

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

Silvia Matumoto¹
Silvana Martins Mishima²
Cinira Magali Fortuna³
Maria José Bistafa Pereira⁴
Maria Cecília Puntel de Almeida^{5†}

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

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

PREPARING THE CARE RELATIONSHIP: A WELCOMING TOOL IN HEALTH UNITS

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

DESCRIPTORS: primary health care; interpersonal relations; health services

PREPARANDO A RELAÇÃO DE ATENDIMENTO: FERRAMENTA PARA O ACOI HIMENTO EM UNIDADES DE SAÚDE

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

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

INTRODUCCIÓN

El desarrollo del trabajo en salud es caracterizado por encuentros únicos y singulares, siendo que, en esos encuentros, hay el establecimiento de espacios de intersección⁽¹⁾, espacios en que la subjetividad y las singularidades, tanto del trabajador como del usuario, son expresadas y que se configuran, por lo tanto, en la existencia de momentos únicos, que demandan relaciones e intervenciones específicas a las necesidades expresadas por el usuario.

En este estudio, las relaciones que serán, aquí, exploradas se refieren a aquellas producidas en el contexto del Sistema Único de Salud (SUS), orientadas por los principios de la integralidad, universalidad, equidad y accesibilidad, en que se destacaron aspectos relativos a la preparación para la relación que caracterizaron el acogimiento en una unidad de salud de un municipio de gran porte del Estado de San Pablo, Brasil.

El acogimiento aquí es comprendido en cuanto proceso, resultado de prácticas de salud, producto de la relación entre trabajadores de salud y usuarios, constituyéndose, así, en un conjunto de actos ejecutados de modos distintos en el momento de la atención, envolviendo posturas y concepciones adoptadas por el trabajador en la identificación de las demandas y necesidades de los usuarios. Con eso se está considerando el acogimiento no apenas como la recepción del usuario en un servicio de salud cualquiera, y sí como una acción del trabajador de hacerse responsable por el usuario durante toda su permanencia en el servicio de salud⁽²⁻⁴⁾. Así, el acogimiento también coloca en escena las dinámicas y los criterios de accesibilidad a que los usuarios están sometidos en los servicios de salud y, en ese sentido, el trabajador puede dirigir el proceso de trabajo para la atención de las necesidades de los usuarios, "tornándose, así, en tecnología para la reorganización de los servicios, con el objetivo de garantizar el acceso universal, la resolutivez y la humanización de la atención"⁽⁵⁾.

A partir de esa perspectiva, se considera que el acogimiento es marcado por la subjetividad, por el escuchar las necesidades del sujeto, por el proceso de reconocimiento de la responsabilidad entre servicios y usuarios, posibilitando la construcción del vínculo^(2,4).

Mucho antes del encuentro trabajador/ usuario, la unidad de salud como un todo se prepara

para esa relación. Esa preparación aparece desde la concepción de la finalidad de la unidad de salud, colocada en práctica por medio de la estructuración del trabajo (según su modelo de asistencia), del destino de un ambiente físico, de la definición de que, de quien y en cuales circunstancias irá acoger, así como de la presencia de determinadas condiciones de trabajo, contexto en que los trabajadores de hecho concretizarán la atención en nombre de la unidad de salud. En ese sentido, se puede decir que el acogimiento presenta algunos componentes, tales como la mutua representación entre trabajador y usuario, determinando sus formas de aproximación, la objetivación de lo que es salud/enfermedad y de lo que es problema/necesidad de salud para el trabajador que participa en la atención a la salud, la comunicación verbal y escrita utilizada en el proceso de atención y, finalmente, el responsabilizarse por el trabajo y por la ayuda al otro^(2,4).

La comprensión del acogimiento, en la dirección que se viene apuntando, se fundamenta en la perspectiva teórica del proceso de trabajo en salud⁽⁶⁾. "La comprensión de lo social en el campo de la salud provocó una ruptura con los modelos cartesianos de investigación que reducían las relaciones de causa y efecto al plano biológico y remetían su resolución al modelo clínico de diagnóstico y terapéutica"⁽⁷⁾ y, en ese sentido, la introducción de la categoría trabajo vino a sustentar el entendimiento del proceso salud-enfermedad-cuidado en nuestra sociedad, bajo la perspectiva de esas prácticas se orientaran no solamente los cuerpos biológicos, y sí también los cuerpos sociales para analizar ese proceso "en sus relaciones con la estructura económica, política e ideológica de la sociedad"⁽⁷⁾.

Así, bajo esa perspectiva, el trabajo en salud es considerado un trabajo como otro cualquiera, produciendo hombres que se relacionan con otros hombres y con la naturaleza en un determinado proceso social histórico. El proceso de trabajo en salud lidia con hombres (sus agentes y usuarios), cuyas necesidades también son constituidas históricamente y socialmente⁽²⁾ y que irán a conformar la finalidad que encamina el desarrollo del trabajo. En ese sentido, siendo el hombre el objeto de trabajo en salud, es preciso aprenderlo y reconocerlo "en su proceso de objetivación de lo que es salud/enfermedad, o sea, en cuanto movimiento de objetivar sus necesidades de salud, cuando exterioriza su subjetividad en relación al proceso salud/enfermedad"⁽²⁾.

En la intención de atender a las necesidades expresadas por ese hombre, y que no son necesidades humanas cualesquiera, o sea, "aparecen como aquello que precisa 'necesariamente' ser satisfecho para que ese ser continúe siendo un ser"⁽⁶⁾ en un dado espacio/tiempo, se lanza mano de instrumentos de trabajo específicos, conocimientos y quehaceres que posibilitan la atención de las necesidades expresadas. Los instrumentos de trabajo son las herramientas para el desarrollo del proceso de trabajo, y no serán cualesquier herramientas, y si aquellas determinadas por un dado conocimiento operante, traducido en los conocimientos, en equipos utilizados para operar la transformación, y/o atender las necesidades de los usuarios. El trabajador está ahí incluido con sus conocimientos, con su fuerza de trabajo, empleada en la dimensión del proceso de transformación, como agente que puede movilizar transformaciones⁽⁸⁻⁹⁾.

De esa forma, para que ocurra la producción, es necesario que esos componentes sean articulados en torno de la realización de cierto proyecto que atienda las necesidades socialmente colocadas, proyecto este mediado por cierto saber-hacer, por un conocimiento operante⁽⁷⁻⁹⁾. Así, en el trabajo en salud, se utilizan conocimientos tecnológicos que pueden ser las tecnologías duras (equipamientos tecnológicos del tipo máquinas, equipos, normas, estructuras de organización), las ligeramente duras (conocimientos bien estructurados presentes en el proceso de trabajo en salud como, por ejemplo, la clínica, la epidemiología, el psicoanálisis, entre otros) y las ligeras (tecnologías de relación tales como el vínculo, el escuchar)⁽⁹⁾.

Tomando ese cuadro general, se puede afirmar que el proceso de trabajo en salud tiene siempre una intención, y va a constituirse en contexto social e histórico determinado, expresado en sus componentes operadores: el trabajo vivo y el trabajo muerto.

El trabajo vivo en acto es aquel que sucede en el momento de su ejecución por el trabajador, es el trabajo en acto, se procesando, es lo que está en acción y, con eso, cargado de posibilidades de creación, de ingeniosidad, de intentos humanamente colocados. El trabajo vivo en acto se diferencia del trabajo muerto, trabajo ya materializado, resultado de trabajo humano anteriormente producido. El trabajo muerto entendido como todos los productos/medios, instrumentos usados como herramientas o como materia prima para operacionalizar el acto

productivo, todo resultado de un trabajo vivo anterior ahora cristalizado, materializado en el estetoscopio, en el esfigmomanómetro y otros materiales necesarios al trabajo en salud. También cierto conocimiento tecnológico que le permite dar la conformación concreta de aquello que ha concebido en cuanto proyecto, además de toda la sistematización y organización del proceso para viabilizar el referido proyecto. En ese sentido, trabajo vivo y trabajo muerto se hacen presentes dinámicamente en el desarrollo del trabajo, operados simultáneamente por el trabajador^(7, 9).

Por medio de la expresión del trabajo vivo, el trabajador puede apropiarse de los medios/instrumentos para la recreación del trabajo, de sí mismo y de los otros, haciéndose producto y productor del trabajo.

Así, este estudio tiene por objetivo identificar y analizar los aspectos pertinentes a la preparación para la relación establecida entre trabajador/usuario en una unidad de salud de la red de atención básica de salud de un municipio de gran porte del estado de San Pablo, Brasil, teniendo como perspectiva el acogimiento.

METODOLOGÍA

La investigación tuvo como escenario una unidad de salud de la red de atención básica de servicios de salud de un municipio del Estado de San Pablo, Brasil. El municipio, importante centro regional por la extensa red de servicios en general, con fuerte vocación para el área educacional y de salud, presenta 504.923 habitantes, según el Censo Demográfico de 2.000, y proyección de 551.312 habitantes para el año 2005⁽¹⁰⁾. Su red de servicios básicos está compuesta por 27 Unidades Básicas de Salud (UBS) y 5 Unidades Básicas y Distritales de Salud (UBDS), con funcionamiento 24 horas y distintas áreas de asistencia a la salud⁽¹⁰⁾. También, el municipio contaba, en 2.008, con 23 equipos de Salud de Familia, implantados a partir de 2.000.

La unidad seleccionada para el estudio fue una unidad distrital de salud, relacionada a la Universidad de San Pablo, desarrollando actividades de asistencia de ambulatorio programáticas, especializadas, servicios de apoyo y diagnóstico, aplicación de tratamientos, vigilancia epidemiológica, además de atención de urgencia y emergencia con funcionamiento 24 horas.

Considerando que el acogimiento sucede durante todo el proceso de atención a la salud, fueron seleccionados, como instrumentos de aproximación a lo empírico, la observación participante y la entrevista semiestructurada. Para la organización de la observación participante, fue utilizado el Flujograma analizador del modelo de atención de un servicio de salud⁽¹¹⁾. Fueron realizadas 19 observaciones de atención, siendo seleccionadas las situaciones a partir de la anuencia del usuario para que pudiese ser acompañado su recorrido dentro de la unidad de salud. Esas situaciones seleccionadas fueron aquellas en que el usuario presentaba algún problema de salud con posibilidad de ser atendido en el sector de urgencias, o en la clínica médica, por constituirse áreas en que ocurre el primer contacto del usuario con la unidad de salud, además de que es en esos sectores donde se encuentran más de dificultades para acoger los usuarios, sea por la complejidad de sus problemas/necesidades de salud sea por la gran demanda que llega a los servicios de salud. El muestreo para la entrevista semiestructurada fue intencional y realizada con 9 de los 41 trabajadores que participan en las atenciones observadas, siendo considerados para la selección de los trabajadores de diferentes categorías profesionales (1 vigía, 1 auxiliar de farmacia, 2 médicos y 5 auxiliares de enfermería) y de diferentes áreas de atención. En la etapa de análisis de los datos, fue utilizada la técnica del análisis temático⁽¹²⁻¹³⁾.

También, para el desarrollo de la investigación, fueron seguidos los procedimientos éticos previstos en la Resolución 196/96 del Consejo Nacional de Salud, con la recolección de datos realizada después de la aprobación del proyecto por el Comité de Ética en Investigación del Centro de Salud de la Escuela de la Facultad de Medicina de Ribeirao Preto, Universidad de San Pablo (Protocolo 0022/02), siendo presentado y firmado por los participantes el término de consentimiento libre y esclarecido para la realización de la observación y de las entrevistas, habiendo el compromiso del anonimato y de la ausencia de daños a los mismos.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN: OBSERVANDO Y CONVERSANDO CON LO EMPÍRICO – LA PREPARACIÓN PARA LA RELACIÓN

Hacer efectivo el trabajo en salud exige la preparación del ambiente físico, en cuanto espacio

de relaciones⁽²⁾. El momento de la atención representa la aproximación de personas, un pedido explícito que expresa las necesidades del usuario, para tratar de solucionar algún problema, condiciones mínimas de privacidad y confort se vuelven necesarias⁽¹⁴⁾.

Se observó que en determinados ambientes físicos, preparados para la relación, como los balcones con vidrio con un pequeño orificio, en el sector de emergencia – PA*, o los balcones en ambiente abierto, en el área de clínica médica, el usuario debería exponer el motivo de su búsqueda, sin ninguna privacidad. En esas circunstancias, tanto el usuario como el trabajador tuvieron que hablar alto, para conseguir comunicarse y ser escuchados entre ellos. En un ambiente abierto, la relación sufre interferencia del sonido del ambiente (conversas de personas, llantos de niños, sirena de ambulancias, comunicación por el altoparlante y otros); se suman, también, ocurrencias del momento como interrupciones para informaciones, personas que pasan y se saludan, personas que pasan mal, que desvían la atención del trabajador para fuera del espacio de intersección que trata de establecer.

Ese ambiente interfiere sobre el acogimiento, ya que el usuario queda embarazado, limitándose a expresar rápidamente su problema o su queja. No hay reservado para sí un espacio privativo, lo que hace con que no se respete el espacio del otro(2-3), en circunstancias semejantes, dándose el derecho de interrumpir otras relaciones. *Llego a las siete, me gusta llegar más temprano (...) ahí los pacientes llegan, - nosotros agarramos el cartón y los archivos (...) nosotras pesamos a los pacientes y los enviamos al médico. - en ese intervalo, aparece un paciente que quiere saber adónde está la oftalmología, adónde está el rayo X, donde está el electro, donde está la recolección (...) olvida la papeleta en casa y nosotros tenemos que hacer otra papeleta - no programó los exámenes correctamente (...) no colocó número, o no colocó el nombre y nos pide que hagamos eso por ellos, a los, mismo explicando, muchos no entiende y nos piden que lo hagamos, eso es todo en el intervalo que usted está viendo y pesando el paciente. Presión..., nosotros vemos presión, - (...) siempre... (...) información, allí es directo... Donde está la farmacia (...)* (Entrevista 6).

Mismo en ambientes cerrados, como en el caso del consultorio médico, durante las observaciones se registraron interrupciones diversas. Estas apuntan

*Así denominado el sector de la Unidad de Salud donde acuden los pacientes que necesitan de atención inmediata, caracterizándose por atenciones de urgencia e emergencia clínicas, quirúrgicas etc.

para la necesidad de reflexionar sobre cuanto se respetan los diversos espacios de relación del proceso de trabajo en salud^(2,14).

Las pos-consultas* para adultos del área de clínica médica son realizadas en una sala preparada para atender a dos usuarios al mismo tiempo. En ella, trabajan dos auxiliares de enfermería, siendo apuntada por esas trabajadoras las condiciones de trabajo desfavorables, debido a las más diversas interrupciones frecuentes, que interfieren en el cumplimiento de sus tareas. Se adiciona el hecho de que no demuestran preocupación con las interferencias del ambiente, para el establecimiento de relaciones de atención más próximas, más humanas, posibilitando auxiliar el usuario a lidiar con sus problemas de salud, pareciendo no estar presente la construcción de una red de relaciones que posibilite el cuidado en salud⁽²⁻³⁾, asumiendo, al contrario, una posición conformada. *No hay forma, eso ahí no tiene solución* (Entrevista 6), considerando la situación prácticamente 'normal'. (...) *usted está conversando, haciendo pos-consulta, el paciente entra en la sala e te interrumpe, porque la puerta está abierta, y corta tu pos-consulta para preguntar alguna información... (...) usted siempre es interrumpida ahí ... Yo creo que es pésimo, detesto, ya reclamé, ya, sin embargo no se puede cerrar la puerta porque soy yo y la compañera trabajando ... La compañera está con paciente y yo estoy con otro, siempre tiene acompañante ... y aquella sala es pequeña ... y no hay como cerrar la puerta allí. Si se cierra la puerta no entra paciente allí. La porta tiene que quedar abierta ... Yo lo encuentro horrible, no me gusta... ya reclamé, ya lo dije, sin embargo no hay condiciones ... no hay manera ... Eso ahí no tiene solución ...* (Entrevista 6).

Otro aspecto de la preparación del ambiente, para que la atención se procese se refiere al cuidado con las condiciones de limpieza. Un ambiente limpio, claro, organizado refleja atención anticipada para con el usuario y con el trabajo a ser desarrollado. Una usuaria señaló la importancia de la limpieza del ambiente comparando ese servicio de salud a los de la ciudad en que vivía anteriormente. *En Rio los puestos son muy malos, mal cuidados, sucios, los médicos usan ropas sucias, las ciudades están sucias, con mal olor, el pueblo no cuida. Aquí para la salud es bien mejor* (OBS 6). Es clara la relación limpieza y salud y esa también compone parte de lo que el usuario busca en el servicio de salud.

El respeto y atención para con el usuario también pueden ser demostrados por el trabajador por medio del cuidado con que prepara su vestimenta para el trabajo y la adecuación de la misma. Esos

cuidados causan buena impresión para iniciar la relación de atención⁽²⁾. Eso fue explícitamente colocado por la usuaria que demostró confianza en el servicio de salud en que se encontraba.

El cuidado con la apariencia y la vestimenta también es observado en los usuarios, demostrando preocupación en presentarse de la mejor manera posible ante el otro, preparándose para la relación que irá a construir. (...) *nosotros vemos mucho el paciente aquí (...) Lo vemos a él limpio, viene a pasear en el CS, ¿verdad? Él limpio, las niños, limpias, bonitas ... yo no olvido un día que yo estaba haciendo visita ahora ... hace un mes (...) Había llovido ... estaba lleno un barro ... y todo el mundo estaba de sandalia, ¿verdad? Tomando cuidado para no ensuciar el pie, de ropita muy bonita ... En la hora que llegó en la esquina de la Rondonia ... ella salió de aquel cuadrilátero del barrio, todo mundo colocó zapatito y medias, los niños, 3 niños, la madre ... ¿sabe? Agarró la bolsa y la tiró en una esquina, la bolsa y las sandalias sucias ... y fue para el centro de salud donde yo me encontré con ella en la sala de vacunas, después haciendo curativo en un niño, ¿verdad?* (Entrevista 1).

La preocupación para con el otro, el usuario, puede ser observada también por la forma con que se utiliza la señalización y se informa la localización de las salas y sectores de atención, esto es, como se lanza mano de la tecnología dura: placas, letreros, paneles informativos y otros. Desde la entrada, son poco destacadas las placas, poco evidentes, y los sectores, en muchas situaciones, se quedan sin nadie para informar. No se está diciendo que toda la señalización del local debe ser cambiada, y si que el servicio como un todo, por medio de sus trabajadores, debe considerar la señalización tal como se encuentra, orientando a los usuarios, según sus necesidades; quedando, así, atentos para identificar, entre el conjunto de usuarios, aquellos que presentan, en el momento, dificultades en localizarse espacialmente en la unidad de salud, sea por limitación de escolaridad sea por dificultades circunstanciales como dolor, ansiedad, miedo, en un ejercicio constante de equidad y accesibilidad. *A las 14h38min llegamos a los rayos X. Hay una señora en el final del corredor, mira para una de las puertas y para el balcón y nos pregunta: '¿no hay nadie aquí? ¿Es usted que atiende?' Respondí que la atención sería después de las 16 horas y que estaríamos esperando. La paciente agradece diciendo: '¡ah! Entonces yo voy a pesar de que', y sale en seguida (...). A las 15h8min llega una señora con varios papeles a la mano y pregunta sobre la atención. Informamos sobre el inicio a las 16 horas (...)* (OBS 6).

*La pos-consulta es aquí definida como toda atención realizada por personal de enfermería para, en la mayor parte de las veces, reforzar las orientaciones al usuario después de realizar las consultas médicas. Además del refuerzo de las orientaciones sobre las acciones terapéuticas indicadas, también pueden ser realizadas otras actividades, tales como: programar exámenes de apoyo al diagnóstico, retornos etc. Las pos-consultas son derivadas de la división técnica y social del trabajo en salud, como forma de racionalizar el trabajo médico.

En la situación anterior, parece que no se percibió la importancia de ese cuidado, el usuario no recibió cualquier tipo de información sobre el horario de la atención, que el sector solo estaría a disposición para la atención en otro horario, no habiendo, en ese caso, la suficiente preparación del ambiente que pudiese acoger al usuario que llega con dudas, generando mayor sensación de inseguridad en él.

La preparación del ambiente no es meramente el preparación de un espacio físico, ella se refiere al cuidado que la unidad de salud y el trabajador tienen al ejecutarlo, exponiendo su disponibilidad para la relación y para transformarla en un espacio de acogimiento, donde se hace presente, además de una postura del trabajador capaz de dar respuestas más adecuadas a los usuarios, la utilización de recursos disponibles para la resolución de los problemas y necesidades presentadas por los usuarios, lo que implica interés y responsabilidad del trabajador y del servicio de salud frente a las situaciones puestas en lo cotidiano del trabajo en salud^(2-5,14).

Otro cuidado con la preparación para la relación con el usuario puede ser considerado la adopción de la programación por horario en la clínica médica. *Allá en el puestito de la Vila Tiberio hay un médico bueno también, sin embargo me gusta más el Dr. X... Mi horario es siempre este... Vuelvo después del almuerzo... Ahora está todo con hora programada, ¿verdad?* (OBS 17).

Sin embargo, no siempre lo programado es cumplido. *Una señora que también aguarda consulta dice: 'el día que ellas están de buenas da todo cierto. El día que ellas están de mal está perdido. (...) Hubo un día que tuve que hacer un escándalo. Mi consulta estaba programada para las 7 horas y me atendieron solo a las 11. Fui allá y les dije un monte para ellas. Ellas fueron pasando otras personas delante de mí... Fueron pasando personas... Ahí fui y hablé! Ahí ellas me atendieron. (...) sin embargo ellas programan mucha gente para la misma hora ...'* (OBS 19).

Ese relato demuestra el otro lado de la programación por horario, o sea, la adopción de esa forma de organización de trabajo atiende a las necesidades y prioridades del propio servicio, regula el flujo de la demanda de forma más adecuada para el desempeño del trabajo, sin preocupación con las necesidades de los usuarios, determinando para estos un horario de llegada y no el horario de la atención, lo que es contradictorio con la expectativa que se crea, cuando se dice que el servicio adopta una programación de atención por horario.

Ese choque entre la estructuración del servicio y la expectativa del usuario genera, en este último, cierta falta de disposición en relacionarse con los trabajadores de salud, en el caso de las auxiliares de enfermería, que son responsabilizadas por no atender, conforme lo programado, demostrando falta de credibilidad y confianza lo que, ciertamente, se reflejará en el vínculo trabajador/usuario y en el acogimiento a ese usuario.

En algunas situaciones, la regla es tomada de forma rígida, no facilitando el acogimiento, distanciándose de aquello para lo cual fue implantada, o sea, disminuir el tiempo de espera, disminuir el número de personas circulando en la unidad, para evitar tumultos y sonidos ambientales elevados. (...) *una señora entrega su cartón de programación al auxiliar: 'tengo consulta hoy ... , Dr. PPP'. La auxiliar mira el cartón: 'solo que es a las 14 horas. Solo podrá bajar a las 13h y 30min.' Paciente: 'pero yo trabajo ... las muchachas ya, ya están allá. Ellas toman mi cartón y después voy a trabajar'. Auxiliar: 'solo puede entrar media hora antes del horario programado. Puede esperar'. A las 13h y 30min la señora baja* (OBS 17).

Esa producción, de cierto estándar de práctica burocratizada, proviene de las circunstancias en que se ejecuta un proyecto terapéutico, que se organiza, parcelando el trabajo y fijando al trabajador en una determinada etapa. En ese proceso, el trabajador ejecuta "actos sin sentido, o cuyo sentido depende de una continuación que el trabajador no solamente no controla como hasta desconoce"⁽¹⁵⁾.

Tanto la programación por horario, como la estandarización del flujo de entrada de los usuarios en la unidad presentan más la tónica de disciplinar el usuario, de que el intuito dirigir la atención de la unidad de salud para el cliente. Ese tipo de disciplina coloca en evidencia la presencia histórica del poder en la relación trabajador/usuario desde la preparación de las mismas. En lo cotidiano, lo que aparece como predominante es el usuario sometiendo a esas estandarizaciones y poderes del servicio y de los trabajadores, en ese proceso de disciplinar, que encuadra la demanda a la oferta de atención, al menú disponible.

Esa relación de poder es desigual, es dada por el papel de usuario y del trabajador, es una relación de jerarquía social históricamente determinada por las propias relaciones, por el dominio del conocimiento, por la posesión de informaciones⁽¹⁶⁾. Usuario y trabajador, de cierta forma, se preparan para la misma, en la medida en que se reconocen

mutuamente, de alguna forma, en aquel espacio de intersección. Ese reconocimiento denominado como 'la obra', trata del "reconocimiento tanto por parte del trabajador como del cliente y de la sociedad, es el resultado del trabajo"⁽¹⁵⁾.

El usuario que en un momento se somete al trabajador para tener su problema acogido, en otro momento, actúa en cuanto sujeto, también haciéndose presente de forma entera en la relación dentro del mismo contexto, se prepara para obtener lo que desea. O trabajador, a su vez, puede hacer uso más libremente de ese poder, utilizándolo de las más diversas formas en el espacio de intersección con el usuario, evidenciando todavía más su poder o utilizándolo en una relación más horizontal en que ambos están juntos en la construcción de una respuesta para el problema presentado por el usuario. *En el balcón hay dos jóvenes siendo orientados por la auxiliar. Uno de los jóvenes dice: 'vuelvo.' Auxiliar: 'usted perdió la hora. Era a la una y media, ya pasó'. Paciente: 'pero tenía trabajo... no pude venir antes...' Auxiliar: 'acabé de colocar los pacientes que no tenían consulta programada'.* (OBS14).

Antes de relacionarse con el usuario, el trabajador se encuentra con su propio trabajo. Su representación cuanto al trabajo es dada por la concepción que tiene de este, por las condiciones en que este se concretiza, por el retorno que puede obtener, por la representación que tiene del usuario y de sus necesidades. Ese cuadro genera cierta disponibilidad de ese trabajador en relacionarse con el usuario y de qué forma, además de que va a interferir sobre la manera como el trabajador lanzará mano de las tecnologías (liviana, liviana-duras y duras) del trabajo en salud, sobre cuánto y por lo que se responsabilizará y cuál finalidad orientará su atención⁽²⁻³⁾.

Uno de los médicos (Entrevista 3) refirió que, a pesar de escuchar los gritos del conflicto entre las auxiliares y los usuarios no sale del consultorio, es decir, no ayuda, no sabe ni siquiera si el usuario fue atendido. Reconoce el problema, sin embargo no se envuelve. Ese relato trae a discusión la cuestión de la responsabilidad de los trabajadores con el conjunto del trabajo a ser desarrollado, con su finalidad y, de forma destacada, con la cuestión del trabajo en equipo, en el aspecto de la cooperación entre sus miembros⁽¹⁷⁾, para tratar de solucionar los problemas presentes en lo cotidiano del trabajo. La forma de actuación descrita por el profesional lleva a pensar

que este está preso a una matriz de división de trabajo, donde el médico solo consulta, y los problemas de la recepción y programación de los usuarios, de preparación de las condiciones de atención, del escuchar las expectativas que los usuarios depositan en el servicio de salud son de la competencia de las auxiliares de enfermería o de cualquier otro trabajador que actúe fuera del consultorio médico.

El no involucramiento del médico con el acogimiento del usuario indica su captura por el trabajo muerto, confirmado en su entrevista, cuando refirió que la estructura y organización del trabajo le impiden atender a sus pacientes en las ocurrencias, siendo ese un limitante de su trabajo⁽²⁻³⁾.

CONSIDERACIONES FINALES

La observación de la atención, así como las entrevistas con los trabajadores, parecen revelar que es la finalidad de la atención que estructura la relación que debe ser construida. Esa finalidad no se presenta explícitamente, esto es, surge en la relación como la respuesta escogida, la mejor y más viable en aquellas circunstancias, dentro de un menú de intervenciones posibles, pensadas por el trabajador, a partir y en aquel espacio de intersección.

Además de eso, la estructuración de la atención y de las respuestas que irán a constituir el menú de intervenciones puede darse de forma más o menos amplia, a partir de la concepción del hombre y de salud/enfermedad que es el fundamento de la finalidad dada a la atención⁽¹⁸⁾. En ese proceso, el trabajador demuestra por lo qué y por cuánto se responsabiliza, lo que revela también sus concepciones presentes en la relación de la atención, o sea, la decisión tomada expresa la objetivación del trabajador en relación al proceso salud/enfermedad y de la finalidad que le da al trabajo.

Así, se puede considerar que la disponibilidad del trabajador para la preparación del ambiente, de sí propio y de la relación de atención propiamente dicha pasa por dentro del propio trabajador (sus afectos, deseos, proyectos) y por el contexto en el cual está incluido, extendiéndolo mucho más allá de las paredes de la unidad de salud. Esa afirmación se basa en la percepción del trabajador, en cuanto ser/hombre que se relaciona con el mundo, que sufre y produce acciones recíprocas de manutención y

transformación. En su cotidiano, entretanto, el trabajador normalmente no se percibe así, vive atribulado, corriendo todo el tiempo, con gran gasto de energía, sin parar para reflexionar sobre lo que hace.

A pesar de que existen dificultades en el sector salud, referentes a la disponibilidad de recursos, especialmente en el sector público, es necesario que se consideren los aspectos encontrados

que se refieren a la preparación para la relación servicio/usuario y trabajador/usuario, buscando incorporarlos en la estructuración del servicio, haciendo inversiones en el aumento de su capacidad resolutive, no únicamente en términos de eficacia y eficiencia, también a través de una relación más humana, más acogedora, una vez que es en el trabajo vivo en acto, en esa intersección, que se configura la calidad de la atención.

REFERENCIAS

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