

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

**Encontros entre o trabalhador administrativo em saúde e o usuário no contexto do Sistema  
Único de Saúde (SUS)**

**Jéssica Schmitt**

Porto Alegre – RS

2017

Jéssica Schmitt

**Encontros entre o trabalhador administrativo em saúde e o usuário no contexto do  
Sistema Único de Saúde (SUS)**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
como requisito parcial para a conclusão do  
Curso de Psicologia - noturno.**

**Orientador (a): Vera Lucia Pasini**

Porto Alegre – RS

2017

## **Agradecimentos**

A Deus que me proporcionou a vida e, assim, a possibilidade de vivenciar encontros e trocas que dão sentido à minha existência.

Aos trabalhadores administrativos da área da saúde que se dispuseram em conceder entrevista em razão desta pesquisa. Agradeço pela disposição e gentileza com que colaboraram com este trabalho.

À minha orientadora, Vera Lucia Pasini, pelo apoio e ensinamentos.

À minha mãe, Marisa, que me impulsiona em direção a desafios do mesmo modo que permanece amorosa e sustentando os laços de afeto que me deixam segura.

Ao meu pai, Leandro, pelo cuidado e incentivo durante esses seis anos de graduação, assim como por sua sensibilidade quanto às minhas necessidades de criar novas formas de significar meu dia a dia.

À minha irmã e amiga Marcelle aos momentos de empatia e amor dedicados a mim não somente no processo de formação, mas também durante todos os passos que dei em direção à pessoa que estou/sou hoje.

Ao Lipe pela recepção acolhedora no final de cada dia e companheirismo nos momentos de escrita não só deste trabalho, mas como em todo período da graduação.

À minha tia Raquel por além de apoiar os caminhos que decidi percorrer também participar ativamente para que eles fossem bem sucedidos.

Aos meus amigos e incentivadores David, Cristina, Fábio, Róbson, Marília e Sérgio. Obrigada por permitirem que o percurso fosse mais leve, embalado por risadas sinceras e conversas que me permitiram olhar o mundo por novas perspectivas e, principalmente, por fazerem eu me sentir acompanhada e acolhida.

## Resumo

Este trabalho de conclusão de curso se propõe compreender, mediante pesquisa qualitativa, os processos psíquicos envolvidos no encontro entre os trabalhadores administrativos e os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Para isso, foram realizadas entrevistas com Auxiliares Administrativos de um hospital público de Porto Alegre que atuam em equipe de assistência direta aos usuários, a emergência. A entrevista utilizada é semiestruturada e contou com perguntas elaboradas previamente com o intuito de exercerem função disparadora no relato dos entrevistados. Após a transcrição das entrevistas, foi realizada análise do conteúdo. Elencaram-se sete temas comuns às falas dos participantes: (1) Atravessamentos Políticos, (2) Superlotação do Serviço, (3) Apatia/endurecimento frente às realidades dos usuários, (4) Humanização associada à experiência pessoal do trabalhador, (5) Distanciamento entre prática e legislação do SUS, (6) Perpetuação de relações verticais e hierarquizadas no contexto da saúde e (7) Desafios do atendimento ao público. Na discussão deste trabalho, portanto, foi abordada a maneira com que estes temas se articulam a fim de conformar determinados conceitos de cuidado em saúde que os trabalhadores consideram ao atuarem nos serviços. A partir do exercício de ater-se aos processos que levam os sujeitos a se sensibilizarem nas relações com os usuários, novos entendimentos a respeito das problemáticas relativas à humanização no SUS foram suscitados. Por fim, foi debatido até que ponto as contribuições trazidas pelos trabalhadores estão presentes nas políticas públicas vigentes, relativas ao processo de trabalho no SUS, como a Política Nacional de Humanização e a Educação Permanente.

**Palavras-chave:** SUS; auxiliares administrativos; serviços de emergência hospitalar; políticas públicas.

## Sumário

<b>1 Introdução .....</b>	<b>6</b>
<b>2 Revisão teórica.....</b>	<b>9</b>
2.1 Breve contextualização acerca do Sistema Único de Saúde .....	9
2.2 Os atores sociais no contexto da Saúde Pública Brasileira.....	10
2.3 A relação usuários e trabalhadores e a produção de paradoxos .....	12
<b>3 Uma pesquisa no contexto da saúde .....</b>	<b>15</b>
3.1 Campo de Estudo.....	15
3.2 Metodologia da pesquisa .....	15
3.2.1 Aspectos Éticos .....	15
3.2.2 Participantes da pesquisa.....	16
3.2.3 Procedimentos de pesquisa.....	16
3.2.4 Construção dos temas de análise .....	17
<b>4 Análise do conteúdo das entrevistas .....</b>	<b>20</b>
<b>5 Considerações Finais - Desafios Contemporâneos da Humanização .....</b>	<b>29</b>
<b>Referências .....</b>	<b>31</b>
<b>Apêndice A - Roteiro de Entrevista.....</b>	<b>33</b>
<b>Apêndice B - TCLE .....</b>	<b>34</b>

## 1 Introdução

O que é ser um trabalhador da saúde? Mais especificamente, o que é ser um trabalhador da saúde no contexto do Sistema Único de Saúde Brasileiro? Somado à experiência de estar em constante contato com a díade saúde-doença, a conjuntura social e econômica do Brasil é um dos elementos evidenciados nos serviços de saúde, a partir da história de vida dos sujeitos que buscam atendimento. A vulnerabilidade e situações de abuso (físico, psicológico) batem à porta do SUS diariamente.

Diante disso, os trabalhadores que atuam nas chamadas “portas de entrada” -serviços de assistência direta ao usuário- se deparam com múltiplos desafios, tanto no aspecto laboral, quanto no subjetivo. Todavia, espera-se que, depois de uma formação em saúde, em curso técnico ou graduação, o trabalhador tenha recursos psíquicos para enfrentar as demandas que a assistência lhe apresenta/impõe. No entanto, o que esperar de cargos administrativos, que não exigem formação prévia em saúde como requisito para atuar na assistência? Qual o contato prévio que esses sujeitos tiveram com o campo da saúde para agora lidarem com as questões cotidianas do trabalho?

Entendemos que há a necessidade, portanto, de refletir sobre os pontos condicionantes do encontro entre os trabalhadores sem uma formação específica na área da saúde e os usuários que recorrem ao serviço público de saúde. Por exemplo, o trabalhador ingresso é oriundo, muitas vezes, de serviços privados e, por isso, permanece sustentando sua prática sob uma perspectiva de prestação de serviços fundamentados na lógica do consumidor/fornecedor. Em contrapartida, os princípios e diretrizes que regem o Sistema Único de Saúde são orientados por uma lógica horizontal, que admite e encoraja a participação popular (Backes et al, 2009). Essa regulamentação orienta o conjunto de ações e serviços de saúde com o intuito de assegurar as condições universais, igualitárias e de atenção integral à saúde dos cidadãos. Diante disso, a posição do trabalhador de saúde é também desacomodada, a fim de garantir o direito à saúde preconizado pela lei nº 8080 (Brasil, 1990). Além disso, aspectos referentes ao direito à informação; a preservação da autonomia das pessoas e a participação da comunidade, instituídos na referida lei, atravessam diariamente o trabalho de um Auxiliar Administrativo no local onde se desenvolve esta pesquisa.

É, portanto, considerando esses atravessamentos sociais, institucionais e pessoais do trabalhador que nos propomos a pesquisar os encontros entre os trabalhadores administrativos de um serviço de saúde e os usuários do SUS.

Entendemos que acompanhar a experiência interpessoal que ocorre no contexto da assistência é essencial para pensar não só políticas públicas e modos de subjetivação contemporâneos, produzidos pelo trabalho, mas também para direcionar a educação permanente oferecida a esses funcionários.

O SUS cobre não somente a assistência à saúde de cidadãos que não possuem planos de saúde contratados, mas atende direta e indiretamente todos os setores e classes sociais da população brasileira, seja por meio da atenção básica; das campanhas de vacinação; da vigilância sanitária ou dos serviços de emergência e procedimentos ambulatoriais e cirúrgicos mais complexos (IDEC, 2006, p.5). Nesta perspectiva, pesquisar os processos envolvidos na assistência direta ao usuário do SUS se justifica devido à importância de melhor compreender os elementos sociais, históricos e subjetivos que incidem no encontro entre o trabalhador, mais especificamente o Auxiliar Administrativo, e o usuário.

Sendo assim, a pergunta de pesquisa emerge da vivência da pesquisadora, psicóloga em formação, como Auxiliar Administrativa da Gerência de Recursos Humanos, na organização na qual se desenvolve a pesquisa. O contato diário com a realidade do SUS disparou questionamentos acerca dos desdobramentos da assistência direta ao usuário nos aspectos subjetivos do trabalhador.

Partindo do pressuposto de que, ao irmos ao encontro de um campo, trazemos motivações e expectativas, é indispensável que estas também sejam postas à luz da análise do estudo. O desejo de explorar a prática laboral de auxiliares administrativos em uma equipe de assistência direta ao usuário foi atravessada diretamente pela curiosidade da pesquisadora enquanto trabalhadora que não possui contato com a população que busca os serviços de saúde pública no contexto de seu cotidiano laboral. Sendo empregada da Gerência de Recursos Humanos, uma das instâncias de atividade meio do Sistema Único de Saúde (Sá & Dimitrov, 1993, p.13), a atividade fim da instituição em que a pesquisadora atua, por vezes, se distancia das suas tarefas cotidianas. Desse modo, com o intuito, identificado a posteriori, de significar a sua própria prática laboral, foi - por intermédio da pesquisa- ao encontro do objetivo final ao qual os serviços de saúde de propõem: prestar assistência à população via ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (Lei 8.080, 1990).

Após revisão acerca dos estudos já existentes sobre o tema, encontramos produções que abordam a temática do presente estudo, em sua maioria em relação a trabalhadores da equipe de enfermagem (Schimith et al. 2011; Chernicharo, I., Freitas, F. S., & Ferreira, M. A. 2013), não identificando estudos relativos aos trabalhadores administrativos.

Campos, em um artigo de 2005 (Campos, 2005), discorre sobre o encontro entre o trabalhadores e o usuários do SUS, em uma perspectiva reflexiva e teórica, sem a participação direta dos trabalhadores. Nossa intenção é, tomando as contribuições das produções já existentes sobre o tema, somadas à pesquisa realizada neste Trabalho de Conclusão de Curso, desenvolver considerações acerca das relações interpessoais entre estes dois atores sociais, tendo como referência a Política Nacional de Humanização (PNH) e os modos de subjetivação contemporâneos.

Incluir a PNH na discussão teórica visa colocar em termos práticos a relevância social de estudar e, porque não, tencionar, a produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho (Ministério da Saúde, 2003, p. 4). Ademais, apropriar-se de políticas públicas já existentes e fortalecê-las, a partir de estudos que corroborem sua importância, é reconhecer e reafirmar a construção democrática proposta pelo SUS, evitando assim, a produção de teorias vazias de conteúdo sócio histórico, desarticuladas da realidade brasileira.

Destaca-se, portanto, os **objetivos específicos** deste estudo:

- Levantar, mediante entrevista individual, as impressões e reações dos trabalhadores administrativos diante da atividade laboral diária no contexto do SUS;
- Identificar, através da análise do conteúdo, os sentidos do cuidado em saúde na linguagem dos participantes;
- Aprofundar conceitos teóricos para compreender a comunicação nas políticas públicas de saúde e os modos de subjetivação envolvidos nos encontros entre trabalhadores administrativos e usuários do SUS.



## 2 Revisão teórica

### 2.1 Breve contextualização acerca do Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) é hoje um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, consistindo no arranjo organizacional brasileiro que efetiva as políticas públicas de saúde em todo o território nacional. Configurado de maneira tripartite, com gestão nos âmbitos federal, estadual e municipal (Vasconcelos & Pasche, 2012), conta com a participação de inúmeras instituições, que se apresentam nas modalidades da administração direta ou indireta, tendo em vista a complementaridade do sistema pela iniciativa privada.

Em meio a essa pluralidade institucional, o SUS é atravessado pelas mais variadas facetas, visto que ora está localizado em um contexto totalmente público, ora está inserido em instituições privadas e financiadas por interesses que, muitas vezes, divergem dos princípios e diretrizes estabelecidos na lei 8.080 (1990), que preconiza o acesso gratuito da população brasileira à saúde. Assim, ao contar com serviços sendo efetivados por instituições que também atendem mediante planos de saúde conveniados, as lógicas, pública e privada, acabam entrecruzando-se e, muitas vezes, evidenciando as divergências existentes entre elas.

O SUS compõe o tripé da seguridade social, juntamente com o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e o Sistema de Previdência Social (Vasconcelos & Pasche, 2012, p. 532), permitindo que o campo da saúde superasse a diferenciação entre indigentes e segurados da previdência social, oportunizando cuidado aos moradores do campo, das cidades e de diferentes regiões do país em condições mais igualitárias. Assim, produz maior equidade no que diz respeito ao acesso e gozo dos cidadãos, sem exceções, a todas as esferas da saúde: desde a vigilância sanitária até procedimentos ambulatoriais e cirúrgicos mais complexos (Vasconcelos & Pasche, 2012, p.533).

Em toda a sua complexidade, o SUS visa não somente prestar assistência à saúde, mas também promover ações de prevenção e reabilitação ao usuário. Além disso, percebe-se uma orientação fortemente marcada pelos direitos humanos, pois a saúde é reconhecida como “(...) direito fundamental do ser humano devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (Lei 8.080, 1990).

Ao Estado também é atribuído o cumprimento dos princípios e diretrizes que estão previstos na legislação: universalidade de acesso aos serviços de saúde; integralidade de assistência; preservação da autonomia das pessoas; igualdade da assistência à saúde; direito à informação; divulgação de informações; utilização da epidemiologia; participação da

comunidade; descentralização político-administrativa; integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência e organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos, para que a saúde seja ofertada de maneira efetiva à população (Lei 8.080, 1990).

## 2.2 Os atores sociais no contexto da Saúde Pública Brasileira

Ao nos referirmos à saúde pública brasileira, é preciso resgatar a história e elementos sociais que contribuíram para a conformação do cenário atual. A saúde coletiva, campo específico do conhecimento que se ocupa das questões relativas à saúde pública, surgiu por volta do ano 1970 em consonância com os movimentos de redemocratização do país (Osório & Schraiber, 2015) e, não por acaso, exerceu papel fundamental nas discussões de formulação do atual Sistema Único de Saúde (SUS).

O movimento social pela construção do SUS é conhecido, principalmente, por seu caráter militante, no sentido de que inúmeros sujeitos, cidadãos, defendem ativamente a causa e, para que isso ocorra, há necessariamente uma identificação pessoal. Trazer à luz elementos históricos que contribuíram para o SUS fosse possível é importante para melhor compreendermos as tramas políticas-sociais em que ele se conformou e que o mantêm como política pública vigente. Todavia, não vamos nos estender em dados históricos, considerando que já há vasta literatura publicada sobre o tema<sup>1</sup>. Entretanto, é importante considerar alguns elementos que entendemos fundamentais. Um deles é os efeitos da transição de instituições, antes filantrópicas e de iniciativa privada, para Sistema Único de Saúde, como aponta Laura Feuerwerker(2005):

(...) em seu processo de constituição, o SUS herdou um conjunto de serviços – hospitais, ambulatórios e unidades básicas – que funcionavam em estreita relação com os serviços privados conveniados por meio da compra de serviços (de internação, laboratoriais e de diagnóstico, por exemplo). Todas essas unidades e serviços operavam com os conceitos hegemônicos de saúde e de organização do trabalho em saúde. E, majoritariamente, assim continuam operando. (p. 491)

---

1

Para saber mais sobre o assunto, sugerimos a leitura de Campos et al, 2009 e Carvalho, 2013.

Tomando essa realidade como analisador dos atores sociais que hoje compõem o SUS, Feuerwerker (2005) salienta que a formação dos profissionais da saúde ainda é orientada pelo modelo médico-hegemônico de assistência à saúde, estando presente na prática cotidiana de muitos trabalhadores do SUS. Também, é possível afirmar que não só as instituições e os trabalhadores vivenciam essa relação paradoxal de militância em direção ao direito à saúde e à lógica assistencialista privada, que resiste. Do mesmo modo os usuários experienciam essa dualidade quando buscam os serviços de saúde como a emergência do Hospital no qual se realiza esta pesquisa, por exemplo.

É importante salientar e retomar a reforma sanitária, já que esta coincide com o processo de formação de atores e instituições essenciais para a construção da saúde pública que temos acesso hoje (Paiva & Teixeira, 2014). O SUS é fruto de lutas sociais que vieram de encontro à grande repressão política, econômica e social presente até os anos 70, pois embora entre a década de 60 e 70 o Brasil tenha vivenciado um período de crescimento econômico, de acordo com Paiva & Teixeira (2014), isso não se traduzia em melhores condições de vida para a maior parte da população, sendo os privilégios restritos a uma pequena parcela da sociedade. Assim, a partir de 1970, quando se começaram a sentir os impactos da crise econômica internacional, as tensões sociais ampliaram-se e a mobilização popular cresceu (p.18). Essa movimentação social trouxe à tona a discussão a respeito dos direitos humanos (Paiva & Teixeira, p.23) concomitantemente no momento à gradual abertura do âmbito político, construindo as condições para a promulgação da conhecida “Constituição Cidadã”, de 1988, que insere a saúde como “direito de todos e dever do estado”. Diante disso, regulamentado a partir da lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, o SUS emerge no cenário brasileiro.

Sonia Regina Vargas Mansano (2009) alerta para a importância da leitura histórica que auxilia a compreender os vários caminhos pelos quais o sujeito se constitui. Segundo a autora, para pensar os modos de subjetivação, devemos partir do princípio que, para aderir a certo modo de vida, uma população deve dispor de conceitos que esclareçam os ganhos e as perdas decorrentes da filosofia que sustenta tal prática (p. 113). Esses conceitos, por sua vez, devem estar bem amarrados, política e socialmente, em dado momento histórico. Neste sentido, é pertinente avaliar que modos de subjetivação eram possíveis no momento em que o SUS foi implementado e que modos de subjetivação o sustentam atualmente como política pública vigente.

Contemplar esse aspecto estruturante do Sistema Único de Saúde é imprescindível, visto que pretendemos nos ater aos sujeitos que compõem o dia a dia dessa política pública.

Desse modo, podemos começar a localizar o campo de estudo que buscamos compreender por meio desta pesquisa.

A emergência do Hospital no qual se desenvolve este estudo é uma das componentes do Sistema Único de Saúde brasileiro, sendo um serviço de atendimento a adolescentes e adultos. O complexo hospitalar mantenedor, antes de se tornar 100% SUS, constituía-se como sociedade anônima, com capital dividido em ações. Em 1975 (Klein & Barroso, 2006), a União desapropriou os hospitais que faziam parte do grupo, passando a ser o Ministério da Saúde seu acionista majoritário (Perin, 2005). No entanto, embora ofereça serviços totalmente gratuitos e inseridos no SUS, ainda é denominado como sociedade de economia mista, pois juridicamente é composto por capital público e privado, sendo a maioria das ações do poder público.

### 2.3 A relação usuários e trabalhadores e a produção de paradoxos

As ideias e conceitos iniciais deste estudo são disparadores para a reflexão acerca das relações interpessoais no contexto do SUS. O questionamento central, sobre como ocorrem os processos subjetivos nos encontros diários entre trabalhadores e usuários do SUS, foi incitado pela atualização do conceito de *revolta* proposto por Julia Kristeva na sua obra “Sentido e contra-senso da Revolta” (2000). Neste livro, a autora discorre a respeito da inércia em relação aos acontecimentos da realidade política-ideológica-social que tem sua manutenção nas correntes dominantes o capitalismo, por exemplo, colocando em xeque a nossa atual capacidade de revolta. Esta última, abordada em sua obra, concerne à disposição de afetar-se com o que circunda o nosso cotidiano.

Aproximando a reflexão com o tema saúde, é possível discutir sobre a dificuldade de implicação dos sujeitos contemporâneos nos valores ligados à dignidade humana (Kristeva, 2000, p.50). De acordo com a pensadora, a incapacidade de revolta simbólica está ligada à inconsistência e esvaziamento das leis, gerando assim o sentimento de impotência diante de situações que ferem os direitos humanos. Diante da proposição da autora, emerge a discussão sobre o atendimento aos usuários do SUS e o deparar-se com a realidade sócio-econômica denunciada por cada sujeito que busca atendimento nos serviços de saúde.

A suposta incapacidade de revolta poderia sobrepor-se ao processo de composição dos trabalhadores, prejudicando a manutenção de um acolhimento mais humanizado, como preconiza a Política Nacional de Humanização (Ministério da Saúde, 2003). Na medida em que o empregado percebe as incongruências existentes nos serviços em que atua (em nível

local ou institucional), ocorre um desinteresse ou desinvestimento em contribuir com a qualificação do trabalho prestado.

Compreender os fatores sociais e criticar a posição que ocupamos na sociedade, auxilia-nos a não naturalizar o individualismo imperativo que nos circunda. Na atualidade, o processo de afetar-se com a realidade do outro é, por vezes, considerado insensato, visto que acarreta na irrupção de emoções e sentimentos indesejados que, por vezes, evitamos. Contudo, é a partir dos encontros que novas formas de viver são possíveis, como sublinhado por Sonia Regina Vargas Mansano (2009):

Resistir hoje se torna uma ação política quando, por exemplo, recusamos o individualismo já tão naturalizado em nosso cotidiano e insistimos nos encontros, fazendo circular as invenções microssociais de novas formas de vida que não se revertem em regras universais obrigatórias. A regra universal, ao pretender englobar a totalidade dos indivíduos, comprometendo-os com a obediência, simplesmente inviabiliza o contato com a diferença e com a criação de novas possibilidades de existir. (p. 114)

O contato com a diferença, como citado pela autora, é inerente ao trabalho no SUS, visto os diversos perfis de usuários e trabalhadores que compõem esse sistema de saúde amplo e complexo.

Diante disso, a crítica e reflexão acerca dos modos de subjetivação que permeiam o contexto dos serviços de assistência direta ao usuário se tornam indispensáveis para que novas possibilidades de existir, tanto do trabalhador como do usuário, sejam possíveis. Novas formas de existir, no aspecto laboral, dizem respeito à saúde do trabalhador.

A cultura da revolta, proposta por Julia Kristeva, é retomada e corroborada no estudo reflexivo teórico de Rosana Onocko Campos (2005), que defende que a estagnação leva à morte. A morte, nesse caso, pode ser vista de um ponto de vista ampliado: morte da humanização do atendimento/acolhimento, morte da capacidade de criar e simbolizar do trabalhador no seu contexto de trabalho. Campos (2005) coloca em pauta a questão da integralidade no atendimento e a possibilidade de fornecer uma clínica ampliada ao usuário, sem que isso se torne desculpa para possíveis encaminhamentos. A clínica ampliada está condicionada à possibilidade do encontro entre dois (ou mais) atores sociais na saúde e à disposição de ambos se afetarem.

A configuração do trabalho em saúde e, especificamente, no contexto hospitalar público, sugere a exposição do empregado a diversos fatores como o adoecimento,

sofrimento, morte, obstáculos para implementação integral de políticas públicas e entraves políticos já bastante cristalizados. Não por acaso, a saúde pública tem sido alvo de estudos que visam compreender, sob a perspectiva do próprio trabalhador, como é o processo de modulação do sujeito a essa realidade laboral desafiadora.

De acordo com o estudo de Bianchessi & Tittoni (2009), embora o contexto de saúde imponha estressores constantes, ele também proporciona elementos capazes de produzir satisfação e prazer por meio do reconhecimento social (p. 971). Diante disso, nos vemos frente a um cenário paradoxal, visto que o trabalho na saúde apresenta potencial tanto para o adoecimento do trabalhador como para atribuir sentido a sua existência. Esse caráter dual acaba gerando também reações contraditórias por parte dos próprios trabalhadores, porquanto mobiliza não somente o aspecto funcional e de capacidades laborais do sujeito, mas sentimentos e emoções. Contudo, no mesmo estudo, as autoras ressaltam que, concomitante a essa sucessão de reações carregadas de afeto, por assim dizer, advindas da prática laboral, emerge a sensação de incapacidade de agir, posta a estrutura hierarquizada e centralizadora da instituição hospitalar (p. 971).

Os trabalhadores, então, se veem exaustos no constante exercício de conciliar as demandas dos usuários, as suas próprias e as do contexto institucional. A exaustão, nesse sentido, implicaria na incapacidade de agir criativamente na resolução de conflitos, na incapacidade de revolta como proposto por Kristeva (2000). Em vista disso, a proposta de acompanhar a dimensão processual dos encontros no contexto da saúde, sob a óptica do trabalhador administrativo, se delineia como uma das alternativas não só de pesquisa, mas de intervenção, visto que poderá contribuir com futuras reflexões acerca do processo de trabalho no SUS.

### **3 Uma pesquisa no contexto da saúde**

#### 3.1 Campo de Estudo

A presente pesquisa foi realizada com trabalhadores administrativos de um serviço de emergência hospitalar da cidade de Porto Alegre, no estado do Rio grande do Sul.

Esta unidade hospitalar integra um grupo de hospitais, vinculado ao Ministério da Saúde e, por isso, é ligada ao governo federal, constituindo-se hoje a maior rede de saúde pública do sul do país. Seus serviços, por prestarem atendimento exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde, recebem grande parte da população não só de Porto Alegre e Região Metropolitana como também do interior do estado.

A alta demanda é refletida na média de internações por ano, que chega a 25,9 mil pacientes, sendo 54,39% de Porto Alegre e, 33,75% da região metropolitana (Grupo Hospitalar Conceição, 2017). A emergência na qual realizamos a pesquisa é a maior do grupo hospitalar, mantendo atualmente um quadro de pessoal com 326 funcionários. Entre eles, 226 (Grupo Hospitalar Conceição, 2017) compõem a equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem), 70 a equipe médica, 29 a equipe administrativa (técnicos e auxiliares administrativos) e 1 funcionário da odontologia também integra o grupo.

#### 3.2 Metodologia da pesquisa

##### *3.2.1 Aspectos Éticos*

A participação dos sujeitos na pesquisa teve caráter voluntário, confirmado a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B), sendo garantida aos participantes a preservação de sua identidade e demais pressupostos éticos que visassem sua tranquilidade em participar da pesquisa. Entendemos que o estudo apresentou risco mínimo aos participantes e, quando algum incômodo foi observado ou relatado, disponibilizamos um segundo momento de escuta para sanar possíveis desconfortos resultantes da entrevista concedida. O projeto da pesquisa foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP/GHC), via Plataforma Brasil, tendo parecer de aprovação nº 17015.

### *3.2.2 Participantes da pesquisa*

O cargo de Auxiliar Administrativo, no local onde se desenvolve a pesquisa, exige apenas ensino médio, mesmo que a grande maioria dos indivíduos que assumem a vaga já possuam ensino superior concluído ou em andamento. As formações são das mais diversas: administração; enfermagem; artes visuais; direito; marketing; moda; saúde coletiva; psicologia; entre outros. A descrição das atividades relacionadas ao cargo, que consta no edital do último Processo Seletivo Público realizado em 2014, pressupõe tarefas administrativas e atendimento ao público interno e externo, ou seja, atendimento aos colegas trabalhadores e aos usuários, respectivamente.

Dos 29 componentes da equipe administrativa, participaram da pesquisa seis auxiliares administrativos trabalhadores do serviço de emergência hospitalar descrito anteriormente. Cinco das participantes eram mulheres e um era homem e todos os participantes possuem ensino superior completo ou em andamento. A definição pelo número de participantes se deu pelo critério de saturação, tendo em vista que, inicialmente, estava prevista a participação de dez pessoas, porém, no decorrer das entrevistas, identificamos repetições de conteúdo e entendemos já termos obtido informações suficientemente relevantes para a análise, com vistas a atender aos objetivos da pesquisa.

### *3.2.3 Procedimentos de pesquisa*

Para fins de aproximação aos elementos para análise, neste estudo, propusemos entrevistas semiestruturadas (Apêndice A), realizadas após o aceite formal dos participantes. O processo de busca dos sujeitos de pesquisa ocorreu a partir da visita da pesquisadora à equipe de emergência da instituição hospitalar onde foi desenvolvido o estudo. O convite para participar da pesquisa foi feito conforme a disponibilidade dos auxiliares administrativos para conversarem, tendo em vista que estavam em meio aos atendimentos do serviço. Anteriormente à entrevista, a proposta do estudo foi apresentada de maneira breve e o TCLE (apêndice B) foi entregue a fim de esclarecer possíveis dúvidas. No dia seguinte ao convite, a pesquisadora entrava em contato telefônico com o intuito de agendar um momento individual com os participantes voluntários.

O instrumento de pesquisa foi pensado levando em consideração o conceito de sujeito sob a óptica da psicanálise, um sujeito singular e, por isso, com questões próprias, estruturadas a partir de suas experiências e vivências subjetivas. A pesquisa em psicanálise



em uma dimensão política e social e, por isso, fora do contexto clínico, parte do princípio que o desejo do pesquisador faz parte da investigação e que o objeto não é dado *a priori* sendo formulado durante e no processo exploratório (Rosa & Domingues, 2010). Para isso, conta com a premissa de que alguns elementos analisadores surgiriam somente a partir da fala do sujeito e, portanto, não poderiam ser deduzidos anteriormente pelo pesquisador, pois esta suposição poderia ter efeito limitador sobre a escuta, engessando o processo exploratório, visto direcionar, sem muita flexibilidade, o curso da entrevista. Devido a essa reflexão o roteiro de entrevista utilizado não apresentou perguntas fechadas ou objetivas, mas questionamentos abertos a fim de incentivar o participante a discorrer livremente sobre as suas vivências no contexto do trabalho em saúde.

Consideramos importante refletir de que modo a presença do pesquisador também movimentava este campo que propomos melhor compreender, chegando a uma visão ampliada não só do estudo final, mas de como ele se construiu ao longo do curso da pesquisa. De acordo com Amador & Fonseca (2009), acompanhar o curso de um processo como esse, e ainda, refletir acerca da implicação de sua ação, requer do pesquisador um exercício cognitivo peculiar. No caso deste estudo, o fato de os participantes serem auxiliares administrativos, mesmo cargo que pesquisadora ocupa na instituição onde se desenvolve a pesquisa, traz alguns atravessamentos passíveis de análise de implicação. Neste processo exploratório, esta análise acompanhará a discussão dos temas.

As entrevistas aconteceram individualmente, em uma sala reservada apenas para a pesquisadora e o participante nas dependências da instituição hospitalar. O áudio da conversa foi gravado e, posteriormente, transcrito para análise.

#### *3.2.4 Construção dos temas de análise*

Após a escuta dos áudios das entrevistas, as mesmas foram transcritas e analisadas a partir da técnica da análise do conteúdo. Esta última, segundo Bardin (2000), pressupõe as etapas de pré-análise, exploração do material ou codificação; tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Na pré-análise desenvolve-se as operações preparatórias para a análise propriamente dita, através do processo definição do corpus de análise; formulação das hipóteses e dos objetivos da análise; elaboração dos indicadores que fundamentam a interpretação final. Na segunda etapa, de exploração do material ou codificação, é realizado o processo de transformação do material bruto, que é transformado sistematicamente e agregado em

unidades, permitindo uma descrição das características pertinentes ao conteúdo expresso no texto. Na terceira etapa, de tratamento dos resultados - inferência e interpretação-, busca-se colocar em relevo as informações fornecidas pela análise.

O processo de elencar os temas que emergiram a partir das entrevistas com os participantes consistiu na categorização das falas. À medida que um assunto era percebido como recorrente e comum às narrativas de mais de um participante, a pesquisadora o nomeava de acordo com a ideia central que embasava os trechos. Por exemplo, em todas as seis entrevistas realizadas, os participantes expuseram as dificuldades e a complexidade que reside no atendimento ao usuário do SUS. Logo, todas as falas que apresentavam, de alguma forma, esse conteúdo eram classificadas no tema intitulado *Desafios do atendimento ao público*.

Para melhor visualização e análise dos conteúdos condensados nos mais variados temas, elaboramos um quadro em três colunas: a primeira apresenta o tema; a segunda traz os recortes das falas dos entrevistados e a terceira propõe uma aproximação analítica ao tema, produzida a partir das falas dos participantes. Abaixo apresentamos o modelo de quadro utilizado.

Tema	Falas	Análise
<b>Atravessamentos Políticos</b>	<p>“a questão política aqui dentro, isso é bem significativo.”</p> <p>“E prejudicial muitas vezes. Isso é uma coisa que me marca assim. Ah e isso eu posso falar sim...hã, que é uma coisa que me marca porque eu acho que às vezes a gente vai perdendo um pouco o brilho...”</p> <p>“..porque não é muitas vezes um funcionário técnico que assume a função né de chefia direta ou a chefia mais superior (...)”</p>	<p>Trabalhadores entendem o atravessamento político nas questões cotidianas no setor da emergência como algo desmotivador, visto que é justificativa para trabalhadores sem conhecimento técnico assumirem cargos de gestão.</p>

<b>Superlotação do Serviço</b>	“Então na verdade eu ouço reclamação que nem é relacionada ao meu trabalho né, é relacionado ao trabalho de outras pessoas ou até da própria estrutura mesmo né...que a gente atende muito mais gente do que teria capacidade.”	Trabalhadores administrativos são depositários de queixas produzindo sentimentos de desânimo e incapacidade em relação à própria atividade laboral, decorrente da falha estrutural da instituição.
--------------------------------	---	--

De acordo com a leitura do material, foram elencados sete temas emergentes nas entrevistas dos participantes, sendo eles:

- Atravessamentos políticos;
- Superlotação do serviço;
- Apatia/endurecimento frente às realidades dos usuários;
- Humanização associada à experiência pessoal do trabalhador;
- Distanciamento entre prática e legislação do SUS;
- Perpetuação de relações verticais e hierarquizadas no contexto da saúde;
- Desafios do atendimento ao público.

#### 4 Análise do conteúdo das entrevistas

A partir dos temas emergentes discutiremos, sob a óptica do trabalhador administrativo, os caminhos pelos quais se produzem os sentidos do cuidado em saúde no contexto do SUS, decorrentes das vivências como trabalhadores em uma das maiores portas de entrada do SUS no estado do Rio Grande do Sul. A análise se deu de modo que os temas emergentes interagem entre si e se articulam a fim de conformar determinados conceitos que os trabalhadores têm a respeito do Sistema Único de Saúde e compreender como esses conceitos podem interferir no atendimento prestado à população que busca os serviços da emergência na qual se realiza a pesquisa.

Começamos pelos temas que indicam questões macroestruturais e que, por isso, fogem (em certa medida) da possibilidade de intervenção dos próprios trabalhadores como, por exemplo, os *atravessamentos políticos* e a *superlotação do serviço*. Aqui, consideramos importante retomar as contribuições de Julia Kristeva (2000) que discorre sobre como a inconsistência e esvaziamento das leis geraria a incapacidade de revolta dos sujeitos (p. 50). Incapacidade de revolta no sentido da presente dificuldade de implicação dos sujeitos contemporâneos nos valores ligados à dignidade humana. Seguindo essa reflexão, como não pensar nos serviços de assistência à saúde como valores ligados diretamente à dignidade do ser humano? Esse questionamento é feito também pelos trabalhadores conforme trecho da entrevista abaixo:

*A emergência era muito desumana, as pessoas dormiam no chão.entendeu. Uma sala lá tinha capacidade pra 45 pacientes e tinha 100, aonde vai enfiar? Enfiaram nas escadas, enfiaram nos corredores, enfiaram em tudo que era lugar...até no chão. Entendeu, pra mim era a desumanidade pura entendeu. Como é que tu vai deixar uma pessoa ali no chão, uma pessoa dormir numa cadeira? (M.B., 28 anos)*

Além das referências às condições precárias do serviço, a questão política partidária que atravessa não só a equipe da emergência como também o restante da organização hospitalar na qual realizamos a pesquisa também é um fator que afeta negativamente os trabalhadores, visto que é justificativa para que pessoas sem conhecimento técnico assumam cargos de gestão. Essa realidade acaba por ser a justificativa da desmotivação do empregado, interferindo diretamente no atendimento prestado aos usuários, como refere uma das entrevistadas:

*(...) porque não é muitas vezes um funcionário técnico que assume a função né, de chefia direta ou a chefia mais superior de enfermagem e isso às vezes tira um pouco a esperança porque como não é uma coisa técnica, muitas vezes, essa pessoa não valoriza a parte técnica...no sentido não técnico só de ter que, mas no trabalho (...) e prejudicial muitas vezes. Isso é uma coisa que me marca assim. Ah, e isso, eu posso falar sim...hã, que é uma coisa que me marca porque eu acho que às vezes a gente vai perdendo um pouco o brilho. (F.M., 33 anos)*

Nota-se, portanto, que questões institucionais acabam por influenciar diretamente a disposição apresentada pelo trabalhador no seu ambiente de trabalho. Não por acaso, os temas que foram emergindo em suas falas seguem uma determinada ordem, a mesma utilizada na exposição dos temas mais recorrentes que, no caso, tendem a oscilar entre fatores estruturais de nível macropolítico e institucional e conteúdos de cunho bastante afetivo, que suscitam falas impregnadas de emoções e sentimentos. Foi marcante que, nos momentos em que os funcionários expõem questões relacionadas aos desafios enfrentados no atendimento ao público e fatores como a humanização, percebe-se o aumento no tom da fala e repetidos embargos na voz.

O tema *Apatia frente às realidades dos usuários* aparece de forma bastante recorrente e enfática. A percepção dos próprios trabalhadores é de que, com o passar do tempo, se perde a sensibilidade no tocante às várias existências que cruzam esta porta de entrada do SUS. Essa sensibilidade da qual falam, comum às primeiras experiências com o atendimento ao usuário do serviço público de saúde, dá lugar aos mais diversos sentimentos e reações como, por exemplo: indiferença, irritação e impotência. Não obstante, gera receio que esse endurecimento das relações esteja associado a um processo de descaracterização do que é ser humano, conforme trecho abaixo de uma das entrevistas:

*É, na verdade eu tenho um receio, porque a gente acaba vendo tanta coisa ruim, de certa forma chegar um dia que eu não me importe mais assim. Daí tu vê todo o dia coisa ruim, todo o dia, todo o dia. Então, assim, quando eu cheguei ali o primeiro óbito que teve...nossa, eu fiquei bem mexida, bem abalada. E tu vê a família chorando e fica mal. Hoje não é que eu não me importe, mas é que eu lido melhor assim. Daí eu fico pensando assim “Será que eu to achando...” ou pior assim...quando eu cheguei ali, hã, até agora a emergência tá com um pouco menos de gente, mas tinha dias ali que tinha; chegou a quase noventa pessoas na observação e a observação é nas cadeiras,*

*então as pessoas sentadas em cadeiras e no corredor assim, algumas pegavam papelão e colocam no chão assim pra deitar e aí eu achei um horror aquilo né. (...) Aí depois de um tempo parece que aquilo se tornou paisagem, então eu já passava por ali e já focada no meu trabalho que eu tinha que fazer parece que eu tava ignorando as pessoas, mas a verdade é que tu vai acostumando com aquilo. (J.S., 24 anos)*

Estudos associam o esgotamento emocional, endurecimento afetivo e falta de envolvimento no trabalho em serviços de saúde, por parte de trabalhadores, principalmente da área da enfermagem (Jodas & Haddad, 2009). Neste sentido, atentar para os sujeitos que fazem o primeiro acolhimento dos usuários, neste caso, os auxiliares administrativos, é de extrema importância para que se possa oferecer um atendimento humanizado do início ao fim do processo de cuidado em saúde. Não obstante, se apresenta também como uma demanda da própria saúde do trabalhador, visto que o esgotamento emocional está diretamente relacionado à condição psíquica do sujeito.

É possível afirmar, felizmente, que os próprios trabalhadores, em dado momento, entendem a implicação dos seus próprios métodos de defesa que, por sua vez, acarretam a impessoalidade dos atendimentos. A partir dessa compreensão, passam a expor de que maneira suas experiências pessoais afetam e provocam a aproximação com os usuários:

*(...) já usei (o SUS), mas a vez que eu fui eu achei que eu fui tratada um pouco com hostilidade assim, então eu tinha essa visão assim que as pessoas eram meio mal tratadas. Hã, então eu tento tratar as pessoas bem assim, porque não me senti dessa forma. (A.P., 30 anos)*

Em vista disso, há uma dualidade no movimento que os próprios trabalhadores fazem no dia a dia apresentando oscilações entre afastamento e aproximação no que tange às relações humanas decorrentes do seu trabalho. Afastamento no sentido de não se afetar tão profundamente com as realidades e experiências que compartilham no serviço, pois se o fizessem iriam sair exauridos do turno de trabalho; e aproximação a fim de significar a prática do seu fazer e não correr o risco de “não sentir nada”.

Podemos, diante disso, introduzir o próximo tema trazido pelas narrativas: o processo de *Humanização do atendimento associada à experiência pessoal do trabalhador*. Rosana Onocko Campos (2005), em seu artigo intitulado “O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva”,

discorre exatamente sobre esta temática. Como o encontro entre dois (ou mais) atores sociais poderiam contribuir para o processo de acolhimento do usuário e gestão do trabalho em saúde? A partir desse questionamento podemos pensar o que decorre de um encontro. A autora reflete que um encontro implica na presença de corpos e afetividade (p.575). Assim, necessariamente, ocorrerá trocas, sejam elas positivas ou negativas; cordiais ou enrijecidas. O caráter desse encontro, portanto, está diretamente relacionado aos afetos que foram despertados por ele. Este aspecto se apresenta nas entrevistas em falas como:

*Eu tenho um problema com meu pai, meu pai é psiquiátrico né... aí chegou uma paciente de gravataí, psiquiátrica, hã, ela já tinha idade elevada e a paciente era, era, tava com a mãe que era idosa e ela de gravataí e ela chegou ali em surto e...até o surto não era dar soco assim né, mas aquela mãe tinha dificuldade de segurar aquela paciente.(...) a gente tem que ter calma ali na frente porque sabe que quem tá chegando ali já tá numa situação não muito boa né, então a gente tem que levar em conta isso né, às vezes ouve alguma coisa, mas deixa passar né. (F.M., 33 anos)*

Neste caso, a trabalhadora recorreu a uma experiência pessoal que a mobiliza o suficiente em termos afetivos para conseguir relevar o comportamento agressivo do usuário. Para além do encontro entre os corpos, da trabalhadora e dos usuários (paciente e mãe da paciente), nesta situação sucedeu-se uma associação da experiência pessoal do trabalhador com a circunstância em que o usuário se encontrava naquele momento de acolhimento no serviço de saúde. Podemos pensar, a partir do relato, que o atendimento prestado se conformou de maneira humanizada, legitimando e reconhecendo a singularidade da necessidade de saúde apresentada (Ministério da Saúde, 2013), visto a identificação do trabalhador ao usuário.

Goulart & Chiari (2010) chamam a atenção para a capacidade que a humanização tem de rememorar a necessidade de solidariedade e apoio social diante da vulnerabilidade a qual todos nós estamos expostos, usuários e trabalhadores. As autoras discorrem que perseguir a humanização e, por conseguinte, a transversalidade das relações, é também uma forma de resistência ao modo de organização contemporâneo que, muitas vezes, impera e nos limita a reproduzir modelos de encontros hierarquizantes, verticais e competitivos no dia a dia.

O próximo tema de discussão, *Distanciamento entre prática e legislação do SUS*, expõe o fato do SUS ser entendido como “perfeito no papel”, porém as entrevistas apontam que, na tentativa de transpor os princípios e diretrizes desse sistema de saúde complexo,

reside o problema. Os desafios vão desde a falta de informação aos usuários, no que se refere ao funcionamento da política pública de saúde, à falta de estruturas físicas; organizacionais e institucionais para implementar os serviços de forma efetiva:

*(...) Muita gente sempre procura o hospital pra tudo, o pessoal não sabe que tem posto de saúde pra ir...e tem postos que às vezes estão vazios. Porque tem gente que não conhece que tem postos que tem especialidades...(R.T., 34 anos)*

Diante da fala acima, é importante ressaltar o caráter recíproco e de corresponsabilidade da implementação do SUS. Ao mesmo tempo que é dever do Estado garantir a efetivação dos princípios que regem essa política pública como, por exemplo, a divulgação de informações (Lei 8.080, 1990), a contrapartida da população e usuários do SUS é de apropriação da lei. Analisando por este ângulo, percebemos que no momento que uma ação do governo visa o processo democrático e a participação do cidadão, esta também depende de um exercício de politização da sociedade, a fim de que a apropriação das políticas públicas se efetive de acordo com a proposta da referente lei. Ou seja, é um processo bem mais amplo e complexo, não podendo ser restringido à ação do trabalhador ou do gestor apenas.

Desse modo, tanto a implementação assertiva da política pública quanto o seu fracasso em alguns âmbitos não pode ser responsabilidade apenas de determinados atores sociais, mas deve ser considerado resultado de uma construção coletiva, como assim se propõe desde o início.

Podemos avançar para o próximo tema trazido pelos trabalhadores, a saber, a *perpetuação das relações verticais e hierarquizadas no contexto da saúde*. De acordo com os auxiliares administrativos da emergência entrevistados, o caráter vertical das relações não se restringe apenas ao encontro entre trabalhador e usuários, mas também é reproduzido nas relações entre os próprios trabalhadores e entre trabalhadores e gestores.

No caso dos usuários, os participantes salientam que muitos colegas acabam por reeditar o modelo assistencialista no atendimento à população que busca os serviços de saúde. Diante dessa afirmação, é possível recorrer novamente às contribuições de Laura Feuerwerker (2005) que discorre a respeito da manutenção de relações inspiradas nas antigas instituições filantrópicas e de iniciativa privada. Historicamente falando, o SUS herdou não somente a força dos militantes em direção ao Estado de direito, mas também trouxe consigo a lógica de prestação de serviço de perdura até os dias de hoje, sendo percebido resquícios nas relações cotidianas que se estabelecem nas portas de entrada principalmente. O trecho de entrevista a



seguir visa exemplificar a resistência em ofertar a saúde como direito e não como ajuda ou favor:

*A questão do serviço público também isso é uma coisa um pouco estranha pra mim porque nem todo mundo entende que o usuário é o motivo da gente ter esse emprego né. Então acha que ele é estorvo, sabe?! Acha que é estorvo, que como se a gente tivesse uma superioridade em relação a eles. Isso eu sinto assim. Como se ele não tivesse direito assim. Tá no SUS e é isso aí que tu vai ter, então...(F.M., 33 anos)*

A partir da fala podemos pensar quais os modelos de relações estão sendo reproduzidas no contexto da saúde pública. Para além disso, é plausível estendermos a discussão para as situações de hierarquia presentes nos cargos e funções de um hospital público.

*É, eu vejo que assim, hã, logo que eu entrei aqui existia uma distância muito grande entre as funções. Médico não se relacionava muito com enfermeiro, enfermeiro não se relacionava muito com administrativo sabe. O pessoal do administrativo era assim como se todo mundo fosse uma pessoa só sabe? (G.C., 49 anos)*

Como reproduzir uma relação humanizada se a humanização do próprio trabalhador se dá de maneira inconsistente? A humanização do trabalhador falha no momento em que há déficit no amparo institucional para que o sujeito exerça suas funções, ou mesmo quando há supervalorização de cargos em detrimento de outros como exemplificado na fala acima. Partindo desses questionamentos, podemos retomar as contribuições trazidas por Goulart & Chiari (2010) acerca da perpetuação de relações verticalizadas no contexto da saúde pública. As autoras enfatizam, principalmente, as relações estabelecidas entre gestores e trabalhadores como também as relações de poder embutidas historicamente em cada uma das profissões no campo da saúde, a exemplo, os médicos e enfermeiros. É importante salientar, contudo, que contrariar aspectos bastante institucionalizados, como o modelo de relações em um contexto hospitalar, é um processo gradual que exige paciência e delicadeza.

Ainda, Goulart & Chiari (2010) discorrem sobre o que implica, no cotidiano, o processo de transversalizar as relações que, neste caso, demandam abrir mais espaços de discussão e incentivar a participação e proposição de todos os atores envolvidos no fazer em saúde (p.259). Claro, uma construção coletiva e com caráter mais democrático descentraliza as decisões e, de certa forma, distribui o poder sobre processos de trabalho que irão direcionar

as ações dos serviços. Esse recurso para tomada de decisões institucionais requer mais tempo investido e, além de tudo, diálogo, o qual muitos sujeitos não estão dispostos, conforme aponta Fernanda de Oliveira Sarreta (2009). Segundo a autora:

(...) embora a consolidação do SUS e sua avançada proposta de reforçar a participação da sociedade e a descentralização dos serviços apresente-se como um novo caminho para construir-se a saúde, observa-se que as formas de encaminhar as questões no cotidiano reproduzem o modelo de atenção curativa e as práticas centralizadoras e autoritárias, historicamente predominantes nas políticas de saúde do País.” (p.21)

Portanto, a manutenção de relações hierarquizantes no contexto da saúde se justifica, muitas vezes, pela resistência em retirar os privilégios da minoria que detém o poder de decisão, seja esse poder legitimado pelo cargo profissional ou função político partidária que ocupam na instituição.

O último tema levantado durante as entrevistas trata dos *Desafios do atendimento ao público*. Este tópico retoma brevemente cada um dos assuntos abordados anteriormente, pois acaba sendo diretamente influenciado por atravessamentos políticos; questões institucionais; questões pessoais e subjetivas do trabalhador que acolhe, e questões legislativas e histórica-sociais. O tema apresenta-se, ao mesmo tempo, rico e intrigante, pois tem a capacidade de condensar vários aspectos do trabalho em saúde no SUS em um momento repleto de encontros, trocas, afetos e emoções, vide as falas dos participantes:

*Hã, mas eu gosto assim disso, pra mim é...eu não sei, eu adoro lidar com o público. Às vezes eles cansam a gente mesmo, porque não sabem o processo, prá gente já é dominado, pra eles não...então fica confuso. (F.M., 33 anos)*

*Ah, eu fico chateada, eu fico chateada porque, que nem eu digo, a pessoa teve um ótimo atendimento, melhor do que no particular e ainda assim tá reclamando né. (G.C., 49 anos)*

O encontro que acontece entre trabalhador e usuário durante o primeiro acolhimento nas portas de entrada do SUS é permeado por muitos sentimentos e emoções que, muitas vezes, são conflitantes entre si, posto que, ao mesmo tempo em que há satisfação em lidar com o público, há a exaustão produzida pela demanda dos usuários. Além disso, os trabalhadores utilizam esse momento, de acolhimento ao usuário, como analisador de falhas institucionais e acabam se deparando com as limitações do serviço que prestam. Ou seja, muitas vezes se deparam com situações de vulnerabilidades sociais que batem à porta da

emergência e o sentimento de impotência emerge, visto a inconsistência e esvaziamento das leis que ferem os direitos humanos, conforme Julia Kristeva (2000) analisa. A partir daí, surge também o sentimento de desvalorização e insatisfação em relação à prática laboral, conforme relato abaixo:

*É. Eu acho que a partir do momento que o trabalhador é jogado de lado, acho que o serviço também não rende, não fica com a mesma qualidade entendeu?! (...) É óbvio que eu não vou tratar mal um paciente porque ele tá precisando né, mas tu é um pouco...infelizmente tem coisas que, né, te deixam insatisfeita. (M.B., 28 anos)*

Nesse aspecto, percebe-se que o que ocorre, muitas vezes, é a projeção da insatisfação decorrente do trabalho nos próprios usuários, interferindo diretamente no atendimento mais humanizado e acolhedor. Esse efeito, contudo, não reverbera de modo saudável para o trabalhador que, comumente, passa a culpar-se pelo atendimento prestado, mesmo que este dependa de outros fatores que lhe escapam o controle, como por exemplo, a falta de atividades de formação e capacitação:

*Não é qualquer pessoa que entra ali e tem psicológico pra pressão, o paciente público é um público difícil. Não é um público muito fácil de trabalhar. Então precisaria de um treinamento, precisaria de, há, de reconhecimento...(M.B., 28 anos)*

Nota-se na fala do participante uma certa justificção quanto à dificuldade de prestar um bom atendimento, no entanto, também fica evidente que há responsabilidades da própria instituição em oferecer condições (físicas, estruturais e psicológicas) para que isso ocorra. A educação permanente em saúde vem ao encontro dessa demanda dos trabalhadores, porquanto se apresenta como oportunidade de ressignificação de problemas vivenciados no cotidiano.

A respeito disso, Fernanda Oliveira Sarreta (2009) reflete como a educação se constitui em um processo histórico, uma vez que implica crenças, valores, motivações e realidades sociais dos atores envolvidos. A partir daí, é possível pensar que atividades com esse caráter dialógico e reflexivo, como a educação permanente propõe, poderiam suprir a necessidade do trabalhador enquanto sujeito que pensa, sente e se mobiliza com as vivências que o serviço em saúde lhe impõe.

Na obra de Sarreta (2009) são apresentadas as opiniões dos próprios trabalhadores quanto à educação permanente e o que se percebe é a preocupação recorrente em “adormecer” ou “esfriar” (p.221). Esses termos também foram utilizados pelos participantes da pesquisa

deste Trabalho de Conclusão de Curso repetidas vezes. Em vista disso, é importante reconhecer a angústia e receio atrelados a essa afirmação e, na medida do possível, identificar que condicionantes do trabalho levam os sujeitos a sofrerem com essa preocupação. No momento em que retiramos a responsabilidade apenas do trabalhador pelo seu sofrimento e desconforto em relação à prática cotidiana, torna-se possível atuar de maneira preventiva, tanto na saúde do trabalhador como na melhoria do atendimento prestado ao usuário.

## **5 Considerações Finais - Desafios Contemporâneos da Humanização**

Compreendo que pesquisar o caráter processual dos encontros entre o trabalhador administrativo e o usuário no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) proporcionou a emergência de reflexões relevantes não só para a minha trajetória como concluinte do curso de psicologia e trabalhadora implicada neste contexto, como também para o campo de estudo da saúde pública. Ao passo que minha presença como pesquisadora pode ser tomada como limitação do estudo, visto o meu envolvimento afetivo no contexto de trabalho dos participantes, também pode ser considerada um dispositivo para que temas viessem à tona mais facilmente nas falas das entrevistas.

As queixas relacionadas à organização do trabalho, citando a falta de treinamento dispensada ao auxiliares administrativos que atuam nas portas de entrada do SUS, e o avalanche de decorrências dessa falha institucional corroboram a importância das atividades de formação ofertadas aos trabalhadores. Para além da oferta de atividades com caráter de Educação Permanente, deve-se salientar, de acordo com as contribuições dos participantes deste estudo, a necessidade de legitimar nesse espaço dialógico o aspecto subjetivo do sujeito que presta o acolhimento nos serviços de saúde. Reconhecer o trabalhador como sujeito psíquico que sente os efeitos do encontro diário com o usuário do SUS é sustentar condições para que a Política Nacional de Humanização (PNH) seja implementada de modo ampliado e integral conforme é preconizado. Ampliada e integral no sentido de alcançar todos os atores sociais que compõem essa política pública tão complexa, que é o Sistema Único de Saúde, visto que o que ocorre, predominantemente, no discurso a respeito da humanização no contexto hospitalar é restringir o público alvo dessa política unicamente aos usuários. É imprescindível, portanto, atentar - como esse trabalho de conclusão de curso se propõe - à valorização do trabalho e do trabalhador em saúde sob a perspectiva da proposta da PNH.

Ater-se aos aspectos condicionantes do encontro entre o trabalhador e o usuário se mostrou tão importante quanto reconhecer, através das reações dos entrevistados, os efeitos produzidos por essa troca no aspecto subjetivo dos sujeitos envolvidos e no atendimento que viriam a prestar aos usuários.

Ficou evidente que, na perspectiva dos trabalhadores, os sentidos do cuidado em saúde se apresentam muito em um processo de reverberação do cuidado que lhes é oferecido também como sujeitos que compõem o SUS, seja pelos próprios usuários, seja pelos gestores (diretos ou indiretos) e pelos colegas de serviço. Logo, na medida em que se sentem atendidos

em suas demandas, passam a se predispor, mais espontaneamente, em oferecer e significar as ações de cuidado que direcionam ao usuário.

Nesse sentido, cabe retomar o quão fecundo foi aprofundar os conceitos teóricos a fim de articular a vivência trazida pelos trabalhadores às políticas públicas já existentes, haja vista a PNH e a Educação Permanente. Compreender a dinâmica processual que faz com que os sujeitos se afetem de maneira mais ou menos engajada com a realidade do usuário, sugere possíveis compreensões acerca de fissuras existentes na implementação da humanização no SUS. Além disso, cria oportunidades para propor futuras intervenções na formação dos trabalhadores, com caráter de educação permanente.

Este trabalho, desse modo, se coloca como provocador de novos estudos que possam auxiliar no entendimento das relações estabelecidas entre usuários e trabalhadores e na proposição de estratégias mais efetivas na resposta às reais necessidades e demandas destes últimos.

## Referências

- Amador, F. & Fonseca, T. M. G. (2009). Da intuição como método filosófico à cartografia como método de pesquisa - considerações sobre o exercício cognitivo do cartógrafo. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 61(1), 30-37.
- Bardin, L. (2000). *Análise de conteúdo*. Lisboa (Po): Editora Edições 70.
- Backes, D. S., Koerich, M. S., Rodrigues, A. C. R. L., Drago, L.C., Klock, P., & Erdmann, A. L. (2009). O que os usuários pensam e falam do Sistema Único de Saúde? Uma análise dos significados à luz da carta dos direitos dos usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3), 903 - 910.
- Bianchessi, D. L. C., & Tittoni, J. (2009). Trabalho, saúde e subjetividade sob o olhar dos trabalhadores administrativos-operacionais de um hospital geral, público e universitário. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 19(4), 969 - 988.
- Campos, G. W. S. et al (2009). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Campos, G. W. S., Minayo, M. C. S., Akerman, M., Júnior, M. D., & Carvalho, Y. M. (2012). *Tratado de Saúde Coletiva* (2a ed.). São Paulo: HUCITEC EDITORA.
- Campos, R. O. (2005). O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(3), 573 -583.
- Carvalho, G. (2013). A saúde pública no Brasil. *Estudos Avançados* 27(78), 7-26.
- Chernicharo, I., Freitas, F. S., & Ferreira, M. A. (2013). Representações sociais da humanização do cuidado na concepção de usuários hospitalizados. *Saúde Soc*, 22(3), 830-839.
- Feuerwerker, L. (2005). Modelos Tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 9(18), 489 - 506.
- Grupo Hospitalar Conceição. Recuperado em 06 maio, 2017, de <https://www.ghc.com.br/default.asp?idMenu=unidades&idSubMenu=1>
- Goulart, B. N. G. & Chiari, B.M. (2010). Humanização das práticas do profissional de saúde - contribuições para reflexão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(1), 255 - 268.
- IDEC - Parceiro do Consumidor, 2006. Guia do Direito à Saúde: Sistema público de saúde (SUS), medicamentos e planos de saúde. Recuperado em 27 maio, 2017, de [http://www.guadedireitos.org/downloads/guia\\_direito\\_saude.pdf](http://www.guadedireitos.org/downloads/guia_direito_saude.pdf)
- Jodas, D. A. & Haddad, M.C.L.(2009). Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22 (2), 192-197.

Klein, A. I. & Barroso, V. L. M. (2006). *Memórias do Hospital Cristo Redentor - 50 anos*. Porto Alegre: EST.

Kristeva, J. (2000). *Sentido e contra-senso da revolta: poderes e limites da psicanálise I*. Rio de Janeiro: Rocco.

Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990 (1990). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF. Recuperado em 01 maio, 2017, de <http://www.editorasolucao.com.br/media/materialcomplementar/guiadoconcurso/UNCISAL/09-leis-8080-8142+LC-141+9394.leg.pdf>

Mansano, S. R. V. (2009). Sujeito, subjetividade e modos de subjetivação na contemporaneidade. *Revista de Psicologia da UNESP*, 8(2), 110-117.

Ministério da Saúde - MS. (2003). *Política Nacional de Humanização*. Brasília: Rede HumanizaSUS.

Ministério da Saúde – MS. (2013). *Política Nacional de Humanização - PNH*. Brasília: Rede HumanizaSUS. – 1º Edição, Reimpressão.

Osmo, A. & Schraiber, L.B. (2015). O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. *Saúde e Sociedade*, 24(1), 205-218.

Paiva, C. H. A. & Teixeira, L. A. (2014). Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *Histórias, Ciência, Saúde*, 21(1), 15 – 35.

Perin, N. M. (2005). *Organização da Informação da Memória do Hospital Nossa Senhora da Conceição: História oral (1959 – 1975)*. Projeto de Conclusão de Curso, Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, RS, Brasil.

Rosa, M. D. & Domingues, E. (2010). O método na pesquisa psicanalítica de fenômenos sociais e políticos: a utilização da entrevista e da observação. *Psicologia & Sociedade*, 22(1), 180 - 188.

Sarreta, F. O. (2009). Educação Permanente em Saúde para os trabalhadores do SUS. Recuperado em 06 maio, 2017, de <http://static.scielo.org/scielobooks/29k48/pdf/sarreta-9788579830099.pdf>

Sá, E. N. C. & Dimitrov, P. (1993). Funções da Secretaria de Estado da Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) de São Paulo. *Saúde e Sociedade*, 2(2), 1-22.

Schimith, M. D., Simon, B. S., Bretas, A. C. P., & Budo, M. L. D. (2011). Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, 9(3), 479-503.

Vasconcelos, C. M. & Pasche, D.F. (2012). O Sistema Único de Saúde. In Campos, G. W. S., Minayo, M. C. S., Akerman, M., Júnior, M. D., & Carvalho, Y. M. (2012). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: HUCITEC EDITORA.



## Apêndice A - Roteiro de Entrevista

1. Qual a sua formação? Discorra um pouco sobre sua escolha profissional.
2. Antes de você trabalhar no XX, já havia trabalhado em serviços de saúde? Discorra sobre o seu histórico profissional apontando semelhanças e diferenças entre os diversos contextos de trabalho.
3. O que você sabe sobre o SUS (origem, princípios e diretrizes)?
4. Em qual setor do XX você atua? Descreva um pouco da sua rotina de trabalho.
5. Comente sobre os aspectos positivos e negativos da sua atividade laboral.
6. Como é para você lidar com o atendimento ao público?
7. Comente acerca dos diferentes contextos sociais que permeiam as portas de entrada do SUS, representados na figura dos usuários. Como você lida com essas múltiplas realidades?
8. Trabalhar no contexto do SUS afeta quem você é? De que maneira?
9. Para finalizar, comente sobre alguma situação que aconteceu com você no contexto de trabalho e que, por algum motivo, lhe marcou.

## Apêndice B - TCLE

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr (a) a participar da Pesquisa **“Encontros entre o trabalhador administrativo em saúde e o usuário no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS)”**, sob a responsabilidade da pesquisadora Jéssica Schimitt e sob orientação da professora Dra. Vera Lucia Pasini. O objetivo deste estudo é compreender os processos psíquicos envolvidos no encontro diário entre Auxiliares Administrativos do Grupo Hospitalar Conceição e os usuários desse serviço de saúde.

Sua participação é voluntária e se dará mediante a resposta de uma entrevista orientada por algumas perguntas formuladas pela pesquisadora, mas com possibilidade de abertura para outras questões, as quais você poderá discorrer livremente. Essa entrevista terá o áudio gravado, para posterior transcrição e análise, contudo, será utilizada somente para os fins deste estudo, sendo garantindo o sigilo de sua identidade na divulgação dos resultados do estudo. As entrevistas ocorrerão nas salas de atendimento do Centro Administrativo do GHC, 3º andar. O horário será das 12:00 às 13:00, com duração média de uma hora.

Os riscos decorrentes desta pesquisa são mínimos, porquanto envolverá apenas o relato da sua rotina de trabalho e as suas impressões sobre ela. Contudo, poderá gerar desconforto no que diz respeito ao retorno a suas atividades laborais após o momento da entrevista. Caso isso aconteça, a equipe se coloca à disposição para mais um momento de escuta do participante. Se você aceitar participar, contribuirá para a melhor compreensão das relações interpessoais entre trabalhadores e usuários, que permeiam o Sistema Único de Saúde, o que incidirá, possivelmente, no futuro aprimoramento dos processos de trabalho e políticas públicas que atravessam o seu dia a dia. É importante salientar que você não terá custos para participar da pesquisa como também não receberá remuneração por ela.

Os dados obtidos serão utilizados somente para este estudo, sendo os mesmos armazenados pelo(a) pesquisador(a) principal durante 5 (cinco) anos e após totalmente destruídos (conforme preconiza a Resolução 466/12).

Caso você desistir de contribuir com o estudo após ter consentido, será possível interromper sua participação em qualquer uma das etapas da pesquisa, independente do motivo e sem danos à sua pessoa. Para obter qualquer outra informação, você poderá entrar em contato com a pesquisadora pelo telefone (51) 82717476 , pelo e-mail [jessi\\_schimitt@hotmail.com](mailto:jessi_schimitt@hotmail.com) .

Também, se houverem dúvidas quanto a questões éticas, você poderá entrar em contato com Daniel Demétrio Faustino da Silva, Coordenador-geral do CEP do GHC, pelo telefone 3357-2407, endereço Av. Francisco Trein 596, 3º andar, Bloco H, sala 11, das 09h às 12h e das 14h:30min às 17h. Há também a possibilidade de contatar a pesquisadora responsável pelo projeto, Maria Marta Borba Orofino, pelo telefone (51) 3255-1741, endereço Av. Francisco Trein 596, Centro Administrativo, 2º andar, ou pelo e-mail [martaorofino@gmail.com](mailto:martaorofino@gmail.com) .

Eu \_\_\_\_\_, após ter esclarecimentos acerca do estudo e de como ocorrerá minha participação, concordo em participar do projeto **“Encontros entre o trabalhador administrativo em saúde e o usuário no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS)”**. Tenho ciência que não haverá remuneração pela minha participação e que posso me retirar do estudo a qualquer momento. Declaro que recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com a pesquisadora.

\_\_\_\_\_

Assinatura do Participante

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura do Pesquisador Responsável