

Sabrina Sinabucro Kanesiro Bizelli

**A Saúde na Roça:
Estudo hermenêutico de um serviço da saúde da
família**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”, Campus de
Botucatu, para obtenção do título de
Mestre em Saúde Coletiva

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Elen Rose Lodeiro Castanheira

Botucatu

2010

Bizelli, Sabrina Sinabucro Kanesiro.

A saúde na roça: estudo hermenêutico de um serviço da saúde da família / Sabrina Sinabucro Kanesiro Bizelli. – Botucatu, 2010.

Dissertação (mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2010.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Elen Rose Lodeiro Castanheira

Assunto CAPES: 40602001

1. Saúde pública. 2. Hermenêutica. 3. Família – Saúde e Higiene.

Palavras chave: Hermenêutica; Qualidade; Saúde da família; Relações de poder; Zona rural.

À amada Amanda

RESUMO

Este trabalho pretende apresentar um estudo de caso de uma unidade de saúde da família localizada na zona rural de um município do interior do estado de São Paulo com população abaixo de cinco mil habitantes e com baixo índice de riqueza. Busca-se investigar não só como as práticas de cuidado desse serviço de saúde se caracterizam e são organizadas, como também analisar as aproximações com os conceitos de universalidade, integralidade e equidade, tomados como indicadores de qualidade. O suporte teórico empregado na pesquisa foi a hermenêutica; a descrição etnográfica do cotidiano desse serviço foi a estratégia empregada para a coleta de dados. A ética, a estética e a política foram os parâmetros de análise dos dispositivos invisíveis de poder que operam nas práticas desenvolvidas pelos profissionais de saúde e permitiram a discussão dos resultados. Verificaram-se, entre a população atendida, a universalização do cuidado de si, traduzida na prática da utilização do serviço de saúde, e a observação das orientações médicas, mesmo que de maneira pessoal. Quanto à aplicação da integralidade nas ações, notou-se que as redes de poder nas quais os atores sociais estão implicados reescrevem o ideal proposto e produzem uma conduta ética marcada por lugares viciados histórica e socialmente. Finalmente, verificou-se que os fóruns de discussão de gestores não se constituem espaços de emancipação de forças políticas dos interesses de pequenos municípios, ameaçando o princípio da igualdade na gestão do sistema de saúde. Diante disso, apesar de existir um modelo ideal de qualidade proposto por meio da estratégia de saúde da família, constatamos processos ativos e dinâmicos não capturáveis e impossíveis de se controlar. Por outro lado, verificamos uma reinvenção criativa de práticas de saúde que chegam a famílias moradoras de lugares ermos. Nesse sentido, colocando entre parênteses a lógica econômica e ressaltando a lógica do cuidado em saúde, apuramos a importância das iniciativas e das soluções locais no enfrentamento de suas dificuldades, principalmente a relevância de incentivos e investimentos federais e estaduais nos municípios de pequeno porte e baixa riqueza.

Palavras-chave: Saúde da Família, qualidade, zona rural, hermenêutica, relações de poder.

ABSTRACT

This work intends to present a study of the case of a family health unit placed in the rural area of a town in the countryside of the state of São Paulo with a population of less than five thousand inhabitants and with a low index of wealth. We aim to investigate not only how the practices of this health service are organized, but also to analyze the approaches to the concepts of universality, integrality and equity, taken as indicators of quality. The theoretical basis employed in the research was the hermeneutics; the ethnographic description of this service's daily routine was the strategy employed for the data collection. Ethics, aesthetics and politics were the parameters for the analysis of the invisible power relations that operate in the practices developed by the health professionals and allowed the discussion of the results. We verified, among the population assisted, the universality of the self-care, manifested in the utilization of the health service, as well as the acceptance of the medical advice, even if it is in a personal way. On what concerns the employment of integrality in the actions, we observed that the power nets in which the social actors are involved rewrite the ideal proposed and produce an ethic conduct marked by places that are addicted historical and socially. Finally, we verified that the discussion forums of managers do not constitute spaces for the emancipation of the political forces of the small towns' interests, which threatens the principle of equality in the management of the health system. Considering this, although an ideal model of equality proposed through the family health strategy does exist, we found out active and dynamic processes which can not be caught and are impossible to control. On the other hand, we verified a creative reinvention of health practices that get to the families that live in distant and uninhabited places. In this sense, putting the economic logic into brackets and emphasizing the logic of health care, we observed the importance of the local initiatives and solutions for dealing with its difficulties, especially the relevance of federal and state incentives and investments in the small towns with low wealth.

Key-words: Family Health, quality, rural area, hermeneutics, power relations.

LISTA DE ABREVIATURAS

A = auxiliar de enfermagem

ACD = auxiliar de consultório dentário

ACS = agente comunitário de saúde

AG = responsável pelo setor de agendamento

D = dentista

DVS = diretor do setor da Vigilância Sanitária

E = enfermeira

FS = fiscal sanitário

G = gestor/secretário de saúde

M = médico

T = responsável pelo setor de transporte

VE = responsável pelo setor da Vigilância Epidemiológica

SUMÁRIO

Resumo	
Abstract	
Lista de abreviaturas	
1. Capítulo 1. Introdução.....	9
2. Capítulo 2. Metodologia:	14
3. Capítulo 3. Resultados:	24
3.1. Caracterização do município.....	24
3.2. Caracterização do sistema de saúde.....	26
3.3. Recepção e sala de espera.....	27
3.4. Atendimento de enfermagem.....	34
3.5. Consulta de enfermagem.....	45
3.6. Consulta médica.....	56
3.7. Consulta em odontologia.....	65
3.8. Visitas domiciliares.....	70
3.9. Transporte e atendimentos externos.....	78
3.10. Vigilância Epidemiológica.....	87
3.11. Vigilância Sanitária.....	88
3.12. Reuniões de equipe.....	90
3.13. Gestão.....	94
4. Capítulo 4. Discussão.....	100
Referências Bibliográficas.....	113
Anexos.....	118
Anexo 1. Instrumentos.....	118
1.1. Principais temas.....	118
1.2. Principais núcleos de investigação.....	119
2.1. Roteiro de entrevista com gestor.....	120
2.2. Roteiro de entrevista com profissionais do serviço.....	120
Questionário – Gestor.....	121
Questionário – Profissionais da unidade.....	122
Anexo 2. Termo de Consentimento.....	123

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO

A qualidade da Atenção Básica tem sido tema atual de convergência das discussões realizadas no meio acadêmico e da gestão do sistema de saúde, uma vez que justifica a aplicação ou a supressão de investimentos na área, afetando diretamente a atenção em saúde do cidadão. É fato que pesquisas têm trazido informações que apresentam panoramas gerais e auxiliam na tomada de decisões (CONTANDRIOPOULOS, 2006), porém tão considerável quanto elas são aquelas que se aproximam da realidade de forma a estudá-la qualitativamente, atentando a aspectos peculiares e específicos, necessários para o entendimento do universo da atenção básica (UCHIMURA et al., 2002; DESLANDES, 1997). Torna-se, portanto, importante o adensamento da discussão com um estudo focalizado em processos locais.

Desse modo, o intuito do trabalho é, por meio de um estudo de caso de uma unidade rural de saúde da família localizada em um município com população com menos de cinco mil habitantes e baixo índice de riqueza no Índice Paulista de Responsabilidade Social, conhecer as práticas desenvolvidas relacionadas à saúde a partir de uma análise qualitativa baseada na hermenêutica.

A seleção das características do objeto de estudo em questão apoiou-se em pesquisa anterior de Castanheira et al. (2007) sobre a qualidade da atenção básica. Realizada em três macrorregiões do estado de São Paulo, na avaliação, essa investigação revelou que:

- as unidades cujo modelo de atenção adotado era a Estratégia de Saúde da Família são apontadas como as de melhor qualidade;
- os municípios de pequeno porte são predominantemente aqueles que possuem cobertura em 100% pela ESF1;

¹ Viana et al. (2006) confirmam o dado mostrando que, em municípios de menor porte populacional, há o predomínio de modelo centrado na atenção básica com ênfase na ESF.

- as piores avaliações de qualidade advieram de unidades rurais ou dos denominados postos avançados;
- num recorte realizado a partir de microrregião socioeconomicamente deprimida e de porte populacional abaixo de 10 mil habitantes, uma unidade rural obteve a melhor pontuação.

Ainda em relação ao porte populacional, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BRASIL, 2007a) mostram que 46,75% dos municípios brasileiros possuem população inferior a dez mil habitantes, e aproximadamente 24% têm menos de cinco mil habitantes. No estado de São Paulo, 44,65% apresentam população inferior a dez mil habitantes e 25,74%, menos de cinco mil habitantes. Com base nessas informações, optou-se, neste trabalho, por uma unidade de saúde da família que se localizasse em um município com um total populacional inferior a cinco mil pessoas.

A investigação focou a unidade rural citada para melhor compreender os processos envolvidos na microfísica (FOUCAULT, 1984b) desse serviço bem avaliado e teve as seguintes questões como orientação: Como são organizadas e se operam as ações de saúde num local caracterizado por condições socioeconômicas adversas, porém simultaneamente propícias para o desenvolvimento da ESF? O modelo em prática aproxima-se do proposto, direcionado pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade, princípios que norteiam a construção de serviços de qualidade?

Atualmente a Saúde da Família constitui-se na principal estratégia de reorientação do modelo assistencial que visa à melhoria da qualidade dos serviços de atenção básica prestados em todo o território nacional. Sua expansão demonstra os grandes investimentos em todos os níveis federativos que têm sido realizados: em 2003, havia 19 mil equipes em 4,4 mil municípios, cobrindo 35,7% da população brasileira; em 2007, esses números passaram a 27.324 equipes, 5.125 municípios e 46,6% da população coberta (BRASIL, 2007b).

A estrutura baseada na equipe multiprofissional tem por intuito contemplar e integrar as diferentes visões sobre os fenômenos, minimizando os efeitos da lógica da fragmentação. Operacionalmente, a equipe da saúde da família é responsável por um número determinado de famílias as quais sempre acompanha. Além disso, os agentes comunitários de saúde que compõem a equipe são membros da própria comunidade adscrita à unidade de saúde da família.

A proposta dessa estratégia rizomática intenta as diretrizes prioritárias do SUS – a universalidade, a integralidade e a equidade – uma vez que objetiva uma maior penetração nos interiores sociais por parte da equipe, ou seja, uma cobertura mais abrangente da população pelo serviço e uma permeabilidade irrestrita das ações afirmativas em saúde na comunidade. Desse encontro entre equipe e população, resultariam dois vetores importantes: a incorporação dos problemas desse grupo social em sua complexidade nas ações de promoção da saúde e a aproximação da comunidade do exercício de práticas saudáveis.

Ao trazer as questões da população para o interior das práticas em saúde, a equipe torna-se próxima do usuário e da realidade vivida por ele. Essa aproximação pode gerar maior comprometimento, envolvimento e responsabilização em relação à saúde da comunidade (CAMPOS, 2002). “Pode” gerar porque o processo depende do vínculo estabelecido entre o profissional e os indivíduos, bem como outras questões referentes à própria complexidade do sistema de saúde brasileiro como mostra Viana et al. (2006)¹.

Atualmente a estratégia de saúde da família é o alvo de diversos estudos cuja principal questão é verificar se há efetiva inovação se comparada ao modelo de atenção dos tradicionais ambulatórios e centros de saúde (BODSTEIN et al., 2006; ELIAS et al., 2006; IBAÑEZ et al., 2006).

¹ Os autores apontam questões como as desigualdades socioespaciais da cidade constituída historicamente a partir da urbanização vinculada interesses corporativos; a maior oferta de serviços de média e alta complexidade, mas com limitada capacidade de resposta e qualidade; a dificuldade de implantação da ESF dada a realidade complexa e com desigualdades sociais; o mix público-privado; as políticas de repasses de recursos vinculada à taxa de cobertura de serviços; e a violência urbana que resulta em rotatividade de profissionais.

Em trabalho realizado por Capozzolo (2003), há a constatação de que, apesar de propostos novos arranjos tecnológicos na estratégia da saúde da família, a organização do trabalho nas USF ainda permanece centrada na oferta de assistência médica individual, o que motiva dificuldades para se realizar uma clínica ampliada nas consultas – aquela cuja abordagem englobaria aspectos para além da dimensão biológica do corpo doente. A autora aponta para o risco da simplificação da atenção dada à grande demanda e o excesso de trabalho em serviços no município de Campinas.

Ibañez et al. (2006) demonstram que, enquanto os profissionais das USF foram melhor avaliados do que os das unidades básicas tradicionais, considerando-se as dimensões vínculo, elenco de serviços, enfoque familiar e orientação comunitária, não houve diferença avaliativa entre os dois tipos de modelo de unidades ao se levar em conta os parâmetros porta de entrada e acessibilidade.

Em relação ao desempenho da atenção básica no município de São Paulo, Elias et al. (2006) observaram uma avaliação dos usuários mais favorável ao PSF quando comparada à de unidades básicas tradicionais. Por outro lado, ao se analisar o parâmetro riqueza, que compõe o Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS), pôde-se observar uma relação direta com a cobertura da estratégia de saúde da família e uma relação inversamente proporcional a essa variável, ou seja, “[...] quanto maior a porcentagem de cobertura do PSF, menor é o indicador de riqueza do IPRS no município, reforçando a ideia de que nesses municípios a clientela do SUS é proporcionalmente maior.” (VIANA et al., 2006, p.582). Ademais a variável IPRS é, nesse trabalho, considerada importante tanto por refletir as condições de vida da população, quanto por incorporar na discussão a (in)capacidade de sustentabilidade econômica local e sua dependência de recursos federais ou estaduais¹, num contexto de municipalização e descentralização do sistema de saúde (VIANA, 2002; ARRETICHE, 2000).

1 Em pesquisa, Arretche (2000) não verifica relação direta entre nível de riqueza econômica e graus de descentralização isoladamente, porém encontra variações de descentralização relacionadas a ações de intervenção e incentivo dos governos estaduais e federal, de impacto principalmente em municípios com baixa capacidade econômica.

Nesse contexto, os municípios brasileiros deparam-se com o desafio da gestão e da organização do sistema de saúde municipal, pois constituem diretrizes nacionais que se impõem a todos eles, independente das características locais, como grandeza populacional, riqueza produzida, índices de desenvolvimento econômico e social. Essa condição propicia o aparecimento de formas singulares de práticas de saúde já que, embora haja diretrizes e normas gerais, cada cidade cria uma forma de gerenciar o sistema de saúde local, e cada unidade de saúde trabalha com características específicas. Apesar do avanço desse processo na construção do SUS, pouco controle há sobre a qualidade dos serviços prestados nos municípios.

Assim, diante das problemáticas levantadas, faz-se necessária uma investigação mais detalhada sobre os processos locais envolvidos que contribuem para a qualidade dos serviços de saúde com o intuito de uma maior compreensão do universo da atenção básica à saúde.

Portanto, os objetivos centrais nesta pesquisa são:

- compreender como se caracterizam e são organizadas as práticas de cuidado por meio da estratégia da saúde da família em um serviço de atenção básica localizado em município de pequeno porte e de baixo índice de riqueza;
- analisar a aproximação dessas práticas dos conceitos de universalidade, integralidade e equidade, princípios norteadores para a construção de serviços de qualidade.

CAPÍTULO 2

METODOLOGIA

A opção pela hermenêutica enquanto atitude filosófica frente ao objeto da pesquisa permitiu que a pesquisadora se aproximasse do serviço e das pessoas do local sob uma postura ética compreensiva (AYRES, 2004). Apesar da hermenêutica não se constituir numa metodologia propriamente dita, ela apresenta implicações tanto para a epistemologia quanto para o método científico (AYRES, 2008; BERNSTEIN, 1983 apud AYRES, 2005; CORETH, 1973).

Em *Verdade e Método*, principal obra de Gadamer (1997), a investigação do problema da compreensão hermenêutica é o tema central e caminha para além dos limites da ciência e do método. A crítica dirige-se à pretensão de verdade contida no método científico positivista e à forma fragmentada do saber técnico que compõe um conjunto de regras disciplinadoras para o discurso (CÔRTEZ, 2006; MINAYO, 2004; CORETH, 1973).

A fragmentação é característica do próprio pensamento ocidental, que, em seu descomprometimento com os conceitos da tradição, não os torna úteis para a construção do pensamento. Os desdobramentos na ciência aparecem no tratar os conceitos enquanto concepção erudita ou enquanto ferramentas em sua manipulação técnica. Ambas as utilizações não contemplam a compreensão hermenêutica do acontecimento – segundo um filosofar responsável e crítico – e não consideram costumes da linguagem as tradições e a história da qual fazemos parte (GADAMER, 1997).

Nesse sentido, o percurso da compreensão hermenêutica realiza-se, na história, como linguagem tradicionalmente transmitida e temporalmente validada. Assim os esforços da compreensão não se estabelecem numa teoria do conhecer, mas já estão dados nas práticas cotidianas do *ser-no-mundo*, nas

experiências ordinárias da vida no mundo; logo “viver e compreender são uma e a mesma coisa” (CÔRTEZ, 2006; MINAYO, 2004; CORETH, 1973).

A hermenêutica parte da experiência concreta dos homens e sua finitude e concebe que o intérprete e o seu objeto fazem parte do mesmo contexto, da mesma tradição e da mesma temporalidade histórica (CÔRTEZ, 2006; BRITO, 2005; MINAYO, 2004; CORETH, 1973). Desse modo, não é possível haver a dicotomia daquele que quer compreender e do objeto a ser compreendido – premissa da ciência positivista. Na práxis de uma ciência viva, o pesquisador “sabe até que ponto os problemas pessoais, as experiências intelectuais, as necessidades e esperanças de uma época determinam a orientação e o interesse da ciência e da investigação” (GADAMER apud CÔRTEZ, 2006).

A compreensão começa por aquilo que já é compreendido e estende-se pelo estranhamento, num pêndulo entre o familiar e o desconhecido, recuperando o que foi perdido e produzindo nova construção (BRITO, 2005; MINAYO, 2004; DEMO, 1981).

Produção e construção constituem-se a partir de um movimento não estacionário, mutante, dialético. Portanto podemos identificar o dialético presente em toda a investigação hermenêutica, dada sua constante transformação numa “fusão de horizontes”.

Aquele que interpreta não decodifica uma experiência externa a si, a seu horizonte linguístico, mas decodifica a sua própria experiência a partir de necessidades e possibilidades trazidas pelo horizonte linguístico do outro. Na hermenêutica de Gadamer o interpretado suscita questões para o intérprete, mas é o intérprete que possibilita ao interpretado a proposição dessas questões. Através desta complexa *dialética de pergunta e resposta*, realiza-se, segundo Gadamer, o compreender incessante com o qual vamos, simultaneamente, decifrando e instaurando nosso mundo. (AYRES, 2005, p.557).

A aproximação da realidade ocorreu por meio do acompanhamento do cotidiano de trabalho do serviço de saúde da família durante uma semana útil. A observação foi feita em diferentes circunstâncias da vivência nos serviços, como as ocasiões de contato direto com a comunidade assistida – a recepção do paciente na unidade, o atendimento da enfermagem, as consultas

com médicos e outros profissionais, a visita domiciliar –, bem como os momentos entre os responsáveis – as reuniões da equipe de trabalho, os seus deslocamentos, as pausas para descanso.

A escolha dessa técnica justifica-se por ser sensível a dinâmicas vivenciadas entre os atores envolvidos. Segundo Veyne (1982), “não os séculos, os povos nem as civilizações, mas as práticas, as tramas que ela narra são a história das práticas em que os homens enxergaram verdades e das suas lutas em torno dessas verdades”.

Um diário de campo foi construído por meio de uma narrativa das observações e impressões vivenciadas a partir de um “olhar do estrangeiro”. Esse olhar traduz-se numa postura do pesquisador frente à realidade pesquisada aberta a novas afetações e à resignificação de identidades e conceitos trazidos pelo forasteiro de sua terra estrangeira.

Peixoto (2006), em *O olhar estrangeiro*, que compõe uma coletânea de textos sobre o olhar (NOVAES, 2006), debate essa questão na sociedade contemporânea saturada de clichês, banalização, descartabilidade das coisas, na qual a velocidade do movimento das cidades transforma as espessuras em fachada. O autor questiona a capacidade do homem pós-moderno em conseguir ver através do esvaziamento de significados das imagens pela repetição.

É a questão que atravessa, nos últimos anos, o pensamento e a arte contemporâneos: a perda de sentido das imagens que constituíam nossa identidade e lugar. Daí o recurso ao olhar do estrangeiro, tão recorrente nas narrativas e filmes americanos recentes: aquele que não é do lugar, que acabou de chegar, é capaz de ver aquilo que os que lá estão não podem mais perceber. Ele resgata o significado que tinha aquela mitologia. Ele é capaz de olhar as coisas como se fosse pela primeira vez e de viver histórias originais. Todo um programa se delineia aí: livrar a paisagem da representação que se faz dela, retratar sem pensar em nada já visto antes. Contar histórias simples, respeitando os detalhes, deixando as coisas aparecerem como são. O estrangeiro toma tudo como mitologia, como emblema. Reintroduz imaginação e linguagem onde tudo era vazio e mutismo. Para ele estes personagens e histórias ainda são capazes de mobilizar. (PEIXOTO, 2006, p.363).

Em consonância, Gadamer afirma que a compreensão só se opera por estranhamento, dado que

[...] a reflexão hermenêutica produz identidade da oposição, buscando a unidade perdida. Ela se introduz no tempo presente, na cultura de um grupo determinado para buscar o sentido que vem do passado ou de uma visão de mundo própria, envolvendo num único movimento o ser que compreende e aquilo que é compreendido. (MINAYO, 2004, p.221).

A construção do diário de campo baseou-se no que Geertz (1989) esclarece ser uma descrição densa, isto é, seguir

[...] as rotinas mais automatizadas de coletar dados – é uma multiplicidade de estruturas conceituais complexas, muitas delas sobrepostas ou amarradas umas às outras, que são simultaneamente estranhas, irregulares e implícitas, e que ele tem que, de alguma forma, primeiro apreender e depois apresentar. (GEERTZ, 1989, p.20).

O autor ainda acrescenta:

Mas não são essas coisas, as técnicas e os processos determinados, que definem o empreendimento. O que o define é o tipo de esforço intelectual que ele representa: um risco elaborado para uma 'descrição densa'. (GEERTZ, 1989, p.15).

Geertz¹ concebe que “não há uma receita para o diálogo na busca da compreensão de significados, comportamentos e ações do outro, o que para ele pressupõe um controle, rigor ou preocupação com a objetividade” (JESUS et al., 1998, p.33), sendo, portanto, necessária a imersão dos dilemas essenciais da vida. (GEERTZ, 1989)

Nesse sentido, o trabalho de campo foi inspirado no método etnográfico que, segundo Nakamura (2009),

Em etnografia, não se trata de olhar tudo ou qualquer coisa relacionada ao objeto estudado, como o viajante, o observador ingênuo, diante de algo exótico. O que de fato importa ao pesquisador é aquilo que faz algum sentido do ponto de vista teórico-conceitual, sem o qual não haveria motivo para a investigação. (NAKAMURA, 2009, p.24).

Também realizamos entrevistas com os profissionais da área da saúde, a saber, o secretário municipal, os agentes comunitários, a enfermeira, os auxiliares e técnicos de enfermagem, o médico, o dentista, o auxiliar de

¹ Geertz é considerado o principal representante da Antropologia Interpretativa ou pós-moderna, que se inspira na tradição filosófica da Hermenêutica. Diferentemente das outras correntes dentro da antropologia, cujo símbolo é reduzido a um significado, esta aponta para uma complexidade de significados e na relativização de contextos. Além disso, preocupa-se mais com os fundamentos da pesquisa do que com as técnicas utilizadas. (JESUS et al, 1998)

consultório dentário, os responsáveis pelas vigilâncias sanitária e epidemiológica e o corpo técnico administrativo. Ao final, totalizaram 14 sujeitos entrevistados.

Segundo Minayo (2004), a entrevista permite a racionalização do locutor por meio da fala, possibilitando a visualização estruturada de seu posicionamento ético-político: “o texto, a fala, o depoimento são resultados de um processo social, fruto de múltiplas determinações, mas com significado específico”.

As observações foram anotadas em um diário de campo, e as entrevistas foram gravadas em meio digital. Após a transcrição, os arquivos gravados foram destruídos. Todas as atividades foram realizadas com a permissão do secretário de saúde e com o prévio consentimento informado dos envolvidos (anexo 2). Esclarecimentos éticos como o resguardo com o anonimato e o procedimento com os materiais produzidos foram dados antes de cada entrevista.

O instrumento utilizado nas entrevistas – roteiros em anexo – foi construído a partir do questionário estruturado aplicado em pesquisa anterior¹, procurando abordar aspectos qualitativos da assistência, por meio do aprofundamento das principais problemáticas envolvidas, principalmente nas questões relativas à universalidade, à integralidade e à equidade. Outros trabalhos realizados utilizaram essas dimensões da assistência como categorias avaliativas de análise citadas por Connil (2002).

O procedimento de organização seguiu o princípio da hermenêutica, com a leitura e a releitura exaustiva do material, procurando trazer, para primeiro plano, as condições da vida cotidiana dos atores sociais, promovendo o esclarecimento sobre suas estruturas instituintes e a compreensão do sujeito constituído (MINAYO, 2004).

Por fim, para compreender como se operam as práticas no serviço, objetivo da pesquisa, a análise focou-se nos nexos de poder que permeiam as

¹ Castanheira et al. (2009; 2007).

relações entre os sujeitos envolvidos e atravessam os padrões de qualidade, a saber, as ações em saúde guiadas pelas diretrizes: universalidade, integralidade e equidade, reproduzindo e ressignificando o modelo ESF idealizado.

A relevância do poder enquanto ferramenta de análise reporta-se à ideia de que nenhuma relação social se exime ou escapa dessa rede de dispositivos de poder, pois

[...] funciona como uma maquinaria, como uma máquina social que não está situada em um lugar privilegiado ou exclusivo, mas se dissemina por toda a estrutura social. Não é um objeto, uma coisa, mas uma relação. E esse caráter relacional do poder implica que as próprias lutas contra seu exercício não possam ser feitas de fora, de outro lugar, do exterior, pois nada está isento de poder. Qualquer luta é sempre resistência dentro da própria rede de poder, teia que se alastra por toda a sociedade e a que ninguém pode escapar: ele está sempre presente e se exerce como uma multiplicidade de relações de forças. (MACHADO apud FOUCAULT, 1984b, p.XIV)

Um exemplo do emprego de dispositivo de poder é o panóptico que funciona automatizando e desindividualizando o poder, ou seja, qualquer um pode exercer o poder fazendo a máquina funcionar, seja o gestor, o conselheiro de saúde ou os próprios colegas de trabalho. O panóptico “é capaz de estabelecer uma proporção direta entre o ‘mais poder’ e a ‘mais produção’.” (FOUCAULT, 1984c, p.182).

Uma sujeição real nasce mecanicamente de uma relação fictícia. De modo que não é necessário recorrer à força para obrigar o condenado ao bom comportamento, o louco à calma, o operário ao trabalho, o escolar à aplicação, o doente à observância das receitas. (FOUCAULT, 1984c, p.178).

Para entender a lógica do panoptismo, Foucault (1984c) descreve a figura arquitetural do Panóptico de Benhtham: na periferia, uma construção em anel dividida em celas, contendo duas janelas que permitem que a luz atravesse a cela de lado e que deem visibilidade da torre central e dela para si, em que cada detento permanece individualizado e constantemente visível. Não há comunicação e nem visibilidade entre celas, evitando complôs, conluios, dissipações, contágios. O autor enfatiza que o seu efeito é

[...] introduzir no detento um estado consciente e permanente de visibilidade que assegura o funcionamento automático do poder. Fazer com que a vigilância seja permanente em seus efeitos, mesmo

se é descontínua em sua ação; que a perfeição do poder tenda a tornar inútil a atualidade de seu exercício; que esse aparelho arquitetural seja uma máquina de criar e sustentar uma relação de poder independente daquele que o exerce; enfim, que os detentos se encontrem presos numa situação de poder de que eles mesmos são os portadores. Para isso, é ao mesmo tempo excessivo e muito pouco que o prisioneiro seja observado sem cessar por um vigia: muito pouco, pois o essencial é que ele se saiba vigiado; excessivo, porque ele não tem necessidade de sê-lo efetivamente. (FOUCAULT, 1984c, p.177).

Esse funcionamento pode apresentar-se de maneira evidente nas relações de trabalho, entretanto não se configura como dominação exercida por um elemento ou um grupo, mas provém de todos os lugares.

Ainda de maneira mais sutil, a proliferação de tecnologias de controle na forma de bio-poder – ou seja, disciplinas do corpo e regulações da população em torno das quais é desenvolvida a organização do poder sobre a vida – é descrita por Foucault (1988, 1985, 1984a) em seus estudos sobre a ética que regia os comportamentos na antiguidade e que deu início ao surgimento de certo tipo de subjetividade que constitui o sujeito moderno: um “individualismo” cada vez mais interessado nos aspectos privados da existência valorizando a conduta pessoal e o extremo interesse em si.

[...] é preciso entender que o princípio do cuidado de si adquiriu um alcance bastante geral: o preceito segundo o qual convém ocupar-se consigo mesmo é em todo caso um imperativo que circula entre numerosas doutrinas diferentes; ele também tomou a forma de uma atitude, de uma maneira de se comportar, impregnou formas de viver; desenvolveu-se em procedimentos, em práticas e em receitas que eram refletidas, desenvolvidas, aperfeiçoadas e ensinadas; ele constituiu assim uma prática social, dando lugar a relações interindividuais, a trocas e comunicações e até mesmo a instituições; ele proporcionou, enfim, um certo modo de conhecimento e a elaboração de um saber. (FOUCAULT, 1985, p.50).

A ética de construção do cuidado de si, ou o que Foucault chama de estética da existência, exige a observância de “cuidados com o corpo, os regimes de saúde, os exercícios físicos sem excesso, a satisfação, tão medida quanto possível, das necessidades” (FOUCAULT, 1984a, p.56). Ela implica um sujeito capaz de descobrir se está em estado de necessidade, sofrendo algum mal e que deve cuidar-se, seja por si mesmo, seja por alguém que tenha competência para tanto. Está, portanto, em estreita relação com o pensamento e a prática médica.

Ela dispõe, de fato, de um jogo nocional comum cujo elemento central é o conceito de 'patos'; ele tanto se aplica à paixão como à doença física, à perturbação do corpo como ao movimento involuntário da alma; e num caso como no outro, refere-se a um estado de passividade que, para o corpo, toma a forma de uma afecção que perturba o equilíbrio de seus humores ou de suas qualidades e que, para a alma, toma a forma de um movimento capaz de arrebatá-la apesar dela própria. A partir desse conceito comum foi possível construir uma grade de análise válida para os males do corpo e os da alma. (FOUCAULT, 1985, p.59).

Nesse sentido, o saber médico desempenha função de construção de mecanismo funcional de controle social (MENDES-GONÇALVES, 1994). Esse saber – produtor de verdade a qual se define enquanto “conjunto das regras segundo as quais se distingue o verdadeiro do falso e se atribui ao verdadeiro efeitos específicos de poder” (FOUCAULT, 1984a, p.13) – delega à figura do médico o poder de definir, legislar e julgar o que é normal e o que é patológico (MENDES-GONÇALVES, 1994; CANGUILHEM, 1990).

Assim a relação do médico com o saber define a instância intelectual do processo de trabalho, resultando na apropriação do projeto de trabalho por parte desse profissional e, no âmbito da produção dos serviços, nomeia-o como “mentor do trabalho” (SCHRAIBER, 2005, p.62). Esse movimento se traduz na reprodução de formas hierarquizadas de trabalho, dificultando a realização das tarefas em equipe.

Além disso, a autonomia¹ (SCHRAIBER, 1995) na prática médica tradicionalmente é exercida no âmbito da clínica individual, fator que dificulta ainda mais o trabalho em saúde nos moldes territorializados e sanitaristas, o qual se caracteriza por ações de natureza coletiva.

Sobre esse assunto, Mendes-Gonçalves (1994) evidencia a integração sanitária ao contrastar a Clínica e a Epidemiologia (disciplina que toma em um mesmo objeto de conhecimento os aspectos biológicos e sociais da saúde e da doença). Esclarece que integrar significa “impor ao médico clínico decisões que não necessariamente se orientaria para ‘solução’ do caso individual conforme os parâmetros clínicos” e conclui que essa ação é inviável não apenas por motivos éticos, como também pela expectativa social do ato

¹ Schraiber (1995) trabalha a autonomia técnica no trabalho médico enquanto intimidade no processo de intervenção, nos dois polos, liberdade e responsabilidade das ações do profissional.

clínico por parte do usuário enfermo e pela manutenção da autonomia do profissional.

A mais expressiva característica da Epidemiologia por contraste com a Clínica, no que diz respeito à racionalidade tecnológica do trabalho, reside na capacidade da primeira de gerenciar a segunda, enquanto o inverso não é verdadeiro. Podem-se submeter os atos clínicos individuais a controles do tipo avaliação de eficácia e de eficiência que dão parâmetros lógicos, no plano coletivo, para decidir como, quantos, onde, com quais características técnicas os atos clínicos serão cabíveis ou não. A esta possibilidade aplica-se aqui a noção de integração sanitária, e não à mera coexistência dos dois tipos de práticas em instituições únicas (...) as ações epidemiológicas e as ações clínicas não se reduzem a meros atos técnicos, a possibilidade de normatização dos procedimentos clínicos a partir de critérios epidemiológicos esbarra nos determinantes sociais dessa divisão das práticas de saúde, e via de regra a integração é limitada. (MENDES-GONÇALVES, 1994, p.94).

Outra diferença entre a Clínica e a Epidemiologia exposta pelo autor é a do significado de demanda potencial:

[...] o conceito epidemiológico de 'demanda potencial' procura apreender, através do 'diagnóstico de saúde da população', as 'necessidades de saúde da população', enquanto o conceito clínico de 'demanda potencial' parte do suposto de que essas últimas são necessidades de assistência médica. Obviamente, as definições de prioridades, inclusive de assistência médica, e as decisões referentes à alocação de recursos serão diferentes nos dois casos. (MENDES-GONÇALVES, 1994, p.181).

Por outro lado, Campos (2000) aposta na relação dialética entre a clínica e a saúde no âmbito coletivo, em que a variante é a ênfase com que são utilizados os diferentes modos de produção de saúde:

Assim, a clínica vale-se predominantemente de práticas de atenção ao indivíduo, ainda quando a clínica, para ganhar em eficácia, necessite incorporar o social e o subjetivo e operar com algumas práticas de prevenção e de promoção à saúde. Do mesmo modo, é impossível praticar saúde pública sem o auxílio da clínica, pela atenção individual em programas coletivos ou vice-versa. (CAMPOS, 2000, p.227).

Em resumo, para a realização dos objetivos propostos, a hermenêutica orientou-nos na metodologia da pesquisa tendo como procedimentos as seguintes estratégias:

- a descrição etnográfica do serviço de saúde da família, observando a organização das práticas de cuidado e seus contextos;
- a discussão a partir da análise das relações de poder nas práticas observadas, verificando as aproximações dos conceitos de universalidade, integralidade e equidade.

CAPÍTULO 3

RESULTADOS

Apresentam-se, a seguir, a descrição e a análise do material coletado das observações do trabalho dos profissionais na unidade de saúde e das entrevistas realizadas com os funcionários, inclusive com os que trabalham na secretaria. Também se dá a caracterização geral do município e da rede de saúde local, seguida das seguintes instâncias de trabalho: recepção e sala de espera, atendimento de enfermagem, consulta de enfermagem, consulta médica e de odontologia, visitas domiciliares, transporte e atendimentos em outros municípios, vigilância epidemiológica e sanitária, reuniões de equipe e gestão.

1. Caracterização do município

Localizado em uma região deprimida do estado de São Paulo, o município onde foi desenvolvida esta pesquisa participa de um Colegiado Gestor Regional do qual 56,25% de seus integrantes têm menos de dez mil habitantes e 25%, população inferior a cinco mil moradores. Com um número inferior a quatro mil habitantes, pertence a essa última proporção. Segundo a Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados – SEADE –, a densidade demográfica é baixa, 9,25 habitantes/Km², e o grau de urbanização é 48,43%, bem abaixo de 93,70%, porcentagem que caracteriza o estado de São Paulo (SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS, 2007).

Em relação ao Índice Paulista de Responsabilidade Social, pertence ao grupo 3, ou seja, ao conjunto dos municípios com nível de riqueza baixo, mas com bons indicadores nas demais dimensões. Apresenta pontuação 16, enquanto o estado, 55, referente à riqueza do índice. No que concerne à longevidade e à escolaridade, seus números, 75 e 70, respectivamente, superam os do estado, 72 e 65 (SEADE, 2006). Verificamos, portanto, que a

dimensão riqueza é fator bastante significativo no rebaixamento do IPRS¹, confirmando-se, em prática, a relevância da dimensão no agravamento de questões específicas como na saúde.

Em 2007, a participação nos vínculos empregatícios em serviços era de 84,45%; as demais proporções dividiam-se em 8,83% no comércio e 6,71% na agropecuária (SEADE, 2007).

A taxa de mortalidade infantil do mesmo município, em 2007, foi de 12,66 por mil nascidos vivos, enquanto a do município de São Paulo, 13,07. Em função da baixa sensibilidade desse indicador quando aplicado a locais com base populacional muito pequena, analisamos a variação do número absoluto de óbitos por ano para obtermos uma melhor dimensão da mortalidade infantil. Em 2007, registrou-se um óbito em 79 nascidos vivos. Num período de 10 anos, houve variação de um a três casos, constando, em alguns anos, o fenômeno como inexistente (SEADE, 2007).

Entre os nascidos em 2007, quatro pesavam abaixo de 2.500g. No mesmo ano, foi registrado um caso de desnutrição infantil entre crianças menores de um ano. Em relação à diarreia, entre aquelas com idade inferior a dois anos, foram notificados 19 casos, dos quais apenas nove usaram o Tratamento de Reidratação Oral. Das 316 crianças com até 4 meses cadastradas, 252 obtiveram aleitamento materno exclusivo e 64, misto (BRASIL, 2007c).

No que refere-se à assistência às gestantes, os dados mostram que, em 2007, 76,92% das gestantes realizaram sete ou mais consultas de pré-natal, um número superior ao do estado, de 75,73% (SEADE, 2007). Apenas 30,38% das gestantes realizaram parto cesária enquanto que, no estado, a proporção foi de 55,36%. Todas as 445 gestantes cadastradas foram acompanhadas e 110 possuíam menos de 20 anos (BRASIL, 2007c).

Das 5212 pessoas cadastradas como portadoras de hipertensão, 5071 tiveram acompanhamento; entre os 997 pacientes diabéticos, foram

¹ O IPRS é composto por três dimensões – renda, escolaridade e longevidade – que sinalizam a evolução das condições de vida dos municípios do Estado de São Paulo (SEADE, 2007).

dispensados cuidados a 957. Não houve ocorrência registrada de tuberculose no mesmo ano de 2007, e todos os 27 casos notificados de hanseníase foram acompanhados (BRASIL, 2007c).

Finalmente, sobre a avaliação da qualidade da atenção básica, em pesquisa realizada num universo de 307 unidades básicas de saúde que pertencem aos municípios que compõem a macrorregião da qual o município estudado faz parte, verificou-se que as unidades de saúde, a rural e a urbana, situaram-se em 10º e em 28º lugares no ranking de qualidade, respectivamente (CASTANHEIRA, 2007).

2. Caracterização do sistema municipal de saúde

A rede de saúde municipal possui dois equipamentos de Saúde da Família. O primeiro localiza-se na região central da cidade e é responsável por toda a zona urbana. Sua estrutura física é composta por dois níveis: no térreo, há o funcionamento da unidade de saúde; no piso superior, cujo acesso se dá por meio de escadas, concentram-se a secretaria de saúde e seus departamentos – administrativo, de agendamento, de informação –, bem como as vigilâncias epidemiológica e sanitária. No momento da pesquisa, a parte superior encontrava-se em reforma, e essas seções estavam funcionando em um local provisório.

Nessa unidade da zona urbana funciona a chamada Equipe I, composta por um médico da família, uma enfermeira, um cirurgião-dentista, cinco agentes comunitários de saúde, nove auxiliares de enfermagem, um técnico de enfermagem, uma auxiliar de consultório dentário, um auxiliar de farmácia, um recepcionista, três auxiliares administrativos, dois auxiliares de serviços gerais e cinco motoristas. Esse grupo atende, por dia, em torno de 60 pessoas.

A segunda unidade – a qual denominamos Unidade Rural Principal, e cujo funcionamento foi o alvo de estudo desta pesquisa – situa-se no bairro rural. Sua equipe, denominada Equipe II, é composta por um médico da família,

uma enfermeira, duas auxiliares de enfermagem, cinco agentes comunitários, uma recepcionista, um auxiliar de serviços gerais e dois motoristas. Atende em torno de 50 pessoas por dia segundo os entrevistados¹.

Para atender toda a área da zona rural, cuja densidade demográfica é bem menor se comparada à urbana, a Equipe II utiliza duas outras estruturas físicas. A estrutura de Apoio I, para a qual se desloca uma vez a cada semana, e a Estrutura de Apoio II, na qual não há regularidade de atendimentos prestados, pois são esporádicos.

O município conta com dois cirurgiões-dentistas. Um que integra a equipe de saúde da família, e outro contratado para consultar, em alguns dias da semana, no período noturno, apenas na unidade central da zona urbana. O dentista da saúde da família atende toda a população do município, atuando na unidade do centro e, duas vezes por semana, desloca-se para a Unidade Rural Principal e para a Estrutura de Apoio I. O funcionamento da saúde bucal será melhor explanado no item **Consultas de odontologia**.

3. Recepção e sala de espera

O caráter doméstico² e interiorano da Unidade Rural Principal apresenta-se de imediato na própria estrutura física no que se refere à disposição arquitetural e funcional das salas. O serviço utiliza-se de uma casa comum, típica da região, considerando-se o tamanho, a forma e o estilo. Seus cômodos são utilizados como consultórios do médico, da enfermeira e do dentista – o deste último também é aproveitado como sala de reunião da equipe por ser o maior –, como salas de pré-consulta, de observação, de procedimentos, de vacinação e farmácia. Há apenas um banheiro que não corresponde às necessidades de uma unidade de saúde, a qual exige sanitários masculino e feminino não só para o público, mas também para os

¹ Durante a semana na qual esteve presente a pesquisadora nessa unidade, não foi observado esse volume de pessoas mencionado pelos entrevistados. Verificaram-se 10 a 15 pessoas por dia. Na Estrutura de Apoio I, observou-se número maior de pessoas atendidas, chegando a aproximadamente 30 pessoas.

² A palavra doméstico não foi usada para designar amador, desregrado, superficial, mas no sentido de familiar, caseiro, íntimo.

profissionais. Apesar de a pintura ensaiar certa distinção à unidade, dos tons empregados serem novos, seus elementos denunciam a precariedade e o improviso, semelhante às casas dos arrabaldes. Esses traços são homogêneos tanto na unidade principal quanto na de apoio localizada em um bairro mais distante. Tais características facilitam a aproximação do equipamento e a população.

A edificação familiar e convidativa da unidade impele uma dada relação com o espaço e explicita a forma de sua utilização pelos profissionais e pela população. Em geral, as pessoas usam a varanda da estrutura como sala de espera, sentadas na mureta ou encostadas nos pilares da antiga garagem. Esse espaço liga-se imediatamente à sala da recepção, onde há um banco de madeira usado para espera do atendimento.

Na Estrutura de Apoio I, a sala possui algumas cadeiras, que normalmente são cedidas às mulheres e aos idosos. Os demais esperam em pé. Interessante notar que as áreas internas de espera são ocupadas mais por mulheres, enquanto os homens preferem esperar nas áreas externas.

As pessoas aguardam dentro e fora da unidade (abaixo do beiral, pois chuveira). É uma casa com sala, cinco cômodos pequenos, um banheiro e uma cozinha. A sala possui quatro cadeiras – do tipo escolar –, e as pessoas esperam em pé. As mulheres e crianças estão dentro da casa, os homens conversam fora. (DIÁRIO DE CAMPO, 3º dia).

A Estrutura de Apoio II é, consideravelmente, mais precária que a anterior. Para atender a população de regiões mais distantes, é utilizado um barracão da igreja o qual foi usado como escola remotamente. A antiga sala de aula é usada como sala de espera e pré-consulta – há velhas balanças para pesagem de adultos e crianças, poucas cadeiras e nada mais. Do lado oposto do salão, há uma porta que o separa de outra sala menor. Durante a permanência da pesquisadora no município, não houve atendimentos nessa estrutura, porém foi relatado como acontecem as consultas: nessa pequena sala há duas mesas escolares, uma ao lado da outra, diante das quais as pessoas são atendidas pelo médico e pela enfermeira simultaneamente.

Dadas as condições extremamente precárias¹ da Estrutura de Apoio II, a descrição da situação pelos depoentes tomou certo tom hilário, apesar da gravidade da circunstância. Essa situação problemática se revelou na recusa, por parte de outros médicos, de trabalhar nesse local, e na eventualidade dos atendimentos – o que não acontece com a Estrutura de Apoio I para onde há sistematicamente o deslocamento semanal da equipe.

Evidentemente as consultas realizadas na Estrutura de Apoio II possuem caráter genérico e superficial, devido à falta de privacidade, de recursos e de enfoque². A justificativa da insistência da equipe em manter os atendimentos na estrutura, mesmo que eventuais, é a distância desses bairros cercanos das outras duas estruturas, o que ocasiona a dificuldade de deslocamento da população ali residente.

Em geral, os temas das conversações na sala de espera da Unidade Rural Principal giram em torno de assuntos pessoais, como filhos, maridos, conhecidos, ou fatos genéricos ocorridos na cidade, queixas de saúde dentre outros. Podemos perceber a utilização da ‘sala de espera’ *sala de espera* como espaço de encontro e socialização da população. Sob esse aspecto, verifica-se semelhança na Estrutura de Apoio I pelo fato de a equipe deslocar-se para o local apenas uma vez por semana, o que faz o atendimento à população tomar o caráter de evento: espera-se o *acontecimento* consulta em saúde.

Durante o tempo decorrido da fase de campo da pesquisa, o auxiliar administrativo responsável pela recepção da Unidade Rural Principal esteve em período de férias, eventualidade que proporcionou à coleta de dados da pesquisa o acompanhamento de um fluxo de atendimento atípico. Por outro lado, pôde-se observar certa normalidade, não havendo tumultos e descompassos no andamento dos atendimentos pela equipe, sendo o trabalho

¹ A precariedade pôde ser constatada, não só nos relatos, mas também por meio da situação de reconhecimento do espaço pela pesquisadora, que somente pôde visualizar internamente o lugar por meio de fotos tiradas por entre os vidros quebrados das janelas. Não pudemos entrar porque as chaves do local estavam com o agente comunitário da área.

² O modelo tecnológico mantido nas ações executadas pela equipe é predominantemente o da assistência clínica anatomopatológica individual (MENDES-GONÇALVES, 1994).

de recepcionar as pessoas tranquilamente incorporado no processo de trabalho pelos profissionais presentes.

Outro fator que ocasionou a tranquilidade observada na semana foi não ter ocorrido o dia reservado para consultas de certo bairro rural. Uma vez por semana, um ônibus da prefeitura transporta até a unidade os moradores desse distante bairro que foram previamente agendados e organizados pelo agente comunitário de saúde responsável pela área. Segundo relato dos funcionários, nesses dias o fluxo de pessoas e as atividades na unidade são intensos.

O fluxo da Unidade Rural Principal observado nesse período foi o seguinte: o paciente chega à unidade, senta-se; em seguida, a técnica de enfermagem separa seu prontuário – se a pessoa está agendada, este já está separado – e chama-a para a pré-consulta. Em alguns casos, a profissional pergunta-lhe o nome, mas, em geral, já a conhece e sabe qual o agente comunitário de saúde responsável por sua família. Esse dado é importante para a identificação dos prontuários, pois estão organizados por família e dispostos na prateleira na sala da pré-consulta, por setor de agente comunitário. Não houve utilização de senhas, apesar de haver uma caixa de senhas na recepção.

Na Estrutura de Apoio I – diferentemente da unidade principal onde há um balcão em formato de meia-lua que separa uma pequena área com mesa, cadeira, agendas, papéis, materiais de escritório e computador¹ da sala de espera –, não há um local destinado à recepção. A organização observada foi a que se segue: a agente comunitária responsável pela área abre a unidade e separa todos os prontuários das pessoas agendadas no dia e os das *eventuais*. Ela organiza-os em ordem de chegada dos usuários. Quando o médico, a enfermeira e a auxiliar de enfermagem, trazidos pelo motorista da Unidade Rural Principal², chegam à unidade, todas as pessoas já estão

¹ Não há conexão com a Internet, pois a estrutura de rede não chega até a unidade, existindo apenas na unidade da zona urbana.

² A equipe é transportada com o veículo disponibilizado para a unidade rural. Entretanto, dado o grande fluxo de transporte inter e intramunicipal, eventualmente esse veículo é alocado para

presentes. Algumas saem e voltam conforme o tempo de espera. A agente comunitária que auxilia a técnica de enfermagem na pré-consulta chama a pessoa pelo nome. Como o corredor que liga os cômodos é pequeno, os sons das conversas na sala de espera, dos chamados da agente comunitária, do médico e da enfermeira juntam-se formando um grande ruído que contribui para frenesi geral.

A sala de espera da Estrutura de Apoio I é desprovida de qualquer objeto – excetuando cadeiras –, cartazes ou outros elementos informativos. Já a Unidade Rural Principal difere-se daquela, como mostra a passagem a seguir:

Nas paredes, alguns informes:

“ATENÇÃO!!!!!!!!!!”

A partir de 2 de maio de 2007 as consultas AGENDADAS terão PRIORIDADE no atendimento sobre as consultas eventuais.

Deixe agendada desde já a sua!

Equipe II PSF”

“ATENÇÃO PAIS E ESCOLARES

SERÃO FORNECIDOS ATESTADOS MÉDICOS PARA JUSTIFICAR AUSÊNCIA ÀS AULAS **SOMENTE** NA PRESENÇA DOS PAIS OU RESPONSÁVEL MAIOR DE IDADE.

DR. M1”

“ATENÇÃO

HORÁRIO P/ FICHA DE MANHÃ DAS 08h ÀS 09h,

À TARDE DAS 12h ÀS 13h

AUTORIZAÇÃO:

Dr. M1.

Dr. M2”

“SILÊNCIO”

realizar outras tarefas, e a equipe, nesses casos, espera até que retorne. Nessas situações a espera pela chegada da equipe à Estrutura de Apoio I pode demorar quase um período inteiro.

Na porta da sala do médico, há o aviso:

“NÃO FORNEÇO ATESTADO

Não insista”

“ATENÇÃO!!!!!!!!!!

Hipertensos e diabéticos

Favor comparecer no seu dia

às sextas-feiras”

Também há alguns cartazes trazendo os benefícios da atividade física, controle da pressão arterial e os dez mandamentos do coração saudável, campanha contra a hanseníase e contra a dengue. Ainda nas paredes, mapa do território de abrangência da unidade, destacando as microáreas cobertas pelos agentes comunitários de saúde, dias e horários de atendimentos e atividades tanto da Unidade Rural Principal quanto das Estruturas de Apoio I e II, bem como descrição dos meses e bairros para pesagem do programa Bolsa Família.

Um organograma da equipe esclarece: primeiro, o coordenador secretário municipal de saúde, em seguida, generalista médico, supervisora enfermeira e cirurgião dentista; depois, subordinada à supervisora enfermeira, auxiliar de enfermagem, seguido de ACS agente comunitário e, subordinado ao cirurgião dentista, ACD auxiliar de consultório dentário.

Ao lado do computador se encontram compartimentos com nomes de cada agente comunitário de saúde para recados ou exames.

Na caixa suspensa, há o seguinte escrito:

“SENHORES USUÁRIOS COLABORE COM A ADMINISTRAÇÃO
COLOCANDO SUAS RECLAMAÇÕES OU SUGESTÕES”

(DIÁRIO DE CAMPO, 2º dia).

Segundo a descrição acima, podemos perceber alguns problemas priorizados intuitivamente e a tentativa do estabelecimento de uma dada ordem no serviço, veiculada por meio de frases informativas e normativas.

Das mensagens expostas, podemos identificar três direções impelidas que se sobrepõem: do serviço aos usuários, dos profissionais a eles próprios e da administração aos usuários e profissionais.

As mensagens dirigidas aos usuários possuem dois tipos de caráter. O primeiro tipo está relacionado à saúde coletiva e à educação em saúde.

Entretanto, apesar de haver anúncios expostos por toda a unidade, esse dispositivo de comunicação não é explorado para abordar questões de saúde locais consideradas relevantes, uma vez que não há investimento por parte do serviço na confecção de cartazes – são todos provindos da secretaria estadual e federal. O investimento na produção de cartazes pelo serviço está concentrado no segundo tipo de mensagem que é referente à tentativa de barrar o usuário e delimitar o seu. Verifica-se a ênfase em frases como “não insista”, “seu dia”, “somente”, “prioridade”, bem como a definição de data para iniciar a regra, indicando o prévio embaraço na execução de certas normas. Podemos dizer que a dificuldade advenha da ambiguidade produzida pela pessoalidade nas relações e pela familiaridade dos usuários com os profissionais do serviço, fatores que, por um lado, facilitam o trabalho de arregimentar a comunidade para as questões do serviço e, por outro, dificultam o esforço da equipe em estabelecer e manter a organização por ela idealizada – como a implantação do esquema de fichas de atendimento.

Outro inconveniente para os profissionais que se manifesta nos cartazes provém do fenômeno descrito anteriormente, da unidade tornar-se ponto de encontro das pessoas. A famosa frase encontrada pelos corredores dos hospitais e centros de saúde também se acha na parede da unidade: “Silêncio!”

Há mensagens como definição das áreas de abrangência dos agentes comunitários, dias e horários de atendimento nos bairros – unidades de apoio –, organograma, local para recados e exames, que, apesar de aparentemente serem dirigidas aos usuários, na realidade, disparam mais na direção dos profissionais. Muito além do intuito de organizar o trabalho, nelas há a explicitação de demarcações de áreas de responsabilidades funcionando como proteção para os próprios profissionais e, sobretudo, de posições na escala hierárquica de poder.

O esforço inócuo por instituir lugares pré-estabelecidos de poder é expresso na seguinte fala:

[...] quando você trabalha no interior, coloca-se aquela pergunta: “Quem manda mais?” Um agente comunitário que tem cinquenta

votos em suas casas [...] ou a enfermeira padrão, ou seja, nosso cargo aqui, a gente é supervisora, se você abrir o organograma, você vê que a enfermeira está bem centralizada e não é nem o médico. [...] não é isso que funciona, não é? Não é porque, como eu falei, ou você lê a cartilha que eles mandam você ler ou... (ENTREVISTA E1).

O discurso que diz que a enfermeira está hierarquicamente acima do agente comunitário e ao lado do médico não estabelece por si só uma relação de poder. Outras delas atravessam esses corpos e instituem conformações distintas, como no caso da política partidária local e de outras forças circulantes não localizadas.

Por fim, ao direcionar-se aos usuários, a secretaria tem uma dupla intenção, pois, indiretamente, a sua mensagem também se dirige aos funcionários. Embora a forma de expressão seja imperativa, a caixa de sugestões configura uma estratégia da secretaria da saúde municipal para auxiliar em sua gestão aspirando à democracia nas ações e à porosidade para a opinião pública.

Mesmo não havendo significativo retorno desse mecanismo à gestão, pela falta de uso da caixa pelos usuários, ela continua presente. Isso nos conduz a inferir que, além das já citadas, há ainda duas funcionalidades que podem ser consideradas. A primeira é a preservação da boa imagem pública da administração, contribuindo para o amortecimento de possíveis insatisfações e movimentações contrárias a ela. Ao se criar um mecanismo institucionalizado de queixas, os protestos são organizados e, aos poucos, perdem a força da manifestação, tanto que a caixa é subutilizada. A segunda função é um sutil dispositivo de controle da equipe, ou seja, qualquer pessoa pode anonimamente denunciar profissionais para a secretaria. O raciocínio do panóptico entra em vigor: cada um controla a si mesmo em seu trabalho, pois, mesmo ausente, o domínio sobre os sujeitos se faz presente.

4. Atendimento de enfermagem

A importância do trabalho das auxiliares de enfermagem no processo geral de produção do cuidado neste município traveste-se de

maneiras diferenciadas segundo o arranjo organizativo do serviço. Em certos momentos, o trabalho é o suporte do funcionamento da unidade de saúde e, em outros, adquire a centralidade no processo da assistência.

Em geral, as atividades diurnas realizadas na execução do programa da saúde da família dirigem-se à pré-consulta das consultas médica e de enfermagem, aos procedimentos solicitados pelo médico – como inalações, curativos, aplicação de medicamentos via oral, intravenosa e outros –, assim como à organização da farmácia e entrega de medicamentos, à orientação, ao acompanhamento nas visitas e palestras educativas, à vacinação, à esterilização de materiais, como também ao preenchimento e organização dos registros habituais de uma unidade de saúde da família.

Após o expediente de funcionamento, inicia-se o plantão no qual as auxiliares de enfermagem protagonizam o papel central na articulação de ações para a efetuação do cuidado. Todas essas atividades são executadas por duas auxiliares de enfermagem, ambas possuindo trajetórias profissionais bastante semelhantes. Iniciaram suas carreiras como agentes comunitárias de saúde, passaram a atuar, mais tarde, como atendentes de enfermagem antes mesmo de realizarem o curso de auxiliar de enfermagem. Há três anos vincularam-se ao programa da saúde da família, apesar de já trabalharem na unidade e na área rural há muitos anos – o período de trabalho de cada uma é de 12 e 13 anos.

O fato de ambas morarem no bairro da unidade somado ao longo período de trabalho no mesmo local são ingredientes decisivos tanto para o traçado da rede de cuidado nos casos de urgência e emergência fora do expediente do PSF – como veremos mais adiante –, como para a construção de uma relação de proximidade e confiança entre a comunidade e os usuários do serviço. Isso influi na satisfação profissional e na forma de acolhimento nos atendimentos. Vejamos um atendimento de pré-consulta:

Peço permissão para a auxiliar de enfermagem para acompanhá-la dessa vez. ACS4 está sentada numa carteira escolar anotando a pressão e o peso ou a altura que A1 dita em voz alta na pré-consulta. ACS4 conhece todos e faz perguntas sobre algum assunto específico ou familiar do usuário. Ambas brincam com as pessoas. Em seguida,

A1 dirige-se à sala dos medicamentos e prontuários para aplicar injeções, vacina ou entregar medicamentos às pessoas que saem da sala do médico. Nesses procedimentos, A1, apesar de preocupada em fazer tudo rapidamente para que não falem prontuários para o médico – que recebe todas as pessoas somente após a pré-consulta –, sempre conversa com simpatia com os usuários, mesmo que brevemente. (DIÁRIO DE CAMPO, 3º dia).

Também podemos verificar a existência de ambiguidade no sentimento referente ao trabalho, pois, por um lado, ele gera satisfação e, por outro, produz sofrimento, como mostram as passagens a seguir:

[...] tem hora que nem um acontecimento que aconteceu aqui de um senhor que faleceu de enfarte, quando acontece alguma coisa assim a gente fica muito triste, então muitas vezes a gente pensa: “Ah meu Deus, que vontade de sair da área de saúde!”, quando acontecem essas coisas. Eu gosto de trabalhar, o povo gosta de mim, chega aqui e já pergunta de mim, porque faz muito tempo que eu trabalho, mas quando acontece alguma coisa assim a gente fica tão triste e aí eu penso em sair, “um dia eu quero sair”. (ENTREVISTA A1).

Foi tudo certinho, e o nenê estava bem, mamou, tava bem, não estava no balão, nada; eu penso assim: “Será que ele não tinha probleminha do coração?”, (pausa) como é que pode, depois de estar bem, mamando, respirando normal e dá de novo isso? Porque o nenê nasceu bem, diz o pai, chorou, de repente aconteceu tudo isso com o nenê e foi morrendo aos poucos; de repente, em fração de minutos. E nós corremos com o nenê e aconteceu tudo isso. Daí a gente fica traumatizado uns dias porque a gente quer que viva, a gente está aqui para viver. Aí a gente fica: “Ah meu Deus, por que eu trabalho, por que eu não saio?” Porque aqui é tão difícil! Porque não é que nem no hospital que tem tantos recursos, aqui não tem, então a gente sofre por isso, muitas vezes a gente sofre e fica velha antes do tempo de tanto passar nervoso (choro). (ENTREVISTA A1).

Quando questionada sobre prestar socorro em situações de urgência e emergência, a auxiliar de enfermagem afirma:

É bom, é gostoso, a gente vai contente, só que numa hora dessas... (risos) eu falo assim: a gente vai contente, porque é o trabalho da gente, a gente gosta de fazer, de ajudar (risos). (ENTREVISTA A2).

Porém, logo em seguida, descrevendo um socorro prestado por elas:

Nós estávamos juntas na hora da morte. É difícil, porque a gente não pode fazer nada, nós não tínhamos oxigênio, porque se tivéssemos... mas ele já estava praticamente morto, mas para família é uma forcinha a mais. (ENTREVISTA A2).

O sofrimento e a satisfação no trabalho fazem parte de uma mesma postura ética de comprometimento, o que as leva a deixar em segundo plano inclusive a vida privada:

É difícil, muitas vezes nós abandonamos a vida, falta o carinho da gente para a nossa família. Esses dias o meu marido até foi embora de casa, porque eu não tinha tempo nem para ele, nem para as crianças, e a gente chega cansada. Ontem mesmo foi o dia que eu fiquei muito nervosa, essa semana foi muito corrida, segunda-feira eu fiquei até às nove horas (da noite) porque tinha psiquiatra (paciente de psiquiatria) para ir para M. (município de referência para a macrorregião), para internar, aí na terça foi o óbito, nós ficamos até às dez horas (da noite) de novo, ontem cheguei em casa só tomei banho e já me chamaram aqui no posto de novo porque tinha um senhor passando mal, já vim de novo, fiquei mais um pouco [...]. Aí eu fui embora para casa, e fazia três dias que eles estavam comendo macarrão, os coitados, porque eu não tinha tempo nem de fazer comida. Ontem ele falou: “Faz três dias já que nós estamos comendo macarrão” [...] mas sobra muita coisa para a gente, e a gente não tem tempo nem de conversar com a família. Então muitas vezes você está nervosa e já vai respondendo mal a pergunta, aí o meu marido foi embora [...] minha filha cobra essa parte porque eu não tenho tempo. Não tive, porque ela nasceu, eu já trabalhava na saúde, então eu tive muito pouco tempo para ela. (ENTREVISTA A1).

[...] tem dia que a gente não tem tempo para os filhos, tem dia que a gente só chega e já volta, às vezes vai para M. (município de referência mais próximo) com paciente e vai para M. (município de referência para a macrorregião), tem dia que eu saio de manhã, não vejo meus filhos, volto e eles estão dormindo, tem dia que eu não os vejo. (ENTREVISTA A2).

Eu imaginava que eu poderia ter mais tempo para eles. Minha menina está com catorze anos, quando eu comecei trabalhar ela estava com seis meses, só que daí eu trabalhava de agente, então, na parte da tarde, eu tinha tempo para ela, final de semana, e agora para meu menino não tenho tempo. Às vezes, no final de semana, eu saio para atender paciente e os levo de dó. Eu tenho dó de deixar. (ENTREVISTA A2).

O envolvimento e a aproximação pessoal das profissionais surtem pelo menos três efeitos concorrentes na assistência. O primeiro deles é o conhecimento por elas da população de referência da unidade, o que facilita a condução do caso, uma vez que sabem onde o paciente vive, em que condições, quem são os familiares e história da vida, exemplificado na observação realizada:

O primeiro caso é de um senhor de idade alcoolizado. A equipe o conhece. A auxiliar que cuidadosamente ajuda a deitá-lo na maca da sala de observação conta-me que ele vive sozinho, foi abandonado pela esposa e filhos. Ela dirige-se ao senhor e pergunta se ele comeu. Diz que, como o conhece e sabe de sua situação social, avalia que ele esteja naquele estado por estar sem comer. Coloca o soro que o médico havia prescrito. (DIÁRIO DE CAMPO, 1º dia).

O segundo efeito é o olhar ordinário sobre os fatos, ou seja, a banalização dos fenômenos sob uma visão conformada com o modo de vida

local. Ao invés do olhar estrangeiro¹ e técnico, há o olhar do senso comum e da normalidade.

Não sei... Boatos na rua dizem que ele estava com uma dorzinha de estômago o dia todo, mas estava trabalhando, estava plantando bananeira, plantando mandioca na casa, normal, aí quando foi à tarde apurou aquela dor, a dor no estômago, apurou. (ENTREVISTA A1).

O terceiro efeito verificado, provindo da penetração na vida da comunidade pelas profissionais, surte resultado inverso no que diz respeito ao relacionamento com os demais profissionais dentro da unidade, ou seja, a antipatia entre as pessoas causada pelas adversidades políticas e pessoais. Quando questionada sobre a relação com a gestão, a entrevistada menciona a questão política e relata que as épocas de campanhas eleitorais trazem tensão ao serviço.

Na época de política? Atrapalha, porque daí é muita coisa, a gente fica nervosa e... um vem conta uma coisa, daqui a pouco o outro vem... Eu sempre fico fora, eu escuto, só que, como eu escuto e não quero falar, sofro mais porque guardo para mim. (ENTREVISTA A2).

A causa da tensão:

Por causa de muita fofoca, por exemplo, meu marido gosta muito de política, ele gosta, eu não vou em comício, não vou em nada, não gosto; só que porque ele foi eles já me colocam no meio. Eu acho que não tem nada a ver, porque ele vai, mas eu não vou. (ENTREVISTA A2).

Bem como o medo da demissão ou rebaixamento de cargo:

É que na época de política fica muito assim, um fala uma coisa o outro fala outra e aí teve o tempo do (nome do prefeito), ele falou que ia me mandar embora, porque ele dizia que eu estava de um lado, mas eu estava quieta, não mexo, não gosto de política [...]. Ele prometia que ia mandar embora. (ENTREVISTA A2).

A gestão, por meio da percepção das entrevistadas, assume a postura de governo repressivo, no caso, ao atuar com ameaças, usando sua posição de poder, intimidando o ator no jogo político local. Nesse episódio, a coerção é explícita. Porém, em outros momentos, o governo exerce diferentes formas de controle – como a cobrança ou a submissão direta inquestionável – onde os espaços de poder estão consolidados e reconhecidos. É o caso da

¹ Conceito trabalhado no capítulo anterior.

atual administração, em que não há perseguição política, contudo o controle exerce-se por essas vias.

Com todos os secretários eu sempre me dei bem, eles que são o chefe, então a gente sempre cumpre a ordem deles, então eu acho que não tem problema nenhum com ele. (ENTREVISTA A1).

[...] existe muita cobrança, qualquer coisinha... Porque errar é humano. Uma vez a gente se esqueceu de mandar um papel, veio cobrança e cobrança. [...] daí vem muita cobrança da chefia, [...] tudo quanto é erro somos nós que fazemos; qualquer coisinha assim... Então é difícil por isso. (ENTREVISTA A1).

Ao abordar a questão da autonomia:

[...] muitas vezes eu acho que tem que ser assim, mas ou a chefia, ou a enfermeira ou o doutor: "Tem que ser de outra maneira", aí eu tenho que fazer de acordo com o que eles querem. (ENTREVISTA A1).

O controle também é exercido pela população, através do Conselho Municipal de Saúde:

[...] ano passado eles participavam bem. Quase eu não vou às reuniões do conselho, porque é lá (na unidade da zona urbana), mas eles falam, quando os pacientes vão reclamar, eles falam na reunião, aí eles vêm de vez em quando ao posto também observar como está, porque os pacientes vão reclamar e eles vêm também para ver se está sendo mesmo do jeito que os pacientes falam. Quando o seu C. era do conselho, ele vinha três vezes por semana aqui no posto. Entrava, olhava, sentava um pouco e depois ia embora, daí na reunião lá eu não sei o que saía. (ENTREVISTA A2).

Os dispositivos de fiscalização das ações no serviço são pulverizados nas microrrelações estabelecidas entre as pessoas nas mais diversas formas. Assim, questões relativas ao trabalho, como horário, efetividade, conduta, são apropriadas pela própria equipe, sem a necessidade de supervisão externa. Muitas vezes elas são os motivos de conflitos entre os profissionais.

[...] oito horas é o horário de chegar aqui, eu gosto de chegar sempre no horário, eu odeio chegar fora do horário, muitas vezes eu estou vendo, está cheio de gente aqui, apesar de que eles [usuários] não cobram: "Ó está chegando atrasada!" Eu não gosto de chegar atrasada, mas se acontece alguma vez de eu chegar atrasada, a primeira coisa que a A2 faz é olhar no relógio. Ela pode chegar bastante atrasada, eu nem me importo, porque eu acho que eu tenho que cuidar de mim e ela tem que cuidar dela, mas ela cobra muita essa parte. Ontem nós saímos daqui, eu com a enfermeira, não olhei no relógio, mas a enfermeira olhou: "Vamos A1 já são cinco e dez" e eu falei: "Então vamos", eu estava arrumando as coisas. Aí de

repente ela veio de M. (município mais próximo de referência em saúde) e estava indo para casa e falou assim: “Liguei no posto, vocês não estavam lá”, eu falei: “Mas nós saímos cinco e dez”, ela falou: “Ah não, mas só faz vinte minutos”. (ENTREVISTA A1).

[...] ela é muito sossegada, então não consigo esperar ela fazer a parte dela, então eu vou, terminei a minha eu vou, então muita vezes sobrecarrega muito a gente. (ENTREVISTA A1).

Os conflitos entre os profissionais giram em torno das diferenças na forma de execução das atividades e da definição da divisão do trabalho, como se seguem nos seguintes trechos:

[...] primeiro tem que ser o paciente, para ela (auxiliar de enfermagem) não, ela vai primeiro nos papéis, então muitas vezes eu fico até nervosa com isso, porque eu acho que primeiro vem o paciente, ver o que há, o que quer, então depois vamos ver o papel. Muitas vezes, eu não falo nada, mas isso me magoa, porque daí me sobrecarrega muito, porque não quero deixar ninguém esperando. (ENTREVISTA A1).

[...] a (enfermeira) é muito teimosinha, quando ela quer que seja daquele jeito tem que ser do jeito dela, muitas vezes a gente faz alguma coisa sem aceitar que seja daquele jeito, mas tem que fazer porque a enfermeira quer daquela maneira. (ENTREVISTA A1).

A relação com a enfermeira é boa. Só teve uma época em que nós discutimos um pouquinho, [...] porque a parte do fechamento sou mais eu quem faço, aí ela ficou brava comigo, que tinha mudado para ela fazer [...]. Eu faço o fechamento do médico, continua sendo eu e dos agentes é para enfermeira fazer agora, e daí os agentes estavam todos aqui e ela foi embora. Eu liguei para o gestor: “G1, você falou que era para enfermeira fazer e ela deixou os agentes aqui, agora eu faço?”, ele falou que não, que não era para eu fazer, que era serviço dela e como estavam todos aqui, tem a ACS do B.(bairro rural distante), fiquei com dó dos agentes e fechei. No outro dia ela ficou brava comigo, falei: “Tudo bem E, eu não vou fazer mais”, esperei ela falar tudo, “Tudo bem, não é o meu serviço mesmo”, falei para ela, “Esse aí é seu, eu faço para ajudar, de agora em diante eu não faço mais”. Agora ela pede para eu fazer, “Tá bom”, uai (risos). (ENTREVISTA A2).

Podemos perceber que as divergências acontecem com maior frequência entre os membros da equipe de enfermagem – auxiliares de enfermagem entre si e com a enfermeira – não sendo verificadas com os agentes comunitários de saúde e com o médico. Mesmo sendo relatadas as discussões de casos e boa comunicação entre os funcionários, verificam-se verticalidades nas relações ou tentativas de estabelecê-las, como aparecem na percepção das auxiliares de enfermagem: o médico é aberto porque dá liberdade para perguntar e explicar a forma correta de se fazer, a enfermeira é teimosa por querer que faça de seu jeito.

Quando há espaços coletivos de manifestação, como nas reuniões de equipe, o padrão comum de verticalidade é assumido: os atores que mais se expõem são o médico e a enfermeira, enquanto os demais membros retraem-se.

As contendas estendem-se entre as duas equipes – a equipe responsável pela zona urbana e a responsável pela zona rural. Sobre a relação com a outra equipe, o comentário foi:

[...] é uma relação super ruim, eu não sei por que eles nos marcam muito... Porque foi muito bem o PSF, dá muito certo, são menos pessoas, então tem muito elogio e daí eles começaram assim, tudo quanto é coisinha, mínima assim eles vêm em cima de nós. Só nós que somos errados. (ENTREVISTA A1).

A explicação para tal desacordo:

Uma vez veio uma turma de M. (município de referência para a microrregião) fazer uma pesquisa não é pesquisa, não lembro o que é, mas eles vieram aqui com o objetivo de saber o que nós precisávamos na unidade, o que a gente achava que estava precisando, cada um formava um grupo e cada um fazia uma coisa, falava o que estava precisando e a E1, a enfermeira daqui, ela é muito boa, ela tinha os defeitos dela, mas tinha as qualidades; ela trabalhou em hospital fora, ela aprendeu muita coisa, então sabia muito, sabe aquelas pessoas que falam bastante, então o PSF foi bem porque ela sabia mais ou menos como era o PSF, porque era novo aqui ninguém sabia como deveria ser. Então fomos muito bem, nós ganhamos nessa pesquisa, o PSF daqui ganhou. Daí começou a marcação e desde então nunca mais, tudo quanto é coisinha, eles acham defeito em nós e até esses dias estavam querendo trocar eu e a outra auxiliar de enfermagem para nós irmos aprender lá “porque tem coisa que a gente não sabe”. Eu concordo, eu gosto de aprender as coisas, não sou perfeita, lógico que aqui a gente não sabe tudo [...] é difícil de acontecer uma emergência, uma coisa séria sempre vai para o hospital, então muita coisa a gente não sabe; que nem a sonda nasogástrica nós só passamos no hospital quando nós estávamos fazendo estágio. Aqui nunca precisou, aqui nunca teve, então eles acham que nós somos “tongos”, vamos dizer assim, eles são mais inteligentes que nós. Eles disseram que era para nós irmos lá, iam trocar, um povo de lá ia vir para cá e iríamos para lá todos os dias, mas só que nem carro tem para paciente, como iria ter para nós? Para levar e trazer todo dia? Você acha que ia ter condições? (ENTREVISTA A1).

Assim, em relação à outra, a equipe torna-se mais coesa, e seus membros, leais uns com os outros. Nas situações de disputas entre equipes, as contendas internas dissipam-se e a aliança da equipe se fortalece.

[...] eu liguei para a enfermeira (da unidade urbana), ela falou assim: “Mas e a enfermeira daí, o que estava fazendo que não viu que não

“... tinha oxigênio?”, eu falei pra ela: “Não, não é que a enfermeira daqui não viu, a enfermeira daqui viu, pediu, inclusive essa semana mesmo ela cobrou, mas não veio”, porque eles sempre falam que lá precisa e aqui não precisa. (ENTREVISTA A2).

Outro momento em que a cooperação evidencia-se mais que a discórdia são as situações de urgência e emergência. Os atritos em geral concentram-se em torno de assuntos do cotidiano, como divisão, forma e fluxo de trabalho, bem como dificuldades na comunicação. Já as circunstâncias extremas desencadeiam uma colaboração para conseguir se atingir o objetivo comum que, no caso, é a preservação da vida do indivíduo em socorro.

Essas situações são agravadas ainda mais pela dificuldade que os moradores dos bairros rurais enfrentam em relação ao transporte, à comunicação e à distância dos serviços de atendimento de pronto-socorro. O arranjo estratégico montado pelo serviço e pela comunidade para encarar o problema é a criação – espontânea¹ – de uma rede solidária de ajuda.

O fluxo, já apropriado pela população, inicia-se pela procura, por parte dos vizinhos ou familiares do enfermo, de uma das duas auxiliares de enfermagem da unidade que moram no bairro. O pedido de socorro pode vir, inclusive, de outros bairros rurais mais distantes – pessoalmente ou por telefone. Essa iniciativa é bem dificultosa já que a maioria dos sitiante não possui telefone ou transporte. A auxiliar de enfermagem telefona para um dos motoristas de plantão – o qual também mora no bairro e sempre fica com um veículo da saúde – que primeiramente a busca e, em seguida, dirige-se à casa do doente ou acidentado. Dependendo da situação, transportam-no para a unidade do bairro, para a unidade da cidade ou direto para o pronto-socorro de M. (município de referência mais próximo). A auxiliar sempre telefona para o médico para obter orientações de procedimentos, apesar de não esperar para tomar as providências técnicas necessárias.

A escala de plantão das auxiliares de enfermagem, apesar de institucionalizada – cada uma é escalada, por semana, para responder à demanda por socorro –, não é formalizada, ou seja, não funciona segundo um

¹ A característica “espontânea” quer dizer que a criação em questão não foi arquitetada, construída formalmente, mas sim gerada a partir da própria comunidade articulada ao serviço.

serviço de Pronto-Atendimento cadastrado oficialmente. Suas ações correspondem a um atendimento bastante incipiente – devido à falta de condições materiais e de capacitação técnica para tal serviço –, basicamente concentrado no transporte da pessoa em sofrimento. Se uma auxiliar é procurada pela população e não é a semana de seu plantão, ela imediatamente contata a outra funcionária. Entretanto não são raros os atendimentos prestados por ambas em cooperação.

Como mencionado anteriormente, o papel desempenhado pela auxiliar de enfermagem no atendimento de urgência e emergência é de suporte à comunidade, sendo vórtice das ações de cuidado. O seguinte excerto caracteriza o drama vivenciado:

Um dia chegou um senhor que trouxe uma gestante aqui, dando à luz de madrugada, era umas quatro horas da manhã [...] quando cheguei o nenê já tinha nascido e estava na mão do pai, daí eu fiz as manobras rapidinho, limpei e cortei o cordão e o nenê foi... ele estava com muito frio e o nenê foi só perdendo a respiração, foi diminuindo a respiração, fiquei desesperada, sozinha, eu, o pai e mãe e o motorista, enquanto isso o motorista correu buscar a A2 (outra auxiliar de enfermagem) para me ajudar (porque com duas) eu pego uma coisa e a outra pega outra. Eu com o nenezinho, embrulhei o nenezinho, cortei o cordão umbilical embolei o bebezinho, corri no balão do oxigênio, “chupei” na boquinha dele porque parecia engasgado, ele morreu, roxiu, endureceu o queixinho. Aí abri a boquinha dele, chupei a boquinha novamente, corri no balão do oxigênio, Deus que ajuda a gente, sozinha, com o nenê nos braços e fazendo coisas, [...] minha sorte é que o oxigênio já estava montado, coloquei o oxigênio nele, aí ele começou... Coloquei até na boquinha o caninho, ele começou soltar a sujeira pelo nariz, eu fui limpando, o nenezinho querendo viver e aquele negócio... e eu fui limpando o que ele tinha engolido porque já tinha passado a hora de nascer. Eu limpava, limpava e o nenezinho viveu. Corremos, deixei até o posto aberto com a A2 aqui, nem vi, e corremos para a unidade do centro da cidade com o nenê. A ambulância sem luz atrás, no escuro nós acudindo com o balão de oxigênio no vão da perna, e algumas vezes saía, porque nós só colocamos o caninho e seguramos na boquinha com tanta pressa, para socorrer logo; [...] estava muito escuro, verificava a boquinha do nenê com dedo para ver se estava certo o oxigênio. Chegou vivo. O doutor fez mais procedimentos, mesmo assim saiu bem dali. Foi para M. (município mais próximo de referência), durou um dia e uma noite bem, mamou na mãe, e, de repente, o nenezinho faleceu. Foi o óbito que nós tivemos esse ano, imagine, depois de tudo. (ENTREVISTA A1).

Diferentemente do plantão para situações de urgência e emergência, a percepção do Programa da Saúde da Família pelas auxiliares de enfermagem é de tranquilidade na rotina – excetuando os dias em que são

programados atendimentos à população do Bairro N. Nessas oportunidades, um ônibus da prefeitura traz os moradores para a unidade que terá um excesso de trabalho no dia, mas isso não representará dificuldades para enfrentá-lo.

Porque daí, no caso (do plantão), eu fico uma semana, a A1 fica a outra, só que, quanto ela está em apuros, eu venho ajudar, e quando eu, ela vem ajudar, daí eu falo assim, não tem médico, não tem enfermeira, então para nós é complicado, mas pelo PSF mesmo não tem dificuldades. (ENTREVISTA A2).

Quando foi perguntado se o PSF havia trazido melhorias para a saúde local, as respostas, entre elas, “porque tempos atrás não tinha médico, era uma vez por semana só que tinha médico, enfermeira eu nem conhecia, aqui não tinha” (ENTREVISTA A1), afirmaram grandes avanços, como a composição de uma equipe exclusiva para a área rural, principalmente pelo médico e pela enfermeira —, facilitando o acesso da população rural ao serviço, bem como o incremento da estrutura física da unidade.

O discurso para justificar a melhoria trazida pelo PSF é o da comparação da situação de “antigamente” com a atual. Nota-se que o maior obstáculo enfrentado pela população para obter o acesso aos serviços de saúde é a distância e a precariedade das condições materiais de vida das pessoas. Além disso, o município dispõe de transporte coletivo que dá suporte à circulação do campo para a cidade apenas uma vez por semana. Assim, associado ao baixo desenvolvimento e baixa riqueza do município, não houve, até então, investimentos na área da saúde.

A única ressalva foi “[...] PSF tem muito papel”. Apesar de aparentar uma simples reclamação do trabalho burocrático, tem-se aí um sentido de cuidado em saúde, como aparece em outra parte da entrevista: “Eu penso assim comigo: que primeiramente os pacientes, em primeiro lugar. Papel, às vezes falha, tem como consertar, agora, no ser humano, não tem como consertar.” (ENTREVISTA A1).

Esse sentido de cuidado aparece nas respostas dadas às entrevistas quando foi questionado o que é um serviço de qualidade: é aquele em que o paciente é bem atendido; as pessoas saem da unidade contentes; ajuda as pessoas; aquele que tem mais funcionários com disponibilidade para

dedicar-se aos pacientes e às visitas; tem médico e medicamentos de que a população necessite; é aquele que orienta quanto às estratégias de planejamento familiar, faz acompanhamento de gestantes e participa de palestras educativas nas escolas.

5. Consulta de enfermagem

Diferente das auxiliares de enfermagem, cuja ética está associada a um projeto prático de cuidado – agentes articuladoras das ações de saúde que são –, a enfermeira é guiada por um projeto intelectual de cuidado, regido pelo ideal do Programa da Saúde da Família. Sua meta de trabalho está acoplada ao discurso do PSF, incluindo o enfoque dado à educação em saúde, à prevenção, à desmedicalização, ao trabalho em equipe, à incorporação de fatores socioculturais na compreensão dos problemas de saúde e à importância do estabelecimento do vínculo com a comunidade, bem como à universalização do acesso da população aos serviços de saúde sob um olhar preventivista.

Algumas características de formação e situação atual da enfermeira neste ponto seria mais esclarecedor se determinássemos a enfermeira: da unidade de Saúde da Família são importantes destacar, pois nos ajudam a compreender a razão de algumas posturas e opiniões da profissional.

Formada em Enfermagem em 2005, concluiu, em 2007, a especialização em Saúde Pública com ênfase em PSF ministrada em M. (município referência para a microrregião). Ambas as formações – graduação e pós-graduação – foram realizadas em instituições universitárias privadas de ensino ou na mesma universidade particular do estado de São Paulo. Sua primeira experiência profissional iniciou-se em 2006 no cargo que ocupa atualmente. Durante um ano, permaneceu na unidade do centro de Saúde da Família. Há sete meses, está na Unidade Rural Principal. Mora num município vizinho a trinta quilômetros de distância da Unidade e transporta-se para o trabalho, diariamente, com veículo particular.

Quando inquirida sobre seu trabalho cotidiano, descreve-o enfatizando o programa da saúde da família:

O que é o Programa? [...] o programa é que eles dão prioridade [...] ele funciona assim: nós temos a Atenção Básica, os “P.Azãos”, os pronto-atendimentos que também temos que trabalhar isso, mas o que priorizam no PSF quando você fala Programa [...] são pré-natal, mulher e gestante, criança menor de um ano, as mulheres em idade fértil, para estar fazendo a prevenção do câncer de colo do útero e os hipertensos e diabéticos, aí outras doenças quando você tem, entra no sistema, que é hanseníase, tuberculose, doença de Chagas, isso quando existe. Mas eles têm uma prioridade maior mesmo é com a gestante, mulheres em idade fértil e as crianças com idade menor de um ano. (ENTREVISTA E1).

Interessante notar que, apesar de incorporadas nas práticas cotidianas do serviço, as metas do PSF são colocadas no discurso enquanto prioridades impostas por um sujeito na terceira pessoa do plural, no sentido de uma instância inespecífica e atemporal, porém reconhecidamente superior.

Ainda nessa fala, verificamos uma separação entre os dois tipos de demanda, o Programa e os P.Azãos, “os pronto-atendimentos que também temos que trabalhar isso”. A forma aumentativa de dirigir-se aos pronto-atendimentos, apesar de ser jargão entre os profissionais de saúde, dá-lhe uma conotação pejorativa. Apesar desse tipo de demanda ser rotineira ao serviço, não é considerado prioridade ao serviço de PSF.

Dentre os problemas de saúde encontrados na população, a entrevistada enfatiza doenças relacionadas à falta de higiene, gravidez na adolescência e mortalidade infantil. A questão da higiene é considerada “difícil de trabalhar” e é atribuída a aspectos culturais da população:

Aqui [...], por exemplo, uma criança nasce, começa andar, e já vai à venda pegar uma coisa para você. Ela fica na rua brincando, os pais saem e deixa aí... eles não têm aqueles cuidados. Quando você fala higiene, é higiene corporal também. É pediculose, aparece aqui com escabiose, impetigo. Você percebe que você vai, você orienta, você ensina como fazer, e a criança retorna. (ENTREVISTA E1).

A intervenção em forma de orientação é considerada ineficaz, segundo a profissional, que considera a dificuldade de comunicação com a população o maior empecilho. Ela chega a afirmar que, por vezes, utiliza linguagem mais simples para se fazer compreender – “como eu falei para você, eu sou daqui, sei da linguagem deles.” A mesma opinião vale para as palestras

realizadas nas escolas sobre métodos contraceptivos e doenças sexualmente transmissíveis. Alega ainda, nessa situação, que “os adolescentes não prestam atenção, ficam conversando, fazendo bagunça.” (DIÁRIO DE CAMPO, 2º dia).

Entretanto avalia os eventos que realizam exitosos, devido à aderência da comunidade (grande demanda) e à procura posterior de mulheres por orientações em consulta. Também considera eficazes as orientações realizadas no sobre planejamento familiar, dado seu investimento no trabalho de prevenção da gravidez na adolescência, como mostra a passagem a seguir:

Este ano eu tive meninas, casais aqui em minha sala querendo fazer planejamento familiar. Eu conversei com um casal e ele resolveu voltar outro dia para estar falando, conversando e iria esperar um pouquinho. (ENTREVISTA E1).

Atribui o problema da gravidez precoce à falta de perspectiva de vida da população:

Mas o que você tem muito, eu acho que tem muita criança engravidando, eles não têm muita perspectiva de vida, eles acham que tudo aqui é muito longe. Por exemplo, você pega um garoto e fala assim: “Tem que estudar” e ele olha para você e diz: “Por quê? Para eu pegar num cabo de enxada? Para isso eu não preciso estudar”. A menina chega aqui com catorze anos, querendo fazer planejamento, querendo engravidar: “Não estou tomando nada, eu estou querendo engravidar”. (ENTREVISTA E1).

“Tudo aqui é muito longe” é uma realidade que atravessa o modo de funcionamento do serviço e as estratégias de intervenção e ações de saúde. A questão da acessibilidade é trazida pela enfermeira como a maior dificuldade enfrentada inclusive associada à mortalidade infantil. Para exemplificar, ilustra com o mesmo caso trazido em entrevista pela auxiliar de enfermagem:

O que aconteceu foi o seguinte: a mãe, nós a pegamos depois do primeiro trimestre, não foi uma gravidez que foi acompanhada desde o primeiro trimestre, mas nós conseguimos fazer até mais do que o número de consultas permitidas, que são seis, nós realizamos umas sete ou oito [...]. Quando já estava nas últimas semanas, ficamos à mercê de um ultrassom que iria nos falar da gestação, porque quando a mãe não sabe a data da última menstruação, a gente se baseia no ultrassom, no resultado que nós temos. Essa mãe mora quinze ou vinte minutos daqui, bem na zona rural mesmo. Foi orientada quanto ao sinal de alerta, principalmente [...] nas últimas semanas, como perda de líquido, perda de sangue, contrações, [...] e essa mãe, o que fez? Ela teve as dores de contração possivelmente lá pelas oito horas da noite, só que veio aparecer duas ou três horas da manhã, quando essa dor começou piorar [...], essa criança já estava na mão da mãe, então nesse tempo eu acredito que a mãe tenha contraído muito para

essa criança nascer, porque essa criança nasceu, pela descrição da auxiliar, cianótica, quase sem respiração nenhuma, a respiração da criança estava bastante lenta, era uma época de bastante frio, e essa criança já estava na mão do pai. Essa criança nasceu sozinha. A auxiliar fez todo o procedimento, reanimou a criança, colocou, instalou oxigênio, aqueceu, ou seja, fez todos os primeiros socorros que tinha que fazer. [...] A auxiliar levou imediatamente para o hospital de referência, a criança foi socorrida, eles perceberam que foi uma gravidez turbulenta [...] a criança chegou aqui bem morta para nós. E veio a falecer mais tarde lá no hospital. Essa criança amamentou na mãe, nós ligamos, inclusive, para saber como passavam as duas, falaram que estavam bem, que a criança já estava amamentando, porém ia ter um acompanhamento mais rígido em cima. Mas depois de, acredito eu, umas dez horas, faleceu. Não sei te dizer se, pelo menos para nós aqui, que não temos estrutura nenhuma de neonatal, aquela coisa toda que um bebê que passou por um trauma ao nascer precisa, eu acredito que no hospital quando você manda para [...] atenção secundária [...] eu acredito que eles têm que ter uma estrutura, eles têm que estar preparados para receber, uma estufa, um pediatra ali, um especialista mesmo que cuide. Por que é frustrante? Acessibilidade, quando você fica no pé da mãe gestante, a gente já deixa claro: “Olha, você está longe, mesmo depois que você vá para o meu posto, de lá você vai para um hospital”. Já fiz parto aqui com médico do lado, já fiz dois partos, um aqui e outro lá. [...] A gente deixa bem claro, “Pela natureza do parto normal, a gente não faz nada, a gente só faz pegar o seu bebezinho, corta o cordão umbilical e entrega para você”, nas consultas eu deixo claro para a mãe, “A gente pede para a senhora [...] ir para um hospital de referência num tempo hábil, porque lá eles têm um centro cirúrgico, caso a senhora precise de uma cesárea, sai da cama e vai direto para o centro cirúrgico, é rápido. Agora aqui não, aqui nós estamos a setenta quilômetros do hospital”. (ENTREVISTA E1).

Segundo a entrevistada, as intervenções necessárias para evitar a morte da criança foram realizadas – o acompanhamento de pré-natal, as orientações para a hora do parto, os procedimentos de socorro ao recém-nascido, o transporte ao hospital de referência e o acompanhamento à distância, informações por telefone, da condição de saúde da mãe e do bebê. A atribuição ao infortúnio é dada à dificuldade de acesso a exames, como a ultrassonografia que indicaria a provável semana de nascimento da criança, à mãe que demorou em buscar ajuda, ao hospital – uma vez que a mãe e o bebê estavam sob sua responsabilidade – e, principalmente, à distância que dificulta a chegada do usuário aos serviços de saúde.

No entanto, tanto no relato da auxiliar de enfermagem quanto no da enfermeira, há certo desconhecimento do que realmente acontece no serviço de referência. Não há informações claras sobre o que exatamente aconteceu com o recém-nascido, nem os procedimentos realizados pelos profissionais do

hospital. O mecanismo de contrarreferência entre serviços é subutilizado, não havendo subsídios de informações do estado de saúde do usuário fornecido pelo local de atendimento ao nível secundário. Esse fato afirma ainda mais a sensação de isolamento e frustração frente aos esforços realizados.

[...] a frustração de você correr atrás, ficar no pé do agente comunitário, a acessibilidade ainda é restrita, e acaba morrendo criança, e você não tem aquela qualidade que você queria, justamente pelo fato da distância dos locais de socorro, porque quando você fala assim emergência, quando ela entra em trabalho de parto, ela entra de madrugada e aí? Então você trabalha oito horas, o PSF é das oito às cinco (horas da tarde). (ENTREVISTA E1).

As estratégias criadas pelo serviço para enfrentar a distância e a dificuldade de locomoção são: as orientações referentes aos sinais de início de trabalho de parto, a necessidade de deslocamento da gestante para casa de parentes na zona urbana ou no bairro da unidade quando estiver nas últimas semanas e a organização do suporte de urgências e emergências – plantão de uma auxiliar de enfermagem e de um motorista com transporte no bairro. Apesar disso, ainda há dificuldades atribuídas, pela entrevistada, principalmente à cultura local:

Eles querem continuar nas fazendas, nos sítios, na zona rural. Então, quando eu vejo que uma mulher pode estar entrando em trabalho de parto, de madrugada, e de repente não vai ter um automóvel para trazê-la, eu procuro orientá-la a ficar na zona urbana, na casa de algum parente, de uma irmã. Porque eles sempre têm, porque aqui é um círculo familiar. Então você vê Ferreira, Ferreira tem em toda parte, vê Amaral, Amaral tem em toda parte, então eles têm esse vínculo. Mas não é muito cômodo para eles. (ENTREVISTA E1).

A rede familiar corrobora não somente com as estratégias de cuidados, como também interfere na própria conduta da profissional, estreitando seu vínculo e senso de responsabilidade com a comunidade.

Eu (gaguejou) [...] fui muito bem aceita pela comunidade [...] eles foram bem receptivos comigo. Porque eu vou falar uma coisa, o que as pessoas precisam é de estar falando, é de estar se abrindo, como posso dizer... (grande pausa – começou a chorar) eu acho que me dei bem com eles, eu procuro fazer dentro do alcance da gente... ai, eu me emociono! (pausa-choro) dar o melhor de si (pausa-choro). [...] Quando eu vim trabalhar aqui [...] pensei, “Não vou trabalhar na minha cidade porque dá impressão que eles exigem mais por você conhecer as pessoas”. Alguns falaram assim: “Por que você não ficou em ... (seu município de origem)?” Eu achei que a minha responsabilidade iria ser maior lá, como pessoa reconhecida, como profissional, só que aqui também eu tive uma responsabilidade muito grande porque as pessoas, quando eles vinham aqui e passavam

pela triagem, davam qualquer queixa quando chegavam “Ai, não enfermeira, eu vim aqui só para te conhecer”, então... você vê. Quando eu vim trabalhar aqui, eu estava superinsegura, muita responsabilidade pelo que a gente viu na faculdade, e ainda fiquei três meses trabalhando sem médico, então foi uma loucura. Eu fiquei aqui [Estrutura de Apoio I] primeiro para depois ir ... [unidade da zona urbana]. E às vezes aquele monte de paciente para passar, meu Deus como pode ser a simplicidade deles. A senhora vem lá [bairro rural distante] até a minha unidade, passa pela triagem e chega aqui fala assim: “Eu só vim conhecer, porque a minha filha passou com uma enfermeira e ela falou que gostou muito da enfermeira, porque ela é muito boazinha, então eu vim conhecer”, daí eu olhei na parte da pré-consulta, eu disse: “A senhora não está sentindo isso?”, “Não, não, não estou sentindo nada não, eu só quis mesmo te conhecer.” E foi embora. E aqui, meus pais moraram aqui, há muito anos, eu nem era nascida, e quando eu vim para cá, as pessoas também passavam em consulta para saber a filha do ... [nome do pai], ... [apelido do pai], como eles chamavam antes, então até comentei com a família, falei “Nossa, pelo carinho, pela admiração, pelo respeito que eles têm com a minha família, a responsabilidade que eu tenho de fazer parte dessa família de mostrar desde caráter até profissionalmente, e eu vi que, para trabalhar na minha região, onde lá vou ter parente, a responsabilidade é maior também.” Você está ali representando seu pai, sua mãe, sua família, enfim, o vínculo mesmo. Então, eu lutei muito, eu gosto muito de trabalhar aqui. (ENTREVISTA E1).

A postura atuante da profissional frente ao trabalho reflete-se no seu comportamento nas atividades cotidianas – a atitude participativa nas reuniões internas de equipe e entre as duas equipes, o trabalho de visitas domiciliares e a execução da busca ativa de mulheres para a realização de exame de prevenção de colo do útero. Suas ações são guiadas, como foi dito anteriormente, pelo discurso do PSF de enfoque à prevenção, considerando os fatores socioeconômicos e culturais na compreensão dos problemas de saúde da população, como mostra a seguinte fala:

[...] porque eu gosto de pegar um jipe e ir até o local, ir até aquela casa bem humilde, entrar, conversar realmente ali no “inter” deles, procurar descobrir o porquê daquele problema que eles tiveram anterior. Porque, muitas vezes, é sempre ocasionada por algum fator que eles tiveram antes [...]. Aí você olha toda a estrutura física onde eles vivem, às vezes uma bronquite, um paciente asmático, então você percebe o porquê não cura, aí você olha um “puta” de um “fogãozinho” à lenha, muitas vezes a cama onde dorme, se você entra naquele ambiente, você já sente aquele ar, aquela fumaça, imagina quem vive o tempo todo, cinquenta, sessenta anos ali. Então nesta parte de cultura é interessante. (ENTREVISTA E1).

As adversidades locais – como falta de recursos, dificuldade de locomoção e longa distância – não são impedimento para a enfermeira nem para a equipe cumprirem as metas propostas pelo programa e tentar cobrir

toda a sua área de abrangência, criando estratégias de atenção – como o deslocamento da equipe para equipamentos mais próximos dos bairros mais distantes – e submetendo-se a condições precárias de trabalho. O relato a seguir ilustra a situação vivenciada pela equipe:

A enfermeira e eu entramos numa sala onde há uma maca para exame ginecológico. A maca é antiga, de cor amarela e com os locais para apoiar as pernas de metal, bem afastados um do outro. Segundo o médico, parecia cadeira de eletrochoque. Ele brinca com a história contada por ela de uma luminária que pegou fogo devido a um curto-circuito bem no meio da consulta. A precariedade da sala – chão de concreto pintado, sem tomada (o fio da luminária é estendido até a sala ao lado da odontologia) – foi-me confirmada na primeira consulta.

Doraci não faz o exame preventivo há três anos. É uma mulher gorda, com varizes nas pernas, saia comprida e cabelos presos num coque. A enfermeira pergunta se há alguma queixa e, entre outras perguntas, se sente dor ao ter relações sexuais. A senhora responde que sente dor e que tem corrimento fétido. Ela retira sua calcinha e a coloca no chão – não há cabideiro ou outro local para deixar suas roupas. A enfermeira coloca a cadeira escolar, na qual Doraci estava anteriormente sentada, em frente à maca. A senhora, com dificuldades, sobe na cadeira e senta-se na mesa. Deita sua cabeça, constrangida e com muito esforço coloca uma das pernas no suporte. Como seu corpo estava torto, a outra perna não chega ao suporte. A enfermeira – que já terminava de retirar o aparelho ginecológico do papel pardo no qual veio embrulhado e de preparar a lâmina da coleta – tenta ajudá-la pedindo para sentar novamente e recomeçar. Ela senta na beirada da cama receosa de cair daquela altura, deita-se novamente, coloca a primeira perna e a segunda não consegue novamente. Nervosa, passa a mão na testa. Ela transpira. A enfermeira diz para ela tentar relaxar e não travar a perna. A senhora queixa-se de dor na perna e com a ajuda das mãos consegue colocar a segunda perna. A enfermeira, para tentar descontraí-la, a todo momento da difícil manobra, conversa com ela sobre vários assuntos relacionados a maiores detalhes sobre a queixa – quanto tempo, coloração, e outros –, e ela responde-lhe a todas as perguntas fazendo esforço para parecer natural. Continua enxugando a testa com as mãos e está ofegante. Na hora de sair, tem a ajuda da enfermeira e desce com mais facilidade, apesar de lentamente, devido à insegurança.

[...]

Após a consulta, digo à enfermeira que não ficarei mais na coleta, pois, apesar de estar atrás da cama, sentada em sua mesa, acredito em que minha presença tenha agravado mais o constrangimento da senhora, mesmo tendo ela, no início da consulta, permitido meu acompanhamento. Ela diz que, em geral, as mulheres têm muita vergonha e resistência – como essa senhora que não fazia o exame preventivo há três anos –, e está trabalhando para, mesmo assim, conseguir fazer o exame em todas as mulheres de sua área (hoje há apenas uma ou outra que não aceitam). Relata um caso de uma mulher que chegou a retirar a roupa e, na hora de subir e colocar as

pernas no suporte, desceu, vestiu-se e desculpou-se dizendo que não conseguia. (DIÁRIO DE CAMPO, 3º dia).

Apesar da precariedade de estrutura para a execução das atividades, podemos perceber a determinação dos profissionais em manter o atendimento e, por meio da busca ativa, realizar as ações de prevenção a doenças. Referimo-nos à determinação dos profissionais, pois, segundo relato dos mesmos, essas estruturas existem antes de eles iniciarem o trabalho no município; porém nem todos os profissionais que já estiveram na função se dispuseram a tal esquema de trabalho.

No caminho de volta (da Estrutura de Apoio I para a Unidade Rural Principal), querem que eu conheça o outro local onde atendem a população do bairro N (Estrutura de Apoio II). Foi uma antiga escola. Está fechada, mas posso ver seu interior através dos vidros quebrados das janelas. Há uma sala com poucas cadeiras e outra pequena sala. O médico e a enfermeira dizem que atendem simultaneamente em duas mesas uma ao lado da outra, e que ela se desconcentra, pois ele chama os pacientes simulando, com a voz, campainhas de fila de banco. Relatam que outros médicos recusaram-se a atender nesse lugar, mas que se eles não atenderem reivindicando melhores condições de trabalho, quem será prejudicada é a população e, por isso, persistem no trabalho. (DIÁRIO DE CAMPO, 3º dia).

Pudemos perceber que, em situações de precariedade ou de urgência e emergência nas quais se exige mais dos profissionais, a equipe torna-se mais coesa. Porém, em momentos cotidianos de normalidade, os conflitos parecem emergir com maior facilidade. Na unidade sede, os problemas de relacionamento no trabalho da enfermeira com os demais membros da equipe e com a gestão evidenciam-se.

Apesar de se considerar satisfeita com o trabalho, a enfermeira mantém uma relação conflituosa com a equipe e com a gestão. Procura impor-se, apoiada na superioridade hierárquica de sua função em relação às demais, com todo tipo de estratégia, como a exposição de cartazes com organograma nas paredes da unidade. Porém o fracasso de seus esforços gera sofrimento e situações de atrito com membros da equipe.

Este conflito é explicitado em outras situações, como na fala já citada da auxiliar de enfermagem entrevistada, “[...] a (enfermeira) é muito teimosinha, quando ela quer que seja daquele jeito tem que ser do jeito dela,

muitas vezes a gente faz alguma coisa e a gente não aceita que seja daquele jeito, mas tem que fazer porque a enfermeira quer daquela maneira.” (ENTREVISTA A1), ou de cobranças do médico:

[...] o médico diz à enfermeira que ela deve ser mais severa nas exigências frente às condições materiais e organizativas da unidade, e esta se defende dizendo falando que a ordem de permissão para levarem o equipamento não viera dela. O médico esbraveja (dizendo) que nenhum material mais sai da unidade enquanto não houver a permissão dele ou da enfermeira e que vai reclamar sobre a situação com o gestor. (DIÁRIO DE CAMPO, 3º dia).

As divergências de conduta e opinião entre a enfermeira e o médico se expressam em diversos momentos, como na tentativa dessa profissional de realizar um trabalho de diminuição do uso de medicamentos entre a população. Segundo ela, o consumo de medicamentos em excesso é um problema que deve ser solucionado, como mostra a seguinte observação:

Peço permissão para a enfermeira para acompanhá-la em sua consulta de enfermagem. Ela, muito formal, diz que, se não houver problema para o paciente, tudo bem. Entra uma mulher segurando o filho no colo. E1 pergunta-lhe se posso ficar na sala, e ela responde que sim. O filho está com dor de garganta. A enfermeira orienta a mãe sobre alimentação, higiene, questionando sempre sobre os hábitos de cuidado com a criança. Ela indica chá com mel e limão, defendendo os tratamentos caseiros para evitar o tratamento medicamentoso.

Sendo sua última consulta, conversamos um pouco. Adianta-se dizendo que procura escrever tudo e com detalhes no prontuário dos pacientes, principalmente pela pressão da auditoria sobre o registro. Diz que prefere, primeiramente, usar métodos caseiros e menos agressivos, apesar do doutor – chama sempre o médico de doutor – praticar outra conduta. Quando pergunto se trabalham juntos, diz que não. Não discutem casos, e cada um faz o seu trabalho separadamente. Faz todos os exames preventivos de Papanicolau da unidade, pois o doutor prefere assim, não se sente muito à vontade, porque é muito novo, e as mulheres ficam constrangidas também. Quanto aos trabalhos, na comunidade, de promoção à saúde, diz que fazem palestras nas escolas sobre métodos contraceptivos e doenças sexualmente transmissíveis. Mas acha que a palestra em si não é eficaz, pois os adolescentes não prestam atenção, ficam conversando, fazendo bagunça. Entretanto muitas delas vêm à unidade para se consultarem com ela, alegando alguma queixa, mas, na realidade, querem maiores informações sobre o assunto, buscando anticoncepcionais e camisinhas. Procuram-na por ser mulher e sentirem-se mais à vontade para conversar com ela do que com o médico, bem como por ser de fora – da cidade vizinha –, pois temem que alguém conte para a família.

A divergência entre os dois profissionais aparece em vários momentos, como a opinião sobre as palestras. O médico relatou-me anteriormente que as acha muito eficazes, pois os adolescentes ficam

bem quietos e prestam atenção, inclusive porque abre o interesse deles pelo assunto.

Outro momento de divergências é observado ao sair da sala da enfermeira. Estando na recepção, vejo a mãe com o filho o qual acabou de ser consultado pela enfermeira sair da sala do médico com uma prescrição de xarope nas mãos. (DIÁRIO DE CAMPO, 2º dia).

A relação pessoal entre os dois profissionais é bastante descontraída e amistosa. Apesar de, em ocasiões informais, como almoços e outras fora do serviço, ela mostrar-se à vontade e familiarizada, mantém a forma de tratamento “doutor” para dirigir-se a ele. Eles possuem idades próximas. Essa respeitosa forma de tratamento afirma uma distância hierárquica contestada pela própria profissional em outras ocasiões, revelando a situação contraditória vivenciada pela enfermeira.

A opção por trabalharem com núcleos de saber bem delimitados e não investirem no campo de saber comum, sem interferência de um no trabalho do outro – apesar de, como visto logo acima, ser praticamente impossível não interferir – foi acordado entre ambos devido aos atritos vividos no início do trabalho conjunto na unidade.

Com a enfermeira a relação é boa. A gente já delimitou o que cada um tem que fazer certinho, o PSF tem muito disso daí, a enfermeira se intrometer nos problemas do médico, e o médico, com a enfermeira. Eu e a enfermeira, a gente trabalha bem. Eu acredito que a gente trabalha bem. Ela sabe qual que é a função dela aqui. O que eu não faço, que ela faz melhor, que são a parte de exame preventivo ou a parte toda de educação com criança e com a mãe, ensinar a fazer chá, quando chega a parte de dar papinha, toda a parte de alimentação, vacina. E eu fico com a parte mais de atendimento, parte de hipertenso/diabético, trocar a medicação, ela não faz isso, quem faz sou eu. Então a gente acaba trabalhando bem. Nenhum interfere no outro. (ENTREVISTA M1).

A passagem a seguir ilustra embates com outros profissionais e com a gestão:

[...] eu acho que eu só tive um privilégio de estar aqui, porque outras enfermeiras possivelmente encontraram isso, depois você fica sabendo por que elas ficaram tão pouco, talvez eu tenha um pouco mais de privilégio devido eu ser da região, eu ter as pessoas que me conhecem, conhecem meus avós, conhecem minha família então eu tive isso, porque senão eu nem estaria aqui. Quando eu quis dizer: “Eu não faço assim!”, então, “Ah, você não serve para trabalhar aqui”. Eu tive problema até com o secretário, com agente a agente ou com a gente?, com as meninas, não as daqui, com as de lá (unidade da zona urbana), e nessa que vi o porquê, senti na pele e aí eu percebi por que o profissional não fica. Então tem que mudar. A maneira

como eles vivem, a maneira de como eles regem as coisas, eu acho que é muita gente incapacitada para poder assumir certos cargos que faz com que o trabalho da gente não saia melhor do que deveria. (ENTREVISTA E1).

Mesmo tendo controle sobre suas condutas e ações nas atividades da assistência, como observado nas consultas, visitas e outros, quando indagada se sente com autonomia para trabalhar, afirma não possuir tal liberdade e atribui essa falta à gestão. O excerto a seguir explicita melhor o constrangimento sentido pela profissional ao expressar o que acredita ser um serviço de qualidade:

O que é um serviço de qualidade? Eu acredito que, quando você idealiza alguma coisa, [...] quando você coloca uma meta e você olha, por mais obstáculos que a gente tenha, você consegue atingir. Aquelas metas que todo mundo no início do ano coloca, e de repente você... (choro). Talvez eu esteja emotiva porque eu comecei trabalhar... eu tinha essas metas para cumprir lá (unidade da zona urbana). Conheci um ano, vi a necessidade da população e depois eu tentei... Eu fiz, como eu posso estar trabalhando isso? Aí quando eu ia iniciar, eles me podavam e me mandaram para cá (unidade da zona rural). E depois eu percebi, trabalhando aqui, que todas aquelas crianças, adolescente de doze, treze anos que eu deixei lá, engravidaram. Que era um risco mesmo, que você estava vendo, você estava na comunidade, você estava visitando e você via que um dia aquilo iria acontecer. Você não precisava ficar à noite para perceber. E então você via que eles ficam totalmente largados, e aí você começa um trabalho e as pessoas trocam, trocam os cargos e depois percebem que tudo vira nada para você. Então você não é em si o trabalho, as pessoas tiram isso de você. Mas [...] essa área da gente é frustrante [...] você tem que começar do zero, conhecer a população, e, de repente, eles mudam, eles não veem que você tem um trabalho na comunidade. Eles veem “Ah, você vai ficar melhor aqui.” Eles, na verdade, não estão preocupados. Quem está preocupado mesmo é quem trabalha na saúde para a melhoria da comunidade. Precisava que todo mundo se envolvesse. Mas não é o que acontece. O resultado [...] é muito a longo prazo que você consegue ver o resultado do seu trabalho. Justamente porque você tem esses problemas. E como melhoraria? Melhoraria se todo mundo pensasse igual, desde a política, desde a autoridade maior, [...] que tivesse palavra, que tivesse responsabilidade, “Olha, eu não vou deixar faltar preservativo e pílula.”, e não deixasse mesmo, tirasse de uma verba e colocasse. Porque você deixa claro, a incidência vai ser maior de gestantes. Então as pessoas geralmente não têm palavra. Você trabalha com pessoas que falam hoje, e amanhã “Não falei nada.”, “Ah, eu falei? Eu não lembro que eu falei isso”. Então são pessoas sem palavras. [...] você tem que fazer um trabalho, só você e, depois, se precisar da outra parte mesmo, de outro órgão, você não consegue. Eu acho que todo mundo teria que estar voltado a um trabalho só, um objetivo só. (ENTREVISTA E1).

A sintonia entre o trabalho da gestão e administração e o trabalho da assistência nem sempre estão na mesma frequência, pois há momentos em

que os interesses políticos, administrativos e gerenciais colidem com os interesses de quem está na “ponta”, quem está na intervenção direta, que afinal é o objetivo para o qual todos trabalham – a saúde da população. No caso, há a explicitação do desconhecimento de ambas as partes do direcionamento do trabalho: da gestão, que interrompeu o trabalho da profissional sem a chance de continuidade, e da própria profissional que, sem compreender o motivo de sua transferência, justifica como persecutória tal atitude além de um ato de descompromisso e irresponsabilidade da gestão.

Evidencia-se, portanto, a falta de diálogo entre as instâncias decisórias e as executoras, tanto na porosidade da primeira à realidade vivenciada pela assistência, quanto na proximidade da segunda das questões gerenciais e políticas, para que “todo mundo esteja voltado a um trabalho só, um objetivo só”, como define a profissional sobre um serviço de qualidade.

6. Consulta médica

A característica mais marcante do trabalho médico no município estudado é a rotatividade de profissionais que exercem a função. Esse fato é bastante presente no cotidiano da rede de saúde local, da equipe e da comunidade. Como a presença de um mesmo profissional é sempre instável e não há planejamento nem tempo para novas contratações, essas mudanças são sempre tensas e dramáticas. A situação agrava-se devido à dificuldade de encontrar alguém que aceite o emprego: esses profissionais não se dispõem a ocupar tal cargo a não ser que recebam remuneração altíssima para a capacidade financeira sustentável do município. O drama vivenciado pelo gestor na contratação é explicitado nessa colocação:

No caminho, (o gestor) pergunta-me se conheço algum médico que possa trabalhar no município e explica que seu atual médico está deixando o cargo. Já ligou para vários médicos, mas nenhum se interessa, ou eles exigem receber de R\$ 12.000,00 a R\$ 15.000,00. O município não consegue pagar um salário desses! Atualmente paga R\$ 8.000,00, sendo que o salário base para médico da saúde da família é de R\$ 5.000,00, explica. Chegou a receber proposta por menores salários, porém sem trabalhos presenciais – apenas para que o programa não fosse desligado por falta de médico. Diz ainda ter esperança de o doutor desistir de ir embora, como já fizera

anteriormente. Entretanto, se não conseguirem um médico, serão obrigados a fechar a Unidade Rural Principal, mantendo apenas a unidade do centro. (DIÁRIO DE CAMPO, 2º dia).

Além da limitada capacidade financeira municipal, outro agravo causado pela alta remuneração é a disparidade salarial entre os profissionais da equipe. A ironia presente na seguinte fala revela o desabafo da profissional não médica na crítica à postura dos médicos:

[...] as pessoas acabam ficando porque se pagam muito bem para o médico. Na verdade, o próprio auditor, quando vem aqui, faz uma piadinha: “Você vai ficar até quando aqui? Até quando você ganhar dinheiro e depois você vai embora?” (ENTREVISTA E1).

Agora o que nós sofremos é a falta do médico, [...] agora nós estamos com o Dr. M1 aí. Quando ele chegou aqui, ficou três meses, ia embora em julho, [...] ele falou: “Não vou aguentar, não vou aguentar.” e acabou ficando até outubro, só vai embora agora, no final de outubro. Os profissionais de saúde, quando eles não criam vínculo e mesmo quando eles criam vínculos, eu falo médico quando eu falo de profissional de saúde, [...] ele não pega, não que eles sejam totalmente descomprometidos com o trabalho, não é isso, mas ele acaba tendo um certo privilégio, porque tem carência de se conseguir médico na região. (ENTREVISTA E1).

Além da remuneração salarial, outras gratificações como almoço e transporte diário são cedidas pela secretaria de saúde apenas aos profissionais: médico, enfermeira, dentista e auxiliar de consultório dentário. À auxiliar de enfermagem e ao motorista é liberado o almoço somente quando se deslocam à Estrutura de Apoio I.

A ascensão do médico sobre os demais evidencia-se nas suas relações com os membros da equipe, nas quais o respeitoso tratamento “doutor”, citado anteriormente, dispensado pela enfermeira e pelos técnicos, inclusive em situações informais, é um exemplo:

Após o almoço, percebem a ausência do motorista. A ACS diz que o viu comendo uma coxinha no boteco. Quando o encontramos no veículo, o médico pergunta-lhe por que não foi comer conosco, e sua resposta foi: “Porque o senhor não chamou.” Entrei na unidade ouvindo os comentários da equipe sobre o assunto. Segundo ela, o motorista estava ressentido por querer voltar para a Unidade Rural Principal – localizada no bairro onde mora – e ser impedido pelo médico que lhe disse para nos esperar lá. (DIÁRIO DE CAMPO, 3º dia).

A função de chefia assumida naturalmente dentro da unidade pelo médico, segundo o mesmo, teria a explicação no nível de escolaridade:

De certa forma até pelo nível de escolaridade aqui dentro do posto, eles me veem como chefe deles no dia a dia. Aí acabo eu tendo que tomar a função de passar para o gestor quais os problemas que a unidade está apresentando e desenvolvo o trabalho de médico também o dia todo. (ENTREVISTA M1).

Eles me veem, [...] até pela hierarquia de estudo, eles me veem como chefe deles, mesmo não estando estipulado em nenhum local que eu sou chefe, eles se dirigem a mim como que eu fosse a pessoa de maior importância no posto de saúde. [...] eles têm uma relação muito boa comigo de respeito. Às vezes eu tenho que chamar a atenção deles por problemas de trabalho, mas o grupo trabalha de um forma muito boa, eu gosto de trabalhar aqui, eles responde à altura do que eu estou pedindo a eles [...]. Agora, as auxiliares de enfermagem conhecem todo mundo. Do mesmo jeito que eu preciso delas para exercer meu trabalho, elas trabalham de forma boa comigo. No início teve um pouco de dificuldade, até pelo nível educacional, às vezes o pessoal não entendia o que estava querendo falar, eu tive que simplificar um pouco a linguagem, não falar tanto termo técnico com eles também, as meninas às vezes não conhecem algum termo técnico. (ENTREVISTA M1).

Mas não é apenas a diferença de nível educacional que contribui para o abismo colocado entre o médico e os residentes locais. O estranhamento é provocado pela própria diferença de modos de existência distintos. Apesar de esse contato ter curta duração, provocou efeitos interessantes como veremos mais adiante. O choque cultural é explicitado na contradição entre as expectativas do médico recém-formado quanto ao novo emprego e a realidade vivenciada na chegada ao município:

O município, a primeira vez que eu olhei, eu vi que era no estado de São Paulo. Bom, um PSF no estado de São Paulo vai ter uma estrutura boa, não conhecia a região, não sabia como é que era.

Eu vim do Sul e assim, lá do Sul, eu sabia que iria trabalhar naquele ano [...] entrei na Internet para pesquisar todos os PSF, então eu dei prioridade para PSF no Paraná e em São Paulo. “São estados ricos, vai ter uma estrutura boa.” E não sabia aonde ia me colocar! Eu vi a parte salarial, que era uma parte salarial boa e ficava entre os dois estados. Falei: “Tanto eu posso ir para o estado de São Paulo, quanto para o Paraná visitar meus pais”, a minha esposa está em São Paulo. Falei: “Bom, fica no meio termo de um e de outro”. E aí quando eu vim para cá, eu precisava trabalhar, então eu vim já direto, eu já vim para trabalhar. Eu vim com a mala para começar trabalhar, eu não vim para conhecer e depois ver.

Fechei contratação por telefone e vim. Então, até eu lembro que trouxe minha irmã junto e na hora que eu cheguei aqui eu falei: “Eu vou embora!” (risadas). No primeiro dia, minha irmã: “Calma, calma.” Bom, tu passou ali por M (município mais próximo). Quando você chega em M, você vê 26 quilômetros e você acha que está perto e o ônibus anda muito ainda. Anda, anda.

A primeira vez eu vim de ônibus, foi muito chocante a viagem. E entravam para dentro da selva, era muita planta. Foi uma viagem muito chocante. Quando eu entrei aqui na cidade, eu via ali muita seca, era verão, [...] não havia praticamente árvore. Era muito... me choquei bastante. E, ao mesmo tempo, no primeiro mês, foi muito difícil de começar a trabalhar, porque era uma coisa muito gritante. O nível de educação dos agentes de saúde, o nível de escolaridade do pessoal que trabalha, era uma coisa... eu batia de frente com eles. Hoje em dia, é claro, hoje eu procuro respeitar todo mundo, mas no início era muito difícil. Aos poucos você vai pegando, e os pacientes, que a princípio, eram todos uns ignorantes, aos poucos você vai conhecendo e vai vendo a rotina de cada um. Então aí você vai aprendendo a lidar com eles também. (ENTREVISTA M1).

A insustentabilidade da permanência do profissional no município é agravada pelas condições de vida pessoal já que a esposa reside em São Paulo, a família, no Paraná além da dificuldade de locomoção do município para outros locais. As condições de moradia e a oferta de investimentos profissionais também são bastante limitadas.

A primeira vez que eu dei o meu aviso prévio para ele, eu estava aqui há três meses, eu falei para o gestor: “Eu não aguento ficar aqui.”, eu falei: “É muito difícil ficar aqui.”, eu falei para ele: “Por mais que eu esteja ganhando bem, eu não tenho como investir na minha pessoa.”, eu falei: “Eu não tenho nenhum curso para que eu possa fazer. Um curso de inglês, um curso de espanhol, um curso de computação.” Eu falei: “A cidade não me proporciona, não são os pacientes, na verdade, a cidade não está me dando condições de eu conseguir continuar evoluindo.”, falei para ele. Aí ele falou: “Eu respeito a sua decisão.” E eu ia embora. Aí foi que foi que foi, estava quase chegando o dia de embora, surgiu a ideia de ficar numa casa que tivesse mais estrutura para eu ficar, para eu poder estudar, com telefone, com computador. Verifique se não falta a palavra ir.

Até então eu estava na pensão, que era um local totalmente provisório, muito ruim. Eu mudei para casa, então eu consegui me habituar mais. Mas, mesmo assim, sempre que eu vou para casa e volto, o pessoal fala: “Sempre que você vai para casa, você precisa de uns três ou quatro dias para você se readaptar aqui. Você fica de mau humor, você fica chateado por estar aqui.” Então eu sempre tenho toda uma readaptação. Então eu já tinha dado outro aviso prévio em julho, falei: “Eu vou embora, eu estou vendo coisa de ir embora, não sei o quê.” Aí eles vão me ganhando, me ganhando e sempre... claro, de certa forma todos me tratam muito bem, eu não tenho queixa quanto a isso. A cidade inteira me trata bem, seja paciente ou o pessoal. Agora, por questão pessoal, quero continuar me aperfeiçoando, e aqui não oferece isso, é que eu falei: “Eu vou embora e acabou”. Agora é o terceiro aviso prévio. A gente tem os dias bons e tem dias que eu fico com vontade de ir embora mesmo. (ENTREVISTA M1).

Apesar das características desfavoráveis que dificultam a adaptação do profissional ao local, há um desejo de permanecer – evidenciado pelos três avisos prévios antes de sua partida definitiva – determinado, por um lado, pela

remuneração; por outro, principalmente pelo vínculo afetivo criado com os moradores locais, pacientes ou trabalhadores da saúde. A vontade de ali ficar não foi compatível com as perspectivas profissionais e pessoais bastante distantes do mundo vivenciado no município. O profissional cursará especialização em endocrinologia num centro de referência em diabetes e obesidade nos Estados Unidos. A disparidade e a contradição vivenciada pelos profissionais médicos que chegam ao município são explicitadas na trajetória pessoal desse médico: da atenção básica num município de pequeno porte e baixas condições socioeconômicas, para um centro especializado nos EUA.

Assim, em relação à questão da rotatividade do profissional médico, verificamos situações de interesses conflituosos geradas pelas próprias condições estruturais regionais. O baixo índice de riqueza impõe um ciclo vicioso de insustentabilidade financeira e de desenvolvimento, constringendo as possibilidades de ação do gestor local. Na prática clínica do médico, constatamos qualidades, dificuldades e formas de enfrentamento destas últimas no que se refere a exames, medicamentos e estrutura de atendimento.

Quando questionado sobre as dificuldades encontradas na sua prática profissional, o médico destacou a medicação. Segundo ele, o problema não se encontra na escassez, mas na pequena diversidade de medicamentos e na demora gerada por trâmites burocráticos no recebimento de produtos pedidos além da medicação básica.

Se o paciente está com uma infecção urinária, com uma resistência ao antibiótico, a gente tem aqui dois, três antibiótico, então eu uso os três antibióticos, se não tem, eu tenho que acionar o secretário de saúde para comprar esse medicamento, porque existem mais medicamentos, mas a população não tem como comprar. Eu prescrevo 5% a 10% de medicação fora do que tem aqui no posto. Exclusivamente eles usam só medicação do posto de saúde, então eu tenho que trabalhar com isso daí, e ainda, se pensar fora isso daí, a gente tem que pedir.

Sempre vem. Pode demorar um pouco. 80%, 90% das vezes vêm. Pode demorar um mês, dois, e a gente, às vezes, tem ansiedade de começar o tratamento com o paciente. Mas acaba vindo, seja pela Secretaria da Saúde, seja pelo Fundo Social da Cidade, acaba aparecendo o medicamento. Tem época que o medicamento fica em falta às vezes, até por questão burocrática, às vezes o remédio de pressão a gente pediu menos, e aí demora dois a três meses para voltar aquele remédio, então você tem que fazer uma adequação [...] a gente tem que ter jogo de cintura para isso aí. (ENTREVISTA M1).

Quanto aos exames, são realizados em outras cidades. Alguns são disponibilizados pelo município em número limitado, o que leva o paciente a aguardar a sua oportunidade, a pagar por ele ou a ser beneficiado pelo fundo social, conforme o caso. Exames mais comuns, como a ultrassonografia para gestantes, como são considerados obrigatórios pelo próprio programa, são mais facilmente realizados. Os demais dependem de disponibilização e filas de espera. Em geral, diagnósticos mais complexos, como por meio da tomografia, não costumam ser solicitados diretamente, uma vez que o usuário é encaminhado a especialistas, porém o município tem direito a um por mês.

A infraestrutura da unidade de atendimento, segundo o médico, é boa para a execução da atenção primária. Quando distante, o atendimento à população fica prejudicado, sendo o “ideal” a priorização de um ônibus que trouxesse a população até a unidade para melhor ser atendida.

Tratando ainda da prática clínica, as maiores demandas de saúde da população da área coberta pela unidade são: pacientes com dores na coluna, relacionadas principalmente ao trabalho braçal; hipertensos e diabéticos, os quais constituem quase 200 pessoas num universo de 450 a 500 atendidas mensalmente; gestantes, cujo número de atendimentos, 20 a 25 por mês, reduziu-se em função do trabalho preventivo realizado pela equipe¹, a puericultura; além de pessoas com queixas comuns, como dores de cabeça, resfriados e outros.

Há também o uso abusivo de álcool e tabaco, principalmente entre os jovens, cuja atribuição é dada à cultura local, como mostra o excerto a seguir:

A droga que tem mais aqui, que é da cultura do local, é o álcool. Aqui o álcool eles acham bonito. Eles acham bonito uma pessoa que bebeu muito e pega o carro e faz racha, então é uma cultura disseminada aqui no local [...] o álcool e o tabaco. Então os adolescentes começam a beber com doze, treze anos e bebem muito, não é pouco não. Então eu tive que alertá-los dos riscos de se chegar à idade adulta já com problemas de cirrose e todo o problema social do alcoolismo, brigas familiares e acidentes automobilísticos, [...] do cigarro. Agora, aqui, as estatísticas que a gente tem aqui de maconha e outras drogas mais pesadas são na base de 1%, 4% dos jovens num todo, então esses aí já são mais conhecidos quem são. Pior mesmo é o álcool e o cigarro. (ENTREVISTA M1).

As doenças sexualmente transmissíveis são consideradas comuns, devido à falta do hábito do uso de preservativos, porém são doenças ditas “corriqueiras”, como *Triconomas* ou mesmo candidíase. Não houve casos de sífilis, Aids, cancro mole, cancro duro durante todo o ano. É realizado um trabalho junto ao prostíbulo com assistência, distribuição de preservativos e orientações pela equipe I, pois o estabelecimento localiza-se na zona urbana.

Não há na unidade um grupo específico para idosos, apesar de ser significativo seu número na população, dado principalmente pela precoce inserção das pessoas nesse grupo populacional a partir do comportamento cultural local. O médico explica essa afirmação na seguinte fala:

Aqui é assim. Eles se comportam como idoso muito cedo. Eles, a partir dos sessenta anos, aqui, eles já têm um estilo de vida já do idoso velho, de oitenta, oitenta e cinco anos [...]. Então a gente acaba englobando aqui como idoso jovem pessoa de até [...] quarenta e cinco, cinquenta anos, mas que já tem uma conduta de pessoa idosa, ele acaba se inserindo. A gente faz palestra com idoso no Dia do Idoso, vão pessoas com menor idade porque se identifica com o grupo. Agora de idoso mesmo, se for pegar a faixa etária, eu acabo vendo ele no dia do hipertenso/diabético. Grande parte passa comigo na sexta-feira, então ali a gente já tira alguma dúvida. Eles vêm com dor, com as queixas comuns de idosos: “Eu caí em casa”, ou tontura, então não tem o grupo do idoso, mas no dia do hipertenso/diabético, grande parte passa comigo para pegar medicamento e para fazer consulta, e alguns ainda que são acamados ou que estão de muleta, os agentes de saúde me passam para fazer visitas. (ENTREVISTA M1).

Em relação aos pacientes psiquiátricos, a percepção do profissional é que vem aumentando muito o número de casos, mas atribui o fato, principalmente, a estarem realizando um trabalho mais próximo das famílias e acabam identificando pessoas que deveriam ser acompanhadas. Segundo ele, há uma média de uma internação por semana. Atualmente não há apoio matricial ao município em psiquiatria, assim os pacientes em surto acabam sendo encaminhados para internação em M (município de referência para a macrorregião), e o acompanhamento da medicação prescrita, quando retornam, é realizado por eles.

Casos que surgiram no ano para a equipe foram: mulheres com depressão, tentativas de suicídio, que totalizaram quatro, um caso de anorexia

e três pessoas com surto psicótico. Interessante notar a fala do médico em relação aos surtos psicóticos:

A gente, às vezes, questiona se era surto psicótico. Tem paciente que eu olho para ele, ele não está surtado, não está tendo um surto médico, o que há é uma falta de estrutura em casa para acompanhar a atitude do paciente. Tem paciente que vai para lá (hospital de referência para a macrorregião), a gente sabe que ele vai voltar aqui e não vai ter quem cuide dele, quem dê medicamento. Então, às vezes, falta essa parte social inserida para acompanhar esse paciente. Tem paciente que é muito pobre. (ENTREVISTA M1).

A questão social está bastante presente na percepção das questões fundamentais da população e permeia as ações de saúde cotidianas do serviço.

Porque é uma coisa que eu sinto muito aqui. A gente fica chocado. A gente, às vezes, não pode dar um remédio de R\$3,00 para uma pessoa. Eu peço para ele comprar uma cartela de remédio de R\$3,00, e aí ele fala: “Não, isso daqui é para comprar o leite.”, eu vou falar o quê? É uma das coisas que me choca muito aqui. Um remédio de R\$12,00, igual aquele paciente com câncer de próstata tem que tomar um remédio de R\$12,00. O que são R\$12,00 para uma pessoa que tem câncer? (ENTREVISTA M1).

Ao definir um serviço de saúde com qualidade, o profissional extrapola a questão, direcionando-a às condições de pobreza da população:

A população é pobre aqui, eles precisavam ter coisas em casa para não precisar tanto desse serviço de qualidade. O serviço que a gente presta aqui é um serviço bom, mas não precisaria tanto desse serviço se eles tivessem comida em casa, se eles tivessem saneamento básico. A população é muito pobre. É por isso que fica deficitária a resposta para você. Não precisaria de tanto medicamento para diarreia se tivesse saneamento básico em casa para eles terem tantos episódios. Eles não viriam com infecção respiratória se em casa tivesse cobertor, tivesse uma moradia adequada, então... Eles falam: “O PSF tem que englobar mais.”, o serviço de qualidade aí ele tem englobar não só a saúde, mas essa parte social junto. A partir do momento que esse serviço funcionar junto [...] aqui é um serviço humanizado, a gente trabalha com pessoas, mas da parte de gestão ser mais social do que só também de trazer medicamento, de proporcionar exame. Eu creio que essa parte, se ficar integrada, aí o serviço vai ser completo, aí a gente vai conhecer o paciente na casa dele e vai ver o que está precisando lá antes de precisar vir doente para o posto de saúde. Acho que isso é o que vai fazer um referencial completo se um dia conseguirem fazer isso daí. (ENTREVISTA M1)

Entretanto, apesar de haver a percepção da necessidade de um trabalho mais abrangente e multiprofissional, envolvendo inclusive outras áreas da gestão municipal, não há efetivamente essa integração entre as secretarias. Abaixo, a crítica à Assistência Social do município:

Não utilizam o PSF também para conhecer melhor as famílias, eles fazem um serviço social muito superficial, eles fazem muito populacional, “Ah, está faltando X cobertores para a população”, então eles não sabem... o médico e a enfermeira conhecem quem são os pacientes que estão precisando, quais são as necessidades, quem está precisando de cobertor, quem está precisando de comida. Eles veem dados só. Estatisticamente está faltando X cesta-básica. Agora o povo do posto, a gente sabe quem é que está precisando dessa cesta-básica, e a gente queria mais esse entrosamento, a gente pede mais esse entrosamento. Até na Conferência Municipal da Saúde que teve, a gente pediu que houvesse para o município uma assistente social para o PSF. (ENTREVISTA M1).

A aproximação dos profissionais com a população, em suas condições de vida, em sua história pessoal e na experiência da relação interpessoal, promove uma forma diferenciada de ver e entender a realidade com a qual trabalham, bem como geram laços afetivos. Esse fenômeno pode ser atribuído à estratégia do modelo do PSF de atenção à saúde e contratação dos profissionais que proporciona maior tempo e dedicação do trabalhador para com os moradores. No próximo relato do médico verificamos a mudança ocasionada a partir dessa experiência de trabalho no PSF:

Dessa experiência eu aprendi muita coisa [...], na faculdade a gente aprende a lidar só com a doença, o mecanismo de fisiopatologia da doença, que remédio que eu não posso dar. Aqui você aprende também a ser mais humano, a escutar mais o paciente, às vezes ele não está com doença, a gente viu isso daí ao longo desses dias, a gente tem visto nas visitas domiciliares. Que às vezes a pessoa não está doente. Aqui a gente tem doenças mais simples, e às vezes a pessoa quer é conversar e ter alguém que escute e muitas vezes a gente acaba fazendo esse papel de ir na casa. Então eu acho que disso aí, para minha profissão eu vou levar isso aí, quando entrar um paciente, seja nos Estados Unidos seja no Brasil, quando entrar, eu vou estar mais humano, eu aprendi a ouvir mais as queixas do paciente antes de ir dando uma medicação.

Prática eu já tinha. Com a residência eu já tinha a parte prática de atender em clínicas particulares, atender em posto de saúde, lá na própria residência, a gente já tem isso. O PSF tem essa característica, da gente conhecer a população, a gente entra na casa da pessoa. Assim como eles me conhecem, eles sabem que a minha mãe esteve aqui, todo mundo ficou conhecendo. Entram no consultório, e falam: “Ah, sua mãe teve aqui, ela é bonita.”, “Ah, não vai embora.”, e eu falei: “Minha esposa me quer em casa.”, “Mas traz ela aqui.” Então eles acabam te vendo como uma pessoa da família deles. Eu acho muito legal isso daí. Teve paciente que já me emocionou, o mês passado quando eu fui na casa dele dar tchau, e ele me abraçou de um jeito muito gostoso, é uma coisa assim que... isso daí não tem preço que pague. É uma coisa muito boa. É uma sensação muito indescritível. O paciente, igual ontem, é aquele abraço de tchau, mas não só do médico, é do amigo, da pessoa que escutou, que foi na casa dele. Isso aí eu vou levar para sempre, com certeza. (ENTREVISTA M1).

O atendimento “mais humano” relatado pelo médico pôde ser constatado em consultas observadas pela pesquisadora durante o período de campo da pesquisa. Foram observadas tanto consultas com adultos, crianças e idosos. Apesar de breves, os encontros foram bastante descontraídos e para além da queixa principal: no atendimento de um casal idoso houve conversas sobre familiares e sobre a vida cotidiana; no caso da criança ao perscrutar seu pulmão o profissional brincou de contagem até dez conjuntamente; no caso da mulher com o filho, a consulta girou em torno da história de como ela havia conseguido o creme que provocara manchas em seu rosto e nesse tom hilário, ele aproveitou para orientá-la a não aceitar medicação sem prescrição médica destinada a ela.

Nesses exemplos, podemos constatar a incorporação de outros aspectos da vida dos usuários do serviço para além dos aspectos físicos da saúde, apesar de, em todos os casos acompanhados, ter havido prescrição medicamentosa no final da consulta. Além disso, percebemos certa continuidade nas histórias pessoais – no caso dos idosos o médico pergunta sobre assuntos da vida do casal já conhecidos por ele, no atendimento da mulher o motivo inicial da consulta fora o filho e aproveitara a consulta para ‘cobrá-lo da promessa’ que fizera outro dia de ‘passar alguma coisa para suas manchas’.

Porém nem sempre as consultas na rotina são simples e a impotência frente alguns casos transparece frente à conduta a ser tomada, como na consulta do garoto com dificuldade para urinar, apresentando dores na barriga e “apesar de já ter sido medicado, os sintomas persistem e o exame solicitado demora em torno de quinze dias para chegar” (DIÁRIO DE CAMPO, 2º dia).

7. Consultas em odontologia

A equipe de saúde bucal é composta por um cirurgião-dentista e uma auxiliar de consultório dentário da Saúde da Família, além de outro cirurgião-dentista contratado com recursos do programa estadual Sorria São

Paulo. O dentista está no município desde 1992, porém não continuamente. Atualmente mora na cidade e está trabalhando ininterruptamente há seis anos. A ACD está na saúde há quinze anos, porém iniciou o trabalho como atendente de enfermagem, passando a auxiliar os dentistas da unidade de saúde e a aprender com eles o ofício. Apenas há seis anos cursou a formação em Auxiliar de Consultório Dentário com duração de um ano. O contrato do cirurgião-dentista do Sorria São Paulo terminará e não será renovado.

O desafio da saúde bucal no município é conciliar um modelo de atenção preventivo e curativo simultaneamente, ou seja, atuar junto às escolas e aos programas, como os atendimentos a gestantes, a hipertensos e a diabéticos, não deixando de prestar o serviço de intervenção bucal em consultório. Mas esse trabalho não é realizado, porque a jornada do odontologista da Saúde da Família reduz-se a dois dias da semana – quartas e sextas-feiras, incluindo o período noturno para o atendimento à população trabalhadora. Sua visão preventiva é o argumento que tem para não renovar o seu contrato. Essa situação, segundo o entrevistado, deve-se à atuação do antigo gestor, antecessor do atual, a quem faltou uma compreensão global da saúde bucal. Seu ponto de vista vem exposto no excerto seguinte:

[...] desde que comecei o meu trabalho, eu me formei em noventa pela Universidade Estadual de M., desde então eles apregoam muito e puxam muito pelo lado preventivo; o curativo... se eu ficar dentro de um consultório fazendo processo curativo eu vou ficar anos, anos e anos fazendo curativo ao passo que, se a gente trabalha o lado preventivo, vai se reduzir a longo prazo o processo curativo; essas crianças de hoje vão ter uma outra mentalidade; vão ter uma saúde bucal melhor. (ENTREVISTA D1).

Segundo a opinião do dentista, o trabalho de prevenção depende do perfil do profissional; ele, mesmo sem políticas públicas para estimulá-lo, exerceu-o nas palestras ministradas nas escolas: “[...] fiz as palestras, não estavam os *kits*, porque se eu fosse esperar os *kits* chegarem, a palestra iria ficar parada, daí eu fiz a palestra e deixei prometido que o *kit* chegando eu estaria repassando.” (ENTREVISTA D1). Numa situação inversa em que houvesse políticas de incentivo à prevenção, e o profissional não a tivesse enquanto direcionamento de seu trabalho, de alguma forma iria esquivar-se e atrapalhar o processo.

[...] para acontecer a parte preventiva, depende mais do perfil do profissional. Esse tendo esse perfil, ele vai estar conversando com as pessoas, no caso, com o secretário e com o prefeito porque eles não têm conhecimento de como funciona, eles vão seguir o que normalmente as regionais pedem, e as regionais hoje trabalham em cima desse tema que é o tema Prevenção, quer dizer, eles até querem que a gente evite de ficar na parte curativa e fique mais na prevenção, então eles, tendo essa cobrança, mesmo sem saber o que é, ou entendendo pouco do tema, eles vão contratar um profissional que tenha esse perfil. Se o profissional que vier tiver esse perfil, as coisas acontecem, então depende primeiro do perfil do profissional para depois da política local. (ENTREVISTA D1).

Ainda segundo o entrevistado (ENTREVISTA D1), quanto aos incentivos políticos à saúde bucal, há “boa vontade”, porém, há entraves e demoras que dificultam o desenrolar das atividades.

Há grande expectativa na nova contratação para compartilhar as atividades desenvolvidas pelo profissional do PSF, pois, segundo ele, não dá para fazer tudo e com qualidade:

[...] vou frisar ainda a implementação desse novo profissional vai ser o básico, o que vai fazer com que a gente consiga fazer tudo, porque tudo... eu sozinho, dizer para você: “Eu faço tudo bem, eu faço prevenção bem, eu faço programa de gestante bem, eu faço programa de idoso bem, eu faço programa para a população bem.”, isso é mentira, é mentira porque é muita demagogia em dizer que eu faço tudo bem, a gente tenta fazer de tudo e tem a visão das falhas e do que tem para melhorar, e essa é uma delas que a gente está trabalhando em cima para melhorar. (ENTREVISTA D1).

Hoje o município mantém três consultórios odontológicos montados, um na unidade de saúde na zona urbana, um na Unidade Rural Principal e outro na Estrutura de Apoio I.

O esquema de trabalho distribui-se da seguinte maneira. Às segundas-feiras, os atendimentos são realizados no consultório da Estrutura de Apoio I. São agendadas 14 pessoas pelos agentes comunitários de saúde em visitas realizadas. Às terças-feiras, o período da manhã é destinado às pessoas inscritas nos programas de gestantes, de hipertensão e de diabetes. Os inscritos têm atendimento com a equipe de enfermagem e já fazem o atendimento odontológico agendado. O período da tarde das terças-feiras e todo o dia das quartas-feiras são reservados à população em geral. Os agendamentos são realizados por ACD todo primeiro dia do mês para o mês seguinte. Às quintas-feiras os atendimentos ocorrem na Unidade Rural

Principal. Os agendamentos são realizados pelas auxiliares de enfermagem em todo último dia de cada mês, bem como os solicitados pelos agentes comunitários de saúde. Às sextas-feiras pela manhã, acontecem atendimentos aos escolares em consultório ou palestras nas escolas. O período da tarde é destinado às reuniões de equipe.

Os tratamentos acontecem segundo a avaliação do dentista que, dentro de um universo de problemas levantados, escolhe o que é mais grave e urgente. Em geral, não realiza todos os procedimentos necessários em uma única pessoa, solicitando que esta agende um outro dia para atendimento. Justifica-se do seguinte modo:

[...] para fazer um tratamento completo, você teria que vir dez vezes, e eu teria que já marcar um retorno para você logo. Eu não vou ter perna para isso, porque eu vou atender um grupo limitado de pessoas, ao passo se eu faço dessa forma, eu atendo e peço que você retorne para reagendar uma nova consulta, está certo que você vai demorar em retornar também, mas eu consigo daí dar mais condições para que as outras pessoas tenham acesso ao serviço. (ENTREVISTA D1).

Entretanto, nos casos de dor aguda que aparecem na unidade sem agendamento, é realizada uma breve avaliação para verificar se há necessidade de encaixe ou se podem ser atendidos outro dia.

As ações de prevenção são realizadas em grupos específicos, principalmente entre as crianças, pois se acredita em que estas possam adquirir hábitos saudáveis, como a escovação, e influenciar os pais. Outros grupos para os quais essas atuações se voltam são o das gestantes – as quais são orientadas por eventuais palestras – e dos idosos, para os quais se volta a abordagem do câncer bucal. Essa última acontece no dia da vacinação contra a gripe, quando são avaliadas as condições da boca dos idosos por meio da verificação da presença de lesões e suspeitas da doença. Esses casos são encaminhados às unidades de municípios de referência.

Em geral, segundo o profissional entrevistado, as condições da saúde bucal da população são bastante precárias. Entre crianças e adultos não há o hábito de escovação, e a maioria da população idosa removeu os dentes,

reflexo de uma época cujo paradigma da conservação dos dentes entre os profissionais não estava presente.

Apesar de o trabalho preventivo ser o maior enfoque no âmbito discursivo, ele parece não ter o suporte necessário e não é articulado, de maneira plena, às demais ações em saúde. É o caso das palestras sobre escovação que acontecem nas escolas. Como muitas crianças não possuem escova dentária, a secretaria comprometeu-se no custeio de *kits* de escovação para distribuição entre os escolares no dia das palestras. Entretanto, devido à demora na entrega, as exposições são realizadas de forma demonstrativa. Segundo o dentista, as atividades nas escolas não são realizadas de forma adequada, muito menos no que diz respeito à escovação supervisionada, que não acontece.

Essa prevenção também não encontra correspondência no trabalho dos agentes comunitários de saúde. Em entrevista, o profissional defende a importância do papel dos ACS nas orientações às famílias e a identificação de pessoas com necessidade de intervenções em saúde bucal. Entretanto não são realizadas supervisões ou orientações sistemáticas junto aos ACS, que constitui um espaço informal para esclarecimentos, somente quando procurado. Segundo o dentista, “[...] eles deveriam estar perguntando mais, se eles não estão perguntando é sinal que eles estão dominando.” (ENTREVISTA D1).

A desarticulação também acontece entre o dentista e a equipe de maneira geral, já que casos são encaminhados dentro da unidade de um profissional ao outro sem discussão direta entre eles. Em reunião, o odontólogo reserva-se a escutar, não realizando intervenções e esperando um espaço para discussão em sua área.

Dentro da Saúde Geral, eu me vejo como um ramo disso, entendeu? Então eu participo das reuniões da equipe e fico na retaguarda, aguardando, de repente, qualquer dúvida ou qualquer coisa referente ao meu ramo para estar solucionando. Então, quando acionado, eu vou estar respondendo. Eu não acho legal para mim, enquanto profissional da Saúde Bucal, estar questionando a conduta do médico ou da enfermeira ou sei lá o quê, não acho legal isso. Se eu não puder acrescentar a eles, eu não vou atrapalhar, então eu fico mais à parte, tanto é que a minha participação hoje junto ao grupo, o meu

tópico é mais resguardado, não é tão abordado quanto o outro, então eu quero crer o seguinte, dentro da equipe a minha parte eles já estão dominando, ou entendem nada, ou entendem tudo, porque eles não perguntam. Esses tempos atrás, o gestor falou: “O D1 vai fazer com vocês também dentro dessas reciclagens, vai ter uma abertura para ele como vai ter para enfermeira estar fazendo abordagem, ele vai ter também.” Eu falei: “100%!”. (ENTREVISTA D1).

Apesar disso, o profissional tem preocupação quanto à qualidade do serviço oferecido à população e vê dificuldades para desenvolvê-lo adequadamente devido à estrutura física deficiente constatável no equipamento e nas instalações do consultório:

[...] porque hoje o paciente, quando entra no consultório, a primeira coisa que ele vê é o ambiente. Se você chega num ambiente, olha e não te agrada, você já vai questionar até o tipo de atendimento que você vai ter lá dentro, e hoje tem que melhorar bastante. [...] Eu prezo muito pela qualidade porque, como eu falei também na história minha de vida¹, eu já fui cliente como eles, então essa parte de atendimento eu me vejo, hoje, entrando por aquela porta, sentando nessa cadeira e querendo um atendimento, esse atendimento eu quero que seja bom porque eu passei por isso, eu quero isso para eles. (ENTREVISTA D1).

8. Visitas domiciliares

As visitas domiciliares são realizadas pelos agentes comunitários de saúde e pelos profissionais técnicos às famílias indicadas pelos primeiros. O objetivo é uma maior proximidade da comunidade com a unidade de saúde e desenvolver o trabalho de prevenção de doenças e promoção da saúde.

O município possui uma tradição de visitas domiciliares para intervenções na comunidade. Em 1994, iniciou-se a implantação de um projeto de intervenção com agentes comunitários de saúde, numa tentativa de reproduzir, em locais deprimidos do estado, os êxitos conseguidos nas regiões Norte e Nordeste por meio de iniciativas de programas dessa natureza.

1 Em certo momento da entrevista, o profissional descreve a situação enfrentada, quando criança, para conseguir um atendimento em odontologia: chegava de madrugada na unidade, enfrentava filas “quilométricas” para conseguir o atendimento e, quando conseguia, o dentista colocava uma restauração provisória em vez de uma definitiva, e solicitava que voltasse para trocar. Novamente, enfrentava a mesma situação para conseguir nova consulta.

Em 1998, houve o estabelecimento do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no município, e o projeto inicial foi modificado. Reduziu-se o número de agentes comunitários a dois terços, as visitas passaram a ser mensais, os itens de atribuições dos agentes passaram de vinte a cinco, e as reuniões comunitárias deixaram de existir. Finalmente em 2001, o PACS cedeu seu lugar ao Programa da Saúde da Família (PSF), modelo presente até os dias de hoje.

Apesar de o trabalho de intervenção na comunidade por meio das visitas domiciliares ter seu início há algum tempo, o caráter, o enfoque e os objetivos dessa ação parecem ter sofrido modificações, e a experiência anterior não se traduziu em acúmulo de conhecimento e prática no assunto¹, mas, pelo contrário, a institucionalização do programa em Programa da Saúde da Família, conferindo regras e novas contratações, trouxe um novo paradigma com formas, procedimentos e protocolos prontos a serem realizados pelos agentes, bem como regras sobre os limites de sua ação.

Verifica-se o deslocamento da centralidade e a importância das atividades assumidas pelo profissional. Hoje a função mais evidente dos agentes é aproximar a população da unidade de saúde – onde está localizada o saber sobre saúde – do que promover a saúde no local.

Se eu chego numa casa e a pressão da pessoa está alta, eu a oriento a vir ao posto, tomar o remédio certo. Eu não posso medir pressão, só a pessoa que fala, sintomas assim a gente já sabe mais ou menos, daí a gente encaminha para vir ao posto, passar com o médico, com a enfermeira [...]. Que, na verdade, os agentes de saúde são um elo do paciente até o médico, como se fosse uma ponte para poder o médico estar conhecendo, então a gente que já morava aqui faz tempo conhece... (ENTREVISTA ACS3).

A gente trabalha com informação. Passar informação, orientação, basicamente é isso o trabalho, só que a gente também faz entrega de encaminhamento, avisa sobre exame laboratorial, peso de criança, a gente acaba fazendo coisa que não é para fazer, mas, se não fizer, as pessoas ficam te criticando, que você não está interessado em fazer... (ENTREVISTA ACS2).

No caso da questão da higiene, a gente entra com a enfermeira, [...] só que higiene e pobreza, acho que também não tem muito a ver, tem

¹ Várias pessoas participaram da intervenção do primeiro projeto com agentes comunitários de saúde, como o médico da unidade central e o atual secretário de saúde, na época trabalhando como agente comunitário de saúde e, já na implantação do PSF, como auxiliar de enfermagem.

casa que são bem pobrezinhos, mas tudo limpinho, tem outros que... Questão de cultura mesmo. Agora, você falar para a pessoa é complicado, você não pode chegar lá e falar: "Oh, sua casa é suja, você vai ter que arrumar." Para ela aquela casa está normal. [...] Não chego a falar porque, se eu falar que está suja a casa, a pessoa vai ficar brava e depois não vai receber mais, então acabo levando a enfermeira, a enfermeira fala. Depois da enfermeira, se ela quiser, ela vai ter que vir atrás, e tem que falar da melhor maneira possível, porque senão fica chateada. (ENTREVISTA ACS2).

Além das transformações ocorridas, próprias do novo processo de trabalho, os agentes recém-contratados, devido à sua inexperiência, inabilidade e falta de conhecimentos específicos para desenvolver suas tarefas, enfrentaram dificuldades no desempenho da sua função. Cursos para agentes comunitários somente foram oferecidos pela enfermeira local três meses depois da contratação; pelo Estado, três anos depois da implantação do PSF no município, com duração de seis meses.

No começo, foi difícil porque a gente não tinha treinamento nenhum, e os treinamentos que a gente teve foram só para saber fazer as provas do concurso, e não teve, tipo assim, "o agente de saúde faz isso, isso e isso". A gente não teve treinamento. A gente já entrou trabalhando e aprendeu sozinha. No começo, dois meses, três meses foi sozinha, depois que a gente teve treinamento e capacitação da parte da enfermeira, e a gente fez um curso também lá em M. (município mais próximo de referência em saúde), e de lá para cá foi tudo mais fácil, mas, no começo, foi difícil. (ENTREVISTA ACS3).

... Quando eu fui contratado, isso aí foi uma falha que teve, nós só fizemos uma prova, eu, a ACS3 e a ACS1. Entramos juntos e já nos colocaram no outro mês para sair para visitar. [...] A outra enfermeira que estava aqui, [...] naquele tumulto, não tinha médico, só ela estava atendendo, acabou dando o remédio para eu levar para filha dessa mulher. O remédio era Benzoato de Benzila. Eu não conhecia aquele remédio, e ela (a enfermeira), naquele tumulto, me orienta para mandar tomar o remédio. Eu não conhecia nada de remédio. Eu levei o remédio, deixei na casa da mulher e falei: "É para tomar tanto em tantas horas.", e saí. Daí uns dez minutos, a mulher foi atrás de mim dizendo que a filha dela estava passando mal, que tinha tomado, que estava vomitado, que eu tinha que arrumar um carro, que eu que tinha feito aquilo. Nossa, foi um desespero! Daí o que eu tinha que fazer: pegar e sair com um carro lá e trazer aqui no posto. No fim, ela não tinha tomado o remédio: colocou na boca o remédio e viu que era muito ruim. De certo, jogou o remédio para fora. Segundo a mulher, disse que estava vomitando. Vieram aqui, deu um tumulto. A enfermeira conversou bastante com ela e não levou para frente, se desse parte em algum lugar, seria ruim para a unidade. Então isso aí foi uma coisa ruim que aconteceu no começo. Quase saí, desisti, mas falei: "Espera aí, eu não conheço nada, mas posso conhecer." E se fosse hoje, por exemplo, podia o médico mandar o remédio para eu levar para mulher, eu ia discutir com ele e não iria levar, porque ele sabe que o remédio não é para tomar, quer dizer, naquela época não conhecia [...], é para passar, porque Benzoato de Benzina é um remédio que usa externo [...], acho que é para sarar sarna. Mas é

falta de conhecimento, se a gente conhece... é que hoje a gente conhece bastante. (ENTREVISTA ACS2).

Outras atividades que são realizadas, além das descritas pelos agentes comunitários em entrevista, foram observadas durante o tempo de permanência da pesquisadora no município. No dia de consultas na Estrutura de Apoio I, em que a equipe desloca-se para uma unidade auxiliar, a agente comunitária responsável pela área prepara a unidade, organiza as pessoas da comunidade que ela mesma agendou para o dia, assim como as que solicitaram consulta no momento, separando os prontuários por médico, enfermeira e pronto-atendimento. Quando a equipe chega, tudo está pronto e organizado. Ainda ajuda a auxiliar de enfermagem nas anotações da pré-consulta na ficha de atendimento.

Os agentes comunitários também participam da assistência em situações de urgência e emergência, como mostra a seguinte observação:

[...] um menino acidentado aparece na unidade acompanhado da Agente Comunitária de Saúde, que fora até sua casa numa visita de rotina. Estava sozinho e com muita dor no braço, não conseguindo movê-lo. Ela o traz para a unidade. Relata que o garoto foi pular o muro de sua casa e caiu em cima do braço. O menino, muito tímido, fica calado, aliviado por sua porta-voz substituí-lo na tarefa de falar. Como não sabe onde sua mãe se encontra, a equipe decide que a Agente Comunitária o acompanhará até M. (município mais próximo de referência) para fazer a radiografia. Até a chegada do transporte, imobilizam o braço do garoto e contatam seus vizinhos para avisarem a mãe. Entretanto todos os veículos do município estão em outras viagens. Devem esperar até que a Kombi retorne. Como já está chegando a hora do almoço e veículo não aparece, compram duas marmitas para que comam antes de partir. Eles esperam cerca de três horas para partir. (DIÁRIO DE CAMPO, 2º dia).

A agente comunitária que participou da situação descrita acima é a mesma que auxilia no trabalho da Estrutura de Apoio I. Segundo a opinião do médico e da enfermeira, ela é a melhor agente comunitária da equipe. Há outra que faz bem o trabalho, e os demais não possuem perfil para a função: dois não são comunicativos, e a outra não sabe trabalhar em equipe. Esta, como possui relação direta com a gestora da secretaria da assistência social, encaminha os problemas encontrados na população diretamente, sem discutir com a equipe, o que faz com que eles afirmem que “ela se acha assistente social”.

De maneira geral, os ACS são bem aceitos pela comunidade, porém descrevem alguns casos de rejeição sofridos nas visitas domiciliares. As explicações sempre se baseiam em problemas dos visitados; nunca questionam o próprio trabalho, como exemplifica o seguinte trecho:

Só que essa mulher, ela tem problema na mente, sabe, então, daí eu sempre passei na casa dela, toda vida ela me tratou bem, quando foi um dia eu cheguei lá... Nossa! Ela fez eu sair da casa dela, me xingou de um monte de nomes. Eu conversei com a enfermeira, e ela foi na casa, conversou com a mulher, e ela falou que não queria a visita do agente de saúde, que ela não precisa do posto, então ela não queria. Daí eu não passei na casa dela mais. [...] eu não passei mais na casa dela, porque ela falou que não precisava daqui e eu escrevi no relatório de visita que ela não queria. [...] se acaso acontecer alguma coisa, é só mostrar, escrevi tudo que ela falou para mim, e a enfermeira também relatou tudo no dia que ela foi fazer a visita, então não tem problema. Aí eu não voltei lá mais, ela mora na frente da minha casa, mas ela não sai nem para fora, ela tem problema, não sai nem na rua. (ENTREVISTA ACS3).

Quando questionada se esse não era justamente um caso que mais deveria ser acompanhado, responde:

Mas o caso dela é assim sabe... não é... como se diz... psiquiátrico que dê para gente cuidar, é aquele negócio de espírita, sabe, aquele negócio de feiticeiro, essas “coisaradas”. (ENTREVISTA ACS3).

Nessa última fala percebemos a ambiguidade vivenciada pelo agente produzida pelo conhecimento técnico e pela cultura local da qual também compartilha, prevalecendo menos o conhecimento técnico, esvaziado pela própria atribuição e organização do trabalho encarregado aos ACS.

A condição de pertencer à equipe técnica e à comunidade traz outras dificuldades, como o descrédito do agente:

[...] a gente faz parte comunidade e muitas vezes o vizinho da gente não acredita nas orientações que a gente passa. Fica difícil assim, porque, para eles, a gente é do bairro, a gente cresceu aqui, fez curso aqui, daí eles acham que a gente não tem conhecimento, principalmente os mais velhos querem ter mais experiência que a gente que é mais novo, daí acha que o que a gente está falando não vai dar em nada. (ENTREVISTA ACS3).

Por outro lado, facilita a entrada do profissional na comunidade:

A gente chega conversando sobre a pessoa mesmo, daí depois parte para o lado profissional, pergunta sobre como que está a saúde, mas sempre as pessoas acabam perguntando: “Como é que está seu

pai?”. Sempre uma conversa mais de vizinho mesmo, interessante essa parte. (ENTREVISTA ACS2).

Outra ambiguidade mostra-se quando relatado um caso diverso de rejeição do ACS e troca de profissional. O motivo, segundo o entrevistado, seria a falta de informação das pessoas quanto ao trabalho executado pelos ACS: “[...] eles acham que você está ali, naquela função, você tem que fazer o que eles pedirem, o que eles quiserem e você não tem... não pode falar que não, eles acabam se aproveitando da gente.” (ENTREVISTA ACS2).

[...]? você vai a uma casa e fala: “Tem um exame marcado para você, mas não é minha função trazer guia aqui na sua casa.” Aí a pessoa fala: “O que você está fazendo então? Você poderia trazer para mim.” E população da zona rural também a gente acaba fazendo bastante coisa para ajudar, as pessoas são humildes demais, simples. Às vezes é melhor a gente ir e fazer alguma lá do que eles terem que vir até aqui, eles têm dificuldade de se locomover, mas o trabalho é a orientação. (ENTREVISTA ACS2).

Por um lado são pressionados a fazerem atividades que não estão previstas em suas atribuições; por outro, a solidariedade com as pessoas com dificuldade de locomoção os leva a executar as mesmas atividades antes negadas. Percebe-se que os agentes, devido ao pouco conhecimento técnico, não têm autonomia plena, mas possuem um espaço no qual decidem pequenas atitudes a serem tomadas, como deixar ou não de realizar tarefas dependendo de sua avaliação no momento.

A questão da resolutividade e o acesso aparecem nas entrevistas quando questionados sobre a qualidade do serviço de saúde.

As pessoas têm problemas de saúde, vêm aqui, não resolve aqui, vai para frente, a pessoa acaba indo lá e volta com o mesmo problema. (ENTREVISTA ACS2).

Para começar, eu acho... aqui dificuldade é a distância. Você vê: as pessoas entram na ambulância, ficam quatro, cinco horas dentro da ambulância para ir para M. (município de referência para a macrorregião), para São Paulo. Eu nunca fui nessas viagens, mas se eu for acho que eu chego lá pior que... Se eu tiver dentro eu chego pior lá, dentro de uma ambulância, acho que é desumano. (ENTREVISTA ACS2).

As dificuldades que a gente tem aqui é por causa da nossa referência que é longe, os hospitais duas horas daqui, então poderia ser mais perto... (ENTREVISTA ACS3).

Entretanto, o próprio trabalho dos ACS e do serviço não é discutido. Não há questionamento ou avaliação da efetividade das orientações realizadas pelos mesmos. O fracasso das ações aparece justificado pela falta de cooperação da população, verificadas nos seguintes excertos:

Uns pacientes que são rebeldes não vêm ao posto, tem gente que tem que estar indo na casa, inclusive o médico vai fazer visita domiciliar e demora um pouco para gente conseguir fazer com que eles entendam, pôr na cabeça uma orientação, que é bom para eles, entendeu? Mas eles vão pegando devagarzinho, tem uns que são rebeldes mesmo, mas os outros não, a maioria estão indo bem, estão vindo fazer acompanhamento certinho através de a gente estar orientando, pegando no pé o tempo inteiro.

Um serviço de qualidade? Eu acho que tinha que ter mais atenção, mais da população entender mais a gente, procurar fazer o que a gente orienta. Eu acho que teria qualidade se eles obedecessem, acatassem as orientações que a gente passa e fizessem certinho os acompanhamentos, no caso dos programas, eu acho que ficava de qualidade, não tem outra coisa, porque o médico tem, a enfermeira tem, auxiliar, agente comunitário de saúde, então assim, só falta colaboração dos próprios usuários. Eu acho assim... (ENTREVISTA ACS3).

As seguintes passagens ilustram a insistência em um modo de operar ineficaz e alienado – dado a não reflexão sobre o próprio trabalho –, sem tentativas de mudança de estratégia de ação, assim como a não identificação com o outro, ao contrário do que se deveria presumir da relação do agente comunitário com os moradores de sua própria comunidade.

[...] tem um paciente que era rebelde, ele era hipertenso também. Todo mês eu ia duas a três vezes na casa dele, “Toma remédio, toma remédio”, e nada dele querer tomar o remédio. Ele tomava quando ele queria; quando achava que estava com a pressão alta, ele tomava, e a gente lá no pé dele. Aí um dia deu um derrame nele, ele foi para o hospital, ficou uns dias no hospital, voltou, e aí eu fui visitar, e ele falou bem assim: “Se eu tivesse ouvido você, não tinha acontecido isso comigo.” Daí hoje ele toma o remédio certinho.

Esse outro senhor que morreu, ele era hipertenso também, toda vez na casa dele, direto na casa dele, duas a três vezes, orientando ele, os filhos dele, a mulher dele, e ele nunca falou: “Eu vou fazer desse tipo.” Nunca fazia, fazia do jeito dele: “Ah, hoje eu estou com dor na nuca eu vou tomar o meu remédio de pressão porque eu acho que a pressão está alta.” Daí aconteceu isso também. (ENTREVISTA ACS3).

Podemos perceber, no trabalho do ACS, a baixa responsabilização com o cuidado da saúde das pessoas de sua “responsabilidade”, abrangência.

Isso reflete na inexpressividade de suas ações no conjunto das práticas desenvolvidas pelo serviço cujo diferencial deveria ser essas ações.

Por outro lado, o efeito das visitas domiciliares dos profissionais, médico e enfermeira, está relacionado ao estreitamento de suas relações com a comunidade, o que produz não só conhecimento, maior domínio de sua área de abrangência e dos problemas locais, bem como o estabelecimento do vínculo afetivo e maior comprometimento com a população, como já mencionado em outros trechos de entrevistas do médico e da enfermeira. O relato da visita abaixo ilustra brevemente a percepção da moradia, do comportamento acolhedor da anfitriã e da reação aberta e afetiva do médico.

A terceira casa visitada não está programada, mas a senhora residente pediu à ACS para que fossem até lá. Está muito gripada. Na entrada há uma cerca de arame e madeira e nas bordas flores coloridas em toda a lateral do terreno. A casa é de madeira e a sala bem grande. Há um sofá – no qual sentamos –, uma máquina de costura, pia, fogão e mesa. Nas paredes, cartazes de propaganda política – Lula, do PT, candidatos de outros partidos como PSDB, PL e PMDB –, além do quadro desbotado da Santa Ceia. Acima do fogão, um cabo de vassoura que serve de varal para gomos de linguiça, um pedaço de costela e outro pedaço de carne. Não há geladeira na casa.

A senhora bastante conversadeira oferece suco de limão. Todos recusam e o médico aceita, porém não o toma. A auxiliar de enfermagem afere sua pressão em silêncio.

Depois, ela mostra uma garrafa *pet*, com uma espécie de fungo ou alga, imerso num líquido. Diz ser vivo e cuida diariamente com açúcar. Relata lamentosa tomar o líquido todos os dias para curar sua gripe, mas que não está fazendo muito efeito. Só um pouco.

O médico experimenta com o dedo esse líquido e me passa. O sabor é acre.

Animada e orgulhosa, mostra seus trabalhos de retalhos na confecção de colchas que vende. Faz questão de mostrar todos os trabalhos. Ficamos muito tempo ouvindo essa senhora. O médico pede que eu tire uma foto dele e da senhora com as colchas. No final não volta no assunto da gripe e fica satisfeita por eu comprar uma de suas colchas (DIÁRIO DE CAMPO, 3º dia).

As visitas anteriores são em domicílios com membros da família portadores de Síndrome de *Down*. Podemos perceber a importância das visitas domiciliares, sem as quais essas pessoas teriam muito poucas chances de serem vistas e avaliadas pelos profissionais de saúde, como mostra o excerto: “A filha, portadora de Síndrome de *Down*, está gripada. A mãe diz que não a

levou para a unidade porque ela mesma esteve com gripe e passou por consulta. Depois deu a mesma medicação para a filha que ficou melhor.” (DIÁRIO DE CAMPO, 3º dia).

9. Transporte e atendimentos externos

O transporte exerce um papel fundamental na composição de estratégias na assistência em saúde e na vida do munícipe em geral, criando condições para o acesso da população às ações de saúde como também incidindo na agilização dos processos.

Sua utilização responde a necessidades internas, como o deslocamento de pessoas em situações de urgência e emergência ou dos profissionais de saúde até as mesmas – num arranjo descrito anteriormente quando discutimos o trabalho das auxiliares de enfermagem e a organização do atendimento em urgência e emergência –, a locomoção dos profissionais de saúde às unidades estabelecidas na zona rural e visitas domiciliares a locais distantes, assim como o transporte de malotes com documentos entre as unidades e a secretaria de saúde.

Interessante notar a apropriação e o uso do transporte da saúde pela população, devido à escassez de transporte coletivo no município – segundo entrevista, há, uma vez por semana, um ônibus que circula entre a zona urbana e bairros da zona rural –, à baixa capacidade econômica da população, a qual a impossibilita da posse de veículo próprio, ou mesmo à proximidade e familiaridade entre as pessoas e profissionais da saúde, facilitando essa situação, como mostra as passagens a seguir:

Como a enfermeira não está na unidade, nos dirigimos à casa do médico. Há uma grande fila no supermercado ao lado de sua casa. O secretário explica que é dia de recebimento da Bolsa Família. Enquanto esperamos, uma senhora pergunta se o carro vai demorar mais um pouco para sair, e o gestor responde que imediatamente. Desapontada, ela comenta que queria ir junto, mas precisava esperar a filha. Em seguida voltamos à secretaria, e a enfermeira está à espera. O porta-malas é preenchido com medicamentos. Todos os dias, uma condução leva e busca os dois profissionais para o bairro rural. (DIÁRIO DE CAMPO, 2º dia).

O motorista chega, e partimos de ambulância. No caminho, uma pessoa que percorre a pé a estrada nos avista e pede carona. O motorista para. É comum as pessoas aproveitarem o transporte da saúde. (DIÁRIO DE CAMPO, 3º dia).

As “caronas” não ocorrem apenas nos limites do município, também são comuns entre municípios, transportando “encomendas” ou pessoas que aproveitam para visitar parentes, passear em outras cidades, ou mesmo transportar visitantes¹.

Uma auxiliar de enfermagem pede para o motorista levar um serrote para a mãe em M. (município de referência mais próximo) – todos criticam o pedido com risadas e brincadeiras. (DIÁRIO DE CAMPO, 3º dia).

A Van ainda passa por mais um hospital para pegar a última pessoa. A mulher despede-se da mãe e do irmão [...]. Interesse-me em saber se a Van sempre vai cheia para M. (município de referência para a Macrorregião) e respondem-me que sim, mas que na volta nem sempre está lotada, pois “As pessoas aproveitam para ficar um pouco por lá”. (DIÁRIO DE CAMPO, 1º dia).

Esses veículos são os mais usados para o transporte intermunicipal e de considerável relevância no que tange os recursos humanos, estratégicos e financeiros. Esse fato é gerado pela falta dos serviços que não ofertados pelo município, como exames, consultas de média e alta complexidade, atendimentos de urgência e emergência, cirurgias, tratamentos e outros. Segundo o gestor, os gastos com transporte chegam a somar quase 70% do orçamento total da saúde. Exemplifica: “[...] para você mandar um carro para M. (município de referência para a Macrorregião), fica em torno de quatrocentos reais, e vai carro todo dia para lá, quando não vão dois, quando não três.” (ENTREVISTA G1).

A importância atribuída ao transporte de pessoas é manifesta nas situações cotidianas de estresse que envolvem o secretário de saúde na sua resolução. São casos cuja solução gera mais gastos à saúde, como exemplificado a seguir:

[...] a gente gasta muito com viagens. Uma ambulância vai para M. (município de referência mais próximo), e tem uma paciente que não viaja de ambulância, ela quer outro carro para levá-la [...] porque ela

¹ Fato que ocorreu com a pesquisadora, que foi ao município com o transporte local. Essa situação é comum quando há vagas no veículo, principalmente devido à escassez de horários e dias de ônibus interurbanos e a inexistência de linhas diretas.

não viaja atrás, e o motorista não leva porque ela tem uma criança. Foi encaminhada para M. (município de referência mais próximo), e só tem uma ambulância para fazer o transporte, pois uma Kombi está em M. (município de referência para a Macrorregião,) e essa Ducato que o Estado deu está transportando dezoito pacientes da zona rural para cá para a fisioterapia, e só tenho a ambulância ali. Essa paciente precisa ser transferida para M. (município de referência mais próximo), e ela não quer ir de ambulância porque... porque não quer, entendeu? Isso que gera muito gasto para gente, daí você tem que fretar um táxi para levar essa pessoa. [...] Você recorre a outros setores, recorro ao fundo social ou à administração, “Eles têm carro”, “Não, não tem”, “O carro deles já viajou”, “Então vai ter que ir de ambulância.” (ENTREVISTA G1).

A compra de serviço de táxi também é comum, assim como a utilização de veículo particular para a resolução desse tipo de problema:

Eu tenho cedido muito o meu carro particular, agora ele está desmontado, porque eu viajei com ele ontem, e começou baixar óleo [...]. Se não tivesse, ela ia com meu carro. (ENTREVISTA G1).

Segundo o gestor, essa situação foi criada por meio de trocas de favorecimentos políticos e tem sido mantida até então:

O que gerou isso foi o seguinte: são problemas plantados há muito tempo que você não consegue arrancar a raiz. É a questão de apadrinhamento de vereador, de candidatos a prefeito, candidatos a vereador que, chegam ao ano da política, eles dão carro até para você ir beber no bar, “Eu preciso fazer uma consulta.”, “Pode marcar que eu te levo.”, daí fica. (ENTREVISTA G1).

Outros momentos de utilização da população de sua situação social e do quadro político do município para benefício próprio são exemplificados:

[...] porque a distância que você leva os pacientes é complicada, pelo transporte, pessoas que não têm condições de pagar o alimento, não têm dinheiro para viajar e no fim acaba causando transtorno para a Secretaria que tem que bancar tudo.

No bairro rural, tem ônibus, parece, uma vez por semana para atender a população que é de lá. Se você vai com um carro da saúde, o pessoal sabe que aquele carro vai, eles já agendam para vir naquele carro. Se você vai no N. (outro bairro rural), as pessoas, às vezes, nem vêm para cá (zona urbana), mas viu o carro lá, eles já agendam para vir. Chegou aqui, você tem que levar de volta. Tem uma senhora que agora mesmo foi para M. (município de referência para a Macrorregião) de carona, foi passear, chegou ali, viu que era o carro: “Quero ir embora.”, eu falei: “Não tenho carro para a senhora ir.”, “Ah, então eu vou lá conversar com o prefeito.” O prefeito fala: “Não tem carro.”, [senhora responde] “Então eu vou lá no adversário político.” (ENTREVISTA G1).

Além da preservação política e da estrutura de assistência apoiada no transporte já instituída na cultura local, a dificuldade de reverter e modificar essa situação pode também ser atribuída ao conceito de qualidade da rede de saúde relacionado ao investimento nessa área como sinônimo de acesso, como demonstra o seguinte trecho:

Tem transporte para todo mundo. É coisa que você não vê em outra cidade. Eu fiz faculdade fora daqui, então a gente conhece um pouco; se você está doente, você se vira para ir ao médico. Aqui não: tem um plantão que trabalha até como táxi, que vai na casa, busca, traz, leva de novo, vai na mata entregar. Pelo menos o transporte, claro tem os seus efeitos, ninguém é perfeito, mas aqui é muito bom. O povo ainda tem essa regalia, o carro vai até num bairro distante, busca a pessoa, de noite ou um dia antes, traz para pousar, depois leva na casa de novo então tem... pelo menos o transporte é bem equipado, a gente não faz melhor porque não tem condições financeiras, mas o que é possível a gente consegue. (ENTREVISTA DVS1).

A secretaria de saúde dispõe de quatro ambulâncias, duas S10, uma Montana e dois carros de ambulatório – uma Kombi e uma Ducato. O único veículo comprado pelo município é a Kombi, os demais foram cedidos pelo Estado.

A estrutura montada de suporte ao transporte contempla sete motoristas que trabalham em esquema de rodízio – três motoristas ficam de plantão durante 24 horas, viajando em dias alternados, dois motoristas ficam no transporte de ambulatório e dois na unidade da zona rural alternadamente (inclusive moram no bairro) – com escalas de folga.

Os destinos dependem da distribuição de agendamentos organizados por um funcionário específico para essa função na secretaria, dependendo do convênio de prestação de serviço com outros municípios. Segundo o funcionário responsável, todos os dias sai um veículo para M. (município de referência mais próximo) – às segundas e terças-feiras, levando pessoas para coleta de exames laboratoriais, no decorrer da semana, para procedimentos como radiografia, retorno de cirurgia, internações e urgências e emergências – em geral às oito horas, quando a unidade está aberta, para incluir no transporte eventuais urgências ou pessoas que não estejam na lista. O número de pessoas varia de cinco a doze transportadas por dia.

O funcionário responsável pelo transporte procura organizar os outros oito municípios de forma a sempre deixar pelo menos um veículo disponível no município para eventuais necessidades – o ideal é disponibilizar um transporte para a equipe da zona urbana e um para a equipe da zona rural, porém nem sempre é possível. Relata momentos em que chegou a enviar carros para cinco lugares diferentes. Em geral, o veículo que circula entre o município e o de referência mais próximo faz o percurso várias vezes ao dia pela carência de condução. Assim, mesmo com todo o planejamento realizado pela secretaria na organização do complexo transporte, a articulação diária e rearranjos são necessários: “Porque muitas vezes esse carro de manhã sai e dali a dez ou quinze minutos acontece uma emergência e tem que ir outro carro.” (ENTREVISTA T1).

M. (município de referência para a Macrorregião) é um dos municípios que possui a maior parte dos serviços de referência em especialidades. O fluxo é quase diário para atendimentos de alta e média complexidade, e, por causa da distância e condições da estrada, o veículo parte do município pela madrugada e retorna apenas às vinte horas. Esse trajeto é o mais criticado pelos funcionários entrevistados, dada à exposição à situação desgastante das pessoas já debilitadas pela doença, como mostra a seguinte fala:

O paciente, às vezes, tem que sair onze horas da noite para ser atendido às duas horas da tarde lá em M. (município de referência para a Macrorregião), por conta do paciente que tem que ir para São Paulo, então acho cruciante para o paciente ficar, ainda mais o povo daqui que é meio... meio não, é bastante tímido, tem uma dificuldade grande de andar na cidade. Eu vejo por mim mesmo: antes de ir embora daqui¹, eu tinha grande dificuldade de estar lidando na cidade. O povo tem medo de tudo da cidade, então eu acho quanto mais perto o serviço de saúde tivesse da população, seria mais saudável. (ENTREVISTA T1).

Além do enfrentamento do tempo de espera, há, sobretudo, da própria viagem pelos pacientes. Essa realidade pôde ser vivenciada pela pesquisadora em sua ida ao município com o veículo que transportava os pacientes de volta. Abaixo um trecho do primeiro dia do diário de campo:

¹ O profissional responsável pelo transporte e pelos sistemas de informação morou seis anos em São Paulo.

Pela manhã do dia de ontem, ligo para o gestor da saúde para confirmar minha ida ao município. Por telefone, ele informa que já falou com toda a equipe, e que estão aguardando a minha chegada. Ao saber que eu estaria em M. (município de referência para a Macrorregião), oferece o transporte – que diariamente sai às onze horas da noite, levando os usuários para consulta nos serviços de média e alta complexidade no dia seguinte. A Van voltaria às duas da tarde. Fico entusiasmada. Primeiro, por já me aguardarem – a suposta recusa do gestor pela pesquisa está superada – e segundo, por não ter que dirigir sozinha numa estrada desconhecida – seria a primeira vez que guiaria até a região.

No Departamento Regional de Saúde, as pessoas perguntam-me se sinto enjoos em viagens, pois, além de longa, a estrada é bastante sinuosa, como se me preparassem para o que me esperava. O motorista, sem dificuldades, encontra-me na Regional e, com muita simpatia, guia-me gentilmente até um veículo com o emblema do estado de São Paulo.

Há várias pessoas na condução, incluindo mais dois motoristas – um, que está no volante, e outro, como paciente, pois foi a São Paulo para consultar-se. Pergunta-me qual local gostaria de assentar-me, uma vez que os ditos melhores – na frente com o motorista e os lugares perto da janela – já estavam ocupados. Os bancos estão cobertos com o plástico de fábrica e o calor no interior do automóvel é intenso. Sento perto da porta. Pergunto se a Van é nova, e me respondem que não tem nem três mil quilômetros. Os motoristas, conversadores e bem-humorados, questionam-me curiosos se eu estou indo para trabalhar no posto de saúde. Esclareço que vou trabalhar para uma pesquisa da faculdade.

A Van ainda passa por mais um hospital para pegar a última pessoa. A mulher despede-se da mãe e do irmão. O motorista faz a mesma pergunta que fez a mim, e a mulher prefere ficar no banco à frente do meu com a criança no colo – justificando que precisa ficar perto da porta para que ela e a filha não passem mal. A outra filha maior fica no banco de trás.

Interesso-me em saber se a Van sempre vai cheia, e respondem-me que sim, mas que na volta nem sempre está lotada, pois “as pessoas aproveitam para ficar um pouco por lá.”

Finalmente partimos às três da tarde.

As conversas entre os passageiros giram em torno das consultas. Dois deles relatam terem perdido viagem. A primeira, porque a enfermeira não avisou que seu filho, de quatro anos, deveria ficar em jejum para poder ser internado. Ele faria uma cirurgia na pálpebra esquerda, pois recebeu um coice de um burro no olho, e sua visão está comprometida. A mãe deu ao menino um lanche para comer na viagem.

A segunda não se consultou devido ao cancelamento das consultas do dia pelo médico. Todos reclamam da falta de consideração do médico por não ter avisado e de como “eles” são folgados.

O calor é intenso, e, apesar dos vidros estarem todos abertos e a ventilação ser boa, o banco é quente por causa do plástico. É apertado e desconfortável. As pessoas cochilam.

16h23m

A Van para. O motorista pede para trocar com outro, pois está com sono. É sua primeira viagem longa, por isso o acompanhamento de outro mais experiente. As pessoas aproveitam a parada no posto para irem ao banheiro.

O tempo está agora mais fechado, ventando forte, garoando e esfria. Fechamos os vidros.

Mais estrada.

Preciso ir ao banheiro novamente. Pergunto ao motorista onde estamos, e responde que a cidade mais próxima está longe. Há buracos na estrada e a Van chacoalha bastante. Silêncio.

18h42m

Chegamos ao hospital de M. (município de referência mais próximo). Todos descem e utilizam o toailete do hospital. No estacionamento, converso com algumas pessoas enquanto esperamos os outros. Dizem que estavam com muita vontade de ir ao banheiro também. Apesar disso, ninguém pediu para que parassem.

Passamos pelo laboratório para pegar um resultado de exame enquanto o motorista come uma pizza num bar. O outro motorista, que havia trocado no meio da viagem, reclama do comportamento do colega: “Ainda se fosse para todo mundo comer tudo bem.” Não há atrasos, e agora o motorista, já satisfeito, troca novamente para guiar a condução. As pessoas estão impacientes para chegarem logo em casa. “Vam bola gente!” – exclama o menino.

As pessoas agora estão animadas e conversam. O menino cantarola a mesma música infantil repetidamente, enquanto a mãe ralha. As pessoas tosse. Por causa de esse trecho ser basicamente composto por curvas, a mãe que entrou com as duas crianças faz jus ao seu conhecimento sobre si: passa mal e vomita. Logo em seguida o menino também o faz – só que, ao contrário da mulher que utilizou um saquinho plástico, ele despeja sobre a caixa de remédios.

Ao margearmos a cidade de M. (município vizinho), vemos a falta de iluminação da cidade. As pessoas temem que a casa esteja na mesma situação, mas se acalmam ao passarmos, mais à frente, pela estação de energia toda iluminada.

Último morro para chegarmos à cidade e a surpresa: definitivamente não há luz em parte alguma!

A cidade está escura, há pessoas na rua, mas não se consegue identificar com facilidade quem é quem. A música alta vinda de um carro anima as pessoas em frente a um restaurante. O motorista para e, sem sair do veículo, conversa com o dono do restaurante, que também é o proprietário da pensão, dizendo ter trazido a mulher para a qual o gestor da saúde havia reservado hospedagem. Ele diz não haver lugar. Escuto a conversa apreensiva e começo a me arrepender por não ter ficado em M. (município de referência mais próximo). Pede para me levar até lá e que seu filho vai me receptionar. Dará um jeito.

A Van estaciona na Unidade de Saúde. As pessoas saem despedindo-se. Verifico a pousada que se localiza logo em frente.

Vejo uma cobra no meio da rua refletindo a luz da lua.

Despeço-me de todos e sigo o recepcionista.

Não há chuveiro quente.

Não há energia para poder trabalhar no computador.

Sinto-me cansada e insegura por estar num lugar desconhecido, na escuridão. Não pensei ser tão difícil.

Fico olhando a luz da vela e adormeço. (DIÁRIO DE CAMPO, 1º dia).

O assunto discutido entre os passageiros – a perda de viagem –, é uma situação comum, segundo entrevista com a funcionária da secretaria responsável pelos agendamentos externos. É causada pela dificuldade de estabelecer uma comunicação eficaz com os prestadores e por sua não responsabilização pelas desmarcações de consultas.

Outros problemas em relação aos prestadores são levantados, como os retornos, as contra-referências e a própria relação conflituosa. Em relação aos retornos não há um padrão estabelecido, alguns são marcados no próprio local da consulta e outros são marcados pelo próprio município. Nessa última forma, os usuários devem ser encaixados na agenda novamente, muitas vezes tomando a vaga de uma nova consulta, o que dificulta o atendimento e a agilidade no trabalho do setor de agendamentos, além da demanda acumulada:

Eles marcam retorno na agenda do médico, o paciente vai e perde a viagem porque não tem a vaga, no DRS não tem a vaga, então nossa dificuldade é muita, tem bastante retorno acumulado. (ENTREVISTA AG1)

As contrarreferências são outra reclamação, pois, na maioria das ocasiões, os usuários voltam de consultas externas sem informações formais sobre sua condição de saúde e, muitas vezes, não conseguem reproduzi-la para o profissional local para que este possa acompanhá-lo de forma mais profícua.

Um agravante da dificuldade de enfrentamento dos problemas entre o município e os prestadores é a própria relação estabelecida diretamente que é conflituosa:

[...] os prestadores, também... [parece que] eles estão fazendo favor para o município, porque eles recebem do SUS, eles recebem a tabela SUS, agora eles tratam a gente assim como se fosse um favor para o município, de atender o município. A gente tem que ficar implorando por consulta: "Por favor, é urgente." Eu acho que isso não é legal. Aí você já se estressa por você ter que se humilhar para o prestador. (ENTREVISTA AG1).

O estresse vivenciado pela funcionária é atribuído ao aumento da demanda e o atual quadro de vagas reduzidas gerando uma demanda reprimida:

[...] a cidade está crescendo, a população está ficando mais exigente, está procurando mais a unidade de saúde, então há um acúmulo de demanda reprimida dessas especialidades e as vagas que vêm, não absorvem. [...] Exemplo, vêm cinco solicitações de tomografia, e há uma vaga mensal. Com isso, quatro mensais vão acumulando. Hoje em dia, a gente tem um acúmulo de quarenta e cinco e uma vaga mês. Neurologia, a gente encaminha para o neuro, o neuro solicita uma tomo, isso implica o tratamento do paciente porque ele nunca vai [...] solucionar o seu problema, porque [...] leva dois ou três anos para fazer a tomo, quer dizer que ele não vai ter retorno com o neurologista, o problema dele vai continuar, ele vai continuar passando no médico, vai continuar solicitando exame aqui e nunca vai ter solucionado. (ENTREVISTA AG1).

A insuficiência de vagas acontece no circuito da Central de Regulação do Departamento Regional de Saúde, mas o mesmo não ocorre no consórcio regional, do qual o município participa, em que as solicitações em cirurgia e ortopedia são absorvidas. A situação de reduzido número de vagas para o universo da demanda existente é administrada pela funcionária da seguinte forma: ao receber a guia de solicitação do usuário, verifica se é urgente ou não pelo diagnóstico médico; se for, encaixa em uma possível vaga; do contrário, segue a disposição das vagas segundo a data da solicitação.

As reclamações advindas da demora no atendimento da solicitação por vagas pelos usuários na secretaria criam um clima tenso e conflituoso com a população:

Aqui mesmo os que usam o serviço particular usam o SUS. Aqui têm muitos professores, IAMSP, eles usam o SUS também, tanto consultas e exames eles fazem no SUS. Então temos aqui aproximadamente 4026 pessoas que usam o SUS. Eles encadeiam aqui, tanto da unidade do centro quanto da unidade rural, eles encadeiam aqui. Essa agenda que nós temos é para toda essa população. A gente atende a todos, reclamação de todos, é complicado. Então a dificuldade que eu sinto mais é por falta de vaga e não poder atender a todos. Eles não entenderem isso, eu acho que

é o psicológico, o nervoso, às vezes o estresse do dia a dia. É isso, a falta de vagas, a população não entender, o prestador também falhar e a falha sempre vem para a gente, porque a gente que está aqui cara a cara com o paciente. (ENTREVISTA AG1).

10. Vigilância Epidemiológica

O responsável pelo setor de vigilância epidemiológica no município é uma técnica de enfermagem concursada desde 2003 para trabalhar na área administrativa. É encarregada também do serviço de agendamentos de consultas, exames e cirurgias em outros municípios. Desde que está no cargo, fez vários cursos de capacitação e treinamentos em Vigilância Epidemiológica e em Vigilância Alimentar. Trabalha junto com o médico responsável pela VE no município que também é o médico da saúde da família da unidade central na zona urbana.

O fluxo de trabalho do setor geralmente inicia-se na consulta médica ou de enfermagem das unidades. Havendo suspeita de alguma doença de notificação compulsória, é informada à responsável pela VE. É investigado o caso, providenciado o medicamento, notificado e digitado no sistema, informando à Regional. Segundo a entrevistada, “[...] a gente vai investigar e acompanhar o caso. É toda uma equipe, não é sozinha.” (ENTREVISTA VE1).

De acordo com a VE do município, a região não é “agravante”, sendo as doenças mais frequentes a leishmaniose, a hanseníase, a diarreia, mordeduras e hepatite A – mesmo não sendo de notificação compulsória, há o acompanhamento. A mais comum é a primeira citada (oito casos no ano de 2006 e um em 2007), devido a características locais, como grande quantidade de mata e florestas e presença de grande população canina. Não há controle de animais e veterinário responsável no município. Em observação, notaram-se muitos cachorros soltos pela cidade.

A técnica de enfermagem também pertence ao Comitê de Mortalidade Infantil no qual participa de investigação de casos de mortalidade. Segundo ela, no ano de 2006, houve três casos, entre os quais dois evitáveis e um inevitável, e, no ano de 2007, um caso não encerrado, o citado

anteriormente pelos profissionais da unidade entrevistados. Dos casos evitáveis, a causa foi o pós-datismo dos partos. Neles, a atribuição da responsabilidade é dada ao hospital de referência e não ao município:

A gestante é encaminhada com tempo hábil do nosso município, chega ao hospital, eles induzem ao parto normal, sendo que... não sei... é uma possível cesariana, então ficam tentando, então é um parto tardio [...].

Outras explicações:

[...] só que acompanhado a gestante durante todo o pré-natal, orientado e aí no encaminhamento dela tem essa demora, porque vai para o hospital, o obstetra avalia, manda de volta para o município, a cliente procura de novo o serviço, volta para o hospital e a distância, uma hora e meia de viagem, imagina uma gestante com dor ir e voltar, ir e voltar [...].

[...] e também pelo fato de não ter um obstetra de plantão ali na hora que a gestante chega. O obstetra fica de plantão em casa, não ali no hospital, na maternidade, então isso eu acho que implica bastante na ocorrência de mortalidade. (ENTREVISTA VE1).

Mesmo participando da investigação e da apuração dos casos de mortalidade no Comitê, percebe-se um desconhecimento preciso do ocorrido, também vivenciado em outros momentos pelos profissionais da saúde quanto ao que ocorre com pacientes fora do município.

11. Vigilância Sanitária

A equipe de Vigilância Sanitária do município é formada pelo diretor da VISA e pela fiscal sanitária. O primeiro ocupa um cargo de confiança; a segunda é contratada por meio de concurso. O trabalho executado pelo diretor em três dias úteis na semana são reuniões em outros municípios, despachos burocráticos e averiguação de denúncias. Em relação a esta última, quem se relaciona diretamente com a população é a fiscal sanitária. Além disso, ele realiza outras ocupações como motorista, técnico de informática e fotógrafo. É ele quem exemplifica:

[...] oito horas da noite, alguém liga porque não acha o prefeito ou o secretário. A gente dá um jeito com carro, com gente, e temos que correr atrás de tudo, então a gente não tem aquele trabalho específico, você só trabalha com a Vigilância Sanitária. Então você

tem que ter várias mãos e várias cabeças ao mesmo tempo. A gente ajuda em tudo: montar projetos, tudo... é uma equipe. (ENTREVISTA DVS1).

Essa situação de multiplicidade de funções exercidas por uma pessoa é bastante comum, como pudemos observar em outros setores – da vigilância epidemiológica, de agendamentos, de transporte, de informática, de comitês e outros.

Por sua vez, o trabalho executado pela fiscal sanitária, segundo sua própria definição é

[...] fiscalizar alimentos, farmácias, tudo que se relaciona à saúde da população. Fiscalizo a parte da alimentação (a gente não tem fábrica é só o mercado), a questão de carne, de produtos vencidos, é mais ou menos isso, daí. Relacionado à saúde, medicamentos, a questão de limpeza do posto de saúde, farmácia, essas coisas. (ENTREVISTA FS1).

São trinta e um estabelecimentos no município para vistoriar, entretanto encontram-se algumas dificuldades relacionadas à legalização atribuídas principalmente às condições econômicas da população e à cultura local:

[...] tem funcionários que estão trabalhando no açougue de chinelo, então daí você explica para eles a questão. Tanto que para gente é difícil porque o pessoal ainda tem noção que aqui é sítio, então até convencê-los que aqui é município que precisa ser mudado, que precisa estar se inteirando dentro das normas da Vigilância Sanitária é complicado, você leva tempo para conseguir fazer isso.

[...] a questão de eles estarem legalizando os estabelecimentos. Porque eles abrem os estabelecimentos, a maioria pensa assim: “Ah, não vou fazer porque eu moro na beira do mato e não preciso de nada.” Daí você vai fiscalizar, não tem um azulejo, não tem nada, e até você conseguir que eles façam, pela questão financeira também, porque a maioria da população abre para tentar conquistar alguma coisa para daí eles pensam o que vão fazer daqui para frente. (ENTREVISTA FS1).

Em geral não são fechados estabelecimentos, e a permissividade justificada pelas condições gerais da população é trabalhada na forma de prazos e ameaças.

Em relação ao esgoto, segundo o entrevistado, 80% da zona urbana possui rede de coleta de esgoto. Além disso, informa que, por meio de um convênio com o estado de São Paulo, a população que não tem recursos

financeiros de melhorar suas condições de moradia vai ser amparada: são cento e oitenta banheiros financiados exclusivamente pelo poder público.

Tanto em relação aos benefícios sociais quanto ao cotidiano, a vida do cidadão gira em torno da prefeitura e da política local, com apenas 20% da população chamada independente, que trabalha no estado, em serviços particulares e que não se envolve nas questões políticas.

Por exemplo: eu conheço meu vizinho, que conhece o vizinho de lá [...] aqui, se você usar camiseta branca ontem, a cidade inteira se lembra que você usou aquela camiseta, porque é tão pequena que todo mundo vê todo mundo, todo mundo conhece todo mundo, então qualquer coisa que você faça recebe ligação com o trabalho, com a política, porque você tem a sua vida pessoal, mas a cidade é tão pequena que todo mundo sabe de todo mundo [...]. Se exerce um cargo de confiança, eles falam muito em cargo de confiança em prefeitura pequena, você tem que dar exemplo [...], então você tem que ter uma postura aqui dentro e lá fora, você não pode sair disso e a parte de política ou você é oposição ou não oposição [...] você não pode ficar muito se misturando com a oposição ou com a situação [...] se você é do lado do prefeito, você não pode conversar com o candidato que não foi eleito. (ENTREVISTA DVS1).

Entretanto, segundo o entrevistado, essa situação está mudando:

Melhorou bem porque o prefeito, antigamente, era família daqui, o município era monopolizado, aquela família mandava, fazia e acontecia. Aí veio uma pessoa de fora, assumiu como prefeito [...] então o pessoal está vendo, não tem mais aquele monopólio, só uma família manda; o povo está mudando, o povo está conscientizando. Porque antes se você votasse contra o prefeito, você era mandado embora, o povo tinha essa visão, eles conseguiram ver que não é isso [...]. Não é viver direto pela política, mas agora está mudando muito, acho que vai melhorar. (ENTREVISTA DVS1).

12. Reuniões de equipe

Existem dois tipos de reuniões de equipe, a realizada na unidade envolvendo apenas o seu grupo, que ocorre todas as terças-feiras no período da tarde, e a que reúne as duas equipes existentes no município, geralmente congregada na unidade de saúde do centro, sede da equipe I. Essa segunda reunião é um espaço para palestras ministradas pelo médico, com possibilidade de rodízio entre outros profissionais de nível superior – a enfermeira e o dentista. Essa última, porém, ainda não efetivada no município.

No período do desenvolvimento da pesquisa de campo, houve observação de uma reunião desse tipo:

Há projeção de slides numa das paredes. [...] O médico fala sobre diabetes, seus tipos, funcionamento no organismo, medicações e cuidados. Em todo o tempo dialoga com os ouvintes, fazendo-lhes perguntas com o intuito de dinamizar a atividade. Alguns deles estão bem à vontade para, inclusive, interromper com perguntas. Ao final, colocam quais assuntos gostariam de discutir nas próximas reuniões e acordam: primeiros socorros. Antes de terminar a reunião, o médico coloca sua indignação frente à displicência da equipe II nas reuniões passadas – não compareceram. Discutem a questão da locomoção da equipe. (DIÁRIO DE CAMPO, 5º dia).

Apesar das divergências existentes entre as equipes, os conflitos não emergiram no encontro das duas, como o polêmico caso ocorrido na semana: a falta do balão de oxigênio da unidade da zona rural, em uma situação de emergência, que fora cedido para a outra unidade. Também a reclamação do médico da equipe I, trazida pelo gestor, da ausência da equipe II, que foi abordada com muita ênfase na reunião semanal parece mais amena na reunião geral.

As reuniões traduzem as relações na equipe estabelecidas no cotidiano do serviço e entre as unidades. Pudemos observar em outra reunião, realizada entre a equipe II, o posicionamento e a participação dos atores e verificamos a predominância da enfermeira e do médico nas discussões, sendo que os demais se mostraram quietos, colocando-se apenas quando solicitados.

Assim, verificamos uma maior valoração social do médico em relação à enfermeira e ambos mais valorizados do que os demais profissionais. Na divisão de trabalho, apenas os dois profissionais possuem um momento ápice do circuito realizado pelos usuários dentro da unidade – a consulta –, sendo as demais atividades executadas pelos outros profissionais: a preparação para esse momento (como a recepção e a pré-consulta), seu resultado (como procedimentos de enfermagem, entrega de medicamentos e agendamentos) ou sua manutenção (como as visitas domiciliares). Essa divisão está marcada na rotina diurna do serviço e inverte-se, como visto anteriormente, nas situações de plantão noturno, em que a ausência dos profissionais de nível superior induz à centralidade dos outros profissionais de

nível médio, especialmente auxiliares de enfermagem, no processo de trabalho.

A organização do serviço baseia-se na divisão do trabalho segundo cada especificidade técnica, o que se traduz no funcionamento ordenado do serviço. Em relação ao trabalho em equipe, porém, verifica-se certa dificuldade desta em se integrar e na flexibilização da divisão do trabalho.

Você não tem que gostar do paciente, nós somos generalistas. Então o generalista tem que cuidar da gestante sim, o que vai fazer. Aí passa para você, e eu expliquei para ele: “Já passou comigo o mês passado agora é com você, então é você que tem que atender.” A gente precisa seguir o protocolo. (ENTREVISTA E1).

Com a enfermeira a relação é boa. A gente já delimitou o que cada um tem que fazer certinho. O PSF tem muito disso daí, a enfermeira se intrometer nos problemas do médico, e o médico nos da enfermeira. Eu e a enfermeira, a gente trabalha bem. Eu acredito que a gente trabalha bem. Ela sabe qual que é a função dela aqui. O que eu não faço que ela faz melhor, que são a parte de exame preventivo ou a parte de educação com criança e com a mãe, ensinar a fazer chá, quando chega a parte de dar papinha, toda a parte de alimentação, vacina. E eu fico com a parte mais de atendimento, parte de hipertenso/diabético, trocar a medicação, ela não faz isso, quem faz sou eu. Então a gente acaba trabalhando bem. Nenhum interfere no outro. (ENTREVISTA M1).

Em relação à comunicação entre os agentes, entre os profissionais de nível superior, o médico e a enfermeira, dá-se predominantemente no nível pessoal, quase inexistente no plano técnico, o que demonstra dificuldade na integração das atividades desses profissionais, como revela a seguinte passagem:

Agora eu e o doutor, a gente é muito bom como colega. Como colega para rir, para sair, mas na parte profissional, a gente tem essa... Se eu percebi que ele não gosta, não vou ficar chamando [...] para esclarecer, para verificar, para examinar o paciente. (ENTREVISTA E1).

Porém, entre os profissionais de nível superior e os de nível médio, há comunicação técnica, intrínseca ao trabalho que, apesar de constituir-se num indicador de integração da equipe, reforça a hierarquia presente nas relações validada pelo distanciamento dos diferentes nichos sociais nos quais circulam.

Todos os profissionais entrevistados, quando questionados sobre autonomia no exercício de seu trabalho, responderam que a exercem – exceto a enfermeira, ao referir-se à transferência de local de trabalho –, porém percebemos que essa autonomia referida está relacionada a atividades executadas individualmente, em que não envolvem outros agentes. Em momentos de interação com outros profissionais, a autonomia técnica diminui, o que se demonstra em outros trechos da entrevista:

[...] muitas vezes eu acho que tem que ser assim, mas ou a chefia, ou a enfermeira ou o doutor: “Tem que ser de outra maneira.”, aí eu tenho que fazer de acordo com o que eles querem. (ENTREVISTA A1).

Se eu chego numa casa, e a pressão da pessoa está alta, eu a oriento a vir ao posto, tomar o remédio certo. Eu não posso medir pressão, só a pessoa que fala, sintomas assim, a gente já sabe mais ou menos, daí a gente encaminha para vir ao posto, passar com o médico, com a enfermeira. (ENTREVISTA ACS1).

[...] a gente acaba fazendo coisa que não é para fazer, mas se não fizer, as pessoas ficam te criticando, que você não está interessado em fazer... (ENTREVISTA ACS2).

Em relação à integração da equipe com os profissionais técnicos que trabalham em outros setores da secretaria como vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e administração, verificamos que, apesar do trabalho em equipe ser constantemente referido nas entrevistas dos dois primeiros setores, não observamos nenhuma participação dos mesmos nas reuniões das equipes ou em outros momentos em que pudemos acompanhar. Já o gestor, acompanhado de uma funcionária da administração, esteve presentes às reuniões.

Embora todos os fatores apontados indiquem baixa integração na equipe, verificamos, por um lado, a ausência de um projeto comum no que se refere a valores e arranjos tecnológicos das práticas de saúde no cotidiano; por outro, num sentido mais amplo, visando a modos de vida e de saúde, a partilha dos esforços direcionados à cobertura de assistência em saúde a toda a população do território de responsabilidade da equipe, na tentativa de diminuição de indicadores de saúde desfavoráveis e facilitação do acesso da população aos serviços disponíveis.

13. Gestão

Uma das características importantes a ser destacada sobre a gestão é o papel simultâneo de gestor e de gerente exercido pelo secretário de saúde, devido a sua presença na resolução de questões gerenciais do cotidiano dos serviços de saúde e ao exercício das atividades exigidas pelo cargo. A agitada dinâmica da rotina do gestor mostrou-se durante todo o período de permanência da pesquisadora no município, bem como na turbulenta entrevista realizada junto ao mesmo com constantes interrupções do telefone celular.

Encontro-me com o secretário de saúde que já me aguarda. Ele mostra-me a unidade de saúde do centro, apresentando-me às pessoas, sempre se referindo a mim como “àquela da qual falei que vinha”. A unidade está cheia e há pessoas esperando a condução ao lado de fora. [...] O gestor fica de um lado ao outro, resolvendo questões sobre a lotação do veículo que está para sair, passando orientações e informes para alguns profissionais, atendendo telefonemas, bem como me explicando acerca das coisas da unidade. (DIÁRIO DE CAMPO, 2º dia).

Está sempre informado sobre tudo o que acontece nas unidades, mesmo relatando estar fora do município com frequência.

Outra característica a ser destacada é a proximidade da população com a gestão – não somente com o gestor da saúde como com o próprio prefeito –, gerando um “termômetro” avaliativo direto sobre a saúde local e também criando uma armadilha do jogo manipulativo proporcionado pela própria população. Esse segundo efeito do fácil acesso aos níveis de governo é contornado pela relação de confiança entre o secretário de saúde e o prefeito:

[...] quando eu falo: “Olha, não dá para fazer isso.”, eles vão lá ao prefeito, que me liga. Eu explico para ele o porquê não dá para fazer e quando dá para fazer e o prefeito fala: “Olha, não posso atender você agora, mas a secretaria da saúde vai atender tal dia.”, e a pessoa volta a falar comigo, e eu explico para ela tranquilo. (ENTREVISTA G1).

Segundo o gestor, a proximidade do prefeito com a saúde também é grande, bem como o incentivo ao Programa da Saúde da Família:

O prefeito incentiva todos os programas da saúde. A gente senta, conversa, ele vem direto aqui na secretaria, ele mora aqui do lado.

Então ele passa para saber o que está acontecendo, o que não está acontecendo, o que precisa, o que não precisa. (ENTREVISTA G1).

Mesmo com a prefeitura participando das políticas de saúde local e tendo a centralização dos recursos financeiros da saúde, é a secretaria quem realiza sua administração, como empenho de recursos e compras, justificando ao prefeito quando necessário. A priorização da saúde pela gestão municipal é motivo inclusive para desavenças com outras secretarias, mas, apesar disso, há diversas atividades realizadas integrando as diferentes secretarias, como eventos, palestras nas escolas e o trabalho da odontologia. Entretanto a visão fragmentada de gestão a partir de secretarias distintas e independentes ainda é bastante presente, o que dificulta uma maior integração nos trabalhos realizados por elas – como o caso do trabalho do PSF com a Assistência Social citado na sessão **Consulta médica**.

O município gasta em torno de 17% do orçamento com a saúde, dos quais 70% são destinados a gastos relacionados ao transporte, segundo relato do gestor, para manter a estrutura já descrita anteriormente.

O transporte é o assunto nuclear na gestão, aparecendo em vários momentos da entrevista, mesmo quando o tema discutido é outro. Apesar da identificação de outras áreas com necessidade de investimentos, como infraestrutura e ações educativas, a exigência, inclusive da população, do transporte prevalece.

Então deixam a desejar as questões educativas, porque hoje, se o médico fizer um encaminhamento, nem que seja por coisa pequena, o pessoal vai brigar para sair município. (ENTREVISTA G1).

O quesito transporte aparece apenas como um efeito de outras questões enfrentadas pelo município como a capacidade de atenção limitada – em urgência e emergência, em exames diagnósticos e relacionada a outros níveis de atenção –, bem como às condições socioeconômicas da população. Além disso, os moradores do município (inclusive os servidores públicos) parecem ter incorporado a condição de dependente de meios externos como estratégia de sobrevivência, possivelmente dada a sua pré-condição de baixa riqueza.

Essa fragilidade, num contexto geral, sentida na capacidade de produção de diferença da população local, é refletida no sentimento de poder de mudança do gestor, como demonstra o seguinte trecho:

Eu acho que não interfere [a rotatividade de pessoas no cargo de secretário¹ no andamento da saúde municipal] pelo seguinte: na saúde, você já tem um parâmetro para você trabalhar, então não tem como eu mudar, entrar um secretário e mudar o sistema de trabalhar. A gente tem que seguir o sistema. (ENTREVISTA G1).

Posicionamento passivo também verificado na participação no Colegiado Gestor Regional:

[...] a questão do colegiado, agora, para nós, é novidade, formou-se nesse ano. A intenção é fortalecer não só o município, mas fortalecer a região como um todo. Pode dar certo e pode não dar, porque tem municípios maiores que sempre pegam a fatia maior do bolo. Nosso município é esquecido, o município vizinho é esquecido [...] a gente não tem aquela voz ativa dentro disso aí. Por isso a maioria dos secretários de municípios pequenos não abre a boca, não fala nada, “Ah, mas por que você não faz desse jeito?”, “Para você é fácil falar, por que eu não faço desse jeito, para mim lá é difícil.” (ENTREVISTA G1).

A explicação para a inibição:

Sinceramente, eu acho que o medo do gestor falar, em discutir com as pessoas que são mais instruídas, que têm uma formação maior, porque a maioria, nos colegiados, dos municípios, os seus secretários de saúde são médicos, então eles têm argumentos melhores para discutir com as pessoas que não são². (ENTREVISTA G1).

Nesse contexto regional de desigualdades de poder, o papel que o Departamento Regional de Saúde exerce, mediando interesses, é muito importante para o estabelecimento de negociações mais equânimes:

[...] hoje a gente tem uma voz mais ativa, porque a gente tem mais contato com ele [diretor do DRS] [...]. Eles têm ajudado a gente nesse sentido, mas tem município que nem participa dessas reuniões devido a nunca terem voz ativa, sempre prevalecendo o que eles falam: “É assim e acabou.” Você não tem voz ativa lá. Hoje tem mudado bastante, mas tem que mudar muito ainda nesse sentido. (ENTREVISTA G1).

O Estado, além de protetor e mediador, é associado a cobranças e exigências que, em alguns momentos, produzem mudanças – como a intervenção realizada no Programa da Saúde da Família pelo DRS para

¹ O entrevistado é o terceiro secretário de saúde desde o início do atual mandato da gestão municipal.

² O atual gestor tem nível secundário, e sua formação é em auxiliar de enfermagem.

elevação de índices da Atenção Básica que acarretou a melhoria da qualidade do trabalho realizado pelas equipes –, porém, em outros, caracterizam-se pela sobrecarga de caráter burocrático:

[...] nós tivemos problemas com o CNES, no DATASUS, de corte de verba, porque nós temos um problema com a Internet, temos problema com o transporte, tem um monte de coisa e eles pedem coisas: “Olha, quero coisa para amanhã.” Aí você tem que fretar táxi, tem que fretar carro para poder disponibilizar o que eles querem e, às vezes, quando chega: “Deu problema, você tem que trazer a base de dados de novo, não é assim que a gente quer, você vai ter que voltar para o município e fazer amanhã.” Então causa um transtorno para gente. Não sei você percebeu, mas a nossa Internet hora você tem, daqui a pouco você não tem, ela é lenta demais, então... (ENTREVISTA G1).

Outra face do mesmo Estado é o de mantenedor. Verificamos a dependência do município tanto no âmbito financeiro como no profissional, existindo dificuldade técnica na elaboração de planejamentos, como o Plano Municipal de Saúde, que ainda não havia sido escrito e cuja conotação dada é apenas a formal, burocrática – “[...] a gente vai fazer a adequação dele junto com a equipe de acordo com o SISPACTO” (ENTREVISTA G1) – e a Conferência Municipal de Saúde, cuja organização fora copiada de outro município.

Quando discutido o tema municipalização e descentralização, a réplica é o encargo:

É um peso maior para o município [...], o município não está preparado para assumir essa responsabilidade. [...] os profissionais não estão capacitados para atender essa demanda, a população estava acostumada com uma coisa e hoje cobra muito, algo que o município não pode atender em vários aspectos da cobrança. (ENTREVISTA G1).

A cobrança mencionada refere-se novamente ao transporte, porém para outros lugares que não os delimitados pelo acordo de regionalização. As exigências vêm para a realização de tratamentos fora do estado, como no Paraná, demonstrando, por um lado, a insatisfação da população com o atual cenário de assistência e, por outro, o desconhecimento das estratégias de atenção do SUS.

Nesse segundo ponto, o desconhecimento da comunidade no que se refere às questões do SUS é manifesto inclusive na incipiente participação

popular na saúde, bem como na baixa instrumentalização de controle social. Apesar de a última Conferência Municipal da Saúde realizada ter sido divulgada à população por meio dos agentes comunitários e de cartas-convite à Câmara Municipal e aos líderes de bairro, disponibilizando o transporte, estiveram presentes apenas os funcionários da saúde, membros do conselho e um vereador presidente da câmara.

A participação do Conselho Municipal de Saúde aparece nas entrevistas com duas características. A primeira é a de ouvidoria e fiscalização, exercendo o papel de controle social: “[...] eles vêm de vez em quando ao posto também observar como está, porque os pacientes vão reclamar e eles vêm também para ver se está sendo mesmo do jeito que os pacientes falam.” (ENTREVISTA A2).

A segunda característica é o de exercício da oposição política, sendo o Conselho meio de alguns membros para importunar a gestão da situação:

“Tem uma questão política por trás que diz: ‘O secretário está fazendo um bom trabalho? Vamos tentar complicar o trabalho dele, ver como ele se sai disso.’ [...]. Porque quando tudo está bem, eles querem fazer de tudo para você não ficar bem.” (ENTREVISTA G1).

Como posto anteriormente, percebemos a existência de certa postura geral de passividade diante dos assuntos locais; mas, por outro lado, verificamos também extrema atividade e agressividade relacionadas às questões políticas do município.

Frente à discussão sobre qualidade dos serviços de saúde, a atual gestão define-a enquanto situação manifestada de satisfação da população por meio da ausência de reclamações do serviço e da verificação de melhoria nos indicadores de saúde local. O principal entrave para tal condição é avaliado na escassez de recursos financeiros, os quais facilitariam a resolução dos atuais problemas enfrentados pelo município: a aquisição de mais veículos para a viabilização de todas as atividades propostas pelo PSF e também a realização da Urgência e Emergência; a contratação de médicos por salários satisfatórios e exigidos pelos mesmos para atuarem no município.

Essa última dificuldade foi esplanada quando se discutiu a **consulta médica**, constituindo-se um entrave, inclusive, para se manter o atual modelo da atenção básica. O financiamento da equipe de PSF no município efetua-se através do programa estadual QUALIS. Dentre suas condições, consta a formação completa da equipe, tendo, portanto, o recurso suspenso na eventual ausência de médico. No momento, a dificuldade para se contratar médicos impele à gestão a proposta de mudança no modelo da atenção básica: manter uma equipe de PSF na zona urbana e um PA na zona rural.

Essa proposta, além de proporcionar a queda na qualidade na atenção em saúde da zona rural – hoje coberta pela equipe II objeto do atual estudo – e sobrecarga de trabalho para a equipe da zona urbana, acarretará a demissão de profissionais alocados e a interrupção de todo o trabalho construído por essa equipe nesses anos.

CAPÍTULO 4

DISCUSSÃO

Neste capítulo é realizada a discussão dos resultados descritos no capítulo anterior por meio de seus atravessamentos pelos vetores orientadores de qualidade: universalidade, integralidade e equidade. Verificou-se que, em muitos dos assuntos levantados, havia interseção dos vetores, uma vez que eles relacionam-se entre si e, em alguns momentos, são condição para existência um do outro. Optamos, nesses casos, por escolher e trabalhar apenas um aspecto do assunto para facilitar a organização e compreensão do trabalho. Além disso, também para esses últimos fins, introduzimos outros três conceitos, a estética, a ética e a política, como plano de orientação dispendo da perspectiva das relações de poder no objeto em análise.

A estética da universalidade

Universalidade da saúde aqui é entendida não apenas enquanto abrangência de atendimentos por um serviço de saúde, mas enquanto tema incorporado na subjetividade e vivido no cotidiano da população. Traduz-se na importância dada ao cuidado de si, legitimado socialmente e conquistado – ou imposto dependendo da perspectiva analítica – historicamente enquanto um direito social. Assim, os serviços de saúde e todo o sistema organizativo construído em torno de políticas públicas visando à saúde da população são desdobramentos dialéticos desse processo.

Nesse sentido, vive-se hoje uma estética de existência (LOUREIRO, 2004; FOUCAULT, 1984a) orientada – às vezes, bombardeada – pela boa conduta de hábitos saudáveis e pela vigilância na preservação e restauração da saúde. Fato verificado nas contradições existentes no município observado, pois, embora o município possua baixa capacidade financeira para o investimento em políticas públicas que revertam a precariedade de condições de vida da população, ele dispõe de duas instalações de equipamentos para

prestação de serviços em saúde, mantidos predominantemente por verbas estaduais e federal.

Para ilustrar o contraste, resgatamos as situações envolvendo o profissional médico. A primeira situação descrita é a priorização dada à contratação do médico, mesmo havendo dificuldade em manter esse profissional em serviço devido ao alto custo e quanto o município deve dispor para completar o orçamento recebido pelos outros níveis federativos. O complemento justifica-se pelo alto valor solicitado acima do salário pago em outras regiões do estado e está relacionado à segunda situação levantada na análise, o isolamento compulsório.

O município encontra-se distante de centros urbanos que oferecem certo estilo de vida, com o qual, em geral, esses profissionais estão acostumados e não apresenta atrativos comerciais, culturais, de capacitação técnica e outros confortos que a vida metropolitana dispõe. A falta é compensada pelo salário ofertado que não ameniza a situação de instabilidade do profissional, gerando alta rotatividade no cargo. Dilema vivenciado pelo médico entrevistado que, apesar do vínculo estabelecido com as pessoas do local e com o trabalho, renuncia ao cargo para cursar especialização no exterior.

A disparidade também é verificada no estranhamento vivenciado em sua chegada ao município e na difícil adaptação ao local e ao nível educacional das pessoas e nos relatos de sua perplexidade frente à condição econômica da população, que não permite a compra de medicamentos, inclusive indicados para o tratamento de doenças fatais como o câncer.

A precariedade das condições de vida da população tensiona a terceira situação ilustrativa de contradição que é o próprio cuidado com a saúde. A argumentação do médico sobre serviço de qualidade expõe incoerências como a procura pelo serviço – que o considera de qualidade – devido ao adoecimento das pessoas causado por necessidades básicas como alimentação, abrigo, moradia adequada com saneamento básico e outros

fatores. Assim, há o investimento em equipamentos para cuidar dos efeitos causados por problemas sociais crônicos como a pobreza.

As visitas da equipe são bastante ilustrativas na visualização dessa proposição, pois, embora a população não tenha o que comer, serve-se de mão de obra especializada que se desloca até sua casa para zelar por sua saúde.

As contradições geradas pela baixa capacidade econômica do município também afetam a equipe que, embora trabalhe comprometidamente para a cobertura em 100% de seu território de abrangência nas ações em saúde, tem dificultado o seu trabalho devido às condições precárias, impossibilitando de dar à população o acesso a serviços de melhor qualidade. Referimo-nos aos recursos materiais sucateados e escassos, assim como às inadequadas instalações físicas e aos recursos humanos insuficientes.

O modo de existência peculiar dos munícipes em questão reflete positiva e negativamente na universalidade da saúde. Saúde referida em sua forma hegemônica – germinada no meio científico e veiculada por prescrições dos doutos no assunto –, pois o cuidado de si pode ser exercitado de diversas formas, como as “garrafadas” dos curandeiros e as medidas caseiras de tratamento, mas não serão essas as discutidas neste trabalho.

A pessoalidade nas relações é estabelecida especialmente nos espaços utilizados para atendimentos em saúde – casas adaptadas descritas no capítulo anterior –, com a ressalva de que a proximidade e a familiaridade da população com a unidade não é dada unicamente pela disposição arquitetônica do equipamento, ela afirma-se e explicita-se nessas estruturas físicas.

Esse perfil, portanto, propicia a incorporação do serviço de saúde na vida cotidiana da população – juntamente com seu corpo de saberes e práticas –, assim como o estabelecimento de vínculos afetivos e de compromisso da equipe com as pessoas da comunidade.

Do encontro serviço de saúde e população, são produzidos resultados interessantes, como a quebra de tabus como os exames ginecológicos – a meta de cobertura pela unidade de exames preventivos de doenças do colo do útero tem sido atingida em quase 100% –, assim como transformações no modo de agir de seus profissionais – o exemplo da mudança de concepção do médico a respeito da prática clínica antes e depois de sua permanência no município. Contudo alguns hábitos e costumes locais afirmam-se e consolidam-se no embate com o diferente, como o descuido com as crianças descrito pela enfermeira, o tumultuado pré-natal e a preparação para o parto, o consumo de álcool e tabaco, entre outros.

São produzidas também formas de trabalho personalizadas como o da vigilância sanitária, inclusive com interferências políticas partidárias. Essa última tomamos como um dos aspectos que contribuem negativamente para a aproximação da população com o serviço. Adversidades políticas e pessoais, em certos momentos, atuam como repulso do contato da equipe com a comunidade.

Além disso, outro efeito da familiaridade é a dificuldade de organização do serviço advinda da intimidade mantida. Apesar da desburocratização e da agilização de processos, abre brecha para preferencialismos, nepotismos e falta de equidade nas ações.

Assim podemos perceber que a universalização da saúde, de maneira geral, compõe a estética de existência dos moradores desse município, ampliada por seu encontro com esse serviço que desenvolve a estratégia de saúde da família. De fato, podemos perceber que a estratégia do PSF ampliou a penetração do serviço de saúde na população e dela a sua aproximação, porém não podemos dissociar esse fator do crescimento geral dos investimentos nas áreas sociais com políticas públicas voltadas à área em questão, tanto nos níveis federal e estadual, desde a criação do SUS.

Ética da integralidade

A observância de condutas regidas pelo valor ético da integralidade pelos profissionais do serviço é discutida a seguir tendo como conteúdo o modo de agir pessoal e da instituição, ou seja, a forma de olhar sobre o usuário do serviço e sobre a coletividade pelo profissional e o modo de organizar as práticas cotidianas de trabalho sob dispositivos de controle e poder.

Podemos perceber a presença do discurso sanitarista e preventivista nas falas dos profissionais e em algumas atividades por eles executadas – como palestras nas escolas, visitas domiciliares, eventos e outros –, porém a preponderância da clínica sobre as demais atividades na prática da enfermeira, do médico e do dentista é evidente. A concepção de clínica tomada aqui é a caracterizada por Mendes-Gonçalves (1994) a partir da concepção de objeto pela profissão médica:

[...] é a individualização do normal e do patológico ao nível do corpo do homem indivíduo-biológico, que leva à ruptura das conexões sociais desse homem, e mesmo à ruptura das conexões desse homem consigo mesmo [...] uma concepção da saúde que está inteiramente contida nos limites físicos, químicos e biológicos do corpo humano. (MENDES-GONÇALVES, 1994, p.66).

O trabalho da enfermeira, apesar de não exercer inteiramente o papel comumente atribuído ao cargo da enfermagem, o do controle e supervisão dos processos de trabalho da unidade, não cria um novo espaço de atuação, reproduzindo o tradicional modelo médico de atendimento, a consulta individual, cujo caráter oscila entre a orientação e a prescrição normativa.

Apesar de aparecer na fala e na conduta clínica do médico a incorporação de outros aspectos além do anatomopatológico, o olhar sobre a pessoa é premido por este último, manifesto principalmente no principal produto das consultas: solicitação de exames e prescrições medicamentosa.

Bem como a prática do dentista, mesmo com tentativas de mudar o modelo da atenção em saúde bucal, é efetivamente a dos tratamentos dentários.

Assim, apesar da tentativa de congregar as ações de caráter coletivo e individual no mesmo processo de trabalho da unidade, os modelos tecnológicos nos quais se baseiam são constituídos de natureza diferenciada havendo grande dificuldade em integrá-las.

Vale-nos aqui a discussão sobre o modelo tecnológico híbrido executado pelo PSF, cuja lógica sanitária da territorialização e das ações programáticas convive com um processo de trabalho voltado para resolução de problemas de saúde individuais da população o qual é vivenciado pelos profissionais na forma de incapacidade de realização das metas de trabalho justificada pelo excesso de demanda.

Essa situação compromete a integralidade do serviço que, segundo Mattos (2006), é na articulação entre demanda espontânea e demanda programada que se apreende as necessidades da população. Ainda em relação a esse assunto, verifica-se que, apesar de existirem algumas ações dirigidas a problemas específicos da população assistida, há ainda o ranço presente de uma lógica centralizadora a respeito dos programas e metas a serem executados pela saúde da família, ou seja, técnicos do governo central definem estratégias de enfrentamento de um problema de saúde pública e elaboram normas sobre as atividades que devem ser empreendidas. (MATTOS, 2006).

A organização do trabalho caracteriza-se por uma baixa integração entre os membros da equipe, em que o núcleo de saberes é bem marcado, porém o campo pouco utilizado no trabalho dos profissionais. Segundo definição construída por Campos (2000),

[...] o núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional; e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam em outras, apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas. (CAMPOS, 2000)

Assim como percebemos grande autonomia de trabalho nas duas unidades, sem articulação entre elas, configurando-se suas reuniões mais

como um agrupamento do que como integração entre ambas (PEDUZZI, 2001).¹

A situação de cooperação entre agentes de diferentes áreas profissionais foi verificada em estudo (PEDUZZI, 1998) em que equipes de distintos tipos de serviços foram analisadas observando-se a natureza coletiva do trabalho realizado. Assim, em situações de urgência, percebeu-se que os profissionais agem de forma mais cooperativa, sintonizada e precisa sob o comando do médico, configurando-se um trabalho coletivo no qual, além da cooperação, transparece a complicitade e a solidariedade entre os agentes envolvidos (PEDUZZI, 1998, p.152). Esse movimento pôde ser verificado na cooperação e coesão entre os membros da equipe nas situações de urgência e emergência e referente às polarizações frente à outra equipe.

A preponderância dos profissionais técnicos de nível superior sobre os demais norteia a divisão do trabalho cotidiano reproduzindo, na dimensão técnica das ações, as relações ideológicas referentes à dimensão social (PEDUZZI, 2001, p.104). Evidencia-se, principalmente, o médico sobre os demais profissionais.

Apesar da explicação para a apropriação do espaço de liderança do médico apoiar-se no nível de escolaridade superior aos demais – explicação insuficiente já que a enfermeira possui o mesmo nível educacional que o médico –, a assimetria na relação existente entre o profissional médico e os outros profissionais é efeito da condição dada social e historicamente do poder médico (FOUCAULT, 2006, 1984a).

Apesar da experiência de trabalho ter agregado transformações pessoais na conduta clínica do médico, nas relações interpessoais com os clientes, essas mudanças não se traduziram em alterações nas relações de

¹ Peduzzi (2001, 1998) cria e explora tipologias de trabalho em equipe a partir de critérios como comunicação entre agentes, diferenças técnicas e valoração social do trabalho, projeto assistencial comum, especificidade de cada área profissional, flexibilidade na divisão de trabalho e autonomia técnica. Na equipe agrupamento, o trabalho ocorre na justaposição de ações e agrupamento dos agentes; na equipe integração ele ocorre na articulação das ações e na interação entre os agentes.

trabalho com os outros profissionais do serviço, reproduzindo a demarcação hierárquica superior socialmente sustentada, bem como a não integração e o não compartilhamento de saberes com os demais membros da equipe, lugar de poder inclusive reforçado pelos mesmos como visto anteriormente.

Quanto aos técnicos de enfermagem, manifesta-se um sincretismo do uso da técnica profissional e dos costumes comunitários bairristas, contradições vivenciadas também pelos agentes comunitários de saúde, porém em menor intensidade dada a fragilidade da construção de seu núcleo de saber (CAMPOS, 2000) em seu âmbito técnico específico.

A indefinição do núcleo de saberes e práticas, que compromete a composição da identidade profissional e disciplinar do ACS, gera dificuldades como dependência de treinamentos e cursos para atuarem de maneira adequada, indefinição de tarefas por eles responsáveis, falta de padrão para avaliação – a ACS melhor avaliada é aquela que ajuda o trabalho de responsabilidade dos outros técnicos –, descrédito da população e outras.

Nesse sentido, a ética da integralidade não conduz predominantemente as práticas em saúde exercidas pelo serviço estudado.

Equidade e política

A questão tratada nesta seção está relacionada com a *polis* e em como ela organiza-se para enfrentar questões coletivas, tendo o ideal moderno – igualdade – como guia de suas ações, ou seja, práticas que garantam a equidade. Exploramos então a política – arte ou ciência de governar, da organização, direção e administração do Estado – da gestão do sistema de saúde do município estudado e de outras instâncias executoras e decisórias.

Com o propósito de disponibilizar serviços de saúde em todos os níveis de atenção para toda a população de maneira equânime, o SUS é organizado de forma hierarquizada e regionalizada, tendo, para cada região, municípios com capacidade de manter serviços especializados e complexos constituindo-se enquanto referência para os demais municípios de suas

proximidades. Outros municípios com menor capacidade utilizam desses serviços e também concentram serviços de menor densidade que, sob a mesma lógica, são disponibilizados a municípios de menor porte. Assim sucessivamente se compõe a rede formal do sistema de saúde no País.

Para a gestão do sistema para cada região é formado o Colegiado Gestor Regional, composto por gestores dos municípios da abrangência, e o Departamento Regional de Saúde do Estado.

Entretanto alguns entraves no funcionamento desse sistema regional foram identificados a partir do município estudado o qual, nessa rede hierarquizada, participa na base da pirâmide, ou seja, possui como serviço próprio apenas o de atenção básica e utiliza todos os demais serviços – de urgência e emergência, laboratoriais, secundários e terciários, terapêuticos e outros – dos municípios de referência.

A primeira e principal dificuldade enfrentada é a localização geográfica do município que impõe aos munícipes longas horas no transporte até o serviço de referência. Para o município mais próximo, referência em urgência e emergência, laboratório e nível secundário, atribui-se ao fator vias rodoviárias acidentadas e em má conservação. Para as demais referências, a distância é o maior infortúnio.

Como os serviços dos quais o município depende estão intrinsecamente relacionados com o funcionamento da atenção básica, seja para diagnósticos e tratamentos, seja para o socorro de causas acidentais, nem sempre se consegue chegar a eles em tempo hábil, elevando o número de partos fora do hospital, agravamento de doenças, mortes e outros problemas, como relatados no capítulo anterior.

Um segundo problema é o limitado número de vagas disponíveis tanto para consultas como para exames. Há pouca disponibilidade e lista de espera para conseguir tais serviços, à exceção de exames de ultrassonografia em que há maior disponibilidade por causa de sua obrigatoriedade e inserção no protocolo do programa de pré-natal do PSF e ainda, apesar disso, há falhas na eficiência no recebimento dos resultados – no caso descrito da morte da

criança que nasceu antes de receber auxílio dos profissionais de saúde, esperavam o resultado da ultrassonografia para saber o tempo de gestação e estimar aproximadamente a data prevista para o parto.

Outro aspecto negativo é a relação estabelecida com o prestador: “eles tratam a gente assim como se fosse um favor para o município, de atender o município, a gente tem que ficar implorando por consulta”. É a avaliação realizada a partir do setor de agendamento, núcleo de estresse e reclamações dos usuários insatisfeitos.

Além disso, a não responsabilização dos serviços de referência pelas desmarcações ou orientações precisas ao usuário sobre condições para realização de procedimentos ocasiona viagens desnecessárias ou em vão de pessoas, bem como o não estabelecimento de formas padronizadas para marcações de retornos – algumas são realizadas no próprio local com o usuário, outras são realizadas pelo município –, o que gera confusões e desencontros no setor de agendamento da secretaria municipal. Nesse sentido, o princípio da equidade nos atendimentos da população do município em questão está seriamente comprometido.

Importante destacar a participação do secretário municipal no Colegiado Gestor Regional, pois, apesar de formalmente todos terem igual posição no fórum, relações de poder são engendradas, permitindo vantagens aos partícipes que desempenham esse poder ativamente e inibindo outros de menor poder, no caso o gestor em questão. Não há nesse fórum, portanto, espaço propício para enfrentamento dos problemas levantados relacionados à regionalidade.

No nível local, a organização dos equipamentos de saúde foi realizada de maneira a atender com equidade todos os munícipes, tanto os da zona urbana como os da rural. Como o grau de urbanização e a densidade demográfica são baixos, a população que reside no campo é de número relevante, porém de forma dissipada. Assim, o município disponibilizou uma unidade com uma equipe de saúde da família na zona urbana e outra equipe

para a zona rural atendendo a comunidade em três estruturas físicas – duas utilizadas com frequência, outra de maneira esporádica.

A disposição estratégica das unidades facilita o acesso das pessoas à unidade, muito embora ainda existam bairros tão distantes que é necessário um transporte coletivo da prefeitura para trazer os usuários do serviço uma vez por semana.

A questão do transporte é assunto importante dado seu impacto no orçamento – 70% dos gastos em saúde –, assim como na organização diária dos veículos que circulam tanto internamente quanto para outros municípios. Além disso, transformou-se em objeto de barganha política incorporado nas ações usuais da saúde enquanto responsabilidade da secretaria municipal, em que a utilização de conduções particulares dos profissionais para trabalho ou pagamento de táxi são práticas comuns.

A confusão entre a dimensão pública e a dimensão privada é bastante comum, assim como a confusão de papéis exercidos, dada a coexistência de funções executadas pela mesma pessoa. Assim, o secretário de saúde representa o município na área da saúde e exerce atividades a ele atribuídas, assim como gerente de unidade ao resolver questões organizacionais e administrativas do cotidiano dos serviços. Muito embora sua aproximação pessoal não se traduza em partilha de decisões e ações comunicativas (SCHRAIBER et al., 1999), verificamos situações de interferências aleatórias em projetos assistenciais em andamento dado o desconhecimento pelo gestor do processo de trabalho dos serviços e a falta de articulação de tais mudanças com os trabalhadores.

Outra forma de organização em torno da assistência em saúde é a rede informal em situações de urgência e emergência dos moradores da zona rural. Formada a partir de uma brecha da assistência à população, pois a unidade de saúde da família funciona até às dezessete horas, e o município não dispõe de serviços de urgência e emergência, foi incorporada como *modus operandi* do sistema de saúde do município e incrementado com plantões de técnicos de enfermagem, motoristas e sobreaviso médico.

Finalmente a participação social enquanto dispositivo para manter a equidade na saúde é um equívoco. O conselho municipal de saúde aparece enquanto local de exercício político partidário. Outras instâncias de poder como a Câmara de vereadores, lideranças de bairro e outros se mostraram omissos nas convocações para a Conferência Municipal de Saúde, e o Plano Municipal de Saúde não foi construído de maneira participativa. Muito pelo contrário, dada a dificuldade técnica encontrada para sua elaboração, o mesmo foi copiado de outro município.

Além da baixa de capacidade técnica da gestão ela se depara com o compromisso assumido pelo Pacto da Saúde, resultado da municipalização e descentralização da saúde. Segundo o próprio secretário, o município não está preparado para tal responsabilidade, devido principalmente ao baixo volume orçamentário municipal e a crônica situação de baixa riqueza.

Com o intuito de manter uma relação equânime entre os municípios, as regras e as diretrizes da gestão do Sistema Único de Saúde são iguais para todos, desde municípios de pequeno porte – como o estudado em torno de 4 mil habitantes – até a cidade de São Paulo, que ultrapassa os 11 milhões de habitantes. Entretanto a natureza de problemas enfrentados por eles é completamente distinta e tratá-los de maneira igual produz efeitos contrários ao esperado. Nesse sentido, políticas públicas diferenciadas são necessárias para garantir a equidade, bem como a intervenção mais incisiva do Estado no apoio à resolução das questões colocadas à atenção em saúde dos pequenos municípios da baixa de riqueza, dimensão do IPRS.

Considerações Finais

A ética, a estética e a política foram empregadas como artifício para analisar os dispositivos invisíveis de poder que operam nas práticas desenvolvidas pela unidade de saúde da família estudada e que atravessam seu modo de atuar com reflexos no modelo proposto, a saber, a estratégia de saúde da família orientada pelos princípios da universalidade, integralidade e

equidade, diretrizes do Sistema Único de Saúde que dão significado e norteiam a construção de serviços de qualidade.

A estilística existencial peculiar e, ao mesmo tempo, geral traduz-se num sentido da universalização do cuidado de si que é a prática da utilização do serviço de saúde e a observação das prescrições e orientações médicas, mesmo que de maneira local.

Quanto à proposição da aplicação da integralidade nas práticas de saúde, verificamos que as redes de poder nas quais os atores sociais relacionam-se entre si reescreve o ideal proposto surgindo uma conduta ética marcada por lugares previamente determinados e viciados historicamente e socialmente.

Finalmente, os fóruns de discussão e embates políticos não se constituem espaços de inovações e emancipação de outras forças políticas como os interesses de pequenos municípios, ameaçando o princípio da equidade nas formulações de organização do sistema de saúde.

Diante disso, apesar de existir um modelo ideal de qualidade proposto através da estratégia de saúde da família – importante para criar concepções éticas e estéticas do trabalho, assim como para pôr regras no exercício da política –, ao olharmos para as microrrelações no âmbito do serviço, constatamos muitos outros processos ativos e dinâmicos não capturáveis e impossíveis de se controlar. Por outro lado, verificamos uma reinvenção criativa de práticas de saúde que chegam a anônimas famílias moradoras de lugares ermos.

Nesse sentido, colocando em parênteses a lógica econômica e ressaltando a lógica do cuidado em saúde, verificamos a importância das iniciativas e soluções locais no enfrentamento de suas dificuldades, principalmente a relevância de incentivos e investimentos nos municípios de pequeno porte e baixa riqueza.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARRETCHE, M.T. *Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização*. Rio de Janeiro: Revan; São Paulo: FAPESP, 2000.

AYRES, J.R. Para comprender el sentido práctico de las acciones de salud: contribuciones de la Hermenéutica Filosófica. *Salud Colectiva*, v.4, n.2, p.159-172, 2008.

AYRES, J.R. Uma concepção hermenêutica da saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, v.17, n.1, p.43-62, 2007.

AYRES, J.R. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v.10, n.3, p.549-560, 2005.

AYRES, J.R. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v.9, n.3, p.583-592, 2004.

BODSTEIN, R. et al. Estudos de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (ELB/Proesf): considerações sobre seu acompanhamento. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v.11, n.3, p.725-731, 2006.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gstão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Contagem da população*. Brasília, 2007a. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 6 out. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família. *Números da saúde da família*. Brasília, 2007b. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 6 out. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de Informação da Atenção Básica*. Brasília, 2007c. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 6 out. 2008.

BRITO, E.O. Consciência histórica e hermenêutica: considerações de Gadamer acerca da teoria da história de Dilthey. *Rev Tras/Form/Ação*, v.28, n.2, p.149-160, 2005.

CAMPOS, G.W.S. Subjetividade e administração de pessoal: Considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público..* 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2002, p.229-266.

CAMPOS, G.W. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v.5, n.2, p.219-230, 2000.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.

CAPOZZOLO, A.A. *No olho do furacão: trabalho medico e o Programa de Saude da Familia*. 2003. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciencias Medicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

CASTANHEIRA, E.R.L. Avaliação da qualidade da atenção básica em 37 municípios do Centro-Oeste Paulista: características da organização da assistência. *Saúde e Sociedade*, v.18, supl.2, p.84-88, 2009.

CASTANHEIRA, E.R.L. *Avaliação da Gestão da Atenção Básica nos municípios de quatro Regionais de Saúde do Estado de São Paulo*. Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde. Botucatu: Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Pública, 2007.

CONILL, E.M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. *Cad. Saúde Pública*, v.18, p.s191-s202, 2002.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v.11, n.3, p. 577-606, 2006.

CORETH, E. *Questões fundamentais de hermenêutica*. Trad. Carlos Lopes de Matos. São Paulo: EPU, 1973.

CÔRTEZ, N. Descaminhos do método: notas sobre história e tradição em Hans-Georg Gadamer. *Varia História*, v.22, n.36, p.276-290, 2006.

DEMO, P. *Metodologia científica em ciências sociais*. São Paulo: Atlas, 1981.

DESLANDES, S.F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*, v.13, n.1, p.103-107, 1997.

ELIAS, P.E. et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v.11, n.3, p. 633-641, 2006.

FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

FOUCAULT, M. *História da sexualidade 1: a vontade de saber*. 12ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

FOUCAULT, M. *História da sexualidade 3: o cuidado de si*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

FOUCAULT, M. *História da sexualidade 2: o uso dos prazeres*. 11ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984a.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984b.

FOUCAULT, M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. 3ª ed. Petrópolis: Vozes, 1984c.

GADAMER, H.-G. *Verdade e Método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica*. Petrópolis: Vozes, 1997.

GEERTZ, C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1989.

IBAÑEZ, N. et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v.11, n.3, p. 577-606, 2006.

JESUS, M.C., PEIXOTO, M.R.; CUNHA, M.H. O paradigma hermenêutico como fundamentação das pesquisas etnográficas e fenomenológicas. *Rev.latino-am.Enferm.*, v.6, n.2, p.29-35, 1998.

LOUREIRO, I. Arte e beleza: diferentes formulações foucaultianas sobre a estética da existência. *Rev. do Dep. de Psicol.- UFF*, v.16, n.1, p.41-53, 2004.

MATTOS, R.A. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2006, p. 41-66.

MENDES-GONÇALVES, R.B. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo*. São Paulo: Editora Hucitec Abrasco, 1994.

MINAYO, M.C. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

NAKAMURA, E. O lugar do método etnográfico em pesquisas sobre saúde, doença e cuidado. In: NAKAMURA, E.; MARTIN, D.; SANTOS, J.F.Q. (Orgs.). v. 1, p. 15-35. *Antropologia para Enfermagem*. São Paulo: Manole, 2009.

NOVAES, A. *O olhar*. 11ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. Saúde Pública*, v.31, n.1, p.103-109, 2001.

PEDUZZI, M. *Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação*. 1998. Tese (Doutorado), Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

PEIXOTO, N.B. O olhar do estrangeiro. In: NOVAES, A. (Orgs.). *O olhar*. 11ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2006. p.361-365.

SCHRAIBER, L.B et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v.4, n.2, p.221-42, 1999.

SCHRAIBER, L.B. O trabalho médico: questões acerca da autonomia profissional. *Cad. Saúde Pública*, v.11, n.1, p.57-64, 1995.

SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS. *Informações municípios paulistas*. 2007. Disponível em: <http://www.seade.gov.br>. Acesso em: 6 out. 2008.

SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS. *Informações municípios paulistas*. 2006. Disponível em: <http://www.seade.gov.br>. Acesso em: 6 out. 2008.

UCHIMURA, K.Y.; BOSI, M.L.M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. *Cad. Saúde Pública*, v.18, n.6, p.1561-1569, 2002.

VEYNE, P.M. Foucault revoluciona a história. In: VEYNE,P.M. *Como se escreve a história*. Brasília: Editora Universitária de Brasília, 1982.

VIANA, A.L.d'Á. et al. Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v.11, n.3, p.577-606, 2006.

VIANA, A.L.d'Á. et al. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v.18, p.S139-S151, 2002

ANEXOS

Anexo 1: Instrumentos

A elaboração dos roteiros que foram utilizados nas entrevistas com o gestor e os profissionais da unidade de saúde foi baseada no questionário estruturado aplicado em pesquisa anterior (CASTANHEIRA et al., 2007). Foram identificados os principais temas abordados em cada parte de sua estrutura e, a partir deles, retirados núcleos de investigação relacionados com os objetivos do projeto e aspectos relevantes tratados pela literatura científica. Dos núcleos de investigação foram formulados dois roteiros de entrevistas – um para a entrevista com o gestor e outro para a entrevista com profissionais do serviço – e, finalmente, desse trajeto resultaram as perguntas do roteiro utilizado.

1.1. Principais temas:

I. Identificação e características gerais do serviço:

- Modelo de atenção à saúde;
- Características da população atendida;
- Estrutura da unidade;
- Oferta de serviços;
- Saúde do trabalhador.

II. Registros de dados e informações em saúde:

- Uso de sistemas informatizados;
- Registro;
- Uso das informações.

III. Organização da Atenção à Saúde:

1. Perfil de Atividade

- Educação em saúde;
- Notificações compulsórias;

2. Recepção

- Organização do atendimento da demanda;

- Sala de espera.
3. Acompanhamento de rotina:
- Singularização do atendimento.
4. Saúde da Mulher:
- Cuidado com a mulher (Papanicolau, mama, pré-natal, DSTs, pós-parto).
5. Saúde da Criança:
- Cuidado com a criança (puericultura, vacinação, educação).
6. Saúde do Idoso:
- Cuidado com o adulto;
 - Periodicidade;
 - Grupos programáticos;
 - Medicamentos;
 - Cuidado com o idoso;
 - Prevenções;
 - Planejamento familiar.
7. Saúde Bucal:
- Cobertura/demanda;
 - Educação.
- IV. Perfil de Atividades:
- Atividades desenvolvidas por cada profissional da unidade.
- V. Características do Processo Gerencial:
- Características do gerente;
 - Relação unidade-secretaria;
 - Reuniões de equipe;
 - Educação para o trabalho;
 - Avaliação;
 - Conselho de Saúde;
 - Ouvidoria;
 - Satisfação no trabalho.

1.2. Principais núcleos de investigação:

- Priorização da Saúde / investimentos;

- Modelo de Atenção à Saúde;
- Planejamento;
- Cuidado;
- Relações institucionais e interpessoais.

2.1. Roteiro de Entrevista com Gestor:

1. Descentralização;
2. Inserção do município no Colegiado Regional de Saúde;
3. Relação com serviços de referência;
4. Prioridades, plano, investimentos, políticas públicas;
5. Relação com outros setores do governo municipal;
6. Relação com o prefeito;
7. Integralidade e Humanização;
8. Modelo de Atenção – Estratégia da Saúde da Família;
9. Relação com o serviço;
10. Avaliação da equipe;
11. Participação popular;
12. Relação com a Comunidade e Conselho Municipal de Saúde;
13. Qualidade.

2.2. Roteiro de Entrevista com Profissionais do Serviço:

1. Estratégia da Saúde da Família;
2. Investimentos;
3. Relação com o gestor;
4. Relação com a comunidade;
5. Participação popular;
6. Relação com outros setores do governo municipal;
7. Integralidade;
8. Humanização;
9. Relação com o usuário – vínculo;
10. Relação com a gerência/profissionais – autonomia;
11. Relação com a equipe;
12. Qualidade.

Questionário – Gestor

1. Há quanto tempo está no cargo? Há muita rotatividade no cargo?
2. Como o senhor avalia o processo de descentralização e a responsabilidade com o sistema de saúde local dos municípios de pequeno porte? Como vocês têm vivenciado esse processo?
3. Como tem sido a inserção do município no Colegiado Gestor Regional de Saúde?
4. Como é a relação do município com os Serviços de Referência?
5. Como foi o processo de construção do Plano Municipal de Saúde? Como é realizado o planejamento da saúde no município? Quais as prioridades da atual política municipal de saúde? Quais são os investimentos e políticas públicas em execução? Há dificuldades na área?
6. Como é a relação com o nível central, prefeito? Como é realizada a gestão dos recursos financeiros da saúde?
7. Como é a relação da secretaria da saúde com outras secretarias? Há projetos integrados?
8. Atualmente há uma grande discussão sobre a integralidade na saúde. Como o senhor acha que deveria ser realizada na prática? Quais são as dificuldades?
9. Como o senhor avalia a Estratégia da Saúde da Família no município? O que mudou em sua opinião? Há dificuldades? Quais?
10. Como é a sua relação com a equipe?
11. Qual é a sua avaliação da equipe?
12. Como o senhor avalia a participação popular no município?
13. Como é a sua relação com a comunidade? E com o Conselho Municipal de Saúde?
14. Como seria um serviço de saúde de qualidade? Em sua opinião, quais os caminhos que devam ser seguidos para se atingir esse objetivo? O que o município tem feito nesse sentido?

Questionário – Profissionais da unidade

1. Há quanto tempo trabalha na saúde? E na unidade?
2. Como você avalia a Estratégia da Saúde da Família no município? Quais as dificuldades encontradas? E as dificuldades encontradas por essa equipe?
3. Fale um pouco sobre o seu trabalho.
4. Como é a sua relação com a comunidade?
5. Como seria um atendimento que visasse à integralidade? Como é realizado hoje? O que falta para atingir a integralidade em sua totalidade?
6. Como seria um atendimento humanizado? Como é realizado hoje? O que falta para atingir a humanização nos atendimentos em sua totalidade?
7. Como é a sua relação com os usuários? Você acha que conseguiu estabelecer um vínculo com eles? Por quê? Como?
8. Como é a sua relação com a gerência? Você acha que possui autonomia no serviço?
9. Como é a relação com a equipe? E a sua relação com a equipe?
10. Como seria um serviço de saúde de qualidade? Em sua opinião, quais os caminhos que devam ser seguidos para se atingir esse objetivo? O que você tem feito para isso?

Anexo 2: Termo de Consentimento

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Terminologia obrigatória em atendimento à resolução 196/96 - /CNS-MS).

Projeto: “Avaliação da qualidade da atenção primária: relação entre gestão, gerência e processo de trabalho em municípios com Programa da Saúde da Família”

Estamos convidando o(a) sr.(a) a participar da pesquisa “Avaliação da qualidade da atenção primária: relação entre gestão, gerência e processo de trabalho em municípios com Programa da Saúde da Família”, sob a coordenação da pesquisadora Sabrina Sinabucro Kanesiro Bizelli.

Informamos que o objetivo da pesquisa é avaliar a qualidade da gestão da atenção básica nos serviços de saúde. A sua participação nesta pesquisa é voluntária. A recusa não implicará nenhum prejuízo a sua pessoa, como também poderá recusar responder a qualquer questão ou desistir de participar a qualquer momento.

A pesquisa não apresenta risco, desconforto e inconveniência. Ela será feita na forma de observação e entrevista gravada. Após a transcrição, os arquivos gravados serão destruídos. Os dados coletados serão confidenciais. O benefício desta pesquisa para os participantes será o de contribuir para o conhecimento sobre os serviços de saúde e melhorar a gestão da atenção básica.

A pesquisadora deste trabalho estará à disposição para esclarecimentos pelo telefone (16) 97026091.

Este documento, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, será elaborado em duas vias, sendo uma para o participante da pesquisa e outra para arquivo da pesquisadora.

Data: __/ __/ ____

Entrevistado/participante.

Pesquisadora: Sabrina Sinabucro Kanesiro Bizelli

Pesquisadora: Sabrina Sinabucro Kanesiro Bizelli
Rua Arthur Bugini, 185 Bloco 04 Apto. 23 Araraquara SP.

Telefone: (16) 9702-6091

Email: sakanesiro@gmail.com

Orientadora: Profª. Drª. Elen Rose Lodeiro Castanheira

Rua Otacílio Nogueira, 469 Botucatu SP.

Telefone: (14) 3811-6200

Email: elen@fmb.unesp.br

Instituição proponente: Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP