender efetivamente o usuário com práticas mais integralizadas.

A falta de troca de saberes e de diálogo entre a equipe e os usuários também compromete a efetividade do serviço. A USF Thomas Tomassi está inserida na ESF desde 2000, ano de sua criação, mas que concepções sobre este paradigma de pensar e fazer a saúde, em uma abordagem centrada na família, têm os usuários de sua área de abrangência? Entre os dez usuários entrevistados, apenas três têm uma concepção elaborada sobre a referida estratégia:

É esse aqui, eu acho que seria os médicos ir na casa, fazer visita, saber como estar, eu acho que por ser médico de família deveria ser diferente. Quando eu venho consultar só pode ser com o meu médico, que atende a minha família, eu acho que isso melhorou do que era antes, mas ainda precisa mais (usuário 03).

Já ouvi falar, no caso eu tenho na minha família um irmão que tem um problema de depressão profunda e é atendido. Lá eles dão atividade para ele como, por exemplo, esse que vai ter na feira do verde...faz terapia ocupacional, para não ficar parado. (Meu irmão) é depressivo, e por sinal ele vem melhorando gradativamente, devido esse tipo de atendimento do SUS. (usuário 06).

Já ouvi falar do programa, o programa é bom, vem em benefício da saúde. Eu não tenho base sobre esse programa (usuário 05).

De forma geral, a maioria dos entrevistados tem algumas percepções do que seja esse modelo, aponta avanços e informações que os permitem apostar no modelo mesmo tendo críticas ao seu modo operante: “ele vem melhorando gradativamente, devido esse tipo de atendimento do SUS” (usuário 06).

Para alguns outros, é ainda um “ouvi falar”. Não foram integralmente tocados ou mesmo informados o suficiente para introjetarem as dinâmicas e as lógicas da ESF, conforme destacado nas seguintes falas dos usuários:

“Nunca ouvi falar, não sei, nunca participei, não sei não” (Usuário 01).

“Já ouvi falar, mas não sei, e eu queria saber” (Usuário 02).

“Já ouvi falar do programa, mas não sei o que é” (Usuário 07).

Tal situação é um desafio a ser enfrentado, pois neste território de saúde, ao que parece, a Unidade está oferecendo um “produto” que o usuário ainda desconhece, apesar da demanda desse usuário em querer saber o que é a ESF. A isto, soma-se outra questão relevante: os próprios profissionais que compõem a equipe de saúde daquela Unidade têm um conhecimento limitado, fragmentado sobre o território e seus problemas singulares de saúde. Cabe aqui uma reflexão a respeito de como esses profissionais estão potencializando seu encontro com os usuários, ou seja, se suas atitudes estão de acordo com as singularidades exigidas em cada um desses momentos.¹⁵

OS MÚLTIPLOS ENCONTROS: TEIAS DE INFORMAÇÕES

O processo de trabalho em saúde se produz no encontro do agente produtor e suas ferramentas (conhecimentos, equipamentos, tecnologias), com o agente consumidor, tornando-o em parte objeto da ação daquele produto, mas sem que, com isso, deixe de ser também um agente que, em ato, põe suas intencionalidades, conhecimentos e representações, expressas como um modo de sentir e elaborar as necessidades de saúde para o momento de trabalho.¹⁶

A relação profissional-usuário é marcada por uma sucessão de encontros que requerem, por parte do profissional, sensibilidade para perceber o modo de sentir do usuário, muitas vezes em um momento crítico da vida. O fragmento de fala apresentado a seguir consegue exemplificar isso:

“Tranquilo, penso muito que todo mundo tá tentando fazer o que pode e faz do jeito que dá, tem coisas mais complicadas, mas precisamos entender, esse processo de trabalho tem peculiaridades, não lidamos com alegrias, lidamos com a pessoa no momento mais difícil...” (Profissional 02)

Esse encontro entre trabalhador e usuário tem a capacidade de afetar um e outro e esses afetos podem causar felicidade, alegrias, sofrimentos e tristezas, aumentando ou diminuindo sua potência de agir no mundo e na vida.¹⁷ No caso específico da saúde, as conexões entre os diversos processos de trabalho, que se realizam entre trabalhadores-

-trabalhadores, trabalhadores-usuários e usuários-usuários, podem formar um “campo energético” e produzir os bons encontros e os maus encontros entre esses diversos protagonistas, resultando em acolhimento, vínculo, autonomia, satisfação ou então o contrário, atendimento sumário, burocracia, heteronomia, insatisfação e sofrimento, tendo como resultado o aumento ou redução da potência do agir.^{17,18}

Esses comportamentos e atitudes, quer de usuários ou profissionais, são muitas vezes determinados pela forma como se dá o primeiro contato na demanda de determinados serviços nas Unidades: quando se dá através de comportamentos “defensivos” e com gritos, geralmente vem justificado por uma forma instituída no subjetivo dos usuários de que, para acessar o serviço de saúde, devem adotar tais comportamentos para ter acesso à tecnologia necessária às suas necessidades; caso contrário, imagina que o acesso ao serviço será dificultado.

Assim, colocando-se em revista a posição dos usuários como um protagonista envolvido na construção de seu cuidado, tem-se que sua relação com os profissionais de saúde é considerada como boa. As duas falas a seguir expressam essa consideração:

Minha relação é boa com todos os profissionais. Só um dia que cheguei estressada e tive que esperar. Estava com meu filho e foi ruim, ainda faltou água no posto e luz. Vejo algumas pessoas reclamarem, mas as meninas não podem fazer nada, porque são regras que elas têm que cumprir e é difícil para elas também (Usuário 7).

A relação com os profissionais é boa, os ACS são muito atenciosos, mas os profissionais da recepção não são muito não, tinha que ser mais atenciosos. Os médicos e enfermeiros são bons. Quando você chega no lugar, as pessoas têm que estar bem, simpáticas... e aqui as pessoas não são assim. Creio que seja porque tem muita gente, chegam com ignorância e não se pode reclamar... e fica aquela coisa. Eu já vim para pedir uma informação e a funcionária estava conversando com outra e nem me deu importância. Eu acho que não deve ser assim, não só comigo, mas já vi com outras pessoas também. (Usuário 9).

Esses discursos produzem a ideia de que o relacionamento entre os profissionais de saúde e os usuários é positiva, o que é confirmado por outras pesquisas do mesmo cunho, como apontam Hidelbrand e Shimizu¹⁹, ao afirmarem que os usuários têm um olhar muito positivo sobre a ESF, principalmente porque esta permitiu maior aproximação entre a comunidade e os serviços de saúde.

Entretanto, a leitura mais atenta dos dois discursos (Usuários 7 e 9) pode ser reveladora de muitos desencontros e desafios produzidos na relação dos profissionais com os usuários - especialmente com os técnicos de nível médio - aparecendo a recepção como um grande nó crítico da Unidade, perpetuando uma relação muitas vezes marcada, por um lado, pela indiferença e descaso com os sofrimentos desses sujeitos e, por outro lado, o sentimento de desvalorização do profissional, acarretando muitas vezes o descomprometimento de alguns profissionais. Assim posto, a avaliação, inicialmente considerada como positiva, não é, em seu conjunto, tão favorável como pode parecer a um olhar menos atento.

Essa percepção da recepção como ponto de estrangulamento também é compartilhada pelos profissionais que atuam na equipe de saúde da USF Thomas Tomassi:

Não está funcionando de forma adequada, precisa muito trabalho ainda. Exemplo de um dos nossos problemas é a recepção, precisamos de pessoas qualificadas na recepção. Creio que tinha que ter pessoas mais bem qualificadas para atender esse público, já inicia o erro na entrada. Temos muita gente em um espaço físico muito pequeno, e isso ajuda para não funcionar muito bem. Teria que ter um espaço físico melhor (Profissional 4).

Na lógica do serviço na compreensão do profissional, ao que parece, é o recepcionista quem faz o primeiro contato e, para tal, requer competências e habilidades que os profissionais atualmente alocados não possuem. Há de se considerar que, no trabalho em saúde, todos estão implicados e devem estar capacitados: o agente de segurança, o recepcionista com o poder de deixar ou não entrar a clientela, até os profissionais que vão efetivar os atos de saúde convertidos em cuidado a partir das necessidades de saúde que vão levar os usuários a procurar determinado serviço.²⁰

Assim, entende-se que qualificar a recepção ou outro setor do serviço passa necessariamente pela concepção de mundo e dos modos de se relacionar com o outro e as dimensões humanas que serão colocadas nesses encontros.

CONCLUSÃO

Percebe-se que, embora muitos avanços na construção e implementação das políticas públicas de saúde, em particular na ESF, sejam visíveis, existe ainda um longo caminho a ser percorrido. O estudo aponta para os muitos desafios que se interpõem na construção cotidiana de trabalho das equipes, os vários interesses que estão em disputa na produ-

ção dos modelos assistenciais, seja na visão de profissionais, gestores ou usuários. Leva ao ponto de se poder afirmar que a atenção ao usuário ainda é muito fragmentada, não atendendo muitas necessidades e demandas de cuidados de saúde. Mostra que se tem perpetuado uma forma de agir circunscrita aos interesses das corporações profissionais, em que “cada um no seu quadrado” defende os interesses de manutenção do status quo, já trazidas das lógicas produzidas quando das formações específicas de cada profissional, como se cada um estivesse impossibilitado de extrapolar esses limites.

Essa postura impossibilita que a ESF se institucionalize de fato e que propicie o envolvimento efetivo dos vários protagonistas nesse processo e o desenvolvimento da corresponsabilidade da construção de vínculos, seja entre os profissionais dos serviços de saúde e a população assistida, seja o vínculo entre o município e os trabalhadores de saúde.

A possibilidade dessa forma de agir favorecerá a ampliação do foco de atenção da equipe da ESF, passando a ser centrada na família e no usuário muito mais afetado pelas circunstâncias do contexto em que vive. Assim, reinventar as práticas de cuidados na ESF impõe a necessidade, tanto para a equipe quanto para os usuários, da ampliação da compreensão do que sejam os sentidos do processo saúde-doença, reconhecendo as reais necessidades de intervenção e de uma atenção integral.^{2,3}

É salutar reconhecer, por outro lado, que os personagens implicados nessa pesquisa observaram uma melhoria nos serviços prestados para a população, possibilitando analisar positivamente o Sistema e os serviços ofertados pela ESF. Ainda assim, apontam as muitas limitações que vêm dificultando o acesso aos serviços prestados como agendas fechadas circunscritas às lógicas profissionais, filas como reveladoras de algumas fragilidades do serviço (“o ter que madrugar na fila”), pois expõem o usuário a situações muitas vezes humilhantes dada a incerteza do acesso à consulta, ao exame e mesmo pela exposição à violência urbana.

A naturalização e a perpetuação de filas, demora no atendimento e descomprometimento de alguns profissionais pareceram, ao longo da pesquisa, uma demonstração concreta de desrespeito, desumanização e do quanto ainda tem-se que construir e caminhar em direção a encontros produtores de boas relações, baseadas em laços de solidariedade e de alteridade entre os protagonistas. Assim, esse estudo permitiu, a todo momento, vislumbrar em ato desejos que iam se instituindo, entrelaçando-se no sentido de valorizar desejos e potências nos espaços da produção micropolítica do trabalho em saúde.

Verificou-se, a partir das falas dos profissionais, um desejo de modificar sua realidade, produzindo uma melhoria das condições de trabalho, do acesso dos usuários, da qualidade da assistência, da valorização da vida e da cidadania. Para tanto, apostam na utilização de ferramentas de gestão como planejamento, escuta qualificada e o olhar ampliado para o cotidiano da produção da ESF na Unidade de Saúde Thomas Tomassi.

Dadas essas perspectivas, percebe-se que as facilidades e dificuldades apontadas nas relações entre os profissionais e usuários produziram teias que possibilitaram a ambos serem afetados antes de tudo pela condição de ser cidadão, cuja principal aposta é a defesa da vida. Esse reconhecimento permite que usuários e profissionais reelaborem seus vínculos e novos encontros que em ato produzam também novas formas de trabalho mais solidário e resultante de teias e laços de equidade e integralidade.

REFERÊNCIAS

1. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(Supl. 1):100-10.
2. Brasil. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 29 março 2006b. [Citado 2010 jul. 26]. Disponível em: [HTTP://portal.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm](http://portal.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm).
3. Ferreira JTB. Teias e redes de (dês) encontros: usuários, necessidades e ofertas dos serviços de saúde no SUS - O caso do PA São Pedro [dissertação]. Vitória (ES): Universidade Federal do Espírito Santo; 2008.
4. Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S, *et al.* Estudo de caso sobre implementação da Estratégia de Saúde da Família em Vitória (ES) [relatório de pesquisa]. Rio de Janeiro: Nupes/DAPS/ENSP/Fiocruz; 2009.
5. Escorel S, Nascimento DR., Edler FC. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: Lima ANT, Gerschman S, Edler FC. Saúde e democracia. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005.p. 59-82.
6. Silva RCD. O cotidiano como promotor de vínculos: o caso da USF Santha Marta, Vitória-ES [dissertação]. Vitória (ES): Universidade Federal do Espírito Santo; 2009.

7. Vitória. Secretaria Municipal de Saúde. Rede municipal de saúde. [Citado 2009 jun. 22]. Disponível em: <http://www.vitoria.es.gov.br/secretarias/saude/bmunidades.asp#maruipe>.
8. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 196 de 10 de outubro de 1996. Brasília: CN; 1996. Pag. 1-17.
9. Minayo MC. O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2008.
10. Bardin L. Análise de conteúdo. 4ª ed. Lisboa: Edições 70; 2009.
11. Anjos LA, Silva DO, Serrão AS, Silva CVC. Vigilância Nutricional em adultos: Experiência de uma Unidade de Saúde atendendo população favelada. CAD Saúde Pública. 1992; 8(1):50-8.
12. Aguiar ACS, Moura ERF. Percepção do Usuário sobre a atuação da equipe de saúde da família de um distrito de Caucaia-CE. RBPS. 2004; 17(4):163-9.
13. Fadel C.B. Sandrini. J.C. Zardo. L. N. Avaliação do perfil e grau de satisfação dos usuários dos serviços odontológicos na estratégia saúde da família, na zona rural do município de Castro/Pr. Publ. UEPG Ci Biol Saúde. 2007; 13 (3/4): 59-66.
14. Araujo MBS; Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. Ciênc Saúde Coletiva. 2007; 12(2): 455-64.
15. Franco TB, Merhy EE. Programa Saúde da Família: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE, Júnior HMM, Josely R, Franco TB, Bueno WS, organizadores. O Trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 55-124.
16. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2007.
17. Deleuze G. Espinosa: filosofia prática. São Paulo: Escuta; 2002.
18. Franco TB, Andrade CS, Ferreira, VSC. A produção subjetiva da ESF: a produção subjetiva do cuidado. São Paulo: Hucitec; 2009.
19. Hildebrand M, Shimizu HE. Percepção do agente comunitário sobre o Programa Família Saudável. Rev Bras Enferm. 2008; 61(3): 319-24.
20. Lima RCD. Enfermeira: uma protagonista que produz o cuidado no cotidiano do trabalho em saúde. Vitória: Edufes; 2001.

Submissão: outubro/2011

Aprovação: março/2012
