

**Atendimento ao usuário:  
fator contributivo para o sofrimento no trabalho em saúde?<sup>o</sup>  
(User's attendance: contributive factor for suffering in the health's work?)**

Suzane Beatriz Frantz Krug  
Jussara Maria Rosa Mendes  
Fernanda Beatriz Müller\*

**Resumo** – Ao trazeremos para debate a temática do sofrimento vinculado ao trabalho em saúde, julgamos importante articulá-la ao atendimento prestado aos usuários, aprofundando assim uma das vertentes existentes no processo de trabalho em saúde no serviço público. Fundamentado nos estudos de Botazzo (1999), entendemos que os trabalhadores de saúde e os usuários possuem necessidades e discursos diferentes, e ainda, reforçando as idéias de Campos (1997a), exercem diferentes papéis sociais, o que, muitas vezes, gera conflitos de interesses. A pesquisa caracterizou-se pela abordagem qualitativa, o que permitiu analisar as entrevistas realizadas à luz da análise de conteúdo. Os sujeitos do estudo constituíram-se de 17 trabalhadoras do serviço público municipal de saúde. Os resultados obtidos vieram ao encontro do referencial teórico utilizado, quando percebemos a divergência entre os interesses das trabalhadoras e os interesses dos usuários. A precariedade do setor impõe situações de sofrimento às trabalhadoras, pois a escassez de recursos, muitas vezes, obriga-as a agir com os recursos disponíveis e precários, para minimamente atender às solicitações crescentes da população; essas, muitas vezes, na visão das trabalhadoras, intransigentes. Ainda há a influência do contexto em que são construídas as relações entre o usuário e a trabalhadora da saúde, sendo inevitável que se faça uma articulação dos conflitos de interesses existentes com a tentativa de transição de um modelo assistencialista a outro promotor e preventivo.

**Palavras-chave** – Sofrimento no trabalho em saúde. Assistência ao usuário. Conflitos.

**Abstract** – In considering the issue of suffering that health care workers undergo, one must connect it with attendance to health care service users when this aspect of the work process in public health care is most emphasized. As one can learn from Botazzo's (1999) studies there are clearly conflicting needs and views between the users and the users and the working people involved concerning health care. Campos (1997a) also states these different social roles which often cause conflicts of interests. This study is a qualitative approach in which interviews are analyzed by a content analysis method. The subjects of this study were 17 female workers in the municipal health service. The data obtained were compatible with theoretical references that were used, and showed conflicting interests between attendants and users. The precarious state of this service brings about suffering situations to workers since, because of unprovided means, they have to cope with the situations with means at hand to

---

<sup>o</sup> Artigo recebido em 20.03.2007. Aprovado em 29.06.2007.

\* *Suzane Beatriz Frantz Krug* – Docente da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, Santa Cruz do Sul/RS – Brasil, Dra. em Serviço Social pela PUCRS, e-mail: skrug@unisc.br. *Jussara Maria Rosa Mendes* – Docente do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da PUCRS, Porto Alegre/RS – Brasil, e-mail: jussara@redemeta.com.br. *Fernanda Beatriz Müller* – Estudante de Enfermagem da UNISC, Santa Cruz do Sul/RS – Brasil, bolsista de Iniciação Científica, e-mail: feffabr@yahoo.com.br.

minimally attend the increasing requirements of the population, often regarded as improper by the public servants. Also, there is a great influence of the environment where these relations between users and attendants take place. So it is vital to find a mediating answer to these conflicts pattern to a preventive and self-promoting pattern of public health care.

### **Iniciando a caminhada**

Ao iniciar a discussão sobre sofrimento no trabalho em saúde, vinculado ao fator atendimento ao usuário, utilizamos as reflexões apresentadas por Campos (2005), referentes ao termo encontro, como sendo o ato de encontrar, de pôr-se em contato, sempre com resultado incerto. “O encontro pode ser cordial ou pode ser um rijo encontrão” (p. 575).

Segundo a autora em referência, na saúde coletiva o usuário comparece a esse encontro movido por demandas mais ou menos explícitas, munido de seu corpo e sua singular subjetividade, assim como o sujeito que um dia se transformou em um profissional de saúde. Então, esses dois atores sociais acabam se encontrando e compartilhando o mesmo espaço nos serviços de saúde, que serve de intercessor para sustentação de uma dimensão tecnológica do trabalho em saúde: a “tecnologia das relações, território próprio das tecnologias leves” (Franco, Bueno e Merhy, 1999, p. 346). Assim, qualquer abordagem de um trabalhador de saúde junto a um usuário, dá-se através de um processo de relações, de um encontro entre duas pessoas, “que atuam uma sobre a outra, e no qual opera um jogo de expectativas e produções” (Merhy, 1999, p. 308).

Botazzo (1999), em suas argumentações, promove uma discussão acerca dos papéis desses sujeitos nesse encontro, referindo que “freqüentemente o paciente não sabe onde se dirigir quando necessita de ajuda, e lhe parecerá sempre que se dirigiu ao lugar errado, como parecerá que aquelas pessoas que lá estão não trabalham como deviam. Depois aprenderá que é assim porque ‘os de cima’ não oferecem as condições necessárias e também porque o próprio paciente não procura o lugar certo e no momento adequado que seu caso requer, e isto tumultua o funcionamento da saúde e não permite que seus serviços sejam como deviam” (p. 27-28).

Nesse contexto, tentou-se articular um discurso de análise, que incluiu, além do trabalhador de saúde, o usuário, como um ator social significativo no processo de trabalho em saúde. Visto sob esse aspecto, os motivos pelos quais os discursos desses dois segmentos são diferentes é porque fundamentalmente ambos são figuras com necessidades diferentes. Como consequência do processo de relações, originado a partir do processo de trabalho em saúde, acabam inseridos em um mesmo contexto. Tendo o paciente como seu objeto de trabalho, o

funcionário de saúde lamenta que não lhe cumpram as prescrições, que o paciente teria de realizar um certo trabalho de saúde, que não realiza porque seu estilo de vida é desordenado. Por outro lado, a desordem do lugar e um trabalho que pode não lhe figurar como correto, o temor de que não lhe dêem retorno ao seu caso são as impressões do usuário ao construir seu discurso sobre o serviço de saúde. Essas considerações levam em conta os estudos de Botazzo (1999) sobre o processo de trabalho em unidades básicas de saúde.

Dessa forma, ocorre o embate, logo à saída, entre os dois segmentos, pois uns esperam aquilo que o outro não poderá realizar ou realiza de forma inadequada. O serviço público de saúde, além de abrigar os recursos materiais e os profissionais de saúde, necessários para realização do trabalho, abriga a subjetividade do trabalhador que, neste espaço, executa suas atividades laborais e (re)significa o seu trabalho vivo em ato (Merhy, 1999). Esse trabalhador possui várias e diferentes aspirações, valores, crenças, vêm de diversas procedências profissionais, formado por diversas escolas, com modos e técnicas terapêuticas e/ou diagnósticas que são o seu modo de trabalhar. Além da subjetividade do trabalhador, o serviço de saúde acolhe a subjetividade do usuário, no momento do encontro. Assim, trabalhador e usuário encontram-se, com desejos nem sempre idênticos, com certezas diversas, implicando tentativas redobradas de manter a disciplina e a organização. Merhy (1999) apresenta o contexto institucional e organizacional do trabalho em saúde, como território tensional, pois, “se constitui em espaço de intervenção de sujeitos coletivos [...] disputando o caminhar do dia-a-dia, com as normas e regras instituídas” (p. 309), e ainda, com os princípios ético-morais de cada sujeito do processo.

A partir dessa perspectiva, esse contexto histórico e organizacional do processo de trabalho pode trazer implicações no sofrimento, tanto dos trabalhadores de saúde, como dos usuários. No entanto, esta investigação propôs-se a analisar e refletir sobre essas implicações na saúde dos trabalhadores, tomando como princípio o atendimento aos usuários dos serviços públicos de saúde.

### **A trajetória metodológica**

A exploração da realidade empírica exigiu uma abordagem metodológica que extrapolasse o campo numérico e quantitativo através exclusivamente de uma condução linear e seqüencial da realidade. Nesse sentido, o estudo utilizou a abordagem qualitativa, tentando compreender os valores culturais e as representações de determinado grupo social sobre o

tema específico, as relações que se dão entre os atores sociais no âmbito das instituições de saúde, refletindo sobre o sofrimento e adoecimento no trabalho em saúde.

Leopardi (2002) afirma que, no caso da pesquisa qualitativa, o conhecimento é originário de informações de pessoas diretamente vinculadas com a experiência estudada, portanto não podem ser controladas e generalizadas. No entanto, por serem experiências verdadeiras de pessoas, não podem ser suspeitas e tidas como não-verdades. Os dados, por sua vez, não são coisas isoladas, acontecimentos fixos, percepções puras e definidas, de modo que todos os acontecimentos em um contexto são igualmente importantes, como a constância das manifestações, a sua ocasionalidade, a frequência, a interrupção, a fala e o silêncio. A coleta de dados, dessa forma, não é um processo cumulativo e linear, mas um processo de ir e vir, em interação com os sujeitos que vivem uma determinada experiência e são baseados na racionalidade e capacidade comunicacional desses sujeitos.

O principal instrumento utilizado para a coleta de dados junto às trabalhadoras da saúde foi a entrevista com um roteiro previamente formulado. Na medida do possível, após a autorização das integrantes do estudo, todas as entrevistas foram gravadas, no sentido de facilitar, posteriormente, a transcrição dos dados. Além da entrevista, utilizou-se a técnica da observação, registrada em um diário de campo.

Mulheres, profissionais da área da saúde, trabalhadoras do serviço público do município de Santa Cruz do Sul constituíram os sujeitos desta investigação. A presente pesquisa partiu de um contexto inicialmente quantificável de trabalhadoras identificadas com os critérios de inclusão no estudo. Na pesquisa do tipo qualitativo, Deslandes (2003) refere que o importante não é o número de pessoas que participam do processo de investigação, mas o significado atribuído por esses sujeitos às questões analisadas. O critério numérico não garante sua representatividade, mas a vinculação mais significativa para o problema a ser investigado. Sendo assim, não houve preocupação com amostragens quantitativas, mas com o significado da experiência do entrevistado, na condição de testemunho da sua situação como trabalhadora do campo da saúde. Fomos agendando e realizando as visitas e as entrevistas até percebermos que a repetitividade e a saturação dos dados já nos sinalizavam o caminho final do contato com a realidade empírica. Constituíram-se como sujeitos do estudo 17 profissionais da área da saúde. A pesquisa realizou-se no período de março de 2003 a julho de 2006.

É relevante citar a predominância de profissionais de saúde do sexo feminino atuantes no serviço público no município investigado. Segundo dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde, 80% do seu quadro funcional é constituído por trabalhadoras do sexo

feminino. Esse panorama acabou contribuindo para que a totalidade de integrantes do presente estudo também pertencesse ao sexo feminino.

Assim, verificou-se que a trabalhadora da saúde, participante deste estudo, situa-se na faixa etária de 34 a 51 anos de idade, é casada, com uma média de 1 a 3 filhos. A grande maioria possui entre 5 e 10 anos de trabalho no serviço público, atua nos turnos manhã e tarde e perfaz 36 horas semanais.

A investigação realizou-se com profissionais de saúde do serviço público do município de Santa Cruz do Sul/RS, o qual possui uma população de 107.501 habitantes, segundo dados do censo de 2001, sendo 52.043 habitantes do sexo masculino e 55.458 do sexo feminino. É considerado um pólo de desenvolvimento industrial e econômico, contando com a existência de diversas empresas dos mais diferentes ramos de atuação.

O sistema de saúde é municipalizado desde o ano de 1992, sendo responsável pelos serviços de saúde prestados à população. O município é servido por três hospitais gerais, com 333 leitos. O atendimento à população é realizado através da Secretaria Municipal de Saúde, que conta com 458 servidores municipais concursados, sendo destes 370 do sexo feminino e 88 do sexo masculino. A Secretaria conta com vinte e um postos e com duas unidades móveis equipadas para atendimento médico e odontológico. Dos postos, quinze localizam-se na zona urbana; destes, sete são implementados pelo Programa de Saúde da Família. Além dos postos referidos, o município conta também com 7 centros de atendimento especializado.

Os dados obtidos nas entrevistas foram analisados à luz do método de Análise de Conteúdo, adotando como técnica de análise a Análise Temática. Segundo Minayo (1999), a técnica da Análise de Conteúdo é comumente utilizada no tratamento de dados em uma pesquisa qualitativa. Os procedimentos deste método “... emergem de uma situação contextual, ou de algum texto ou mensagem e convergem para buscar o conhecimento daquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça” (Rodrigues, 1999, p. 19). Essa análise foi articulada com os dados obtidos através do diário de campo e das observações realizadas nos locais de trabalho das integrantes do estudo, tentando tornar a discussão dos dados mais enriquecedora e não demasiadamente compartimentalizada.

É importante ressaltar que a pesquisa está fundamentada em princípios éticos de acordo com a Resolução 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) – Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Aos integrantes do estudo, foi apresentado o termo de consentimento livre e esclarecido. Entre os princípios éticos, constantes nesse termo, estão a anuência do sujeito da pesquisa após a explicação completa e detalhada sobre a natureza da pesquisa, objetivos, métodos, benefícios

previstos, potenciais, riscos e incômodo que a pesquisa possa vir a acarretar. Ainda, o projeto de pesquisa foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) e recebeu parecer favorável. Da mesma forma, a Secretaria Municipal de Saúde do município onde o estudo foi desenvolvido emitiu parecer favorável em três ocasiões de análise do projeto.

### **Os resultados do encontro**

A pretensão é dialogar sobre os diferentes encontros que a realização da pesquisa desencadeou, principalmente, os que aconteceram com as trabalhadoras da saúde, que nos desvelaram o sofrimento advindo do contato com o usuário, através da associação das suas falas, com as observações realizadas e os registros do diário de campo. Os depoimentos das entrevistadas denotam claramente o vivido e o sentido pelas integrantes do estudo (Krug, 2006), com a percepção de quem diariamente convive com o trabalho em saúde, que, segundo Merhy (1999), configura-se como um processo de produção a operar em alto grau de incerteza.

A contextualização das atuais necessidades sociais da população, entre elas, as demandas de saúde, apresenta-se como sinais evidentes das dificuldades e precariedades sociais e econômicas da sociedade em geral. Assim, os trabalhadores de saúde acabam, muitas vezes, transformando-se de sujeitos do processo de trabalho a espectadores do mesmo, quando a situação obriga-os a agir com os recursos disponíveis e precários do serviço de saúde, para minimamente atender às solicitações excessivas e crescentes da população, essas muitas vezes, na visão das participantes do estudo, demasiadamente intransigentes. Esse complexo panorama parece configurar-se como um verdadeiro mosaico, em que a causalidade e as conseqüências das questões envolvidas na assistência em saúde entre trabalhador e usuário acabam tornando-se cada vez mais imbricadas, cada vez mais contidas uma na outra (Krug, 2006). As trabalhadoras apontaram exigências incessantes por produtividade e resolutividade no trabalho em saúde, denotando uma relação mercantilista que, a partir de demandas mensuráveis, adentrou na área da saúde. Assim, no cotidiano da saúde, fazem-se presentes conflitos ético-profissionais que interferem, muitas vezes, na organização do processo de trabalho e no relacionamento entre os profissionais da equipe de saúde e entre estes e os usuários.

Nessa vertente, que Campos (1997b) expõe em suas reflexões, discutem-se atores/sujeitos e seus exercícios de poder, buscando-se sinalizar para um conjunto de

racionalidades partilhadas por campos de saber aparentemente díspares e, talvez, perceber que os discursos sobre os pacientes e sobre os trabalhadores de saúde são tão diversos quanto são os sujeitos que os formulam. Sob o foco de análise e reflexão a respeito dessas argumentações das trabalhadoras, entende-se que o usuário quer ser bem acolhido, possui as suas necessidades, que podem encontrar-se em um nível de exigência, nem sempre possível de ser atendido pelos recursos disponíveis no serviço público de saúde. Essas exigências podem demonstrar o olhar que o usuário possui do sistema de saúde e dos serviços a ele oferecidos, caracterizando uma certa insegurança acerca da resolutividade do serviço e da qualidade do mesmo (Krug, 2006).

Na verdade, esse contexto de trabalho, que relaciona o encontro entre trabalhador de saúde e usuário, caracteriza uma noção distorcida de objetividade em saúde, que contribui para promover a distância sistemática sobre as coisas do trabalhador e do usuário. Nessa perspectiva, acaba-se gerando uma relação autoritária, que põe fim às necessidades daquele que incorpora a carência, contribuindo para reduzi-lo à solidão, no sentido de que somente o que é objetivo passa a ser tratado. Assim, o doente foi substituído pela doença e o foco do trabalho foi subtraído dos sujeitos envolvidos no processo terapêutico para localizar-se na estrutura da assistência. As rotinas e métodos se tornam mais importantes que o sujeito possuidor da carência que originou o trabalho, ou mais importante que o próprio trabalhador, conforme também apontado pelas trabalhadoras. Leopardi (1999) aponta que ocorre assim uma inversão, pois o sujeito moral é aquele que não padece a ação do outro, nem atua sobre o outro, infundindo, dessa forma, no próprio trabalhador de saúde, uma desagregação de si, quando atua robotizado, compelido pelo sistema. Como reação moral de limites a esta degeneração, surgiu a necessidade de estabelecerem-se os códigos de ética profissionais que, seguindo a origem das éticas deontológicas preceituais, limitam-se ao bem-estar, à autonomia interna, como virtude de fazer o bem necessário, subordinado a regras institucionais, que muitas vezes são antagônicas às primeiras.

Mediante essas reflexões, quanto mais hierarquicamente o trabalhador for subordinado, do mesmo modo que o usuário do sistema de saúde, mais vai perdendo sua dimensão de subjetividade, sendo expropriado de suas forças físicas e mentais. Quando ele resolve tentar a sua autonomia, na diversidade entre o “fazer” e a “arte”, tem que enfrentar inúmeras barreiras, a maioria delas relacionadas a questões de produtividade, que envolvem a diminuição dos custos financeiros da assistência a ser prestada e o aumento do número dos procedimentos realizados, implicando, dessa forma, a qualidade da assistência a ser prestada (Krug, 2006).

O trabalhador, refere Botazzo (1999), na verdade, legitima o vínculo da ligação institucional e estabelece a partir dessa ligação o vínculo com seu paciente. Nesse sentido, freqüentemente o trabalhador de saúde é cobrado pela forma de atendimento que presta, exigindo-se dele sensibilidade e humanização, por exemplo. A questão está em se esta sensibilização e humanização do trabalhador não estariam mais bem resguardadas se o abrigasse uma organização sensível, lugar de formação de um trabalhador sensível? Assim, não é fácil ser trabalhador de saúde, nem é fácil a vida do usuário.

Inscrevem-se, neste contexto, os depoimentos das trabalhadoras sobre tensões e conflitos existentes no seu trabalho acerca do modo de assistência prestada, originando embates e situações de dúvidas, de angústias, de questionamentos, que se configuram em estresse, sofrimentos e desgastes. Em um momento, o trabalhador se vê exigido pelo modelo de excelência em produtividade; por outro, se vê em um dilema profissional e também ético sobre as condutas corretas que a sua formação profissional exige na assistência ao usuário. Essas situações de desgaste e tensão foram exaustivamente narradas, e pontuadas com unanimidade pelas trabalhadoras (Krug, 2006).

Nessa perspectiva, Vasconcelos (1997) enfatiza que os aspectos sociais não são considerados, uma vez que dificilmente podem ser abordados e controlados de forma estatística. Nem tudo que é importante em saúde pode ser medido matematicamente. Muitas propostas de promoção de saúde são orientadas por estudos epidemiológicos que buscam identificar fatores de risco que estejam associados com os problemas de saúde. Para o profissional, para o gestor e também para o usuário, dentro de uma perspectiva positivista, busca-se orientar a atuação em saúde através de ações que tenham eficácia comprovada estatisticamente, com a opção de alteração de comportamentos de risco como sendo a solução. A ênfase na responsabilidade pessoal e individual, enfatizando-se o enfoque curativo em saúde, deixa de lado as considerações sobre as limitações que fatores culturais, políticos, sociais e econômicos põem na capacidade de resposta dos indivíduos às necessidades e aos desafios impostos pelo ambiente.

Mesmo admitindo as divergências e tensões entre os enfoques de assistência à saúde e as implicações daí advindas, tanto para o usuário como para o trabalhador de saúde, Campos (1997a) apresenta, em seus estudos, que, historicamente, no início das discussões sobre as práticas clínicas e os modelos de atenção, havia um forte entendimento de que o trabalho curativo, na verdade, seria a melhor forma de estabelecer contato para a realização de serviço preventivo. No campo do trabalho preventivo, há uma necessidade particular de enfatizar que o estudo da saúde deve estar ligado ao estudo da técnica. Assim, o trabalho curativo deve

articular-se ao preventivo, de forma que o serviço procurado pelas pessoas, por iniciativa própria, possa ser complementado pelo serviço, cujos interesses requerem. Na perspectiva da trabalhadora de saúde, a investigação demonstrou que, exatamente, esse é um ponto importante, contributivo para o sofrimento vinculado ao trabalho. A formação profissional das trabalhadoras de saúde, sustentada pelo comprometimento ético, demonstrou que os embates ocorrem nesse nível, levando-se em conta a demanda curativista dos usuários em contrapartida a uma tentativa de assistência pautada no foco promotor de saúde e preventivo da doença das trabalhadoras de saúde.

### **Considerações finais**

Ao escrever sobre saúde, adentramos em profundidade o bem maior do ser humano, e é inevitável que logo à saída, cheguemos ao mundo das relações, o qual permeou a construção deste escrito. O contexto relacional é marcado por encontros, num movimento dialético de ir e vir, de encontrar-se, desencontrar-se, para depois, encontrar-se novamente, pondo-se em contato com novos sujeitos, em momentos distintos, diferentes olhares e subjetividade infinita.

Esse contexto relacional insere-se no panorama das modificações pelas quais a área da saúde historicamente vem passando, e que acabam por causar implicações na assistência. Fatores como a inovação tecnológica; o aprofundamento do distanciamento entre os profissionais de saúde e os pacientes, à medida que a manipulação dos problemas de saúde, preventivos ou curativos, interpõem mais e mais artefatos entre ambos; a hierarquização do trabalho ainda centrada no profissional médico, mesmo que outras profissões venham ganhando espaço no mercado; o trabalhador de saúde sendo consumido no trabalho, pelo excesso de responsabilidades, cargas ocupacionais e condições inadequadas no ambiente, estão cada vez mais presentes.

É importante lembrar que o avanço do campo da saúde constrói-se não apenas pelo acúmulo progressivo de conhecimentos e técnicas, mas também como resposta a desafios e problemas enfrentados pelos grupos sociais dominantes na política e na economia, que controlam demandas, diretrizes, pesquisas e respectivos aportes financeiros. Nessa vertente de pensamento, nos países capitalistas centrais, o liberalismo é a ideologia hegemônica, em que saúde é um bem que se compra e se vende, se escolhe ou rejeita com base em opções individuais. Promover saúde, assim, significaria ajudar tecnicamente os indivíduos a fazer mudanças em seus hábitos e estilo de vida. Para Campos (2005), nesse sentido, a definição de

quais meios técnicos e de suporte um dado trabalhador possui, ou não, na sua prática, será fundamental tanto para a eficácia dessas práticas quanto interferirá também no grau de resistência e tolerância com que o sujeito conta para enfrentar o dia-a-dia em contato permanente com a dor e o sofrimento dos usuários.

É inevitável que façamos uma articulação entre os embates e o conflito de interesses existentes entre trabalhadores e usuários, com o processo de transição atual do panorama da saúde, de tentativa de superação do modelo de assistência curativo. Ghiorzi (2004) aborda os processos de mudança como processos de morte e (re)vida, que implicam conflitos internos e desconstruções. Esse processo de desconstrução de um modelo (assistencialismo) para construção de outro (prevenção e promoção) configura-se como fator contribuinte para as divergências de interesses presentes nas relações de sujeitos que poderiam se complementar em seus saberes e crenças, e não conflituarem entre si, numa luta, muitas vezes silenciosa, porém, sofrida para quem a vivencia.

Essas questões parecem-nos centrais, inclusive porque as trabalhadoras apontaram exigências incessantes por produtividade no trabalho em saúde, denotando a interferência de demandas quantificáveis que, em uma notória relação de mercado, adentraram na área da saúde também no serviço público. Originam-se, dessa forma, embates e conflitos éticos e organizacionais para a trabalhadora de saúde e também para a equipe de trabalho do serviço, afetando, muitas vezes, o relacionamento de trabalho entre os profissionais e entre os profissionais e os usuários. Nesse contexto, o sofrimento e adoecimento no trabalho podem estar refletindo na resolutividade e na qualidade das ações em saúde prestadas aos usuários: necessidades e exigências identificadas pelas trabalhadoras, como constantes, excessivas e muitas vezes desnecessárias.

O reconhecimento da construção social do sofrimento no trabalho em saúde é importante para suscitar reflexões sobre o binômio saúde-trabalho, na perspectiva de constituir-se em impulsos e comprometimentos éticos, políticos e profissionais na busca de uma transformação coletiva que atenda às necessidades que surgem das novas e velhas formas de organização e gestão do trabalho. Assim, este estudo pode contribuir para a continuidade de uma caminhada, provocando atitudes que ultrapassem a indignação e o conformismo e busquem efetivamente a transformação. Ressalta-se a importância de se compreender a saúde e a doença dos trabalhadores de forma mais integral, com uma amplitude determinada por fatores físicos, mentais, culturais, econômicos e sociais; e a necessidade de confrontar e reconhecer as causas que contribuem para o sofrimento no trabalho (Krug, 2006).

Temos ciência de que nossas reflexões tiveram caráter muito mais provocativo do que contemplativo do problema levantado na pesquisa. Sendo assim, voltamos à questão: o atendimento ao usuário é um fator contributivo para o sofrimento no trabalho em saúde? Entendemos que um “sim” ou um “não” não sejam suficientes para respondê-la, considerando a complexidade de fatores que permeiam essas relações. A realidade vivenciada no trabalho em saúde, trazida à tona pelos sujeitos do estudo, nos permitiu refletir na tentativa de responder a este questionamento. A relação de complementaridade entre trabalhador de saúde e usuário, referida pelo aporte bibliográfico utilizado, não está sendo viável, tornando-se assim, fator de desgaste e sofrimento às trabalhadoras.

Ao discorrermos sobre as relações existentes no trabalho em saúde, sobre o “trabalho vivo em ato” (Merhy, 1999), inserido na realidade apresentada e, conseqüentemente, sofrendo as influências desse contexto, assim gerando sofrimento aos sujeitos do processo – trabalhador e usuário –, retomamos o sofrimento gerado ao trabalhador pela escassez de possibilidades frente à realidade do serviço público de saúde. Este mesmo autor nos traz que esta centralidade do processo de trabalho em saúde, em trabalho vivo, o define como espaço aberto para a exploração de potências, para ação de dispositivos que disparem novas subjetividades, que conformem as representações de saúde como bem social. No entanto, a realidade que trazemos não está em consonância com essas possibilidades referidas. Deparamo-nos com um contexto que, pela excessiva demanda, conforme mencionado pelas próprias profissionais de saúde, limita o prazer de encontrar-se, de construir conjuntamente e, assim, modificar este panorama.

### Referências

- BRASIL. Resolução 196, de 16 de outubro de 1996. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. Disponível em: <[www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm](http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm)>. Acessado em: 21 mar. 2005.
- BOTAZZO, Carlos. *Unidade Básica de Saúde: a porta do sistema revisitado*. Bauru, SP: EDUSC, 1999.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1997a.
- . Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, Luis Carlos de Souza (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1997b, p. 29-87.
- CAMPOS, Rosana Onocko. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 10, n. 3, p. 573-583, 2005.

DESLANDES, Suely Ferreira. A construção do projeto de pesquisa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). *Pesquisa social – teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2003, p. 31-50.

FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderley Silva; MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, abr.-jun. 1999.

GHIORZI, Ângela da Rosa. *Entre o dito e o não-dito: da percepção à expressão comunicacional*. Florianópolis: NFR/UFSC, 2004. v. 1.

KRUG, Suzane Beatriz Frantz. *Sofrimento no trabalho: a construção social do adoecimento de trabalhadoras da saúde*. Tese (Programa de Pós-Graduação em Serviço Social). 2006. 196 f. PUCRS, Porto Alegre, 2006.

LEOPARDI, Maria Tereza. *Metodologia da pesquisa na saúde*. 2. ed. rev. atual. Florianópolis: UFSC, 2002.

MERHY, Emerson Elias. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 4, n. 2, p. 305-314, 1999.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento*. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1999.

RODRIGUES, Maria Socorro Pereira; LEOPARDI, Maria Tereza. *O método de análise de conteúdo: uma versão para enfermeiros*. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. *Educação popular nos serviços de saúde*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.