

O USO DE FERRAMENTAS ANALISADORAS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: O Caso do Serviço Social do Hospital das Clínicas da UNICAMP (Campinas-SP).¹

Túlio Batista Franco

Psicólogo Sanitarista
Mestrando em Saúde Coletiva - UNICAMP

Emerson Elias Merhy

Médico Sanitarista
Professor do DMPS/UNICAMP

INTRODUÇÃO

Geralmente quando começamos a avaliar determinado serviço de saúde, os trabalhadores que fazem esse exercício têm a tendência de discutir os aspectos mais gerais, macro estruturais do serviço, muitas vezes centrado nele mesmo. Porém, o que se observa é que para uma análise ser eficaz, ela deve reunir em torno de si, elementos, que dizem respeito às relações intra e inter institucionais e outros relacionados à micropolítica da organização dos serviços, que dizem respeito às relações firmadas no processo de trabalho, aos interesses em jogo no dia a dia do serviço. Só assim, será possível mergulhar nos processos micro decisórios do cotidiano do serviço de saúde, identificando seus problemas, a partir dos ruídos gerados na assistência oferecida ao usuário. Uma reflexão com o objetivo de realizar uma análise situacional dos serviços e/ou estabelecimentos de saúde, deve lançar sobre o mesmo um olhar crítico e interrogador das diversas questões a ele implicadas. Será muito importante para este objetivo, os seguintes aspectos:

1. localizar no contexto geral, situacional, o lugar que ocupa o serviço em questão.
2. identificar a rede de relações existente inter e intra equipamento assistencial analisado, e nesta rede, esclarecer os pedidos e compromissos assumidos entre os diversos atores implicados na arena operacional e decisória.
3. ouvir com objetividade os ruídos que existem no processo de trabalho e na assistência prestada ao usuário, sabendo avaliar suas razões e através deles interrogando o próprio serviço de saúde e o processo de trabalho a ele acoplado.
4. lançar luz sobre áreas de sombras que existem no serviço, problemas antes não revelados, muito menos sabidos, e que determinam o cotidiano da produção de

¹ Agradecimentos a Sandra Regina A. M. Terra, Diretora Técnica e toda equipe do Serviço Social do Hospital das Clínicas da UNICAMP.

serviços.

5. analisar a micropolítica da organização do processo de trabalho e da tecnologia das relações, como campo privilegiado do “saber-fazer” e neste contexto, o manejo das “tecnologias leves” (Merhy, Hucitec - 1997), como determinante das energias criativas e criadoras de novos padrões assistenciais.

Antes de gestores e trabalhadores iniciarem um processo de avaliação de determinado serviço e/ou estabelecimento de saúde, devemos nos interrogarmos com as seguintes questões: Vamos avaliar este serviço, *para quê?* A avaliação aqui realizada, servirá *a quem?* As mudanças institucionais, possivelmente identificadas como necessárias, serão viabilizadas *como?* Portanto, estamos diante de uma questão de maior grandeza, a que colocamos sobre o nosso próprio trabalho analítico, quando nos interrogamos da sua serventia, a quem se destina e as possíveis conseqüências práticas que ele pode produzir. Enfim, o que fazemos, a quem servimos e para onde vamos, são questões que perturbam nosso sono se não conseguirmos respondê-las objetivamente. Principalmente, se gestores e trabalhadores estão comprometidos com determinado projeto assistencial, centrado nos usuários e seus problemas de saúde. Ao referirmos a estas questões, não estamos apenas falando do conteúdo, mas principalmente, o *para que?*; *a quem?* e o *como?*, nos dizem fundamentalmente sobre um certo rumo para o exercício profissional e sobre o método de intervenção em serviços, que deve ser competente para produzir sujeitos. Além disto, responder a estas questões indicam também um caminho a ser seguido, apontam determinada estratégia, no sentido matusiano do termo, que considera estratégia como “o uso ou aplicação da mudança situacional visando alcançar a situação-objetivo”².

Respondendo o *para quê?* ou falando da estratégia.

Os serviços de saúde em geral operam de acordo com o modelo hegemônico, centrado nos interesses das grandes corporações em sintonia com os objetivos institucionais do estabelecimento. Estes são determinados por um lado, pelas questões relacionadas a macro estrutura social, da divisão técnica e social do trabalho, de ordem mercadológica e das políticas de saúde. Por outro lado, são determinantes do modelo de atenção à saúde, a forma como os trabalhadores operam os serviços, o modo de fazer a assistência, as relações que estabelecem e os processos decisórios implícitos no processo de trabalho cotidiano.

² Ver Matus, C.; “O Conceito de Estratégia” in Política, Planejamento e Governo - Tomo I, IPEA; Brasília (DF); 1993 - pág. 195.

Este conjunto, macro e micro organonizacional e institucional, que moldura o serviço de saúde, raramente desenha o seu modelo de assistência centrado no usuário. A forma normativo-burocrática de operar os processos de trabalho em saúde, aprisiona a energia transformadora produzida de relações construídas no dia a dia do serviço entre os próprios trabalhadores e destes com os usuários. Em relação a estes últimos, são vistos como um objeto, à mercê do poder absoluto exercido pelos trabalhadores. Neste modelo tradicional, o encontro dos serviços com seu destinatário final, se dá por parâmetros burocráticos, onde as **necessidades** dos usuários são apenas subsidiárias aos interesses das corporações e do estabelecimento.

Fazer uma análise situacional do serviço de saúde, requer um olhar crítico sobre os processos instituídos e seus pilares de sustentação. O melhor produto desta análise deve ser, a criação da possibilidade de mudanças. Em conseqüência, um futuro planejamento das atividades deste serviço e/ou estabelecimento, deve se realizar, no sentido de abrir espaço às ações e movimentos instituintes. Derrubar os pilares que engessam o processo de trabalho e impedem inovações nos serviços de saúde, organizar um ambiente favorável à construção do novo, transformar a realidade instituída, será possível a partir das energias mudancistas liberadas pelo processo de análise do serviço/estabelecimento. Enfim, deseje-se remodelar o serviço, a partir de novas bases, relacionadas a determinado projeto assistencial coletivamente construído.

Se definimos o objetivo de um trabalho analítico, como os relacionados acima, nos vêm então a segunda questão: quem conduzirá a ação transformadora, a construção do devir a partir das bases constituídas com a análise do serviço e/ou estabelecimento?

Respondendo o *a quem?* se destina este trabalho.

O ator social e político, capaz de conduzir um processo de mudanças a partir do trabalho, são os próprios trabalhadores. Eles detêm o recurso fundamental do conhecimento técnico, não apenas da sua formação, mas principalmente o que foi adquirido a partir da sua experiência concreta no dia a dia do serviço. Mais do que isto, os trabalhadores estabelecem relações entre si e com o usuário, controlando o processo de trabalho. Este controle, lhes dá o extraordinário poder do “fazer”, podendo assim, operar os serviços de um modo ou de outro, conforme o projeto que ele considera mais adequado, de acordo com seus interesses, aos do usuário e do serviço, possivelmente nesta ordem. A transformação

dos serviços de saúde portanto, é possível a partir de mudanças no processo de trabalho, desde que se permita que o trabalho vivo, que opera a partir do conhecimento e das relações estabelecidas entre os próprios trabalhadores e destes com os usuários seja o fator determinante na organização e operacionalização dos serviços/estabelecimentos. Este é o terreno das tecnologias leves, capazes de conduzir a processos de mudanças na micropolítica da organização dos serviços de saúde ³.

Portanto, o trabalho de análise institucional como está aqui mencionado, se destina prioritariamente aos trabalhadores de saúde, os quais identificamos como os sujeitos por excelência, das mudanças nos serviços. Tem portanto, o objetivo de oferecer elementos para suas ações específicas, no sentido de criar movimentos instituintes no interior do serviço e/ou estabelecimento de saúde.

Estes trabalhadores só serão capazes de se colocarem como sujeitos em ação, se identificarem que a força transformadora se encontra neles mesmos e se tiverem compreensão dos processos vivenciados no seu trabalho. Neste sentido, em um processo de análise, a avaliação restrita ao plano da macro estrutura na qual se insere os serviços de saúde é absolutamente insuficiente. A compreensão dos micro processos decisórios, vividos a partir de cada um e do coletivo, no seu fazer cotidiano é que dará a real dimensão dos problemas e o alcance eficiente de ações instituintes neste patamar.

O processo de análise deve ser eficaz para mostrar a estes trabalhadores o que eles estão vivendo a cada dia, processos operativos não conscientes, velados pelo domínio hegemônico das corporações e pela burocracia nos estabelecimentos de saúde, que enquadram os serviços aos seus interesses, impedindo a ação criativa e criadora de cada um. Esse aprisionamento do processo de trabalho, anula “sujeitos autênticos”, trabalhadores individuais e coletivos, criando-lhes uma certa “cegueira institucional”, impedindo sua ação consciente, tornando-os sujeitados, ao invés de sujeitos do seu próprio processo de trabalho.

A ação instituinte será possível se o processo de análise situacional feito no serviço/estabelecimento de saúde, criar processos que revelem aos trabalhadores as áreas de sombra criadas por inúmeros processos intrínsecos à política hegemônica de organização dos serviços e do processo de trabalho. Mas, além de revelar estas questões,

³ Ver Merhy, E. E.; “Em Busca do Tempo Perdido: A Micropolítica do Trabalho Vivo em Saúde” in Agir em Saúde, um desafio para o público; Merhy, E. E. e Onocko, R. (Orgs.); HUCITEC, São Paulo, 1997.

será necessário que estes mesmos processos criados pela reflexão sobre o serviço, sirva para que os trabalhadores se **apropriem** da sua realidade institucional e de seus próprios protagonismos. Essa apropriação lhes dá a possibilidade de serem artífices das mudanças pretendidas de acordo com determinado projeto estratégico que pode muito bem ser, o de um serviço centrado nos interesses dos usuários.

O desafio portanto que se coloca, é o de fazer uma análise situacional do serviço de saúde, com características de “análise institucional”⁴, capaz de abrir processos de reflexão com objetivos acima mencionadas, e se coloque em condições de formar sujeitos neste processo.

Respondendo ao *como?* formar sujeitos no processo de análise de determinado serviço e/ou estabelecimento de saúde.

Partimos do pressuposto de que para formar sujeitos no processo, a análise da situação do serviço deve ser feita de forma coletiva, envolvendo os gestores e através destes, os trabalhadores. Buscamos nos registros de memória de cada um, os dados e informações para serem discutidas e processadas coletivamente. Acontece que muitas vezes a observação direta, a memória e a verbalização dos processos vividos por cada um, são insuficientes para revelar algumas áreas ocultas da micropolítica de organização dos serviços e do processo de trabalho. Neste sentido, será necessário lançar mão de instrumentos, que por serem auto-analíticos dos protagonismos cotidianos dos distintos agentes institucionais, lancem luzes a estas áreas até então obscuras aos trabalhadores que operam os serviços de saúde no seu dia a dia. Utilizamos a “rede de petição e compromissos” e o “fluxograma descritor” como ferramentas analisadoras, que possam contribuir, para abrir algumas “caixas pretas” tanto presentes na micropolítica dos processos de trabalho⁵, quanto nos mecanismos organizacionais capturantes das ações mais autônomas dos distintos sujeitos em cena. As “caixas pretas”, as quais nos referimos, dizem respeito aos mecanismos que as corporações e a burocracia do estabelecimento utilizam

4 Análise Institucional está aqui mencionada enquanto um **método** de intervenção analítica. Gregório Barembliit diz que a análise institucional “...se propõe propiciar os processos auto-analíticos (ver Auto-análise) e autogestivos (ver Autogestão) circunscritos (se for o caso), mas tendendo sempre a que se expandam até conseguir um alcance generalizado ...”.

Ver Barembliit, G.; Compêndio de Análise Institucional e outras correntes; Ed. ROSA DOS TEMPOS; Rio de Janeiro, 1992.

5 Ver Merhy, E. E.; “Em Busca de Ferramentas Analisadoras das Tecnologias em Saúde: A Informação e o Dia a Dia de um Serviço, Interrogando e Gerindo Trabalho em Saúde” in Agir em Saúde, um desafio para o público; Merhy, E. E. e Onocko, R. (Orgs.); HUCITEC, São Paulo, 1997.

para aprisionar e enquadrar o serviço, a determinadas normas, objetivos e resultados. Desta forma, impõem aos serviços de saúde um modo de agir próprio de acordo com seus interesses. Esse processo, histórica e politicamente determinado, é institucionalmente subliminar à ação consciente do trabalhador, e por isto mesmo, mecânico. Por outro lado, é determinante na maioria das vezes, do resultado final do trabalho realizado, fundamentalmente, dos produtos daquele estabelecimento.

O que se pretende com o processo de análise, ao abrir as “caixas pretas”, é revelar aos trabalhadores as amarras do serviço de saúde. Pretende-se assim, torná-los conscientes e ao mesmo tempo, donos dos processos vividos e constituídos por eles mesmos.

Como já foi mencionado, partimos da avaliação que os trabalhadores controlam recursos fundamentais para a ação transformadora dos serviços de saúde, dentre os quais destacamos: o recurso do conhecimento técnico, em primeiro lugar e em segundo lugar, o recurso do controle do processo de trabalho. As “tecnologias leves” são de seu domínio por natureza, e é acionando seu instrumental que eles vão conseguir alterar a micropolítica da organização dos serviços de saúde, organizando-os para outros objetivos e resultados, não mais de acordo com interesses das corporações e dos burocratas, mas no interesse do usuário em relação com os próprios trabalhadores, se puderem dar-lhes uma direcionalidade mais partilhada no coletivo dos sujeitos envolvidos, como um processo de “publicização” dos vários fazeres “privados”.

A utilização da “rede de petição e compromissos” e do “fluxograma descritor” contribui na ação de observar, relatar e analisar o serviço de saúde sob o ponto de vista macro e micro estrutural. Permite a desconstrução e a simultânea construção do imaginário coletivo em torno das questões colocadas pelo serviço de saúde, o trabalho e as relações implicadas com os produtos deste mesmo serviço.

O método portanto, conduz a uma contínua busca, a partir dos próprios protagonistas do trabalho que se realiza.

O CASO DO SERVIÇO SOCIAL DO HC-UNICAMP

Caracterização do Serviço Social do HC-UNICAMP

O Serviço Social do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas

-HC-UNICAMP - tem atuação junto às áreas dos ambulatórios, procedimentos especializados, pronto socorro, programa de DST/AIDS e enfermarias do hospital. Conta atualmente com um quadro funcional de 50 assistentes sociais, incluídos a diretoria técnica, 30 auxiliares de assistentes sociais e 6 funcionários administrativos. Oferece produtos de assistência social, definidos pelo grau de complexidade em:

- Atendimento Social I : orientação simples.
- Atendimento Social II : orientação simples e convocação / prestação de auxílios concretos (passe, lanche, auxílio financeiro).
- Atendimento Social III : abordagem de baixa complexidade (orientações e encaminhamentos à Recursos da Comunidade, casas de retaguarda, grupos sala de espera.
- Atendimento IV : Abordagem de média complexidade (entrevista inicial, casos novos, grupos educativo-terapêutico).
- Atendimento V : Abordagem de alta complexidade (atendimento familiar, atendimento individual complexo - A T , T S , DST/AIDS).
- Atendimento VI : Abordagem de altíssima complexidade (atendimento de maus tratos, rejeição familiar, desconhecidos).

Nas áreas dos ambulatórios, o Serviço Social conta com um plantão e tem como missão específica, regimentalmente definida o seguinte: “Ser um Serviço Social de referência, que atua junto ao usuário dos diversos ambulatórios do HC e seus familiares, prestando atendimento em nível assistencial e educativo, favorecendo a aderência ao tratamento, implementando projetos de estágios e aprimorando na área de Serviço Social, elaborando e executando pesquisas ligadas ao trabalho desenvolvido”.

Relato

O trabalho junto ao Serviço Social do HC-UNICAMP teve início, a partir de solicitação feita pela sua diretoria técnica e corpo de coordenadores, para uma contribuição na reflexão e análise sobre o desenvolvimento do Serviço Social no HC. Partiam de diversos questionamentos em relação ao modelo de assistência social adotado, e ainda havia dúvidas em relação ao próprio caminho que o Serviço Social estava seguindo no hospital.

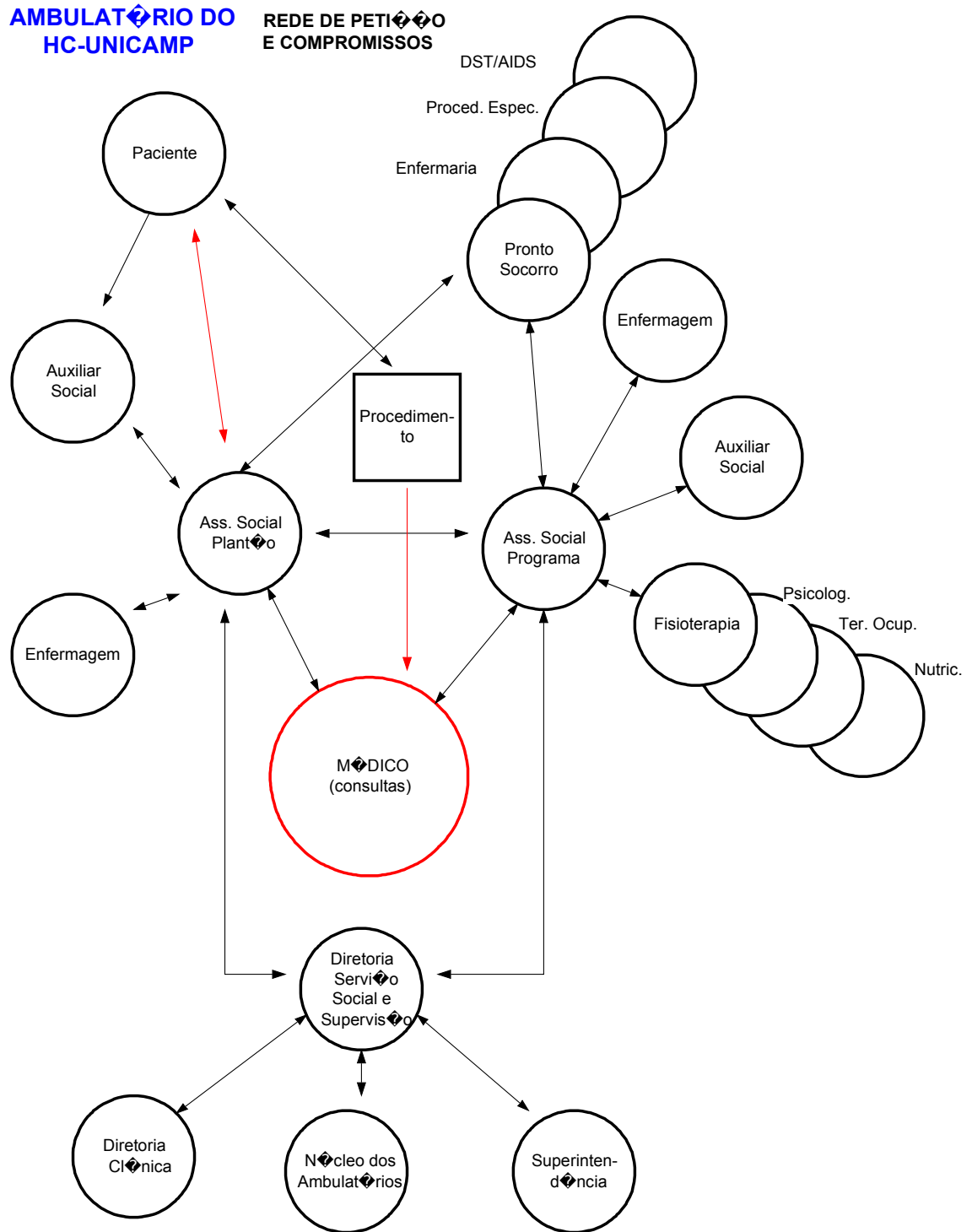
A busca de uma clareza sobre seu papel, a forma de organizar a assistência social e um determinado projeto do Serviço Social para o HC-UNICAMP, colocava como primeiro desafio, buscar entender exatamente o que representa o Serviço Social dentro de um estabelecimento de saúde complexo como um hospital escola, em particular o Hospital das Clínicas da Unicamp.

Seria necessário lançar um olhar radiográfico, para dentro e de dentro do serviço, que fosse capaz de captar macro e micro processos decisórios, de organização do trabalho, dos produtos oferecidos, as relações e o poder instituído. Como fonte de informações, buscou-se a observação direta dos protagonistas deste processo, as coordenadoras do Serviço Social. Utilizamos ainda como fonte, seus registros de memória, existentes em função da experiência e do saber acumulado, a partir do próprio trabalho de assistência. No sentido de contribuir para a análise situacional, foi utilizada como instrumento analisador, sua “rede de petição e compromissos”, mantida nas relações inter e intra serviço, conectando esta rede aos outros atores sociais implicados de alguma forma com o Serviço e aqueles que operam o trabalho no dia a dia.

A construção da Rede de petição e compromissos

Para construção da Rede de petição e compromissos, foi utilizada como seu centro o próprio Serviço Social de cada área ou unidade do hospital. A imagem é a de uma “estaca”, firmada junto a assistência social, figurando como o centro da rede. A partir deste ponto, foram identificados e relacionados os diversos atores que estabelecem relação com o Serviço Social, fazendo pedidos e firmando compromissos ao mesmo tempo. A construção da rede de petição e compromissos é completada, identificando-se junto a ela, o tipo de pedidos e compromissos estabelecidos entre os diversos atores com o Serviço Social e mesmo, internamente ao próprio serviço.

Todas as unidades fizeram suas redes de petição e compromissos, sempre a partir da assistência social. Como há equivalência entre as diversas questões relacionadas ao Serviço Social nas diversas áreas do hospital, para efeito da análise, fez-se um recorte delimitando a rede construída pela área dos ambulatórios. A representação gráfica da rede de petição e compromissos da área de ambulatórios é a seguinte:



Podemos observar no diagrama que expressa a rede de petição e compromissos, que na verdade existem duas “estacas” do Serviço Social, recebendo e emitindo pedidos e estabelecendo compromissos. Uma primeira referência é do serviço de Plantão e o outro

relacionado aos Programas. Verificamos que o usuário, retratado aqui de paciente, só aparece uma vez, na ponta do diagrama, se relacionando com a assistente social de plantão, a auxiliar de assistente social e núcleo de procedimentos especializados. Todas as outras relações são mantidas, com serviços internos ao próprio hospital. Nota-se que, apesar da expressão gráfica da Rede de petição e compromissos retrata-la, tendo como centro o Serviço Social, o que aparece de fato em posição central, refletindo portanto sua força de atração no interior da rede que se realiza, é o ato médico, através da consulta.

Cabe questionar aqui o fato de que, nesta rede, o usuário é quem menos pedidos faz. A área de ambulatórios, o tem em posição marginal, e mantém centralmente e prioritariamente relações com os muitos serviços ali existentes. Como se verifica, inclusive pela representação gráfica, este não é um serviço montado e funcionando centrado no usuário. A escuta qualificada e o estabelecimento de relações que possam contribuir na definição da micropolítica da organização dos serviços, não existem institucionalmente. Na Rede de petição e compromissos, está claro que o Serviço ouve e fala a ele mesmo e aos outros serviços circunscritos à área de ambulatórios, a quem a assistência social, naturalmente deve servir. Neste movimento, o Serviço Social estará obedecendo a um comando determinado pelas dinâmicas intrínsecas ao próprio estabelecimento. Fica portanto a seguinte questão: Quem faz pedidos ao Serviço Social e determina sua rede de petição e compromissos, inclusive a dinâmica de seu funcionamento? Quem, em seus pedidos coloca o usuário “paciente” à margem dos processos inter e intra institucionais?

Pela representação gráfica da Rede de petição e compromissos, verificamos que há três linhas pelas quais correm os pedidos e compromissos que comandam a micropolítica da organização e relações do Serviço Social, quais sejam:

1. O hospital, representado pela sua superintendência, que comanda toda a burocracia interna, define normas e controla recursos. A superintendência tem certamente interesse em que o Serviço Social cumpra determinada missão e atue sob preceitos rigorosamente determinados de acordo com os interesses do estabelecimento. A Assistência Social se vê assim, enquadrada pelo instituído, que é capaz de definir a sua rede de compromissos. O Serviço é subsumido pelas leis e normas que regem os interesses do hospital escola.

2. Os médicos docentes, representados no diagrama pela Diretoria Clínica, são na

verdade um forte corpo interno, que define relações, normas e critérios para o funcionamento do Serviço Social. À corporação médico docente o Serviço Social deve ser útil, aos seus interesses e por isto mesmo, determinam que resultados e produtos a assistência social do hospital deve oferecer.

3. O saber técnico estruturado da assistência social, representado pela Diretoria e Supervisão que conduzem as práticas sob determinados parâmetros e principalmente, cumprindo os compromissos tacitamente estabelecidos com a Superintendência do hospital e a corporação médico docente. No diagrama que representa a rede de petição e compromissos do Serviço Social da área de ambulatorios, estas relações estão muito bem representadas. Podemos ver que a Superintendência e a Diretoria Clínica mantêm em relação, a Diretoria do Serviço Social e esta, por sua vez, comanda as esferas operacionais do Serviço Social , plantão e programas, da área de ambulatorios. Esta é a rede transmissora do instituído. Vê-se que a partir daí, o Serviço Social estabelece sua ampla rede, no plano operacional, com os diversos serviços internos à própria área dos ambulatorios.

A Rede de petição e compromissos, nos revela como se dá o enquadramento do Serviço Social aos interesses do hospital. Observa-se com clareza a impossibilidade do usuário penetrar este sistema e influir esta rede de compromissos. É nítida, mais uma vez, sua figura coisificada, receptor e não sujeito da organização dos serviços e seus processos micro decisórios.

No detalhamento da análise, pode-se verificar ainda que:

A rede de conversas se apresenta tensa entre o serviço social, o usuário e o médico. Há pelo menos, três hospitais operando num mesmo espaço, num mesmo ambiente. Há um hospital na cabeça dos médicos, que na qualidade de docentes, pensam determinada missão para o hospital, que vem de encontro aos seus interesses, quais sejam, a de prestar assistência hospitalar, tendo o HC-UNICAMP como um centro de excelência nesta área e ainda, produzir conhecimento através das atividades de pesquisa e docência. O Serviço Social é inserido na organização dos serviços do hospital, subsidiariamente para que o estabelecimento tenha sucesso na sua missão. Voltaremos a este ponto na discussão do

Fluxograma descritor, mais a frente. Há um outro hospital na cabeça das assistentes sociais, que trabalham com o imaginário da realização da assistência social como uma ação autônoma, onde seria possível operar a partir da tecnologia própria do Serviço Social e sob parâmetros humanitários e do direito de cidadania. O aprisionamento que lhe é imposto pelo modelo instituído ao hospital, vem se revelando a partir da construção da rede de petição e compromissos, onde suas relações e compromissos estabelecidos revelam, o quanto aquele ideário dos trabalhadores da assistência social, se encontra fora dos interesses das corporações que comandam o hospital. Há ainda um terceiro hospital, o dos papéis, da burocracia que opera através das normas, expedientes administrativos, e usa destes instrumentos para garantir a missão do hospital, mencionada anteriormente. Define, desta forma processos micro decisórios como os fluxos, o acesso, a assistência real prestada aos usuários e os produtos oferecidos pelos diversos serviços hospitalares. Acima de tudo, enquadra os diversos segmentos ao seu propósito.

Há inúmeros ruídos que atravessam o serviço de assistência social e são portanto objeto de análise. Vindo geralmente do usuário, os problemas se manifestam muitas vezes nestes ruídos que fazem eco nos corredores do hospital. Eles são por excelência questionadores do modelo. Estes barulhos se apresentam no dia a dia, da seguinte forma:

- Usuários que diante das tensões existentes no próprio serviço e das dificuldades de acesso, constroem uma rede paralela para internação, através do Pronto Socorro, principalmente.
- Tentativas de manipulação pelo usuário dos trabalhadores do serviço social, a fim de garantir seus interesses/direitos.
- Dificuldade na interlocução entre os que operam os serviços e os que determinam suas normas, ou seja, entre os que fazem e os que mandam, em função de trabalharem uma rede de serviços verticalizada.
- Distanciamento do centro de poder do hospital, que na realidade define o processo de trabalho, de quem realmente o executa e promove o encontro do serviço com o seu destinatário final, o usuário.
- Critérios para internação nem sempre definidos com objetividade e nem sempre definidos por quem está na “ponta” do serviço.

A Rede de petição e compromissos revelou importantes questões, até então não

percebidas, e colocou a necessidade de uma análise mais detalhada da micropolítica de organização do trabalho no Serviço Social. Seria necessário ainda, melhor localizar este serviço no contexto mais geral da área dos ambulatorios, bem como revelar os caminhos que o usuário percorre em busca do acesso, atendimento, enfim, dos seus direitos em relação à assistência. Para fazer esta análise, optou-se pela construção do Fluxograma que descrevesse o processo de trabalho, detalhadamente.

O Fluxograma como analisador da micropolítica dos processos produtivos

O Fluxograma neste caso, é uma representação gráfica de todas as etapas do processo de trabalho. Assim, o diagrama apresentado é uma forma de olhar o que acontece na operacionalização do trabalho de assistência social, cotidianamente. Ele é representado por três símbolos, convencionados universalmente: A elipse, representa sempre a entrada ou saída do processo de produção de serviços, o losango, indica os momentos em que deve haver uma decisão para a continuidade do trabalho e um retângulo, diz respeito ao momento de intervenção, ação, sobre o processo.

Procura-se com o Fluxograma, interrogar a micropolítica da organização do serviço de assistência social e assim, revelar as relações ali estabelecidas entre os trabalhadores e destes com os usuários, os nós críticos do processo de trabalho, o jogo de interesses, poder e os processos decisórios. Pretende-se assim, ao retratar todos processos e interesses implicados na organização do serviço, revelar áreas de sombra que não estão claras e explícitas para os trabalhadores e gestores do Serviço Social.

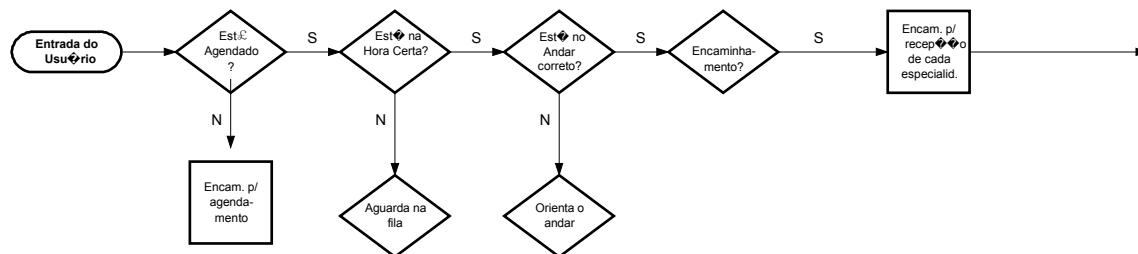
Assim como na elaboração da Rede de petição e compromissos, para a construção do fluxograma foi escolhida a área de ambulatorios do HC-UNICAMP.

O trabalho de elaboração do fluxograma, contou com a presença da direção do Serviço Social e demais trabalhadores, assistentes sociais e auxiliares de assistentes sociais na área de ambulatorios. Como já foi mencionado neste texto, é fundamental que o processo de construção do Fluxograma seja coletivo. Isto vale em certo sentido, para trazer mais memória acumulada para composição do diagrama do fluxo, na medida em que utilizamos da memória das pessoas como fonte de registros e informações, por outro lado, é importante, como exercício de reflexão do processo de trabalho de cada um e da equipe ao mesmo tempo. Na discussão coletiva, de construção do Fluxograma, há uma

acumulação de consciência da situação do serviço, bem como apropriação dos processos vividos pelos trabalhadores, podemos assim dizer, é assim que se inicia a construção de sujeitos capazes de influenciar na mudança do modelo de assistência.

Apresentaremos a seguir, etapas do processo de trabalho do Serviço Social dos ambulatórios para mais a frente, apresentar todo o Fluxograma

A entrada do usuário:



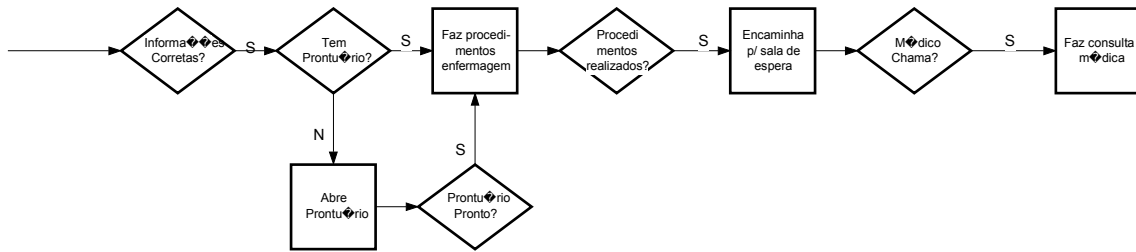
O Fluxograma demonstra que para o usuário ter acesso à consulta médica, que é o principal produto oferecido pela área de ambulatórios, tem que cumprir uma série de requisitos, que são verificados na entrada do hospital. Esta abordagem do usuário, se dá de forma sumária, às vezes até autoritária. Não há portanto, nenhuma escuta a este usuário que chega.

Os requisitos estão representados pelos losangos que perguntam se o usuário; *está agendado?*; *Está na hora certa?*; *Está no andar correto?*; *É encaminhamento?* .

A entrada é rigidamente burocrática, configurando o perfil do serviço, que continua nas outras etapas do processo de trabalho, desta mesma forma, burocratizado. Novamente se confirma o fato do usuário virar um objeto diante das diversas etapas do processo de trabalho pelas quais ele vai passar.

Se o usuário responde a todas as questões acima, ele é encaminhado para a recepção a fim de aguardar o médico para consulta, o que representamos no diagrama abaixo.

Esta etapa representa o usuário no momento em que este entra na recepção até a consulta médica.



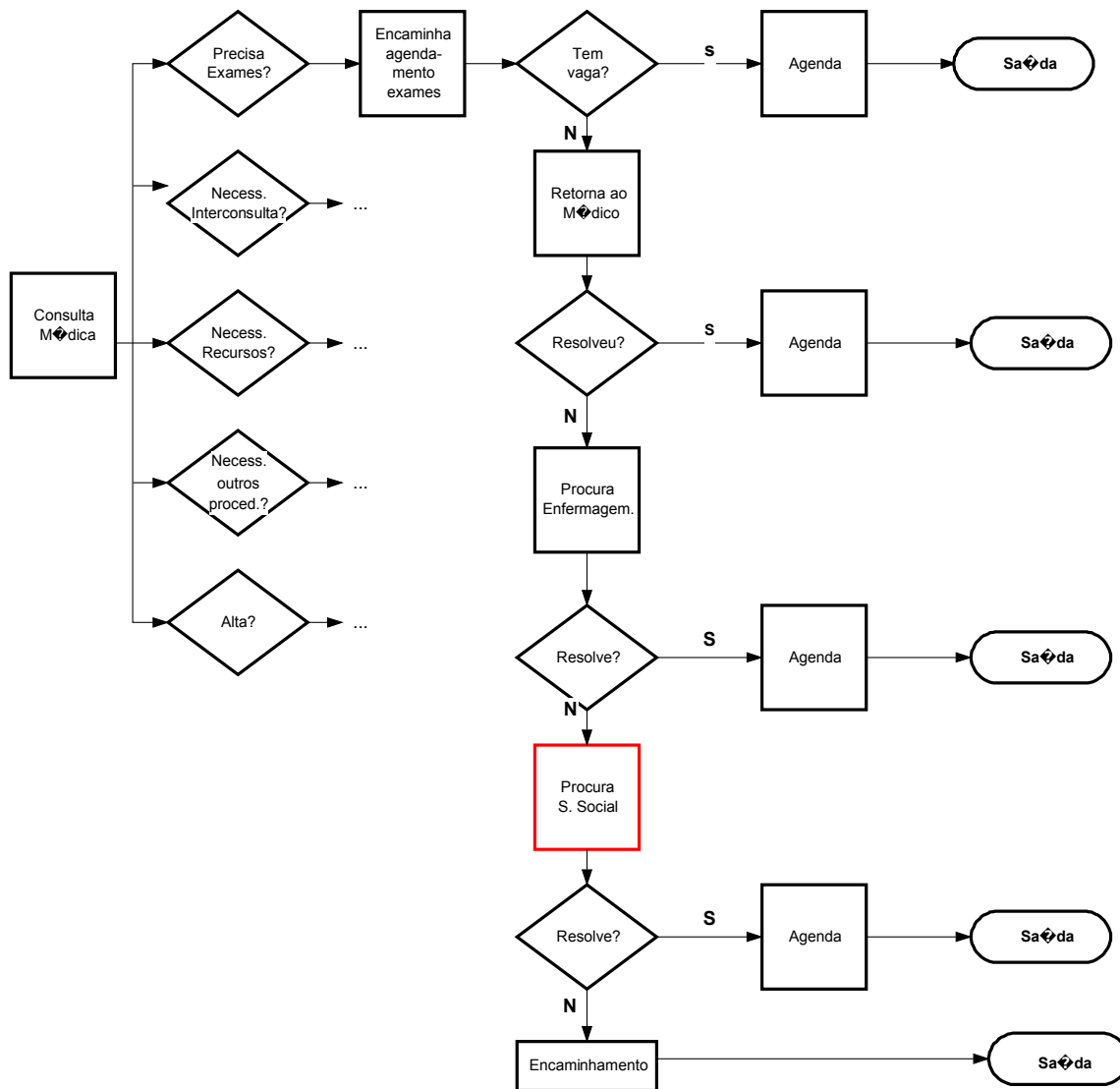
Aqui, o usuário tem suas informações checadas pela segunda vez a fim de confirmar a sua consulta. Em seguida, verifica-se o prontuário, são realizados os procedimentos de enfermagem (pré-consulta na maioria das vezes) e finalmente encaminhado para a sala de espera, onde ele deve aguardar que o médico o chame para consultar.

Como já mencionado, o processo de trabalho é burocraticamente definido e na relação com o usuário pode se dizer que o momento da consulta, é a primeira oportunidade de escutá-lo ou mesmo, estabelecer com ele uma relação positiva, de usuário com trabalhador de saúde.

Notamos que todas as ações realizadas até aqui se fizeram em função do ato médico que produz consulta, revelando um processo de trabalho centrado no saber e na pessoa do médico.

Por sua vez, a consulta gera uma série de necessidades, alimentadas por um cardápio de ofertas de serviços disponíveis (ou não) ao usuário, reproduzidos pelo diagrama abaixo.

Após a consulta médica, necessidades/cardápio de ofertas.

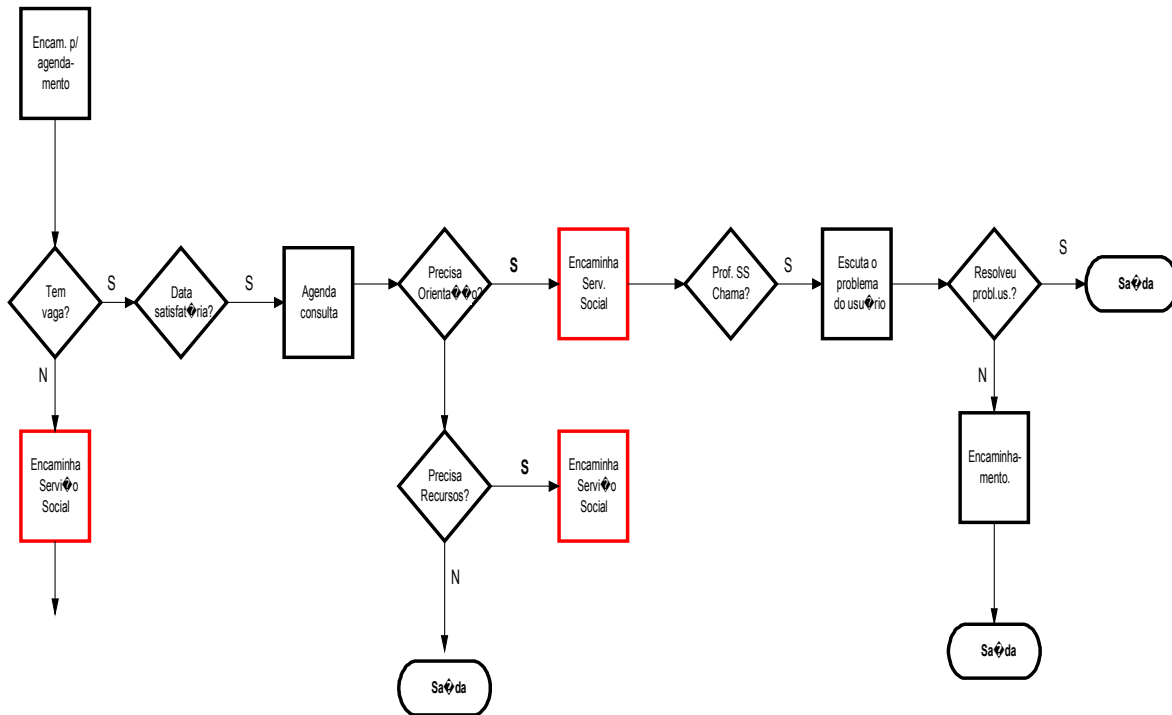


A consulta médica gera uma série de necessidades e é ela que define a opção por qual serviço, dos que são oferecidos, deverá ser ofertado ao usuário. Reafirma a análise de que é o centro do processo de trabalho. Para entender esta etapa do processo de trabalho, foi feito um recorte onde se construiu apenas o Fluxograma referente aos exames, visto que os fluxos dos outros serviços, repetem o processo de trabalho deste, com pequenas variações que não modificariam a nossa análise.

Pela primeira vez aparece o Serviço Social no fluxograma. Figura no caso, como a última opção do usuário, após tentar de todas as maneiras, retratadas no diagrama, a marcação de exames.

Voltando à entrada, reproduzimos abaixo o Fluxograma do usuário que tenta

agendamento para consulta médica, após ser barrado no acesso à mesma, por não ter agenda.



O agendamento é um caminho tortuoso e incerto. Aqui o Serviço Social aparece mais vezes, localizado graficamente no momento em que o usuário tem um problema para resolver, especificamente quando não tem vaga para o agendamento, ou se ele agenda, mas precisa orientação ou recursos (transporte, alimentação ,etc...). A própria localização no desenho gráfico do Serviço Social, nas pontas, é como se à assistência social coubesse segurar nas “beiradas”, o usuário que pode “escapar” da assistência que lhe é oferecida pelo hospital, após encontrar alguma dificuldade.

Verificamos, que no limite da sua impossibilidade em resolver problemas dos usuários, impedidos às vezes por políticas ou falta de recursos impostas pelo próprio estabelecimento, o Serviço Social, aparece o “encaminhamento” como a solução ou a não solução para o usuário. Aqui ele fica a mercê da própria sorte, pois não há contra referência para os encaminhamentos realizados.

Análise do Fluxograma:

Durante o trabalho de construção do fluxograma, verificou-se no início, dificuldade na definição da entrada do usuário no ambulatório. A equipe de técnicos vivenciou coletivamente a dificuldade do acesso aos serviços, quando se colocaram (como profissionais) no lugar do usuário, no sentido de retratar o caminho que este faz para acessar o serviço. Foi necessário fazer a desconstrução da entrada, para “desobstruir” no imaginário de cada um, o caminho do usuário e relatar assim como se dá o acesso deste à assistência. Ficou evidente neste processo, uma entrada rigidamente burocratizada, como já foi dito (ver Fluxograma).

O trabalho de construção do Fluxograma, foi revelando um processo de trabalho extremamente burocratizado, realizado em função do ato médico, que produz consulta especializada. Aqui este tem se colocado como o núcleo central do trabalho no ambulatório. Toda a produção de serviço que se realiza antes e depois da consulta médica, ocorre em função desta. Neste processo, não há nenhuma etapa de “escuta” do usuário, à exceção no ato da própria consulta. Verifica-se que o usuário durante o trajeto que percorre até a realização da consulta é “coisificado” ou seja, tratado como um objeto.

No processo de trabalho, o Serviço social, como se vê no Fluxograma retratado aqui, aparece sempre “nas pontas do serviço”, ou seja, quando há algum problema para o usuário, ele aparece para apoiar este usuário, “resolvendo” seu problema e garantindo que o mesmo continue o tratamento.

Uma coisa que é importante definir, diz respeito à identificação dos atores que determinam o funcionamento do hospital. Assim, foi colocada uma primeira questão após a leitura do fluxograma, qual seja: Quem determina o funcionamento da área de ambulatórios (o que vale para todo o hospital)? Quem organiza o processo de trabalho dos ambulatórios, da forma burocrática como está retratado pelo fluxograma e de objetificação do usuário? Repercutindo a análise feita com a rede de petição e compromissos, verificamos que a Administração do Hospital das Clínicas, a Corporação Médico Docente e o próprio Serviço Social, determinavam a organização dos serviços, instituindo um processo de trabalho burocratizado. Os dois primeiros atores têm um poder de mando muito grande sobre o hospital, exercem sua hegemonia definindo a organização dos serviços e seus produtos, de acordo com seus interesses. O serviço social, participa deste processo, na medida em que é colocada a ele determinada missão a cumprir, com seu saber técnico estruturado e as

relações que ele mantém junto aos outros serviços. Missão esta, subsidiária aos grandes interesses da administração e da corporação médico docente do hospital.

A análise se completa, se temos clara a missão do Hospital Escola, e por consequência do HC da UNICAMP, que tipo de usuário frequenta este hospital e que ruídos provocam ao estabelecer a relação, deste hospital com o usuário? A resposta a estas questões, ajuda a esclarecer a função do serviço social neste contexto.

Vale dizer, que o Hospital Escola, diferentemente dos outros hospitais, tem uma missão que reúne dois grandes objetivos e produtos diferenciados. Em primeiro lugar, o hospital tem o objetivo de oferecer assistência hospitalar de qualidade e portanto, produz serviços para cumprir com este propósito. Tem outro objetivo, dentro da sua missão, que é o de “produzir conhecimento” através do ensino que ali se realiza. Portanto, ao pensar a relação do usuário com o hospital, verificamos que pela natureza escolar do HC, ele dá um valor adicional ao usuário e seu problema de saúde, que são por excelência **insumo** fundamental para a produção de conhecimento.

O HC, com o objetivo de assegurar que este usuário dê continuidade ao seu tratamento (porque sem isso, ele não garante que seus objetivos se realizem), estabelece para o Serviço Social, a missão de “fazer com que o usuário tenha adesão ao tratamento”. Assim se resume a **missão real** do Serviço Social dentro do HC. Isto fica claro, ao verificarmos a localização do Serviço Social na imagem gráfica do fluxograma. Ele aparece “nas pontas” e sempre após a presença de um problema, que poderia funcionar como “barreira” para a continuidade da frequência e portanto do tratamento do usuário, dentro do hospital. A assistência social age para garantir que não se perca este insumo, o usuário para que o mesmo continue realimentando o sistema de produção de conhecimento através dos serviços hospitalares.

A esta missão imposta ao Serviço Social pelo corpo hegemônico do hospital, conflita uma outra idéia de missão, que frequenta o imaginário dos profissionais de assistência. A missão, por eles imaginada esta ligada à garantia dos direitos do usuário, na melhora das relações intra-serviços e deste com o usuário e humanização da assistência. Esta idéia de missão, é trabalhada pelos profissionais em micro ações **instituintes**, a partir do seu próprio processo de trabalho, o que os faz entrar em conflito e tensionar a relação com o que está **instituído**, ou seja, as normas do hospital que impõem uma organização do

serviço e do trabalho relacionada aos interesses hegemônicos que atuam dentro do estabelecimento. Essa tensão está presente no cotidiano do trabalho no Serviço Social. Verifica-se, nos movimentos instituintes dos trabalhadores da assistência social produzirem pequenas mudanças na relação dos serviços com os usuários, porém, sem a potência suficiente para mudar o que está instituído. Convivem assim, em relação conflituosa e tensa, de um lado o processo de trabalho do serviço social, enquadrado pela rígida e burocrática organização do trabalho na área de ambulatorios, que lhe impõe uma missão restrita, e por outro lado, o ideal de missão do serviço social que os trabalhadores da assistência tentam operacionalizar a partir deste ideário.

Fica portanto, uma questão importante que aparece como um desafio para os profissionais do serviço social: Como fazer com que, a missão ideal se torne missão real da assistência social, em um estabelecimento complexo como o Hospital Escola?

Acreditamos que o método usado para discutir uma avaliação dos serviços, com os trabalhadores em situação e participantes das análises, contribui decididamente para que eles se apropriem do seu processo de trabalho. Esta é a condição para se tornarem sujeitos do processo vivido por eles mesmos.

A condição para que isto se dê, se encontra na tomada de consciência dos diversos enquadramentos que sofrem no seu processo de trabalho, burocraticamente determinados pela corporação médico docente e pela burocracia hospitalar. Mais do que isso, na apropriação por eles mesmos, dos problemas que têm, para implementar seu projeto, que tem como referência fundamental, o ideário de missão que os trabalhadores da assistência social pensam como objeto do seu trabalho.

Enfim, o que se pretende com este trabalho, é demonstrar um método que se pretende eficaz na avaliação e planejamento do serviço de saúde, a utilização de ferramentas analisadoras como a “Rede de petição e compromissos” e o “Fluxograma descritor”, contribuindo para a revelação de questões obscurecidas pela situação institucional. Ao mesmo tempo que abre condições para a formação de sujeitos sociais e políticos, que podem assim, ser os construtores do devir, através da sua ação instituinte.

Bibliografia:

1. Baremblytt, G. F.; Compêndio de Análise Institucional e Outras Correntes: teoria e prática - Rio de Janeiro, Rosa dos Tempos - 1992.
2. Camilo, M.V.R.F; “A Universalidade de Acesso Enquanto Expressão do Direito à Saúde. A Trajetória Histórica do Hospital de Clínicas da UNICAMP: 1966 - 1996”; Dissertação de Mestrado em Serviço Social defendida na PUC - São Paulo, 1997.
3. Campos, G.W.S.; A Saúde Pública e a Defesa da Vida; HUCITEC, S. Paulo, 1994.
4. Campos, G.W.S.; Reforma da Reforma, repensando a saúde; HUCITEC, S. Paulo, 1992.
5. Cecílio, L. C. (Org.); Inventando a Mudança na Saúde, HUCITEC, S. Paulo, 1994.
6. Deleuze, G. e Guattari, F.; O Anti-Édipo - Capitalismo e Esquizofrenia; Editora Assírio & Alvim; Lisboa - 1966.
7. Matus, C.; Política, planejamento & Governo - IPEA; Brasília - 1993, Tomo I e II .
8. Merhy, E.E. et Onocko, R. (Orgs.); Agir em Saúde, um desafio para o público; HUCITEC, S. Paulo, 1997.