

O Discurso dos Profissionais Sobre a Demanda e a Humanização

What do Professionals Have to Say About the Demand and Humanization of Health Services

José Roque Junges

Doutorado em Ética. Professor e pesquisador do PPG em Saúde Coletiva da UNISINOS.

Endereço: Av. Unisinos, 950, CEP 93022-630, São Leopoldo, RS, Brasil.

E-mail: roquejunges@hotmail.com

Rosângela Barbiani

Doutorado em Educação. Professora e pesquisadora do PPG em Saúde Coletiva da UNISINOS.

Endereço: Av. Unisinos, 950, CEP 93022-630, São Leopoldo, RS, Brasil.

E-mail: barbiani@unisinos.br

Raquel Brondísia Panizzi Fernandes

Psicóloga. Mestre em Psicologia pela UFRGS.

Endereço: Av. Unisinos, 950, CEP 93022-630, São Leopoldo, RS, Brasil.

E-mail: raquel.b29@hotmail.com

Jessica Prudente

Psicóloga. Mestre em Psicologia pela UFRGS.

Endereço: Av. Unisinos, 950, CEP 93022-630, São Leopoldo, RS, Brasil.

E-mail: jessiprud@gmail.com

Rafaela Schaefer

Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela UNISINOS.

Endereço: Av. Unisinos, 950, CEP 93022-630, São Leopoldo, RS, Brasil.

E-mail: rafaelaschaefer@hotmail.com

Vanessa Kolling

Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela UNISINOS.

Endereço: Av. Unisinos, 950, CEP 93022-630, São Leopoldo, RS, Brasil.

E-mail: vanessakolling@gmail.com

Resumo

A humanização dos serviços de atenção primária à saúde depende, em grande parte, da resolução das necessidades em saúde e da consequente organização da demanda. **OBJETIVO:** O artigo objetiva conhecer as implicações da demanda sobre a humanização das práticas de atenção primária. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa. O universo empírico da pesquisa foi composto por 10 trabalhadores de uma Unidade Básica de Saúde: 1 gestora, 1 médica, 1 dentista, 2 enfermeiros, 3 técnicos em enfermagem, 1 atendente da portaria e 1 encarregado do almoxarifado. A coleta de dados aconteceu em 8 reuniões de discussão focal sobre temas como política de humanização, direito à saúde, integralidade, acolhimento, subjetividade em saúde, processos de trabalho. As discussões foram gravadas e transcritas. Os dados foram trabalhados pela análise do discurso. **RESULTADOS:** Como resultados, apareceram três repertórios linguísticos ligados à demanda: compreensão das necessidades em saúde; entendimento do acolhimento como triagem e aplicação de protocolo; influência do modelo biomédico na organização dos serviços. A excessiva demanda e a falta de resolubilidade estão ligadas a uma compreensão das necessidades de saúde como o simples acesso à tecnologia, e do acolhimento apenas como triagem de sintomas. Os profissionais da enfermagem reportam como uma causa da excessiva demanda o fato de que os usuários sempre querem ser atendidos pelo médico, o que pode ser explicado pela cultura da atenção criada pelo modelo biomédico no qual eles próprios se encontram quando entendem as necessidades e o acolhimento na perspectiva biomédica.

Palavras-chave: Humanização; Atenção Primária à Saúde; Demanda; Necessidades em saúde; Acolhimento; Profissionais da saúde.

Abstract

Humanization of Primary Health Care Services depends mostly on the resolution of the health needs and on the consequent organization of demand. **OBJECTIVE:** The article searches to know the implications of demand to the humanization of Primary Health Care practices. **METHODOLOGY:** It is an exploratory research with qualitative approach. The empirical universe was formed by 10 professionals: 1 manager; 1 physician; 1 dentist; 2 nurses, 3 nursing technicians; 1 reception attendant; 1 stockroom commissioner. Data were collected through 8 meetings in which discussion focused on themes such as humanization policy, right to health, integrality, users' reception, subjectivity in health, work processes. The discussions have been recorded and a transcription was made. Analysis of data was done through discourse analysis. **RESULTS:** As results, three linguistic repertoires were found linked with the demand: the understanding of health needs; the understanding of users' reception as screening and application of protocols; the influence of the biomedical model in the organization of the services. The excessive demand and the lack of resolution are linked to the understanding of health needs simply as access to technology, and of users' reception simply as screening of symptoms. Nurses claim that excessive demand is due to users always wanting to be seen by a physician, which can be explained by the health care culture created by the biomedical model which is also adopted by professionals when they understand health needs and the users' reception in the biomedical perspective.

Keywords: Humanization; Primary Health Care; Demand; Health Needs; Users' reception; Health professionals.

A Política Nacional de Humanização (PNH), estratégia lançada pelo Ministério da Saúde para operar em conjunto com o Sistema Único de Saúde (SUS), visa priorizar a integralidade e o acolhimento da atenção, buscando maior resolubilidade na resposta às necessidades dos usuários. Para isso é necessário, segundo o manual do ministério, qualificar os profissionais para saberem lidar com as dimensões subjetivas e sociais do processo de saúde/doença, superando a visão reducionista de responder às necessidades com puros procedimentos técnicos.

O manual da PNH está baseado numa compreensão do ser humano como ser de linguagem, o que significa concebê-lo como um ser de relações. Parte do pressuposto de que o reconhecimento do outro na relação da atenção à saúde está deficiente. Por isso propõe uma nova cultura de atendimento pelo melhoramento da comunicação. O problema é que essa mudança da cultura da assistência pelo reconhecimento do outro em suas necessidades não acontece simplesmente com capacitações de formação dirigidas aos profissionais, como pensa o manual, ela exige mudanças nas regras do jogo organizacional e nas bases das estruturas mentais que configuram o atendimento (Deslandes, 2004).

Essa nova cultura de atendimento significa "um compromisso das tecnociências da saúde, em seus meios e fins, com a realização de valores contrafaticamente relacionados à felicidade humana e democraticamente validados como bem comum" (Ayres, 2005, p. 550). Esse compromisso conjuga o êxito técnico com o sucesso prático, isto é, a eficiência técnica com eficácia ética em responder às necessidades em saúde. Assim, a humanização torna-se uma referência ética de orientação para as práticas de saúde, não reduzidas à normatividade procedimental da técnica, mas procurando englobar nos percursos terapêuticos os projetos de felicidade das pessoas, apontando para as dimensões subjetivas e socioculturais do processo saúde/doença. As aspirações de felicidade são percebidas como tais justamente porque foram vividas como possibilidades negadas, tornando-se necessárias e desejadas. Assim os projetos de felicidade são uma construção contrafática da sua falta. A felicidade é uma experiência singular, mas necessita de uma validação democrática como projeto de bem comum

aceito publicamente (Ayres, 2005, 2006).

A doença é uma experiência singular e coletiva de falta e negação de felicidade, sendo a busca dos serviços de saúde determinada por seus projetos. Eles configuram as necessidades, individual e socialmente, e determinam como se manifestam as demandas em saúde.

A demanda é a atitude do indivíduo de procurar serviços de saúde, obtendo acesso para resolver uma necessidade sentida e se beneficiando com o atendimento recebido. Contudo, a demanda nem sempre é a expressão de uma necessidade, seja pelo desconhecimento das pessoas do que elas verdadeiramente precisam, pela desinformação sobre as soluções para seus problemas, pela impossibilidade de pagar pelos serviços ou até pela ausência de oferta dos serviços desejados (Pinheiro, 2001).

A demanda se constrói no cotidiano dos atores envolvidos, fruto de um inter-relacionamento entre as necessidades percebidas e os projetos de felicidade dos usuários, o paradigma de atenção concebido culturalmente pelos usuários e no qual se movem os profissionais, mutuamente imbricados, e, por fim, os recursos técnicos e econômicos fornecidos pelo sistema em suas políticas de saúde. Em outras palavras, a demanda é socialmente construída, porque ela depende do contexto instaurador das necessidades (Schraiber e Mendes-Gonçalves, 2000; Camargo Jr, 2005; Mattos, 2005).

Se o objetivo primordial da Política Nacional de Humanização é uma maior resolubilidade e satisfação dos usuários, a compreensão do fenômeno da demanda é um ponto central para a efetivação da humanização, porque a demanda determina a resolubilidade. O objetivo do presente artigo é compreender as implicações da demanda sobre a realização da política da humanização de uma unidade básica.

Metodologia

A pesquisa: “O discurso dos profissionais de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) em São Leopoldo (RS) sobre a humanização dos serviços” teve como objetivo, conhecer a interação discursiva de trabalhadores de uma UBS sobre as implicações da política de humanização nas suas práticas. A investigação

foi um estudo de caso com abordagem qualitativa. Para a coleta de dados foi usada a discussão focal de grupo com trabalhadores da atenção básica. Depois de contatos com a Secretaria Municipal de Saúde foi indicada a UBS da Vila Campina como local apropriado para os objetivos da pesquisa. A unidade básica está localizada num bairro de periferia ao lado da BR 116 com grande incidência de violência. No momento da pesquisa, não existia uma equipe da Estratégia da Saúde da Família. Embora seja uma unidade básica, ela atende também emergências e algumas especialidades através de agendamento. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo CEP da Unisinos com a resolução 029/2006.

O universo empírico da pesquisa foi definido intencionalmente, tendo presente as diferentes competências profissionais e o maior tempo de serviço na unidade. O grupo focal era integrado por 1 médica (M), 1 dentista (D), 2 enfermeiras/os (E1 e E2), 3 técnicas/os de enfermagem (T1, T2 e T3), 1 atendente da portaria (P), 1 encarregado do almoxarifado (A) e a gestora da unidade (G) totalizando 10 participantes escolhidos entre os cerca de 60 que atuam na unidade, mais o pesquisador/facilitador (F) da discussão focal. Foram feitas oito reuniões, de uma hora e meia cada, com o mesmo grupo, sobre diferentes aspectos da humanização, como direito à saúde, subjetividade, integralidade, acolhimento, resolubilidade, responsabilidade, intersetorialidade e suas interfaces com o cotidiano dos profissionais. As interações e discussões foram digitalmente gravadas e o texto transcrito foi trabalhado e interpretado através da metodologia da análise discursiva.

Esse tipo de análise é mais adequado quando se trata de interações discursivas de um grupo focal organizado em vista de um objetivo como é o caso de profissionais de uma unidade básica. Não seria pertinente fazer entrevistas individuais com os trabalhadores e depois analisá-las pela análise de conteúdo, porque não interessam os significados dados por cada um à humanização, mas o discurso sobre a humanização que surge na interação entre os participantes da discussão. Pois a realidade da humanização não existe independente das interações que acontecem na unidade e, portanto, ela só está presente no discurso que acontece nessas interações. Em outras palavras, a realidade é conti-

nuamente construída pelo discurso e está presente no discurso. Isso significa assumir uma visão pragmática da linguagem, porque a linguagem é ação e o seu significado depende essencialmente do contexto.

Essa visão privilegia a linguagem ordinária e parte do princípio de que se fazem coisas com as palavras. Isso significa que os atos de fala ordinária são caracterizados por uma dimensão *locutória*, o simples ato *de* dizer algo, emitindo certos sons para referir-se a significados; por uma dimensão *ilocutória*, o ato que se leva a cabo *ao* dizer algo, obtendo certos efeitos sobre o sentir, o pensar e o agir daquele que escuta; e por uma dimensão *perlocutória*, o ato que se leva a cabo *porque* se está dizendo algo, conseguindo o efeito desejado (Austin, 1998).

Para a perspectiva do discurso, a linguagem tem a função de estar orientada à ação e aos resultados, contraposto a uma visão puramente representacional abstrata da fala. As pessoas fazem coisas com o seu discurso. Trata-se da dimensão performativa do uso da linguagem. O discurso é construído a partir de recursos lingüísticos pré-existentes no contexto que são selecionados entre diferentes possibilidades. Isso aponta para a inevitável variabilidade dos discursos, pois desempenham diferentes funções e usam diferentes recursos. Essa variabilidade aparece nos repertórios interpretativos (Potter e Wetherell, 2002).

A análise do discurso não trabalha com a codificação em categorias temáticas como é o caso da análise de conteúdo, mas em repertórios interpretativos que são conjuntos de diálogos interativos que tecem discursivamente a realidade.

Da análise do texto transcrito das discussões dos trabalhadores emergiram repertórios interpretativos sobre a humanização que se repetiam, ligados principalmente à demanda e aos processos de trabalho. O presente artigo apresentará e discutirá os repertórios da demanda em suas interfaces com a política de humanização.

Para explicitar o resultado acerca da demanda, serão aplicadas ao repertório algumas técnicas da análise discursiva usada nas ciências do social, e, posteriormente, o resultado será discutido, usando o referencial teórico da demanda e da humanização.

Resultados e Discussão

Nos resultados repetem-se vários repertórios sobre a demanda em sua relação com a resolubilidade e a humanização. Um deles expressa desânimo, porque os profissionais têm a consciência que não conseguem resolver as demandas das pessoas que procuram a unidade. Na terceira reunião, ao discutir a questão do acolhimento, aparece o seguinte diálogo discursivo:

D: Dá um ar de desespero na verdade. Quando tu não consegues resolver, porque eles acham que tu resolves tudo assim.

T2: Dá, de impotência. Na realidade quando tu não resolves.

F: Impotência?

T2: É, tu não consegues resolver todos os problemas.

D: É muito pouca coisa que a gente consegue fazer.

M: O problema máximo aí é o problema social. É carência afetiva, problema social, problema socioeconômico.

D: Daí eles chegam a ti assim como se tu fosses a salvação.

.....

F: O que é isso que eles querem que vocês não conseguem dar?

E2: Resolução.

F: Do que?

D: De ser atendido na hora, de conseguir marcação no dia que eles querem.

M: Não, não é só isso. Acho que é um problema mais de carência afetiva do que qualquer outra.

.....

E2: Eu acho que eles vêm com uma expectativa grande pra cá achando que a gente vai resolver boa parte dos problemas que a gente às vezes nem sabe qual é. Imagina assim que os problemas deles vão além do nosso alcance a gente não atende assim com esse sorriso... Eu acho que eles vêm, criam uma expectativa, vêm pra cá já sabendo assim que

não vai ser por ali... Não tem assim aquela relação próxima. Fica uma coisa distante, mas vêm pra cá na tentativa de resolver alguma coisa.

Partindo de que linguagem é ação, o que os profissionais estão fazendo ao falarem assim, ao construírem esse discurso? Eles têm a sensação de desespero e impotência por não conseguirem resolver as necessidades dos usuários, porque elas estariam muito além do seu alcance: carência afetiva, problema social e econômico como repete a médica. Está subentendido que essas questões não são da sua competência, porque não fazem parte diretamente da saúde. Nesse sentido, o discurso é uma ação justificadora da falta de resolubilidade, quando apontam para a sensação de impotência e a identificação do profissional como salvação e como expectativa que são termos com um sabor de justificação religiosa. Tem a intenção de, ilocutoriamente, provocar o sentimento de compreensão e, perlocutoriamente, obter a justificação pelo não alcance da resolubilidade.

Outro repertório que volta muitas vezes é o discurso da importância da triagem e da necessidade de introduzir protocolos e rotinas como solução para a demanda. É interessante constatar que a enfermeira (E2) e as técnicas (T) insistem na triagem, enquanto que a gestora (G), a médica (M) e o enfermeiro chefe (E1) nas rotinas e nos protocolos.

E2: A gente já faz um pouco... faz uma triagem assim tranqüila que não é aquele horror de gente. Daí a gente acaba vendo só sinais e deu, os outros a gente até acaba fazendo isso, porque a gente vai encaminhando mais pras especialidades que a gente tem aqui. Daí a gente consegue direcionar um pouco, mas é bem difícil!

T1: É a gente precisa ter um pouco mais de acesso, eu sinto dificuldade de noite, principalmente, de conseguir marcar um gastro para um paciente que está há três meses com encaminhamento pro gastro e perdeu o encaminhamento e daí? Como é que vai marcar?

G: É só vir pro dia do agendamento e agendar!

T1: ...Tá, mas se é idoso?

G: O idoso pode ser qualquer dia, eles têm prioridade acima de sessenta e cinco anos.

T1: Tá... Mas assim oh, a gente precisa desse tipo de informação que esteja lá, na triagem pra gente... Ter um painel lá...

G: Falta fazer uma rotina!

T1: É de trazer mais segurança pra nós trabalhar aqui, a gente vai conseguir resolver muito mais problema! Que muitas e muitas vezes, que assim... Tu percebe assim que a pessoa chega lá com uma dor na perna e que tá há três meses com a dor na perna, que já é crônico e que não tá com dor na hora. E ela consulta com o clínico pra ver se ele encaminha pro traumato. Então por que a gente não pode chegar lá e marcar um traumato e deu?!

G: O bom seria, ter todos sem encaminhamento porque a gente já não consegue mais!

T2: É o que a gente tava comentando isso ai antes.

G: Então qualquer pessoa, ah, eu vou lá consultar com um traumato pra ver se ele me encosta no INPS. Tem que vir! Consulta com um clínico, pega um encaminhamento.

T1: Tá, mas esse tipo de...

G: Tem que ter regras!

T1: ...Esse tipo aí, de diagnóstico pode ser feito lá na triagem! Se tu percebes que a pessoa não tá com dor, eu acho a gente que primeiro a gente tem que resolver a dor, depois, se sobrar o espaço, a gente resolve outro tipo de problema, porque a gente está aqui primeiro pra resolver a dor. Porque varia, ele vai vir nas consultas de noite, na segunda, ele vai vir na terça-feira de dia, daí ele vai ser aquele paciente que não sai...

G: Mas o acesso à agenda assim aí eu não sei se tem ou não tem.

T1: Nós temos que ter isso bem definido.

E2: Só quando a gente tiver acolhimento... Porque senão não tem acolhimento... Porque senão não dá.

.....

E1: Então... Por isso que eu digo, esse protocolo tem que ser muito bem implantado, os procedimentos. Tem que ter.

.....

M:...Certo? Existe certa dificuldade por causa de,

não existir um protocolo, por não existir uma rotina no serviço, certo!? Mas assim oh, senão em que vai ajudar a triagem para a demanda? Não vai ajudar em nada, entende?

.....

G: Mas daí tu tem que ter dez especialistas no posto. Porque um traumato atende quarenta pacientes na semana. O que eu faço com a demanda?

T1: É a questão da demanda, é a questão da demanda.

O que os profissionais querem produzir com esse discurso? As falas pretendem apresentar uma solução para o problema da excessiva demanda da qual eles não conseguem dar cabo. Quem está mais próximo da entrada, como a enfermeira e as técnicas, insiste na triagem das necessidades, enquanto que a gestora, o enfermeiro chefe e a médica acentuam a necessidade de um protocolo ou de uma rotina que racionalize o atendimento. Essa diferença se entende porque o significado de qualquer discurso é o contexto de sua enunciação (indexicabilidade) (Potter e Wetherell, 2002; Rueda, 2003a). Compreender uma fala implica fazer uma análise do contexto em que foi pronunciada. Assim a proposta da triagem e do protocolo se explica pelo contexto de organização da unidade.

A triagem é identificada pelos profissionais com o acolhimento. O objetivo da triagem é selecionar e encaminhar, direcionar ou passar adiante, verbos repetidamente usados pelas técnicas da entrada da unidade. O efeito que se quer provocar em quem escuta é dizer que no momento que se passou adiante, a responsabilidade agora toca a outro. Não existe co-responsabilidade e a resolubilidade, no fundo, depende do elo final da correia do passar adiante, identificada com o médico.

O objetivo do discurso do protocolo é organizar a demanda pela racionalização das necessidades. O protocolo permite selecionar e operacionalizar as necessidades, dando mais segurança aos profissionais - gestora, médica, enfermeiro chefe - que, no fundo, têm a responsabilidade de solucionar o problema. Permite igualmente distinguir entre necessidades reais de saúde de outras apresentadas pelo usuário, mas que não entram no protocolo.

Embora as rotinas e os protocolos numa unidade básica sejam necessários, neste caso eles servem para selecionar necessidades, já que a unidade está focada em grande parte nas especialidades, quando deveria primordialmente atender cuidados primários para os quais a saúde é um conceito amplo que engloba determinantes subjetivos e sociais do processo saúde e doença. Nessa perspectiva, o protocolo deveria ser amplo e aberto, não servindo para selecionar necessidades, mas para tentar dar-lhes uma solução.

Assim a discussão sobre a triagem e sobre os protocolos constrói pela interação discursiva a realidade concreta do serviço de saúde, reflexivamente descritas nas falas (reflexividade) e dando conta do que acontece na unidade (*accountability*) (Potter e Wetherell, 2002; Rueda, 2003b).

Este problema aponta para o terceiro repertório que identifica o paradigma biomédico e, no fundo, explica a excessiva demanda, quando afirmam que as pessoas querem ser atendidas por um médico:

T2: O que não conseguimos é dizer ao paciente é que “Oh! o senhor não precisa de consulta”, porque o resto a gente faz. A gente recebe o paciente está ruim, passa pra enfermagem, a enfermagem passa pro médico... Eu acho que não é dessa forma que deveria ser, é triagem sim. Bom, imagina se eu vou no posto e um funcionário da recepção diz pra mim “não, mas o senhor não precisa de atendimento”.

T3: É complicado...

F: Eles não aceitam?

T3: Não.

T2: Não aceitam. Eu não uso jaleco! O jaleco é impressionante.

M: Eu não uso também.

T2: Tá, mas eu digo que faz diferença...

.....

E1:....É a mesma coisa, vamos fazer um exemplo, a limpeza, daí a médica chamou, a doutora chamou, aí a cara da limpeza te empurra “não entra porque eu to limpando”, quer dizer já quebra um pouco o acolhimento

T3: Eu concordo com o que a doutora disse.

F: *Em quê? Em que você concordou?*

T3: *Do acolhimento que é triagem, é encaminhar o paciente.*

A: *O problema é que o paciente vem em busca do médico, mesmo que ali no acolhimento é dito que “o problema dele não é pra consultar agora, vai lá e agenda”, ele não vai aceitar porque ele veio em busca daquilo. Tu pode explicar tudo direitinho, mas ele vai querer passar pelo médico:... “não, mas mesmo assim, eu vou passar hoje pelo médico e outro dia eu venho aí agendar”.*

.....

T2:.... *Por mais que isso aconteça, eles nunca estão satisfeitos porque parece que pesa o jaleco.... Porque a tua opinião ou a tua experiência não serve, as pessoas têm que ouvir a palavra do médico. E às vezes eles entram na triagem e saem da triagem e vão embora por quê? Porque eles acham que deveriam ser atendidos pelo médico muitas vezes.*

O discurso revela um sentimento de desconsideração, experimentado pelos técnicos em enfermagem, diante da onipotência do paradigma médico expresso pela repetição da palavra “jaleco”. Ao usar a palavra “jaleco” o técnico de enfermagem realiza uma implicatura, porque o significado da palavra só é possível captar no contexto (Rueda, 2003a). “Jaleco” aponta para a onipresença do paradigma médico. Esse paradigma configura socialmente as necessidades sentidas pelos usuários e os próprios processos de trabalho que imperam na unidade. Isso acontece quando os usuários exigem chegar até o médico e consideram os outros profissionais apenas como obstáculos para chegar até ele. Mas os próprios profissionais também reproduzem esse paradigma, quando se referem aos outros trabalhadores da unidade como a cara ou usando nomes próprios, enquanto que a médica é sempre chamada de doutora. Aqui se trata de um déficit de pessoa, porque a médica é identificada com o seu papel, o que não acontece com os demais (Rueda, 2003b).

Para alcançar os objetivos da humanização, a política propõe a constituição de equipes multiprofissionais co-responsáveis, em que tanto profissionais quanto usuários se sintam sujeitos do processo de solução das necessidades que chegam até a unidade. Para isso é necessário superar o clássico

paradigma biomédico que configura as necessidades dos usuários, os atendimentos prestados pelos profissionais e os processos de trabalho organizados pelo sistema.

O primeiro ponto crítico para o equacionamento da demanda e a obtenção da resolubilidade é a compreensão das necessidades humanas em saúde. Nas falas dos profissionais parece que existem, por um lado, necessidades que não são da sua alçada como carência afetiva, problemas sociais e econômicos e, por outro, necessidades de acesso a procedimentos médicos que são da sua responsabilidade, mas que necessitam passar por triagem e protocolo. A relação entre necessidades e demanda é uma questão muito discutida na saúde.

Cecílio (2001) e Cecílio e Matsumoto (2006) propõem uma taxonomia das necessidades como instrumento de operacionalização dos serviços, que pode ajudar a discutir o resultado da demanda, pois ela é a tradução das necessidades mais complexas do usuário. Eles apontam para quatro níveis de necessidades: boas condições para as possibilidades de vida ou a reprodução da vida; acesso a todas as tecnologias que recuperem a saúde, melhorem e prolonguem a vida; vínculo com um profissional ou com a equipe que assegure o acesso e a continuidade do atendimento; autonomia e autocuidado na escolha dos “modos de andar a vida”. Essa taxonomia leva em consideração, além do aspecto físico, as dimensões subjetivas e socioculturais das necessidades em saúde.

Os profissionais pesquisados reduzem as necessidades em saúde ao acesso às tecnologias curativas das especialidades e, por isso, interpretam as outras necessidades como expectativas que estão além do seu alcance, como procura de solução de problemas que eles não conseguem resolver ou até como busca de salvação. O aparecimento dessas necessidades provoca uma sensação de desespero e impotência nos profissionais, que tem o seu efeito sobre o modo como eles encaram o acolhimento, entendido apenas como triagem para encaminhar.

Silva Junior e Mascarenhas (2004) pensam o acolhimento em três dimensões: como *postura* dos profissionais e equipe em receber, escutar e tratar com atenção as necessidades dos usuários; como *técnica* que instrumentaliza o surgimento de proce-

dimentos e ações organizadas para facilitar o atendimento na escuta, na análise e na discriminação do risco e na oferta de soluções ou alternativas ao problema demandado; como *reorientação do serviço em equipe*, articulando os diferentes processos de trabalho e superando a fragmentação dos saberes e das práticas. Tendo presente essas diversas dimensões, Silva Junior define o acolhimento “como tratar humanizadamente toda a demanda; dar respostas aos demandantes individuais ou coletivos; discriminar riscos, as urgências e emergências, encaminhando os casos às opções de tecnologias de intervenção; gerar informação que possibilite a leitura e interpretação dos problemas e a oferta de novas opções tecnológicas de intervenção; pensar a possibilidade de construção de projetos terapêuticos individualizados” (Silva Junior apud Silva Junior e Mascarenhas 2004, p. 243).

A enfermeira (E2) encarregada das técnicas que recebem as pessoas na entrada entende acolhimento como a primeira conversa prévia à triagem, explicando ao paciente como será o encaminhamento, aliviando assim a recepção. Mas, ao mesmo tempo, nota que muitas vezes essa conversa prévia não dá conta de responder à necessidade do paciente, por exemplo, um paciente necessitando apenas da renovação de um curativo ficou esperando muito tempo e na ficha não constava a necessidade do curativo; isso mostra a fragmentação dos processos de trabalho na unidade. O acolhimento não pode ser apenas um recurso técnico no início da triagem, mas uma postura de atenção humanizada em todo o percurso terapêutico do usuário e uma conseqüente reorientação dos processos de trabalho que integre as diferentes etapas e as diferentes competências.

Esse aspecto aponta para outro ponto crítico na organização da unidade básica pesquisada: a dinâmica entre oferta e demanda de serviços. Embora seja uma unidade básica, ela atende também emergências e agendamentos, levando a uma dinâmica do serviço mais pautada pelas especialidades.

O ponto crítico da oferta é a fila e o tempo de espera para ser atendido. A dinâmica da oferta é determinada pela organização do atendimento, pelo uso dos serviços, pela referência e contra-referência e pela articulação dos níveis de atenção, segundo estudo realizado por Pinheiro (2001) em Volta Re-

donda (RJ).

A organização do atendimento deveria obedecer a um agendamento diferenciado dos usuários, diferenciando o que é demanda programada de pessoas que estão em acompanhamento e demanda referida de pessoas que procuram espontaneamente a unidade. A unidade básica em questão não segue essa diferenciação, embolando a recepção.

O uso dos serviços em geral é determinado pela política do clientelismo e da medicalização com um forte acento na hospitalização em detrimento de uma maior ênfase na prevenção. Como a unidade pesquisada não tem Estratégia da Saúde da Família e não enfatiza a prevenção e educação em saúde, o uso dos serviços é extremamente medicalizado, o que é demonstrado pela exigência por parte do usuário de sempre ser atendido por um médico.

Por fim, a oferta é determinada pelo modo como se organizam os diversos níveis de atenção hierarquizados e articulados em rede, de acordo com a densidade tecnológica e a complexidade assistencial. Essa organização intersetorial em rede facilita a referência e contrarreferência. No município onde se encontra a unidade básica estudada não existe essa organização hierarquizada e articulada em rede, levando a que cada unidade seja uma mônada de atendimento em que a atenção primária e secundária se misturam, dificultando a organização da oferta e sobre-determinando a demanda. Como diz a médica: *Ou é pronto atendimento ou é agendamento, senão não dá* (M).

Para Pinheiro (2001), no estudo de Volta Redonda, a configuração da demanda depende das concepções de doença, saúde e cura dos atores envolvidos, da relação entre médico e paciente e da participação do Conselho Municipal de Saúde. Em geral as concepções de doença relacionam-se apenas com fatores biológicos, enquanto que as de saúde englobam também fatores socioeconômicos e culturais que garantem o acesso a emprego, moradia e lazer.

No universo empírico da pesquisa aparece a mesma ideia, quando a médica repete que o sentimento de impotência dos profissionais deve-se ao fato de que as causas da excessiva demanda são a carência afetiva e os problemas socioeconômicos que não compete a eles. Os próprios usuários, quando exigem o acesso ao médico, estão reduzindo a questão

da doença a fatores biológicos, mas, por outro lado, quando ocorrem à unidade por necessidades de saúde que não estão diretamente ligados ao biológico, estão incluindo essas outras necessidades como fazendo parte da saúde.

Quanto à participação no Conselho Municipal de Saúde, os profissionais da pesquisa em nenhum momento aludiram ao conselho como um recurso para pressionar a secretaria para uma reformulação da organização da oferta e uma solução para a excessiva demanda.

A falta de relação pessoal e vínculo entre médico e o paciente devidos à desvalorização do trabalho ambulatorial é apontada por Pinheiro (2001) como um dos principais problemas para a difícil equação entre oferta e demanda nos serviços de saúde. Essa mesma constatação da falta de vínculo aparece na unidade básica estudada, quando o profissional fala da necessidade de barreiras *para nós não sermos deparados de frente com o povo. Teria que ter uma divisão, uma separação entre cliente e o atendente... para que as pessoas saibam seus limites* (M). A degradação do serviço vem também de um costume generalizado no país de trabalhar em regime de turno e não diarista, reduzindo a disponibilidade para um atendimento continuado.

A atenção primária sempre foi um serviço subdesenvolvido no sistema de saúde, porque identificada com uma medicina simplista de baixa qualidade, pois o acento está na exploração tecnológica especializada de qualquer demanda. A unidade pesquisada tenta suprir essa desvalorização dos cuidados primários pela introdução de especialidades de maior complexidade tecnológica. No nível terciário hospitalar existe primordialmente uma complexidade tecnológica, enquanto que na atenção primária a complexidade das necessidades em saúde é essencialmente humana, exigindo inovações nas ações técnicas e no tratamento das interações entre os sujeitos e os serviços. Assim, a maior complexidade em saúde manifesta-se justamente na atenção básica, porque estão imbricadas questões subjetivas e sociais com o uso de tecnologias (Schraiber e Mendes-Gonçalves, 2000).

Nesse sentido, a interpretação das necessidades em saúde e a sua acolhida, bem como a equação entre oferta e demanda dos serviços depende, em última

análise, do paradigma de compreensão e organização dos saberes e das práticas em saúde, geralmente identificado com o modelo biomédico.

Esse modelo caracteriza a medicina como a ciência das doenças e não tanto como arte de curar. Esse enfoque leva a privilegiar o diagnóstico como científico e mais importante que a terapêutica, considerada apenas uma consequência identificada com a arte e não tanto com a ciência. Esse foco na doença colocou o hospital no centro da atividade médica, o que não era o caso antes. Os hospitais tornam-se museus da doença onde ela pode ser escrutinada e vencida. Assim nasce a medicina clínica. Para ela, as doenças não são fenômenos existenciais e/ou sociais, mas entidades biológicas que invadem o corpo, provocando lesões. Assim, o corpo transforma-se no espaço de luta contra essas entidades. Os medicamentos e a cirurgia tornam-se os recursos privilegiados para essa guerra travada pelo médico. A anatomia - o estudo do corpo - e a patologia - estudo das lesões - tornam-se a base científica da medicina. Essa perspectiva leva à distinção entre o normal, definido pela anatomia, e o patológico, determinado pela patologia que irá caracterizar os saberes e as práticas do modelo biomédico (Luz, 2004; Camargo Jr, 2003).

Esse modelo determina a equação necessidades em saúde, acolhimento e demanda, com profundas conseqüências sobre a compreensão de cuidado e humanização. O foco está posto mais na eficiência técnica do que na eficácia prática da terapêutica em responder às reais necessidades do usuário, levando em consideração os seus projetos de felicidade. Por isso os profissionais estão preocupados apenas com a triagem e o protocolo que são procedimentos técnicos para agilizar a demanda. Por outro lado constatam que a carência afetiva é uma das principais causas da demanda, mas não sabem como incluí-la na resposta, porque falta entender o acolhimento como escuta e cuidado das necessidades em saúde.

A humanização exige reconstruir um conceito de cuidado que saiba conjugar êxito técnico e sucesso prático. A interação terapêutica apóia-se na tecnologia, mas não pode limitar-se a ela, porque precisa ver os seus interstícios com a sabedoria prática, essencial para o cuidado. Isso significa abrir espaço de diálogo para conversar sobre como o uso da tecno-

logia se insere na subjetividade e no coletivo daquele serviço. Para isso é preciso sabedoria prática para compartilhar responsabilidades sobre a solução das necessidades e para ajudar a reconstruir identidades a partir dos projetos de felicidade (Ayres, 2006).

Os profissionais da unidade pesquisada entendem o acolhimento como triagem para encaminhar para o médico. A conversa com o usuário serve apenas para passar adiante, detectando os sintomas em vista do diagnóstico. Por isso, a introdução de protocolos é tida como importante para facilitar o encaminhamento. O cuidado é entendido como facilitar o acesso à tecnologia, e não como uma interpretação das necessidades em saúde, identificadas com os sintomas físicos. Só o diálogo partilhado poderia realizar essa interpretação.

Nesse sentido, Teixeira (2003, 2005) considera que o trabalho em saúde possui uma natureza eminentemente conversacional, entendida como uma tecnologia a ser usada. Assim, o cuidado dialogado só é possível quando se entende a conversa como um instrumento fundamental do acolhimento e se organiza o serviço como uma rede de conversações. Por isso, o acolhimento não é uma atividade de recepção do serviço, mas uma técnica de conversa, operada por qualquer profissional e em qualquer momento do atendimento. O que caracteriza essa técnica é o acolhimento dialogado onde são identificadas, elaboradas e negociadas as necessidades que podem ser satisfeitas. Portanto, não importa o que se faz no acolhimento, isto é, quais atividades, mas como elas são feitas: em outras palavras, a qualidade do encontro dialogado (Teixeira, 2005).

Para implantar o acolhimento como uma técnica de conversa é necessário superar o modelo biomédico que organiza o serviço. Neste, o acolhimento está a serviço da triagem dos sintomas através de procedimentos protocolarizados com o objetivo de chegar ao diagnóstico da patologia e à prescrição de uma terapêutica, tendo como único foco a resolubilidade médica.

A fala do enfermeiro chefe (E1) expressa muito bem essa concepção: *O único que pode liberar o paciente e pode fazer triagem é o médico. Nós fizemos o acolhimento.* O verbo está no passado. Parece que o médico não faz acolhimento, essa é uma função

das enfermeiras e técnicas para recolher dados em vista do diagnóstico e triagem. Nessa conversa não existe uma escuta das necessidades variadas em saúde, que podem incluir também carências afetivas e problemas socioeconômicos. Por isso, muitas coisas faladas pelos usuários são apenas ruídos a serem descartados para diagnosticar o real núcleo físico do problema através da aplicação de rotinas padronizadas.

A conversa sobre os projetos de felicidade que configuram as necessidades em saúde e determinam as demandas das pessoas exige uma profunda mudança na mentalidade e na organização das práticas da unidade básica, pois as necessidades dependem de condições coletivas para sua realização. Não se podem responsabilizar os profissionais, porque essas práticas derivam de uma cultura de gestão e organização.

Nesse sentido, não se pode entender a necessária interação pessoal com o usuário na atenção básica como prestação de serviço na perspectiva do trabalho individualizado da medicina liberal, pois as suas práticas dependem essencialmente de um trabalho coletivo que atende a conjuntos de usuários. Assim temos a interação entre um coletivo profissional e um coletivo de usuários, podendo levar à despersonalização, à rotinização dos cuidados e ao extremo mecanicismo das ações. Para não cair nesses desvios que atrapalham a resolubilidade, são necessárias equipes multi-profissionais com uma estrutura organizacional e de atendimento mais complexos que evitem a massificação dos coletivos de usuários pela contínua revisão e pactuação do trabalho coletivo (Schraiber e Mendes-Gonçalves, 2000).

Os profissionais pesquisados têm certa consciência da complexidade social e cultural do problema da demanda, porque em vários momentos apresentam soluções de cunho coletivo e de longo alcance. Por exemplo, quando propõem a introdução da matéria “educação em saúde” no ensino fundamental para, aos poucos, mudar a mentalidade do povo quanto à prevenção e a compreensão sobre saúde e doença. Ou, quando insistem na implantação da Estratégia da Saúde da Família no bairro, como resposta para a excessiva demanda. A enfermeira (E2) declara: *Mas a gente entra aí na proposta da ESF que veio junto*

com a humanização, porque cria vínculo, confiança, e quem passa informação é o agente de saúde que está todos os dias na casa para ajudar....A ESF alivia a demanda.

Conclusão

Os três repertórios que aparecem nas falas dos profissionais da unidade básica apontam para três questões centrais para o equacionamento da demanda. Em primeiro lugar, a compreensão do que são necessidades em saúde é determinante para a resolubilidade, pois elas configuram a demanda. As falas identificam essas necessidades com o acesso ao uso de tecnologias curativas. Em segundo lugar, o repertório da triagem e dos protocolos aponta para a solução da demanda proposta pelos profissionais e ela depende do que eles entendem como necessidades. Se as necessidades são de cunho somático, a triagem e os protocolos são confundidos com a sintomatologia necessária para encaminhar. O acolhimento entendido pelos profissionais como triagem não é pensado como interpretação das necessidades em sentido amplo e variado. Por fim, a reclamação dos profissionais da enfermagem quanto à exigência dos usuários de serem atendidos pelo médico é uma contradição com o que foi defendido por eles nos dois repertórios anteriores, pois as necessidades e as suas respostas foram assimiladas ao modelo biomédico. Nesse sentido, a exigência do médico está em total coerência com a cultura de atendimento prestada pelos profissionais na escuta e na triagem das necessidades.

Como entender a concreta equação entre necessidades em saúde, acolhimento como triagem e o modelo biomédico na configuração organizativa da unidade básica pesquisada? O atendimento mais focado nas especialidades do que nos cuidados primários, direciona a atenção às necessidades em saúde como simples acesso às tecnologias, atrapalhando a estrutura organizativa da unidade e sobredeterminando a demanda, com a consequente pouca resolubilidade. Nesse sentido, a mistura entre atenção básica, ambulatorial e especializada inviabiliza a organização da demanda, produzindo estresse nos profissionais, insatisfação nos usuários e impossibilitando a humanização do serviço.

Referências

- AUSTIN, J. L. *Cómo hacer cosas con palabras*. Barcelona: Paidós, 1998.
- AYRES, J. R. C. M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 549-54, 2005.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES, S. F. (Org.). *Humanização dos cuidados em saúde*. Conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 49-83.
- CAMARGO JR., K. R. *Biomedicina, saber & ciência*. Uma abordagem crítica. São Paulo: Hucitec, 2003.
- CAMARGO JR., K. R. Das necessidades de saúde à demanda socialmente constituída. In: PINHEIRO R.; MATTOS R. A. *A construção social da demanda*. Direito à saúde, Trabalho em equipe, Participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: IMS/UERJ;CEPESC;ABRASCO, 2005. p. 91-101.
- CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO R.; MATTOS R. A. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ;ABRASCO, 2001. p. 113-26.
- CECÍLIO, L. C. O.; MATSUMOTO, N. F. Uma taxonomia operacional da saúde. In: PINHEIRO R. et al. *Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: EDUCS;CEPESC;IMS/UERJ, 2006. p. 37-50.
- DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.
- LUZ, M. T. *Natural, racional, social*. Razão médica e racionalidade científica moderna. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
- MATTOS, R. A. Direito, necessidades de saúde e integralidade. In: PINHEIRO R.; MATTOS R. A. *A construção social da demanda*. Direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: IMS/UERJ;CEPESC-ABRASCO, 2005. p. 33- 46.

- PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta/demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO R.; MATTOS R. A. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; ABRASCO, 2001. p. 65-112.
- POTTER, J.; WETHERELL, M. *Discourse and social psychology*. Beyond attitudes and behaviour. London: Sage Publications, 2002.
- RUEDA, L. I. El lenguaje en las ciencias sociales: fundamentos, conceptos y modelos. In: RUEDA, L. I. (Org.). *Análisis del discurso*. Manual para las ciencias sociales. Barcelona: UOC, 2003a. p. 43-82.
- RUEDA L. I. El análisis del discurso en las ciencias sociales: variedades, tradiciones y práctica. In: RUEDA, L. I. (Org.). *Análisis del discurso*. Manual para las ciencias sociales. Barcelona: UOC, 2003b. p.83-123.
- SCHRAIBER, L. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidades em saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L. B. et al. *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 29-47.
- SILVA JUNIOR. A. G.; MASCARENHAS M. T. M. Avaliação da atenção básica sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs.) *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec - IMS/UERJ - ABRASCO, 2004. p. 241-257.
- TEIXEIRA R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. *A construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; ABRASCO, 2003. 89-111.
- TEIXEIRA R. R. Humanização e atenção primária à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 585-97, 2005.

Recebido em: 10/04/2011
Aprovado em: 26/09/2011