

A MARCAÇÃO DE CONSULTA MÉDICA EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA ETNOGRAFIA A RESPEITO DOS CONFLITOS ENTRE USUÁRIOS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Medical appointment scheduling in a Family Health Center: an ethnography regarding conflicts between users and Health Professionals

Thiago Dias Sarti¹

RESUMO

A Estratégia de Saúde da Família é estruturante na expansão do acesso ao sistema público de saúde brasileiro. A proximidade das equipes de saúde com a comunidade permite uma maior vinculação e uma maior facilidade de se obter o atendimento à população. Contudo os conflitos entre a população e os profissionais de saúde permanecem, geralmente, em decorrência da falta de atendimento médico. Este estudo é uma observação etnográfica realizada durante os períodos de marcação de consultas médicas em uma Unidade de Saúde da Família do município de Vitória/ES. O objetivo é analisar as relações que se estabelecem entre profissionais e usuários nesse momento, de forma a identificar os fatores disparadores de conflitos. A partir das observações feitas por 15 dias, levantou-se a hipótese de que, em um contexto social de profundas desigualdades sociais, insuficiência de recursos e larga medicalização do sofrimento humano, cuja consequência principal é a expansão da demanda por cuidados médicos e o aumento da pressão sobre os serviços de saúde, o acesso da população fica prejudicado, sendo a confluência desses fatores o principal motivo de conflito entre profissionais e usuários. É nesse contexto que o usuário recorre a relações de compadrio, em particular com o ACS, na tentativa de personalizar o vínculo com os profissionais e flexibilizar as normas da USF em busca de uma consulta, perpetuando uma gramática social presente na base da formação social brasileira. Torna-se fundamental, nesse sentido, o aumento de investimentos no setor saúde, bem como uma inversão na racionalidade médica hegemônica.

PALAVRAS-CHAVE: Programa de Saúde da Família; Acesso aos Serviços de Saúde; Conflito de Interesses; Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

The Family Health Strategy is fundamental in expanding access to the Brazilian public health system. The proximity of health teams with the community allows for greater bonding and greater ease in getting care for the population. However, conflicts between the people and health professionals persist, generally, due to lack of medical care. This study is an ethnographic observation conducted during the moments for setting medical appointments in a Family Health Center in the city of Vitória, ES. The objective is to analyze the relationships established between professionals and users in this moment, in order to identify the factors that trigger conflicts. From the observations made for 15 days, the hypothesis was raised that in a social context of deep social inequalities, lack of funds, and widespread medicalization of human suffering, whose main consequence is expanded demand for medical care and increased pressure on health services, the population's access is negatively affected, with the confluence of these factors being the main reason for conflict between professionals and users. In this context, the user resorts to crony relationships, particularly with the Community Health Agent, in an attempt to personalize the link with the professionals and relax the standards of the Family Health Center in getting an appointment, perpetuating a social grammar found at the base of Brazilian social formation. The case becomes fundamental, in this sense, for increased investment in the health sector, as well as a reversal of the hegemonic medical rationale.

KEYWORDS: Family Health Program; Health Services Accessibility; Conflict of Interest; Qualitative Research.

¹ Thiago Dias Sarti, médico de Família e Comunidade. Departamento de Medicina Social, Centro de Ciências da Saúde - Universidade Federal do Espírito Santo. E-mail: thiagosarti@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Historicamente, o sistema de saúde brasileiro sempre esteve fortemente atrelado a interesses corporativistas. Sua base era uma atenção à saúde centrada na doença, no trabalho médico e no hospital, obedecendo a uma lógica de mercado onde predominava a produção de procedimentos, sendo estes frequentemente desnecessários.^{1,2}

As críticas a esse sistema – caro, ineficiente e desigual, sempre estiveram presentes na Saúde Pública brasileira, atingindo seu ápice na promulgação da Constituição de 1988, quando se assegura o direito à saúde sem discriminação de qualquer ordem a todos os cidadãos brasileiros, bem como uma mudança de orientação ao dar ênfase aos aspectos sociais do binômio saúde/doença e à promoção e à proteção à saúde como eixos fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse sentido, a Atenção Primária à Saúde (APS) pode configurar-se como uma estratégia de expansão do acesso aos serviços de saúde, principalmente às populações marginalizadas, e como garantia dos princípios fundamentais do SUS (universalidade, equidade e integralidade).^{3,4} Esse nível de atenção à saúde caracteriza-se pela prestação de cuidados centrados na pessoa em seu contexto familiar e comunitário no decorrer de longos períodos de tempo através do trabalho multiprofissional e interdisciplinar a populações territorialmente definidas.^{5,6}

Experiências internacionais apontam para o fato de que sistemas de saúde que possuem uma atenção primária com níveis de cobertura populacional e qualidade da assistência satisfatórios alcançam melhores resultados em saúde, conseguem reduzir seus custos, coordenam de forma mais adequada a atenção às pessoas e reduzem significativamente as iniquidades em saúde.^{6,7}

O modo de organizar a APS é variável, sendo que, no Brasil, cria-se em 1994 o denominado Programa de Saúde da Família (PSF).⁸ Inicialmente destinado ao atendimento da população miserável do sertão nordestino, passa por modificações e é adotado pelo Ministério da Saúde (MS) como principal estratégia de reorientação do modelo assistencial brasileiro e garantia dos direitos constitucionais a partir de 1998. Passa então a ser denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF) e, por meio de fortes incentivos financeiros do governo federal, passa a ser adotada em todo o território nacional.^{9,10}

Uma das características essenciais da ESF é a adscrição de clientela e a territorialização, ou seja, a definição geográfica de uma população à qual serão destinadas as ações de uma equipe de saúde multiprofissional. Essas ações estarão de acordo com as características sociais, demográficas, culturais, econômicas e epidemiológicas dessa po-

pulação, de forma a se prestar um cuidado de fácil acesso, contextualizado, abrangente e efetivo.^{5,11}

Dessa forma, o contato com a comunidade é (ou deveria ser)¹² intenso, na medida em que se utilizam uma série de ferramentas e metodologias de ação com o intuito de aproximar a equipe de saúde da população. Entre as ações realizadas pelas equipes, pode-se citar: atendimentos clínicos; visitas domiciliares; diagnósticos epidemiológicos; atividades de educação em saúde em grupos; contato com equipamentos comunitários (escolas, associações, serviços, ONG's), entre outros.

Enfim, pode-se observar que, em tese, o objetivo da ESF é mudar o foco das ações de saúde, fomentando o cuidado integral das pessoas em seu contexto de vida, garantindo facilidade de acesso, integralidade da assistência e redução das desigualdades em saúde com atenção diferencial às populações em maior risco e com maiores necessidades de saúde.⁵

Contudo o que se tem observado é que essa mudança de orientação das ações de saúde não se deu com a intensidade e qualidade almejadas, bem como, com certa frequência, se vê um prejuízo de acesso da população às equipes de saúde da família. Isso ocorre principalmente nos grandes centros urbanos, onde as dificuldades de gestão dos sistemas de saúde locais são maiores e a expansão dos serviços de atenção primária é dificultada.^{13,14}

Dados de 2012 mostram que a ESF está presente em 5.278 municípios com 32.498 equipes de saúde implantadas, o que significa uma cobertura populacional de aproximadamente 102 milhões de habitantes ou 53,75% da população brasileira, configurando-se, assim, como o modelo hegemônico de organização da atenção básica no país.¹⁵ No entanto essa cobertura populacional é profundamente desigual entre os municípios da federação, sendo significativamente menor nos municípios com mais de 100 mil habitantes, entre eles, as capitais.¹⁶

Os fatores relacionados a esse problema são: os grandes volumes de recursos financeiros, humanos e materiais necessários para a expansão da ESF nas grandes cidades; as dificuldades de gestão em municípios complexos com grandes desigualdades sociais; violência urbana; existência prévia de grande aparato de serviços de saúde (pronto-atendimentos, centros de saúde, hospitais), dificultando a substituição do modelo de organização dos serviços; a concomitância de interesses corporativos atrelados ao mercado da saúde; a cultura cristalizada de utilização de serviços hospitalares, entre outros.^{14,17}

Uma das expressões desses problemas são as filas que ainda se formam nas portas de parte das unidades de saúde para a obtenção de “fichas” para consulta médica, sendo esse um fato histórico que se repete cotidianamente e que

afeta particularmente as parcelas pobres da população, o que dificulta o acesso aos serviços de saúde e contraria um dos princípios fundamentais da APS⁶, adquirindo caráter de injustiça social ao se associar e expressar profundas desigualdades sociais ainda presentes na sociedade brasileira, cujo resultado é a insatisfação com a qualidade dos serviços de saúde e a violência no dia a dia dos serviços de saúde, afetando a todos, população e profissionais de saúde.

Dada a permanência desse problema em todo o sistema de saúde brasileiro, incluindo as Unidades de Saúde da Família (nas quais deveria ser raro ou inexistente, dada sua função social), buscou-se neste trabalho analisar como se dá esse processo de marcação das consultas médicas em um serviço de APS da cidade de Vitória – ES de um ponto de vista socioantropológico, pois se considera que esse fenômeno social traz em si profundas marcas de nossa formação social, bem como expressa certo modo de ser e agir de profissionais de saúde perante a população que procura pelos serviços de saúde públicos de um grande centro.

METODOLOGIA

Foram realizadas observações etnográficas¹⁸ em uma das Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Vitória – ES. Os critérios de escolha desse serviço foram a conveniência para a realização do trabalho, a permissão para serem realizadas as observações, ser a maior USF do município (favorecendo a observação do fato aqui pretendido) e ter um histórico de reclamações, nas instâncias gestoras do município (Conselho Gestor Local, Conselho Municipal de Saúde e reuniões administrativas internas), tanto pelas dificuldades de acesso por parte da população quanto pelos altos índices de violência.

A USF escolhida como cenário do estudo está localizada na região administrativa de Maruípe, que conta com outras cinco USF distribuídas em um território onde vivem cerca de 50 mil pessoas em 12 bairros. São cinco os bairros que estão sob responsabilidade de sete equipes de saúde da família que atuam no serviço, totalizando aproximadamente 30 mil habitantes. Essa é uma região histórica da cidade de Vitória, cuja população apresenta um dos piores índices de escolaridade, renda e saneamento do município, sendo boa parte de seu território formado por áreas de favela, onde a migração se faz presente com grande intensidade e as desigualdades sociais entre os bairros são profundas.

A USF índice funciona em um prédio antigo, sendo um dos primeiros centros de saúde construídos no município de Vitória e, por muito tempo, foi gerenciado pela Secretaria de Estado da Saúde. Sua municipalização ocor-

reu apenas em meados da década de 90 do século passado, dentro do movimento de descentralização da gestão do sistema de saúde que marcaria a criação do SUS. Dessa forma, a estrutura disponível não é a mais recomendada para o funcionamento da ESF, embora conte com grande espaço físico e com número suficiente de consultórios.

Em decorrência dessa história, a USF ainda guarda resquícios de modelos assistenciais anteriores à inserção da ESF. Assim, além das equipes de saúde, trabalham na unidade profissionais vinculados aos programas de Tuberculose, Hanseníase e Saúde Mental, que possuem um organograma de funcionamento independente da ESF. Além disso, é um dos poucos serviços de atenção básica do município que conta com atendimento à população em horário estendido, incluindo o período das 18h às 22 horas. Configura-se, assim, um serviço de grande complexidade gerencial.

As observações do processo de marcação de consulta foram feitas no período matutino, em dias comerciais, por um período de quinze dias (dezembro de 2010). Essas marcações ocorrem todos os dias, às 7 horas da manhã, sendo cada dia da semana destinado a uma determinada equipe. Assim, como populações de distintos pontos do território têm acesso a essa marcação em determinados dias da semana, optou-se por realizar as observações ao longo da semana, por duas semanas consecutivas. A partir de relatos obtidos de alguns dos profissionais da unidade em um momento prévio de preparação para a pesquisa, descobriu-se que a fila de pessoas começava a se formar à frente da USF por volta das cinco e meia da manhã, fato pelo qual o pesquisador procurou estar presente a partir desse horário na maior parte dos dias de coleta de dados.

As observações foram feitas de forma o mais livre possível, sem uma estruturação prévia muito rígida, pois o objetivo era ir a campo sem muitas ideias pré-concebidas que pudessem interferir no processo de análise das interações estabelecidas entre a população e os profissionais durante a marcação das consultas.^{18,19} Minimamente, as observações eram feitas com o intuito de se entender como se dava esse processo de marcação de consultas, bem como as relações que se estabeleciam nesse momento, tentando identificar fatores relacionados a potenciais conflitos entre profissionais e usuários.

Dessa forma, algumas questões fizeram-se presentes desde o início do período de coleta de dados e outras foram sendo acrescentadas no decorrer do mesmo: como se forma a fila e como se dão as interações entre os usuários ali presentes? Como se dá o processo de marcação de consulta? Quais são as interações estabelecidas entre os profissionais de saúde e entre estes e os usuários no momento da marcação das consultas? Em caso de conflito, quais são

os fatores que contribuem para o surgimento do ruído e que estratégias são utilizadas por usuários e profissionais na busca da resolução do mesmo?

Importante frisar que as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos estabelecidas pela resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) foram seguidas e o trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo (CEP 038/2010). O sigilo das informações que se refiram à privacidade dos sujeitos da pesquisa foi mantido.

A fila

A fila para marcação das consultas médicas começa a se formar por volta das cinco e meia da manhã, sendo observadas pessoas chegando à USF e entrando na fila até bem próximo das sete horas (hora em que se inicia a marcação propriamente dita) e até mesmo depois desse horário. É possível que a autopercepção da necessidade e urgência de uma consulta médica possa influenciar a decisão pessoal de ir mais ou menos cedo para a fila, correndo o risco de não ser concretizado o desejo de conseguir uma ficha para aquele dia, no mais tardar para a mesma semana. Essa autopercepção está na dependência de fatores como idade, trabalho, gravidade do agravo que acomete a saúde da pessoa, experiências prévias com serviços públicos de saúde e com o enfrentamento de filas e o grau de sucesso para se conseguir atendimento médico.²⁰

O ambiente criado na formação da fila é bastante tranquilo, ocorrendo pouca interação entre os presentes. Apenas alguma troca de informação relevante com relação ao objetivo pretendido ali. Algumas pessoas sentavam na calçada enquanto aguardavam a entrada no serviço, enquanto outras optavam por aguardar em pé mesmo, o que poderia significar uma espera de mais de uma hora. As poucas conversas observadas que tratavam de temas alheios à “marcação de consulta” aconteciam, ao que parece, entre pessoas conhecidas e geralmente versavam sobre o motivo que levou a pessoa a procurar atendimento médico.

Essas trocas que ocorrem nas filas ou nas salas de espera dos serviços de saúde são importantes na formação de um imaginário coletivo sobre saúde, doença, qualidade do serviço, estratégias de enfrentamento da doença e modos de agir na relação com a unidade. Situações como uma pessoa que a atendeu mal no último contato que teve com o serviço, o médico que nunca olha para a pessoa ou que prescreve sempre as mesmas e ineficazes medicações, as maneiras de se conseguir com maior facilidade uma consulta ou a troca de experiências sobre o que fazer diante de determinadas queixas, como uma dor de cabe-

ça, podem servir como assunto disparador de uma roda de conversa em uma fila como a analisada, contribuindo em maior ou menor medida para a co-construção de um saber coletivo, representações que, gradativamente, consolidam-se na comunidade e que podem responder por distintos graus de aceitação das ações dos serviços de saúde no seio da população.

Elias e Scotson²¹ mostram o caráter integrador, embora contraditório, dessas conversas e trocas que se estabelecem em grupos, nas quais experiências com a própria vida e com a de outros podem circular em canais de comunicação mais ou menos estruturados existentes na comunidade a depender de noções e crenças coletivas, relações comunitárias e coesão social, o que pode explicar as dificuldades de adaptação da população e dos profissionais a um novo modo de organização do serviço de saúde com a inserção da ESF na comunidade.

Voltando à descrição do observado na fila, embora as responsáveis pela recepção da USF afixem um cartaz na porta do serviço no dia anterior, onde constam a equipe e o número de consultas disponibilizadas para a semana, poucas pessoas analisam o mesmo no momento em que chegam. Mais à frente, serão analisadas as respostas dadas pelas pessoas a partir do sucesso ou insucesso em conseguir uma consulta, embora tais esperas pudessem ser evitadas caso os usuários analisassem o cartaz e conferissem o tamanho da fila. Contudo todos optam por esperar independente do tamanho desta, na esperança de que o acesso ao atendimento seja garantido dadas as suas necessidades e a impossibilidade de se procurar outro serviço.

Durante o período de observação, a média de pessoas que procuravam o serviço para obter uma consulta médica era de quarenta usuários, mas poucos foram os dias em que todos os presentes tiveram sucesso em conseguir agendar a consulta.

Um fato interessante é que, mesmo com a fila formada e o respeito que existia entre os usuários presentes em obedecer à ordem de chegada (não foram observadas tentativas de “furar a fila”), havia grande tumulto no momento em que o portão da unidade era aberto. A reação de algumas pessoas, principalmente as que estavam à frente da fila, foi frequentemente a de correr para a recepção. Como a porta é estreita, algum transtorno era observado nesse momento.

A dificuldade em se conseguir atendimento nos serviços públicos de saúde, fato histórico em nosso país, bem como a luta diária dessas pessoas em ter acesso a bens e serviços essenciais para o exercício de sua cidadania, podem responder por essa angústia e medo que se expressam como pressa e receio de que alguém “roube” seu lugar e a fichas acabem antes que ela consiga sua consulta.

Com relação às características das pessoas que procuravam o serviço nos distintos dias da semana, algumas observações deixaram impressas as marcas das desigualdades sociais a que estão submetidas a população da região adscrita à USF, embora se possa aqui facilmente cair em uma discussão estéril com a evocação de estereótipos pouco úteis em uma análise social mais séria e profunda. Como dito acima, esse serviço é responsável por uma população residente em cinco bairros, discrepantes entre si no que diz respeito ao nível socioeconômico da população.

Quanto ao comportamento e as interações mais básicas construídas durante o período de espera na fila, não houve qualquer diferença que expressasse essas desigualdades aludidas. Também não se diferenciavam quanto à idade e sexo, já que invariavelmente a maioria dos usuários era de pessoas acima de 50 anos e do sexo feminino. Contudo era nítida a diferença entre populações de bairros distintos quanto à raça/cor e vestimenta, sendo que esse ponto vai ser fundamental para a discussão de nossa hipótese de trabalho mais à frente.

Nos dias em que a marcação de consulta era para as equipes responsáveis pelos bairros mais pobres da região, era possível observar a predominância de pessoas negras que se vestiam de uma forma mais simples quando comparadas às pessoas residentes nos bairros cuja população vivia em melhores condições socioeconômicas, em cujos dias de marcação predominavam pessoas brancas. O que se levanta para discussão nesse ponto é a hipótese de uma possível diferenciação das pessoas feita pelos profissionais responsáveis pela marcação de consultas, utilizando-se de critérios como dia da semana, equipe responsável pela assistência à pessoa, bairro de moradia e características pessoais, gerando distintos modos de agir e interagir com essa clientela.²²

A organização das pessoas e dos profissionais para o ato de marcar a consulta

A partir do momento em que os portões da unidade eram abertos e as pessoas se acomodavam no interior do serviço, defronte à recepção, iniciava-se o processo em si de marcação de consulta. Inicialmente, um Agente Comunitário de Saúde (ACS), pertencente à equipe do dia, identifica os usuários com mais de 60 anos, gestantes e pessoas com criança de colo, os quais formarão uma fila específica ao lado da original. Essas pessoas terão prioridade no atendimento. Os restantes são mantidos na fila original, respeitando a ordem de chegada. O ACS também faz uma espécie de triagem inicial, identificando as pessoas que não são da área do dia, as quais são orientadas quanto ao dia específico de marcação de consulta da equi-

pe responsável por sua área de residência.

Esse é um momento de relativa tranquilidade. Não foram observados conflitos ou qualquer transtorno no fluxo normal estabelecido pelo ACS. Apenas pequenas tentativas de diálogo dos usuários com o ACS são realizadas. Essas interações se dão no sentido de se obter informações sobre a quantidade de consultas disponibilizadas na semana e a suficiência das mesmas para os presentes.

No mais, pequenas tentativas de se estabelecer um vínculo entre os usuários e o ACS são feitas, talvez com o intuito de iniciar um processo de personalização das relações que ali serão construídas ao longo do período de espera e marcação da consulta. As estratégias utilizadas são o chamar pelo nome, fazer um curto comentário que lembre ambos de sua conexão social prévia àquele momento, a exposição de algum episódio de menor importância ocorrido na comunidade. Esse fato é importante, pois já prenuncia algo que será trabalhado com mais detalhes quando tratarmos das estratégias utilizadas pelos usuários em momentos de conflito e insucesso na obtenção da consulta.

Quando a pessoa chega à recepção e é interpelada por um simples bom dia pelo profissional que ali está responsável pela marcação das consultas, o procedimento inicial se dá pela solicitação do cartão de saúde, no qual estão inscritas informações relevantes, como nome, endereço e número do território e da família. É através dessas informações que a atendente identificará o sujeito que está a sua frente como passível de obter a consulta naquele dia específico. Caso contrário, a pessoa é orientada a retornar no dia correto.

A marcação é feita em uma agenda específica para o profissional médico da equipe de saúde do dia, onde consta o número de vagas para a semana. Nesse momento, a atendente questiona o usuário a respeito do dia que deseja ser atendido, sendo oferecido a este as datas disponíveis para marcação da consulta. Assim, procede-se caso a caso, sendo que, geralmente, os primeiros da fila escolhem o dia seguinte ao da marcação. Os últimos obterão vagas após quatro ou cinco dias.

Cabe esclarecer que esse fluxo descrito preenche grande parte das consultas do médico durante a semana. Contudo os usuários podem ainda recorrer a atendimentos médicos no caso de uma demanda que exige uma assistência imediata ou no mesmo dia. A diferenciação da necessidade entre um tipo e outro de consulta é feita inicialmente pelo próprio usuário, que opta por procurar a USF no dia de sua marcação, o que significa ter que enfrentar a fila, ou demandar o serviço a qualquer momento. Aqueles que se apresentarem alegando a necessidade de atendimento imediato serão encaminhados para uma espécie de tria-

gem (denominada “Classificação de Risco”) e serão atendidos por um profissional de enfermagem, que, a partir da aplicação de protocolos específicos, decidirá pelo caminho a ser adotado: se o caso necessita de atendimento médico imediato, se o próprio enfermeiro pode resolver o problema ou se o usuário poderá voltar em outro dia para ser atendido.

A agenda do médico é preparada para dar conta dos dois tipos de consulta, sendo quatro vagas reservadas para os atendimentos emergenciais e o restante (12) para as consultas programadas. Essa distribuição refere-se a um turno de quatro horas de trabalho. E a questão da organização da agenda de um profissional de saúde é potencialmente um grande gerador de conflitos em um serviço de saúde. Historicamente, é reconhecido o forte componente liberal do trabalho em saúde, em particular do médico, e uma das maiores expressões desse fenômeno é a liberdade do mesmo em organizar seu próprio modo de atendimento, o que inclui horário de chegada e de saída e a quantidade de pacientes a serem atendidos.^{23,24}

Recentemente, essa liberdade foi sendo gradativamente limitada: há horário de chegada e saída bem definidos e um número máximo de atendimentos por turno de quatro horas (no caso, 15 minutos por paciente), o que frequentemente é superado em virtude da demanda assistencial no serviço. Entretanto ainda podem ser observadas iniciativas de limitação do tipo e quantidade de pacientes a serem atendidos na semana por parte do médico. Essas modificações de agenda por iniciativa do profissional, em detrimento de normas gerenciais do serviço, geralmente ocorrem para abrir espaço para a realização de alguma atividade administrativa interna (preenchimento de formulários, reuniões de equipe, etc), embora o desejo de tempo livre seja marcadamente um grande fator de estímulo a essa prática.

A preparação dos profissionais da recepção do serviço para o momento da marcação das consultas mostra ser esse um período de estresse. Muitos comentários são realizados por todos os profissionais envolvidos (geralmente dois técnicos de enfermagem e dois ACS), demonstrando a insatisfação com essa prática diária.

“Todo dia é essa aporrinbação.”

“Até que hoje parece que vai ser mais tranquilo. Não vi nenhum barraqueiro na fila.”

“Nossa! Ontem foi horrível. O pior é que esse povo que tem dinheiro é o que mais reclama. Tem plano de saúde e fica aqui exigindo tratamento especial.”

“É mesmo. Eles são os piores. Pelos menos os mais carentes a gente sabe que estão precisando. Não vejo a hora de não ter que fazer isso aqui mais.”

É de se questionar o modo como essa concepção enraizada sobre o momento da marcação de consulta por parte dos profissionais pode interferir no bom atendimento das pessoas que procuram o serviço. A insatisfação dos profissionais com suas práticas cotidianas gera estresse e angústia que serão, em alguma medida, transferidos para as pessoas que utilizam a unidade. Aliando-se a isso as precárias condições dos serviços de saúde, os baixos salários e a carência de mecanismos de valorização profissional, bem como a ideia cristalizada no imaginário social da baixa qualidade sistemática dos serviços públicos e da rotina de descasos e arrogância no trato com a população, cria-se um ambiente propício para o conflito.

Sabendo disso, as pessoas já se apresentam nos serviços com uma máscara social²⁵ construída especificamente para lidar com uma possível desvalorização de sua demanda, estando formado um círculo vicioso cujo resultado pode ser o conflito entre os sujeitos em cena.

Gramáticas sociais utilizadas na resolução dos conflitos na marcação das consultas

Faltando alguns minutos para o término da marcação de consultas, período que dura não mais que uma hora, os ACS que estão organizando a fila informam aos usuários restantes o número de fichas ainda disponíveis. Nesse momento, inicia-se um processo de contagem das pessoas ainda restantes. Os excedentes são informados da não disponibilidade de vagas para serem atendidos naquela semana e, caso seja urgente, que procurem a Classificação de Risco ou aguardem a próxima semana para uma nova tentativa. Durante o período de observação, em média 10 pessoas não conseguiam vaga para consulta a cada dia de marcação.

Foi a partir desse instante em que se obtém a informação do término das vagas que se observaram os fatos mais interessantes para tentarmos elucidar as relações que se estabelecem entre profissionais do serviço e a população. As reações das pessoas que não obtiveram sucesso em conseguir atendimento médico seguiram uma espécie de padrão, sendo possível identificar três modalidades de comportamento entre os usuários.

Parte das pessoas simplesmente se retira da unidade de saúde após receberem a notícia de que as fichas acabaram. Não esboçam qualquer tipo de reação diante da não concretização de seu objetivo. Olham para a ACS e para os lados, expressam algum descontentamento, mas

em poucos segundos se viram e vão embora. É fato que essas pessoas chegam à USF já “tarde”, algumas inclusive se fazem presentes muito próximo do horário para início da marcação. Logo, o tempo de espera dessas pessoas não é muito longo e, possivelmente, não demandam com tanta urgência um atendimento médico. Caso contrário, era de se esperar que chegassem mais cedo, adaptando-se às regras do jogo, ou que, pelo menos, esboçassem alguma reação com o intuito de obter uma vaga.

Outro grupo, bem menor, de no máximo três ou quatro pessoas, reage à notícia com descontentamento e inicia uma série de questionamentos que se direcionam, em sua maioria, à ACS. Contudo, entre todos os trabalhadores do serviço, esse profissional é o que dispõe de menor governabilidade para a resolução do problema da falta de vagas para o atendimento médico. Sua função ali é apenas organizar e filtrar os usuários que, inadvertidamente, tenham vindo marcar uma consulta fora de seu dia. Mas, como estão na linha de frente e geralmente são as primeiras pessoas uniformizadas a serem vistas pelos usuários que tiveram seus interesses e necessidades contrariados, acabam por receber todo o descontentamento sem meias palavras, fato que pode servir como alça de retroalimentação para a desvalorização dessa prática.

Uma senhora, negra, obesa, com vestido azul e preto, entrou na fila após a ACS ter informado sobre o término das fichas. Foi informada pela atendente que não havia mais consulta. Visivelmente contrariada, iniciou um diálogo sobre a necessidade da consulta. A ACS, que agora já estava a seu lado, pelo lado de fora da recepção, disse para chegar mais cedo:

- Você tem que chegar mais cedo.
- Cedo que horas?
- Lá pelas 5 horas.
- Cinco? Muito cedo. Como eu vou fazer com as crianças?
- E seu marido?
- Meu marido sai cedo para trabalhar?

[A ACS interrompe o diálogo, como que dizendo: “não posso fazer nada por você”].

A mulher olha para um lado, olha para outro, olha

novamente para a atendente, mas essa já está falando no celular e pouca atenção lhe oferece.

A mulher começa a andar em círculos pela recepção e, ao tentar estabelecer comunicação com os demais pacientes que estavam sentados no saguão de entrada aguardando consulta, parou ao lado de uma e começou a relatar seu problema. Trazia um grande envelope à mão, provavelmente contendo radiografias, e sinalizou a região lombar como local da dor. Precisava mostrar os exames para o médico. Um pequeno diálogo foi estabelecido entre as senhoras, cada uma falando de seu problema de saúde e de como a consulta era importante naquele momento, lamentando-se por não terem conseguido uma vaga.

Em nenhum momento foi verificado algum questionamento sobre a organização da US, a falta de fichas para todos e a necessidade de mais recursos para dar conta de toda a demanda por atendimento. Apenas verifiquei uma crítica feita por uma das senhoras a um dos médicos que acabava de chegar a US: “esse grandão aí é horrível” – mas fiquei sem saber o motivo de tal opinião (*notas de diário de campo*).

É fácil observar as dificuldades pelas quais passam a parte mais pobre da população ao tentar acessar os serviços de saúde de uma forma geral. Aliado a isso, ainda são submetidos a descasos por parte de alguns profissionais, restando às pessoas compartilhar seu sofrimento com outros em situação idêntica e desejar melhores condições financeiras para aderir ao mercado privado de saúde. Além disso, a pouca preocupação em entender o sofrimento alheio não permitiu que a ACS e as atendentes identificassem esta pessoa como possível eleita a um atendimento imediato, dado o quadro de dor em que se encontrava (embora não fosse possível avaliar se havia alguma relação entre os sintomas e a negativa da consulta).

Como dito acima, a troca dessas experiências negativas tidas no contato com os serviços públicos de saúde pode servir como base para a construção de uma representação do serviço como sendo precário, de baixa qualidade e de difícil acesso, potencializando uma cultura corrente em nosso meio onde o público é identificado com o atraso, o ruim, o insuficiente.

Por outro lado, percebe-se a dificuldade das pessoas em elaborar uma crítica mais abrangente com relação ao problema enfrentado, atendo-se apenas à expressão mais visível da situação e elaborando estratégias circunscritas para seu enfrentamento, embora sejam compreensíveis tais ações em um contexto de sofrimento agudo. No má-

ximo, o que ocorre é o usuário se dirigir à sala da coordenação e formalizar sua queixa, o que, durante o período de estudo, não ocorreu.

Boltanski²⁵ já havia identificado essa questão em seus trabalhos com camadas populares. Para ele, as pessoas das classes mais desfavorecidas dispõem de poucos recursos para analisar em profundidade o que se passa em um serviço de saúde e assim poder contribuir com a sua melhoria ou criar melhores estratégias para reivindicarem seus direitos. Acabam centrando-se no imediato e superficial, ou melhor, naquilo que os aflige diretamente. Wright Mills²⁶, à sua maneira, também notou como que as pessoas das classes populares tendem a analisar seus problemas cotidianos buscando explicações em seu contorno imediato.

[...] os homens não definem habitualmente suas ansiedades em termos de transformação histórica e contradição institucional. O bem-estar que desfrutam não o atribuem habitualmente aos grandes altos e baixos das sociedades em que vivem. Raramente têm consciência da complexa ligação entre suas vidas e o curso da história mundial; por isso, os homens comuns não sabem, quase sempre, o que essa ligação significa para os tipos de ser em que se estão transformando e para o tipo de evolução histórica que podem participar. Não dispõem da qualidade intelectual básica para sentir o jogo que se processa entre os homens e a sociedade, a biografia e a história, o eu e o mundo. Não podem enfrentar suas preocupações pessoais de modo a controlar sempre as transformações estruturais que habitualmente estão atrás deles (p. 10).

Com a criação do Sistema Único de Saúde, ocorreu no Brasil um fenômeno de “universalização excludente”.²⁷ Até meados da década de 80, distintas categorias profissionais obtinham atenção à sua saúde por meio de serviços de assistência médica próprios a cada corporação. Os recursos para a organização desses serviços advinham da folha salarial dos trabalhadores. Como existiam profundas desigualdades econômicas entre as categorias profissionais, esses sistemas diferenciavam-se substancialmente quanto à qualidade dos serviços prestados.²⁸

Ao universalizar os serviços de saúde públicos, todos passaram a ter direito a serem atendidos em qualquer estabelecimento. Assim, a classe média, tendo condições de financiar um plano de saúde privado, deixa de usar esses serviços, sendo que um grande contingente populacional, sem os recursos necessários, continua a ter atendimento exclusivamente em serviços públicos de saúde. Para muitos, esse é um dos fatores que responde pelo baixo grau

de mobilização social para a defesa de um sistema público de saúde com qualidade.²⁸

Por fim, um grupo ainda menor de usuários busca, por outras vias, acesso ao atendimento médico. Observou-se que algumas pessoas não recorriam diretamente ao conflito com os profissionais.

- Poxa, eu preciso da consulta.
- A senhora tem q chegar mais cedo.
- Que horas?
- Acho que se chegar às 5, a senhora consegue.
- Mas 5 horas é muito cedo. Não tenho como vir aqui à essa hora.

Inicia-se um processo de negociação entre a paciente e a ACS, ao final do qual a ACS indica um dia para que ela venha e tente novamente ser consultada. A paciente se retira por alguns instantes e se senta nos bancos da recepção. Depois foi informada pela ACS que se quisesse, poderia aguardar para ver se conseguia um encaixe.

O encaixe foi oferecido pela ACS para uma outra senhora que aguardava; após alguns minutos, outra ACS que não participou da organização da fila foi conversar com ela e novo processo de negociação foi iniciado para que conseguisse uma consulta.

O resultado da negociação foi que a ACS faria um esforço para conseguir um encaixe para ela, mas “sem compromisso”; enquanto isso ela ficou aguardando sentada no banco (*notas de diário de campo*).

O que se percebe de mais emblemático nessas anotações é o fato de uma pessoa que não conseguiu acesso à consulta médica recorrer a uma tentativa de “encaixe” na agenda do dia. O “encaixe” é fato cotidiano nos serviços de saúde, particularmente os privados. Significa conseguir uma consulta que não estava pré-agendada, aguardando por uma desistência ou um “atendimento extra” por parte do profissional. Em consultórios privados, é prática corrente, na medida em que uma lógica de mercado rege as relações nesse espaço. Por outro lado, em um serviço público, não se pode dizer que a prática de se atender para além do limite máximo esteja atrelada a essa racionalidade, afinal o rendimento financeiro do profissional será o mesmo atendendo 10 ou 20 pessoas.

A diferença que se pode observar entre o público e o privado na questão do “encaixe” é o que acontece no caso

acima relatado. Em um consultório médico privado, dificilmente uma pessoa precisará recorrer ao compadrio para conseguir um atendimento no momento em que as vagas já estiverem todas preenchidas, já que há outros interesses envolvidos no fato de se aceitar atender um excedente de pessoas nesse espaço. No máximo, deverá colocar-se maior ênfase na necessidade de se obter a consulta dada à gravidade ou urgência do problema de saúde. Contudo obter um encaixe em uma unidade de saúde pública requer outras interfaces, ou seja, a gravidade do caso deverá ser atestada por um profissional (“obrigando” o médico a prestar o atendimento), ou outras estratégias deverão ser criadas para que o objetivo seja alcançado.

Uma dessas estratégias reside em uma das principais gramáticas sociais que estão na base da formação da sociedade brasileira. Refere-se à busca de se personalizar as relações no espaço público, tornando-as mais pessoais, solidárias e afetivas ao recorrer à amizade e às relações construídas fora da normatização e impessoalidade da “rua”, ou seja, no mundo da “casa”.²⁹ Isso permite uma relativa suspensão das regras universais que regem o mundo do mercado e do bem público, possibilitando o acesso a bens e serviços ou a fuga de regras gerais de forma a atender seus interesses imediatos.

É como se tivéssemos duas bases através das quais pensássemos o nosso sistema. No caso das leis gerais e da repressão, seguimos sempre o código burocrático ou a vertente impessoal e universalizante, igualitária, do sistema. Mas no caso das situações concretas, daquelas que a “vida” nos apresenta, seguimos sempre o código das relações e da moralidade pessoal, tomando a vertente do “jeitinho”, da “malandragem” e da solidariedade como eixo de ação. Na primeira escolha, nossa unidade é o indivíduo; na segunda, a pessoa. A pessoa merece solidariedade e um tratamento diferencial. O indivíduo, ao contrário, é o sujeito da lei, foco abstrato para quem as regras e a repressão foram feitos.^{29:169}

O personalismo está radicalmente inserido em nosso cotidiano, sendo que “*não há brasileiro que não conheça o valor das relações sociais e que não as tenha utilizado como instrumentos de solução de problemas ao longo de sua vida*”^{30:103} perfazendo toda a malha social brasileira, falando muito do que somos como sujeitos e cidadãos. Essa é uma gramática constituída no mundo da casa, em detrimento do mundo da rua, onde se dá a luta diária do indivíduo pela sua sobrevivência. Esses dois mundos, casa e rua, seriam categorias sociológicas que designam esferas sociais de ação

e províncias éticas que regem nosso modo de ser como indivíduo e sociedade.

Como espaço moral importante e diferenciado, a casa se exprime numa rede complexa e fascinante de símbolos que são parte da cosmologia brasileira, isto é, de sua ordem mais profunda e perene. Assim, a casa demarca um espaço definitivamente amoroso onde a harmonia deve reinar sobre a confusão, a competição e a desordem. [Por outro lado] falamos da “rua” como um lugar de “luta”, de “batalha”, espaço cuja crueldade se dá no fato de contrariar frontalmente todas as nossas vontades. Daí por que dizermos que a rua é equivalente à “dura realidade da vida.”^{31: 27; 29}

E o que se pode observar no caso concreto analisado aqui é que, em determinadas situações, as pessoas recorrem ao compadrio e à amizade para se buscar a possibilidade de um atendimento médico mesmo quando este está indisponível pela carência de vagas. Isso é facilitado pelo fato de o ACS residir na própria comunidade. Sendo assim, suas relações com os usuários precedem sua inserção profissional da ESF e passam a agir como mediadores entre as normas instituídas pela gerência do serviço e as dificuldades enfrentadas pela população na tentativa de acessar o atendimento médico.

Esse é um ponto interessante de ser notado na formação do perfil profissional do ACS na unidade de saúde analisada. A categoria profissional de ACS foi criada para servir de ponte entre a equipe de saúde e a comunidade. Suas funções gerais seriam a de cadastrar a população e manter uma espécie de vigilância quanto ao estado de saúde da população, possibilitando a intromissão da cultura e dos modos de vida da comunidade no seio da equipe de saúde.³² Posto dessa forma, o papel do ACS assumiria um caráter de mudança do instituído na medida em que se prestaria a reorientar radicalmente as bases das práticas em saúde.

Contudo, dada a precariedade dos serviços de saúde públicos e a carência de profissionais nos mesmos, frequentemente o ACS é desviado de sua função, colaborando na recepção da USF e na marcação de consultas. E, no momento em que se vê diante dos conflitos gerados na interface do usuário (que poderia ser ele), com os profissionais de nível técnico, é que se recorre a sua outra face, a de morador, a de igual, a de uma pessoa que enfrenta ou enfrentou os mesmos problemas até recentemente. Torna-se um híbrido. E fazer o quê? Correr? Virar as costas? Aderir à lógica do sistema?

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O que se pode depreender dessas observações e comentários é que, em uma sociedade onde a busca por soluções para problemas da vida social se faz, entre outros caminhos, por meio da medicina, a demanda excessiva por atendimento médico em um contexto de privação de recursos e insuficiência das estruturas para a plena garantia do direito à saúde faz com que as pessoas utilizem distintas estratégias para lidar com as dificuldades de se obter o atendimento necessário nas unidades de saúde da família.

Na sociedade capitalista moderna, a medicina adquiriu traços mercantilistas de expansionismo e produção de desejos e subjetividade. Nesse contexto, há um intenso movimento de medicalização³³, de transformação de todo e qualquer sofrimento humano em problemas médicos passíveis de solução por meio de um arsenal de exames e medicações adequadamente manejados pelo saber e fazer médico. Não é de se espantar, dessa forma, que o consumo de recursos com a saúde (ou com as doenças, seria melhor dizer?) só tem crescido.

Uma das expressões desse fenômeno é a conversão de queixas como dores de cabeça, dores difusas, nervosismo, insônia, problemas gástricos e estados de angústia e sofrimento em doenças cuja solução só pode ser encontrada na medicina, mesmo que as causas desses problemas estejam assentadas para além do corpo biológico, ou seja, nas relações familiares, no trabalho e em questões sociais e econômicas.³³

Contudo, em uma sociedade marcada por profundas desigualdades sociais e econômicas, cria-se uma situação onde alguns podem ter acesso a todas as inovações da medicina, enquanto que uma grande maioria só pode recorrer aos serviços públicos de baixa qualidade e com intransponíveis barreiras de acesso. O desejo, nesse sentido, passa a ser de todos, mas o ter fica restrito a poucos.

Está criado, dessa forma, um quadro de dependência pelos serviços de saúde para a resolução de problemas que estão em âmbitos de outra ordem. Whyte³⁴ já havia observado a relação entre problemas de ordem social e financeira com sintomas corporais e psíquicos. Em uma das passagens de seu livro *A Sociedade de Esquina*, ele mostra:

[...] no meio do primeiro encontro, tivera uma súbita crise de ansiedade, e sair depressa era a única coisa que podia fazer [...]. Tempos antes, quando enfrentava grandes preocupações financeiras, havia tido o mesmo problema. Não podia ficar num cômodo cheio de gente sem se sentir mal. ^{34: 60}

Em um caso como esse relatado por William F. Whyte³⁴, facilmente poder-se-ia diagnosticar a pessoa com um transtorno de ansiedade, criando a necessidade de se recorrer a uma medicação que, se mal usada, poderia terminar em dependência e utilização excessiva do serviço de saúde. Afinal, um fenômeno social convertido em função biológica alterada.

O que se está querendo dizer aqui é que a medicalização do sofrimento humano e a alocação de serviços de saúde no interior da comunidade podem ser indutores de demanda por atendimento médico, frequentemente por motivos que poderiam ser resolvidos em outros espaços sociais ou mesmo com outras práticas que não o uso de exames e medicações. Isso ocorrendo em um ambiente de desigualdades sociais e dificuldade de acesso aos serviços públicos, gera-se uma constante tensão entre a população e profissionais de saúde que, geralmente, trabalham no limite de suas possibilidades.

REFERÊNCIAS

1. Gadelha CAG. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. *Cienc Saúde Coletiva*. 2003 ago; 8(2): 521-35.
2. Cordeiro H. *A indústria de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal; 1980.
3. Cordeiro H. A. O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS. *Cad Saúde da Família*. 1996 jan./jun; 1(1):10-5.
4. 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(Sup 1):S100-S110.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM N° 2.488, de 21 de Outubro de 2011. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011.
6. Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
7. Starfield B. The hidden inequity in health care. *Int J Equi Health*. 2011; 10(15).
8. Brasil. Ministério da Saúde. *Programa Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde; 1994.

9. Teixeira CF, Solla JP. Modelo de atenção à saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. In: Lima NT, Gerschman S, Edler FC, organizadores. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005. p. 451-79.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
12. Sarti TD, Campos CEA, Zandonade E, Ruschi GEC, Maciel ELN. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. *Cad Saúde Pública*. 2012 mar; 28(3):537-48.
13. Viana ALD, Rocha JSY, Elias PE, Ibañez N, Novaes MHD. Modelos de Atenção Básica nos grandes centros paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. *Cien Saúde Coletiva*. 2006 jul./set; 11(3):577-606.
14. Caetano R, Dain S. O Programa de Saúde da Família e a reestruturação da atenção básica à saúde nos grandes centros urbanos: velhos problemas, novos desafios. *Physis*. 2002 jan./jun; 12(1):11-21.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Histórico de cobertura da Saúde da Família. [Citado 2012 jul. 17]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php>.
16. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(Suppl. 1):S7-S27.
17. Machado MH. Pesquisa de opinião dos gestores sobre o Programa de Saúde da Família no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
18. Becker H. Métodos de pesquisa em ciências sociais. São Paulo: Hucitec; 1994.
19. Denzin NK, Lincoln YS, organizadores. O planejamento da pesquisa qualitativa: teoria e abordagens. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
20. Mackian S. A review of health seeking behavior: problems and prospects. Manchester: Health Systems Development Programme; 2003.
21. Elias N, Scotson JL. Os estabelecidos e os outsiders. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2000.
22. Goffman E. Estigma. 4ª ed. Rio de Janeiro: LTC; 2008.
23. Goffman E. A representação social do eu. 13ª ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes; 2006.
24. Schraiber LB. O Médico e seu trabalho: limites da liberdade. São Paulo: Hucitec; 1993.
25. Boltanski L. As classes sociais e o corpo. 4ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2004.
26. Mills CW. A imaginação sociológica. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1972.
27. Faveret FP, Oliveira PA. Universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. *Rev Dados Cienc Soc*. 1990; 33(2):257-83.
28. Lima NT, Gerschman S, Edler FC, organizadores. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
29. Matta R. A casa e a rua. Rio de Janeiro: Guanabara; 1987.
30. Matta R. Carnavais, malandros e heróis. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1981.
31. Matta R. O que faz o Brasil, Brasil? 12ª ed. Rio de Janeiro: Rocco; 2001.
32. Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MCIC. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cad Saúde Pública*. 2002; 18(6):1639-46.
33. Tesser CD. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno da saúde. *Interface Comunic Saúde Educ*. 2006; 10(19):61-76.
34. Whyte WF. A sociedade de esquina. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2005.

Submissão: agosto/2012

Aprovação: maio/2013
