

# SAÚDE NA ROÇA

EXPRESSÕES DA QUALIDADE  
DAS PRÁTICAS  
DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

**SABRINA SINABUCRO KANESIRO BIZELLI**  
**ELEN ROSE LODEIRO CASTANHEIRA**

# SAÚDE NA ROÇA

Conselho Editorial Acadêmico  
Responsável pela publicação desta obra

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Cristina Pereira Lima  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Eliana Goldfarb Cyrino

SABRINA S. KANESIRO BIZELLI  
ELEN ROSE L. CASTANHEIRA

**SAÚDE NA ROÇA**  
**EXPRESSÕES DA QUALIDADE**  
**DAS PRÁTICAS**  
**DE ATENÇÃO PRIMÁRIA**

**CULTURA**  
**ACADÊMICA**   
*Editora*

© 2011 Editora UNESP

### Cultura Acadêmica

Praça da Sé, 108  
01001-900 – São Paulo – SP  
Tel.: (0xx11) 3242-7171  
Fax: (0xx11) 3242-7172  
www.editoraunesp.com.br  
feu@editora.unesp.br

CIP – Brasil. Catalogação na fonte  
Sindicato Nacional dos Editores de Livros, RJ

---

B552s

Bizelli, Sabrina Sinabucro Kanesiro

Saúde na roça : expressões da qualidade das práticas de atenção primária / Sabrina Sinabucro Kanesiro Bizelli, Elen Rose Lodeiro Castanheira. – São Paulo : Cultura Acadêmica, 2011.  
146p.

Inclui bibliografia

ISBN 978-85-7983-218-5

1. Programa Saúde da Família (Brasil). 2. Família – Saúde e higiene – Política governamental – Brasil. 3. Medicina da família – Brasil.  
I. Castanheira, Elen Rose Lodeiro II. Título.

11-8073.

CDD: 362.820981

CDU: 614.2(81)

---

Este livro é publicado pelo Programa de Publicações Digitais da Pró-Reitoria de Pós-Graduação da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP)



Asociación de Editoriales Universitarias  
de América Latina y el Caribe



Associação Brasileira de  
Editoras Universitárias

# AGRADECIMENTOS

Aos gestores que, como anfitriões, tão bem nos acolheram e com suas vivências nos deram subsídios para as reflexões deste livro.

Às equipes das Unidades de Saúde da Família e a cada profissional, que nos confiaram suas histórias, risos e angústias.

Aos nossos familiares, que nos apoiaram de diferentes maneiras.



O trabalho que se segue é resultado da dissertação de mestrado *Saúde na roça*: estudo de caso de uma Unidade de Saúde da Família, realizada como parte qualitativa da pesquisa “Avaliação da gestão da atenção básica nos municípios de quatro regionais de saúde do Estado de São Paulo”, desenvolvida com recursos da linha de fomento PPSUS (Fapesp, CNPq, MS e SES SP) no ano de 2007.





# SUMÁRIO

- 1 A qualidade da atenção básica em saúde:  
colocação do problema 11
  - 2 O caminho hermenêutico 17
  - 3 O ponto de partida 27
  - 4 Diálogos com o serviço: marco dois 31
  - 5 O desfecho dialético da compreensão 127
- Referências bibliográficas 141



# 1

## A QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE: COLOCAÇÃO DO PROBLEMA

Mesmo que o título do livro, *Saúde na roça*, possa sugerir, o propósito deste estudo não é tratar da questão da ruralidade, mas problematizar as qualidades e os obstáculos enfrentados por serviços de saúde em municípios imersos num contexto de baixa urbanização e dificuldades infraestruturais. O termo “roça”, reiteradas vezes referido no diálogo com os sujeitos deste trabalho, foi trazido para expressar um modo de relação das pessoas característicos de municípios pequenos ligados à terra e aos dilemas locais. Esse modo peculiar de existir reflete-se na personalidade das relações e é um dos principais elementos presentes na articulação das práticas trazidas pelo estudo.

A pergunta que se coloca é se e como a extensão do Sistema Único de Saúde traduz a garantia dos direitos de universalização, integralidade e equidade em práticas de atenção em saúde, considerando-se a efetiva expansão de serviços de atenção básica em todo o território nacional, inclusive em lugares de difícil acesso e com graves dificuldades socioeconômicas.

Atualmente, a Saúde da Família constitui-se na principal estratégia de reorientação do modelo assistencial e visa à melhoria da qualidade dos serviços de atenção básica. 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).

Entretanto, a relação entre o número de equipamentos instalados e o acesso à saúde não é direta e necessária, uma vez que este último não é garantido apenas pela existência do serviço, mas também por sua permeabilidade à população. Esse aspecto tem intrínseca relação com o modo como são realizadas as práticas nos espaços, de forma integral, democrática e equânime.

A proposta rizomática da Saúde da Família objetiva uma maior penetração nos interiores sociais por parte da equipe, ou seja, uma cobertura mais abrangente da população pelo serviço e uma maior permeabilidade das ações afirmativas em saúde à 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 do cotidiano 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).<sup>1</sup>

---

1. Os autores apontam questões como as desigualdades socioespaciais da cidade constituída historicamente a partir da urbanização vinculada a 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.

A 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 ambulatoriais e centros de saúde (Bodstein et al., 2006; Elias et al., 2006; Ibañez et al., 2006). De modo geral, os resultados apontam que a realização de mudanças coexiste com a reiteração do modelo que se quer superar.

Em relação ao desempenho da atenção básica no município de São Paulo, Elias et al. (2006) observaram uma avaliação dos usuários mais favorável às unidades de saúde da família (USF) quando comparadas às unidades básicas tradicionais. Nessa mesma perspectiva, Ibañez et al. (2006) demonstram que os profissionais das USF foram mais bem avaliados do que os das unidades básicas tradicionais, considerando-se as dimensões vínculo, elenco de serviços, enfoque familiar e orientação comunitária; entretanto, não houve diferença avaliativa entre os dois tipos de unidades ao se levar em conta os parâmetros porta de entrada e acessibilidade.

Trabalho realizado por Capozzolo (2003) constata 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 proporciona a manutenção de dificuldades para se realizar uma clínica ampliada, ou seja, uma abordagem que englobe aspectos para além da dimensão biológica do corpo doente. A autora aponta o risco da simplificação da atenção em função da grande demanda e do excesso de trabalho observados nos serviços da rede básica do município estudado.

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 condi-

ções de vida da população quanto por incorporar na discussão a (in)capacidade de sustentabilidade econômica local e sua dependência de recursos federais ou estaduais,<sup>2</sup> num contexto de municipalização e descentralização do sistema de saúde (Viana, 2002; Arretche, 2000).

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 de 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.

A avaliação da 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 à saúde do cidadão. É fato que pesquisas têm trazido informações que apresentam panoramas gerais e auxiliam na tomada de decisões (Contandriopoulos, 2006), porém tão consideráveis 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 e para o entendimento de como se efetiva enquanto campo de práticas (Uchimura et al., 2002; Deslandes, 1997).

---

2. 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.

A qualidade da atenção em saúde, pautada nos princípios ético-normativos do SUS – universalidade, integralidade e equidade –, passa a ser balizadora das ações e práticas desenvolvidas nos serviços de saúde, ou seja, um requisito no modo de se fazer saúde: não basta fazer, é preciso fazer com qualidade. Introduce-se, assim, a necessidade de um julgamento sobre as ações desenvolvidas, de uma postura crítica sobre a qualidade da atenção primária em saúde.

Pesquisa avaliativa realizada por Castanheira et al. (2007), com foco na organização e gerenciamento dos serviços de atenção básica, desenvolveu um instrumento estruturado respondido pelos gerentes e equipes de 598 unidades localizadas em 115 municípios do Estado de São Paulo. Os critérios de qualidade utilizados basearam-se em normas que representam um primeiro nível de tradução dos princípios da universalidade, integralidade e equidade, e orientam a definição de indicadores que procuram representar de forma sintética a qualidade da organização dos serviços. As múltiplas mediações necessariamente presentes nesse processo apontam para a necessidade de abordagens complementares que possam ampliar a compreensão sobre a qualidade do trabalho concretamente operado nos serviços de atenção básica.

Entre os resultados encontrados chamou atenção o fato de uma unidade de saúde da família localizada na zona rural de um município de pequeno porte populacional – menos de cinco mil habitantes – e colocação baixa na dimensão riqueza do Índice Paulista de Responsabilidade Social ser avaliada positivamente. Sua avaliação contrariou a tendência geral de baixa pontuação observada entre as unidades rurais, porém confirmou a tendência geral de USF serem mais bem avaliadas. Confirmou também a tendência de contexto, ou seja, em geral, os municípios de pequeno porte são estruturados no modelo de atenção baseado na ESF, especialmente os socioeconomicamente vulneráveis.

Essa unidade, particular em sua dinâmica e desempenho, reúne, entretanto, um conjunto de características que remetem à realidade de unidades de saúde cujos contextos sociais enfrentados são bas-



tante comuns no país. 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.

Nesse sentido, traduz-se num campo interessante e pertinente para dialogarmos na busca da compreensão das seguintes questões orientadoras: 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?

Tendo em vista as questões colocadas, os objetivos centrais do estudo foram: 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; e analisar a aproximação dessas práticas dos conceitos de universalidade, integralidade e equidade, princípios norteadores para a construção de serviços de qualidade.

Para o desenvolvimento do problema colocado, seguimos um caminho construído a partir da hermenêutica. Vejamos a seguir.

## 2

### O CAMINHO HERMENÊUTICO

*E vocês, loucos lúcidos, sífilíticos, cancerosos, meningíticos crônicos, vocês são incompreendidos. Há um ponto em vocês que médico algum jamais entenderá e é este o ponto, a meu ver, que os salva e torna augustos, puros e maravilhosos: vocês estão além da vida, seus males são desconhecidos pelo homem comum, vocês ultrapassaram o plano da normalidade e daí a severidade demonstrada pelos homens, vocês envenenam sua tranquilidade, corroem sua estabilidade. Suas dores ir-reprimíveis são, em essência, impossíveis de serem enquadradas em qualquer estado conhecido, indescritíveis com palavras. Suas dores repetidas e fugidias, dores insolúveis, dores fora do pensamento, dores que não estão no corpo nem na alma mas que têm a ver com ambos. E eu, que participo dessas dores, pergunto: quem ousaria dosar nosso calmante? Em nome de que clareza superior, almas nossas, nós que estamos na verdadeira raiz da clareza e do conhecimento?*

Artaud

O que nos atravessa, dos muitos sentidos disparados pela citação de Antonin Artaud, é a penúria da linguagem para produzir pensar e a limitação em especial da linguagem do conhecimento científico, cujos regimes de verdades engendram determinadas práticas sociais.

Segundo Gadamer (1997), toda a compreensão que se constrói do mundo e do ser é linguagem, assim como sem linguagem não haveria mundo (ou ser).<sup>1</sup> Em suas palavras, “o ser que pode ser entendido é linguagem”. Mas o ser está além de nossa capacidade de expressá-lo, ou seja, ele supera a limitação de nossa habilidade de expressão.

Então, o que inspira a citação de Artaud é a crítica às manifestações do pensamento humano que se têm mostrado empobrecidas de direções outras que não o hegemônico sentido da racionalidade positivista das ciências biomédicas, pela qual se pauta a atual prática corrente da medicina e assistência em saúde.

Nesse modelo de ciência, o que se perde são verdades rapidamente dispensadas em nome da clareza da razão, como dogmas religiosos ou políticos, superstição, preconceito, práticas costumeiras e conhecimentos tradicionais, acervado e certificado por um método que desconsidera outras formas de se abordar o conhecimento. 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 (Côrtes, 2006; Lawn, 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 como concepção erudita ou como 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).

---

1. Gadamer, numa posição anticartesiana, enfatiza que as transformações da linguagem acontecem “nas infinitas trocas dialógicas dentro do contexto da tradição e história” (Lawn, 2006), negando o controle humano e individual do movimento.

A hermenêutica considera que a compreensão realiza-se, na história, como linguagem tradicionalmente transmitida e temporalmente validada. Parte da experiência concreta dos homens e sua finitude, concebendo que o intérprete e seu objeto fazem parte do mesmo contexto, da mesma tradição e da mesma temporalidade histórica (Côrtes, 2006; Brito, 2005; Minayo, 2004; Coreth, 1973). Desse modo, não é possível haver a dicotomia entre aquele que quer compreender e o objeto a ser compreendido.

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). Ademais, a investigação hermenêutica constitui-se em uma “fusão de horizontes”, pois o sujeito da interpretação não interpreta uma experiência externa a si, mas a sua própria experiência do horizonte linguístico do outro interpretado (Ayres, 2005).

A opção pela hermenêutica como atitude filosófica diante do objeto da pesquisa permitiu-nos uma aproximação do serviço e das pessoas do local de uma postura ética compreensiva. Apesar de a hermenêutica não ser uma metodologia propriamente dita, ela apresenta implicações tanto para a epistemologia quanto para o método científico como as já exploradas, que nos ajudam a ampliar o horizonte do campo de investigação (Ayres, 2008; Bernstein, 1983 apud Ayres, 2005; Coreth, 1973).

Para uma melhor visualização do percurso traçado – mesmo considerando que eventos não acontecem no tempo de maneira linear –, destacamos alguns acontecimentos de transformação da compreensão, segundo cada momento hermenêutico: a explicitação do lugar de onde partimos, ou seja, a construção do referencial teórico para dialogar com a realidade; a compreensão da realidade por meio da imersão no universo vivido pelos profissionais em suas rotinas de trabalho no serviço de saúde e por meio das narrativas por eles construídas; a reconstrução do conhecimento sobre a qualidade da atenção em saúde a partir da ressignificação dos sentidos da universalidade, integralidade e equidade.

Algumas considerações importantes merecem ser feitas para explicitar o modo como construímos o trabalho de campo, ou melhor, expor as demarcações que nortearam o diálogo com o local estudado e reflexões.

O contato com a realidade cotidiana do trabalho no serviço de saúde da família aconteceu durante uma semana útil. A observação foi feita em diferentes circunstâncias da vivência no serviço, 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.

O diário de campo foi construído por meio da narrativa das observações e impressões por mim vivenciadas a partir de um “olhar do estrangeiro”. Esse olhar traduz-se numa postura do pesquisador diante da realidade aberta a novas afetações e à resignificação de identidades e conceitos trazidos pelo forasteiro de sua terra estrangeira.<sup>2</sup>

O trabalho de campo foi inspirado no método etnográfico. Segundo Nakamura (2009), o observador busca no campo aquilo que faz sentido do ponto de vista do referencial teórico que o motivou à investigação. A partir desse esforço intelectual no diálogo com esse campo, buscou-se realizar no registro uma descrição densa (Geertz, 1989).

Geertz<sup>3</sup> concebe que “não há uma receita para o diálogo na busca da compreensão de significados, comportamentos e ações do

---

2. 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 de conseguir ver através do esvaziamento de significados das imagens pela repetição.

3. Geertz é considerado o principal representante da antropologia interpretativa ou pós-moderna, que se inspira na tradição filosófica da hermenêutica. Dife-

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 nos dilemas essenciais da vida (Geertz, 1989).

Também realizamos entrevistas<sup>4</sup> 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 consultório dentário, os responsáveis pelas vigilâncias sanitária e epidemiológica e o corpo técnico-administrativo. Ao final, foram 14 sujeitos entrevistados.

O roteiro das entrevistas foi construído a partir do questionário estruturado aplicado em pesquisa anterior,<sup>5</sup> procurando abordar aspectos qualitativos da assistência, e teve por objetivo aprofundar as principais problemáticas envolvidas, sobretudo as questões relativas à universalidade, à integralidade e à equidade. Trabalhos realizados anteriormente utilizaram essas dimensões da assistência como categorias avaliativas de análise citadas por Connil (2002).

A leitura e a releitura exaustivas para a organização e análise do material trouxeram para primeiro plano as narrativas que provocaram as reflexões construídas sobre as condições da vida cotidiana dos atores sociais e as práticas atravessadas pelos vetores orientadores de qualidade: universalidade, integralidade e equidade. Em muitos dos assuntos destacados, houve interseção dos vetores, uma vez que eles se relacionam entre si e, em alguns momentos, são precondição para existência um do outro. Optamos, nesses casos, por

---

rentemente das outras correntes dentro da antropologia, cujo símbolo é reduzido a um significado, essa 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).

4. As entrevistas foram gravadas em meio digital e, após a transcrição, os arquivos foram destruídos. Todas as atividades foram realizadas com a permissão do secretário de Saúde e com o prévio consentimento informado dos envolvidos. Esclarecimentos éticos como o resguardo do anonimato e o relato sobre o procedimento adotado com os materiais produzidos foram dados antes de cada entrevista.

5. Castanheira et al. (2009, 2007).

escolher e trabalhar apenas um aspecto do assunto para facilitar a compreensão e organização do trabalho escrito.

Em seguida, as reflexões produzidas foram reunidas em torno de conceitos introduzidos, a estética, a ética e a política, com o intuito de construir base de sustentação e plano de orientação no exercício de ressignificação de sentido dos princípios norteadores da qualidade.

## Sobre o município

Localizado em uma região deprimida do Estado de São Paulo, o município onde foi desenvolvido o estudo 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, o município estudado pertence a essa última porção. Segundo a Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (Seade), a densidade demográfica é baixa, 9,25 habitantes/km<sup>2</sup>, e o grau de urbanização é 48,43%, bem abaixo de 93,70%, porcentagem que caracteriza o Estado de São Paulo (Seade, 2007).

Em relação ao Índice Paulista de Responsabilidade Social, pertence ao grupo 3, ou seja, ao conjunto dos municípios com nível de riqueza baixo (16, contra 55 do estado), mas com bons indicadores nas demais dimensões. 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 IPRS,<sup>6</sup> confirmando-se, em prática, a relevância da dimensão no agravamento de questões específicas, como na saúde.

---

6. 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).

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 dez 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 2.500 g. 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 se refere 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 cesárea, ao passo 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 5.212 pessoas cadastradas como portadoras de hipertensão, 5.071 tiveram acompanhamento; entre os 997 pacientes diabéticos, foram dispensados cuidados a 957. Não houve ocorrência registrada de tuberculose em 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 região do Departamento Regional de Saúde da qual o município estudado faz



parte, verificou-se que as unidades de saúde, a rural e a urbana, situaram-se em 10<sup>o</sup> e em 28<sup>o</sup> lugares no *ranking* de qualidade, respectivamente (Castanheira, 2007).

## A rede 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 denomino 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 entrevistados.<sup>7</sup>

---

7. Durante a semana na qual estivemos presente nessa unidade, não foi observado esse volume de pessoas mencionado pelos entrevistados – em torno de 10

Para atender a 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 a 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.

---

a 15 pessoas por dia. Na Estrutura de Apoio I, observamos um número maior de pessoas atendidas, chegando a aproximadamente 30 pessoas.



### 3

## O PONTO DE PARTIDA

A construção do conhecimento sobre o serviço teve início antes mesmo da ida ao local. É realizado a seguir um *recorte-partida* para explicitar o referencial teórico que nos ajudou no diálogo com a realidade e auxiliou a sua caracterização, compondo um primeiro movimento no processo hermenêutico.

Na compreensão de como se operam as práticas no serviço, alguns olhares conceituais estiveram presentes. A observância dos nexos de poder que permeiam as relações entre os sujeitos envolvidos foi um deles, ao conceber a relevância do poder como ferramenta de interpretação.

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).

Para entender a lógica do panoptismo, Foucault (1984c) descreve a figura arquitetural do Panóptico de Bentham: 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 visibili-

dade da torre central e dela para si, em que cada detento permanece individualizado e constantemente visível. Não há comunicação nem visibilidade entre celas, evitando complôs, conluíus, dissipações, contágios. O seu efeito é a produção de um estado permanente de vigilância independente daquele que vigia, numa sensação provocada pelo funcionamento automático do poder.

Esse mecanismo 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 biopoder – 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 (1984a, 1985, 1988) 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 sa-

tisfação, 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 médicos.

Nesse sentido, o saber médico desempenha papel na construção de mecanismo funcional de controle social (Mendes-Gonçalves, 1994). Esse saber – produtor de verdade que se define como “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).

Outro aspecto na relação do médico com o saber é abordado por Schraiber (1995). Ela 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”. Esse movimento se traduz na reprodução de formas hierarquizadas de trabalho, dificultando a realização das tarefas em equipe.

Além disso, a autonomia<sup>1</sup> (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. A autonomia técnica no trabalho médico auxiliou-nos nas reflexões produzidas ao trabalharmos com os polos liberdade e responsabilidade das ações do profissional no processo de intervenção.

Mendes-Gonçalves (1994) evidencia a dificuldade de integração sanitária ao contrastar a Clínica – individualização do normal e do patológico que leva à ruptura das conexões sociais

---

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.

do sujeito – e a Epidemiologia – disciplina que toma em um mesmo objeto de conhecimento os aspectos biológicos e sociais da saúde e da doença pela racionalidade tecnológica do trabalho distinta.

Segundo o autor, a demanda potencial na dimensão epidemiológica procura apreender as necessidades de saúde da população, enquanto na dimensão clínica pressupõe que se caracteriza como necessidades de assistência médica (Mendes-Gonçalves, 1994).

Assim como Mendes-Gonçalves, Campos (2000) aposta na relação dialética entre a clínica e a saúde no âmbito coletivo em que a clínica ganha eficácia ao incorporar aspectos sociais e ações de prevenção e promoção à saúde, e a saúde coletiva torna-se possível na atenção individual de programas coletivos.

## 4

# DIÁLOGOS COM O SERVIÇO: MARCO DOIS

### A viagem ao município

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 região do DRS], 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 em 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 ter perdido viagem. A primeira passageira, porque a enfermeira não avisou que seu filho, de 4 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 de os vidros estarem todos abertos e a ventilação ser boa, o banco é quente por causa do plástico. É apertado e desconfortável. As pessoas cochilam.

16h23

A *van* para. O motorista pede para trocar com outro, pois está com sono. É sua primeira viagem longa, por isso o acompanha-

mento de outro mais experiente. As pessoas aproveitam a parada no posto para ir ao banheiro.

O tempo está agora mais fechado, ventando forte, garoando e esfriando. 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.

18h42

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 tosem. 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 receptionista.

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)

A experiência da viagem e a chegada ao município recolocam as principais questões que permeiam o contexto do estudo: as condições socioeconômicas e geopolíticas locais, traduzidas em primeiro plano pelo pequeno porte populacional do município e localização de difícil acesso, bem como as dificuldades do poder público local para enfrentar os problemas estruturais na saúde, na educação e na geração de renda.

Mesmo tratando da atenção em saúde em nossa narrativa, não há como separá-la e distanciar-la, ainda que artificialmente, das condições socioeconômicas e culturais da vida das pessoas do município, pois elas mantêm relações intrínsecas no modo de produzir práticas sociais (em saúde).

Nesse primeiro momento, percebemos o papel fundamental exercido pelo transporte na composição de estratégias na assis-

tência em saúde e na vida do munícipe, 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, a locomoção dos profissionais de saúde até as 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, que a impossibilita da posse de veículo próprio, ou mesmo à proximidade e familiaridade entre as pessoas e profissionais da saúde, facilitando essa situação, como mostram 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 sairá 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, 2ª 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, 3ª dia)

As “caronas” não ocorrem apenas nos limites do município, também são comuns entre municípios, transportando “encomen-

das” ou pessoas que aproveitam para visitar parentes, passear em outras cidades, ou mesmo transportar visitantes.<sup>1</sup>

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 região do DRS] 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 aos recursos humanos, estratégicos e financeiros. Isso ocorre pela falta dos serviços que não são oferecidos 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 região do DRS], fica em torno de quatrocentos reais, e vai carro todo dia para lá, quando não vão dois, quando não três” (Entrevista Gestor).

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:

---

1. Fato que ocorreu com a pesquisadora na ida 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.

[...] 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 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 região do DRS], e essa Ducato que o estado deu está transportando 18 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 a 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 têm”, “O carro deles já viajou”, “Então vai ter que ir de ambulância”. (Entrevista Gestor)

A utilização do 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 Gestor)

Segundo o gestor, essa situação foi criada por 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 Gestor)

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 ao 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 região do DRS] 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 Gestor)

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 Diretor Visa)

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 5 a 12 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 ca-



rência 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 Resp. Transportes).

M. (município de referência para a região do DRS) 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 a exposição à situação desgastante de pessoas já debilitadas pela doença, como mostra a seguinte fala:

O paciente, às vezes, tem que sair às onze horas da noite para ser atendido às duas horas da tarde lá em M. [município de referência para a região do DRS], por conta do paciente que tem que ir para São Paulo, então acho crucial 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 daqui,<sup>2</sup> 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 Resp. Transportes)

Além de enfrentar o tempo de espera, os pacientes devem, sobretudo, suportar a própria viagem. Essa realidade pôde ser vivenciada pela pesquisadora em sua ida ao município com o veículo que transportava os pacientes de volta como descrito no primeiro trecho citado do diário de campo.

---

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

Nesse trecho, 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 pela não comunicação do cancelamento das consultas.

Outros problemas em relação aos prestadores são levantados, como os retornos, as contrarreferências 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 agendamento, 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 Resp. Agendamento)

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 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 Resp. Agendamento)

O estresse vivenciado pela funcionária é atribuído ao aumento da demanda e ao 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 Resp. Agendamento)

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 tem muitos professores, Iamsp, eles usam o SUS também, tanto consultas e exames eles fazem no SUS. Então temos aqui aproximadamente 4.026 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 é a gente que está aqui cara a cara com o paciente. (Entrevista Resp. Agendamento)

## Gerência e 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 à 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 com ele, constantemente interrompida por seu 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 telefo-

nemas, bem como me explicando acerca das coisas da unidade.  
(Diário de campo, 2<sup>a</sup> 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 praticado 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 Gestor)

Segundo o gestor, a proximidade do prefeito com a Saúde também é grande, bem como o incentivo ao Programa de 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 Gestor)

Mesmo com a prefeitura participando das políticas de saúde local e tendo a centralização dos recursos financeiros da saúde, é a secretaria que 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.

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 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 do município. (Entrevista Gestor)

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 secretário<sup>3</sup> 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 Gestor)

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 Gestor)

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 são.<sup>4</sup> (Entrevista Gestor)

Nesse contexto regional de desigualdades de poder, o papel que o Departamento Regional de Saúde exerce, mediando interesses,

---

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

4. O gestor entrevistado tem nível secundário, e sua formação é de auxiliar de enfermagem.

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 ter 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 Gestor)

O Estado, além de protetor e mediador, é associado a cobranças e exigências que, em alguns momentos, produzem mudanças – como a intervenção realizada na Estratégia de Saúde da Família pelo DRS para 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 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 a gente. Não sei se você percebeu, mas a nossa Internet ora você tem, daqui a pouco você não tem, ela é lenta demais, então... (Entrevista Gestor)

Outra face do mesmo Estado é o de mantenedor. Existe a dependência do município tanto no âmbito financeiro como no profissional, com 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 Gestor) – 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 Gestor)

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 o 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 Aux. Enfermagem).

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 Gestor)

Como afirmado anteriormente, existe certa postura geral de passividade diante dos assuntos locais; mas, por outro lado, há também extrema atividade e agressividade relacionadas às questões políticas do município.

Diante da discussão sobre qualidade dos serviços de saúde, a atual gestão define-a como situação de satisfação da população manifestada pela ausência de reclamações do serviço e pela 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 pela Saúde da Família e também a realização da urgência e emergência; a contratação de médicos por salários satisfatórios e exigidos por eles para atuarem no município.

Essa última dificuldade é 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 a gestão a propor uma 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, poderá acarretar a demissão de profissionais alocados e a interrupção de todo o trabalho construído por essa equipe nesses anos.

## Percurso e chegada: a unidade rural

[...] O porta-malas é preenchido com medicamentos. Todos os dias uma condução leva e busca os dois profissionais para o bairro rural [o médico e a enfermeira].

[...] O caminho é de terra. Discutimos a respeito dos pinus que invadem a paisagem e suas consequências ambientais e sociais. Também sobre as condições de moradia – esgoto, água e energia – dos habitantes dos bairros rurais periféricos.

[...] Quanto à água, coletam da mina – impotável. Relata que, mesmo dando orientações e hipoclorito, não é suficiente para conter os problemas gerados por essas situações [diarreia, micoses]. Descreve um caso de um morador que lhe pediu um filtro de água, pois sua filha ouvira na escola que era preciso filtrar a água antes de beber e agora se recusava a tomar água até que o pai arranjasse um filtro para a casa. O secretário lhe concedeu o pedido. (Diário de campo, 2<sup>a</sup> dia)

O caráter doméstico<sup>5</sup> 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 procedi-

---

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

mentos, 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 profissionais. Apesar de a pintura ensaiar conceder certa distinção à unidade, de os tons empregados serem novos, seus elementos denunciam a precariedade e o improvisado, 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 a 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 chuveisca]. 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 anteriormente. 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. 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 precárias<sup>6</sup> 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 enfoque.<sup>7</sup> A justificativa da insistência da equipe em manter os atendimentos na estrutura, mesmo que eventuais, é a distância desses bairros 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, numa utilização do espaço para encontros e socialização da população. Nesse aspecto, há semelhança com a 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, o auxiliar administrativo responsável pela recepção da Unidade Rural Principal esteve em período de férias, eventualidade que proporcionou o

---

6. Pudemos visualizar internamente o lugar por meio de fotos tiradas por entre os vidros quebrados das janelas. Não conseguimos entrar porque as chaves do local estavam com o agente comunitário da área.

7. O modelo tecnológico mantido nas ações executadas pela equipe é predominantemente o da assistência clínica anatomopatológica individual (Mendes-Gonçalves, 1994).

acompanhamento de um fluxo de atendimento atípico. Por outro lado, pude observar certa normalidade, não havendo tumultos e descompassos no andamento dos atendimentos pela equipe, sendo o trabalho 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 estes são 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 computador<sup>8</sup> 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

---

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

Unidade Rural Principal,<sup>9</sup> chegam à unidade, todas as pessoas já estão 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 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

---

9. 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 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.

ATENÇÃO  
HORÁRIO P/ FICHA DE MANHÃ DAS 8h ÀS 9h  
À TARDE DAS 12h ÀS 13h  
AUTORIZAÇÃO:  
Dr. M1.  
Dr. M2

SILÊNCIO

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 anterior, alguns problemas são priorizados intuitivamente e há tentativa do estabelecimento de uma dada ordem no serviço, veiculada por meio de frases informativas e normativas.

Das mensagens expostas, identificam-se três direções 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 providos da secretaria estadual e do Ministério da Saúde. 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. Pode-se dizer que a dificuldade advém 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, de a unidade tornar-se ponto de encontro das pessoas. A famosa palavra 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 para instituir lugares preestabelecidos 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 Enfermeira)

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 relações de poder 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, ele 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.

## Momentos da assistência

### Diálogos com as auxiliares de enfermagem

A importância do trabalho das auxiliares de enfermagem no processo geral de produção do cuidado nesse 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 realizar o curso de auxiliar de enfermagem. Há três anos vincularam-se à Estratégia de 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 da Saúde da Família – 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, por exemplo, num 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 se verifica 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 Aux. Enf1)

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 Aux. Enf1)

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 Aux. Enf2)

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

Nós estávamos juntas na hora da morte. É difícil, porque a gente não pôde fazer nada, nós não tínhamos oxigênio, porque se tivéssemos... mas ele já estava praticamente morto, mas para a família é uma forcinha a mais. (Entrevista Aux. Enf2)

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 as nove horas [da noite] porque tinha psiquiatra [paciente de psiquiatria] para ir para M. [município de referência para a região do DRS], 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 Aux. Enf1)

[...] 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 região do DRS], tem dia que eu saio de manhã, não vejo meus filhos, volto e eles estão dormindo, tem dia que eu não os vejo. (Entrevista Aux. Enf2).

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 Aux. Enf2)

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 a história da vida, o que é 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, 1<sup>a</sup> 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. Em vez do olhar estrangeiro 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 Aux. Enf1)

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 Aux. Enf2)

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 Aux. Enf2)

Bem como o medo de 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 Aux. Enf2)

A gestão, pela 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 – em que os espaços de poder estão consolidados e reconhecidos. É o caso da 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 Aux. Enf1)

[...] existe muita cobrança, qualquer coisinha... Porque errar é humano. Uma vez a gente se esqueceu de mandar um papel, veio co-

brança 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 Aux. Enf1)

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 Aux. Enf1)

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 Aux. Enf2)

Os dispositivos de fiscalização das ações no serviço são pulverizados nas relações 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 muito 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 Aux. Enf1)

[...] ela é muito sossegada, então não consigo esperar ela fazer a parte dela, então eu vou, terminei a minha eu vou, então muitas vezes sobrecarrega muito a gente. (Entrevista Aux. Enf1)

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 segue 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 Aux. Enf1)

[...] 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 Aux. Enf1)

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 Aux. Enf2)

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 Aux. Enf1)

A explicação para tal desacordo:

Uma vez veio uma turma de M. [município de referência para a região] 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 Aux. Enf1)

Assim, em relação à outra, a equipe torna-se mais coesa, e seus membros, leais uns com os outros. Nas situações de disputa entre equipes, as contendidas 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 Aux. Enf2)

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 – espontânea<sup>10</sup> – 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 difícil, já que a maioria dos sítiantes não possui telefone ou

---

10. 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.

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 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 o centro 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 para 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, embulhei o nenezinho, cortei o cordão umbilical embolei o bebezi-

nho, corri no balão do oxigênio, “chupei” na boquinha dele porque parecia engasgado, ele morreu, roxeou, 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 Aux. Enf1)

Diferentemente do plantão para situações de urgência e emergência, a percepção 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 apresentará dificuldades para enfrentá-lo.

Porque daí, no caso [do plantão], eu fico uma semana, a A1 fica a outra, só que, quando 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 Aux. Enf2)



Quando foi perguntado se a Estratégia de Saúde da Família 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 Aux. Enf1) – 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 ideia de melhoria trazida pela Saúde da Família 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 à 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 Aux. Enf1).

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.

## Diálogos com a enfermeira

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 da Estratégia de Saúde da Família. Sua meta de trabalho está acoplada ao discurso da Saúde da Família, 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.

Nesse ponto, alguns destaques à formação e situação atual da enfermeira são importantes, pois ajuda a compreender a razão de algumas posturas e opiniões da profissional.

Formada em Enfermagem desde 2005, concluiu, em 2007, a especialização em Saúde Pública com ênfase em Saúde da Família ministrada em M. (município referência para a região). Ambas as formações – graduação e pós-graduação – foram realizadas em instituições universitárias privadas de ensino. Sua primeira experiência profissional iniciou-se em 2006 no cargo que ocupa atualmente. Durante um ano, permaneceu na unidade de saúde do centro da cidade. Há sete meses, está na Unidade Rural Principal. Mora num município vizinho, localizado 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 Enfermeira)

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

Ainda nessa fala, verifica-se 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 de esse tipo de demanda ser rotineira no serviço, não é considerado prioridade ao serviço de Saúde da Família.

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 a 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 Enfermeira)

A intervenção em forma de orientação é considerada ineficaz, segundo a profissional, que considera a dificuldade de comuni-

cação 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 a 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 como exitosos os eventos que realizam, devido à aderência da comunidade (grande demanda) e à procura posterior de mulheres por orientações em consulta. Também considera eficazes as orientações passadas 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 Enfermeira)

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 Enfermeira)

“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 enfer-

meira 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 Enfermeira)

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. O infortúnio é atribuído 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 subtilizado, 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 diante dos 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 Enfermeira)

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 Enfermeira)

A rede familiar corrobora não somente 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 de [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 da 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 Enfermeira)

A postura atuante da profissional no 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 da Saúde da Família 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 anteriormente. Porque, muitas vezes, é sempre ocasionado 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 Enfermeira)

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 equi-

pamentos 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 aceita]. Relata um caso de uma mulher que chegou a tirar 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, 3ª dia)

Apesar da precariedade da estrutura para a execução das atividades, a determinação dos profissionais em manter o atendimento e, por meio da busca ativa, realizar as ações de prevenção a doenças chamou a atenção. 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. Contudo, 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. No entanto, o fracasso de seus esforços gera sofrimento e situações de atrito com membros da equipe.

Esse conflito é explicitado em outras situações, como na fala 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 Aux. Enf1), 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 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 de o 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, 2ª 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 foi visto pouco antes, 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 ali-

mentação, 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 Médico)

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 Enfermeira)

Mesmo tendo controle sobre suas condutas e ações nas atividades da assistência, como observado nas consultas, visitas e outras atividades, quando indagada se considera ter 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 a 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 Enfermeira)



O trabalho da gestão e administração e o trabalho da assistência nem sempre estão sintonizados, 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 não deu chance de continuidade para o trabalho da profissional, 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.

### **Diálogos com o médico**

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 in-

teressa, 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 paga 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 Enfermeira).

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 Enfermeira)

Além da remuneração salarial, outras gratificações como almoço e transporte diário são cedidas pela Secretaria de Saúde ape-

nas 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 é evidenciada nas suas relações com os membros da equipe, nas quais é um exemplo o respeitoso tratamento “doutor”, citado anteriormente, dispensado pela enfermeira e pelos técnicos, inclusive em situações informais:

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 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 Médico)

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 respondem à altura o 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 Médico)

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 entram 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 Médico)

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 há três meses aqui, 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 ir embora, surgiu a ideia de ficar numa casa que tivesse mais estrutura para eu ficar, para eu poder estudar, com telefone, com computador.

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 Médico)

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 condições socioeconômicas desfavoráveis, para um centro especializado nos Estados Unidos.

A questão da rotatividade do profissional médico está relacionada com 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 antibióticos, 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 vêm. Pode demorar um pouco. Oitenta, noventa por cento 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 Médico)

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 ser mais bem 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 equipe; 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 12, 13 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 Médico)

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 com o 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 60 anos, aqui, eles já têm um estilo de vida já do idoso velho, de 80, 85 anos [...]. Então a gente acaba englobando aqui como idoso jovem pessoa de até [...] 45, 50 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 Médico)

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 identificarem 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 região do DRS), 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 região do DRS], 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 Médico)

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 àquele paciente com câncer de próstata que tem que tomar um remédio de R\$ 12,00. O que são R\$ 12,00 para uma pessoa que tem câncer? (Entrevista Médico)

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 Médico)

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 in-

tegração entre as secretarias. A seguir, 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 Médico)

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 Saúde da Família de atenção à saúde e contratação dos profissionais que proporciona maior tempo e dedicação do trabalhador para com os moradores. No relato seguinte do médico verifica-se a mudança ocasionada a partir dessa experiência de trabalho nesse serviço:

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 Médico)

O atendimento “mais humano” relatado pelo médico pôde ser constatado em consultas observadas pela pesquisadora durante o período de campo da pesquisa. Estive presente em 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, pude 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 fim da consulta. Além disso, percebi 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”.

Todavia, nem sempre as consultas na rotina são simples e a impotência diante de alguns casos transparece na 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, 2<sup>a</sup> dia).

### **Diálogos com o dentista**

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 teve 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 nas escolas e em programas como os atendimentos a gestantes, a hipertensos e a diabéticos, não deixando de prestar o serviço de in-

tervenção 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 1990 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 Dentista)

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 Dentista). Numa situação inversa, em que houvesse políticas de incentivo à prevenção e o profissional não as entendesse como 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. Este 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 Dentista)

Ainda segundo o entrevistado, 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 da Saúde da Família, 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 Dentista)

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 atendi-



mento 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 Dentista)

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 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 a custear *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 aos ACS, apenas um espaço informal para esclarecimentos, quando procurado. Segundo o dentista, “[...] eles deveriam estar perguntando mais, se eles não estão perguntando é sinal que eles estão dominando” (entrevista Dentista).

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 Dentista)

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 vida,<sup>11</sup> eu já fui cliente como eles, então essa

---

11. 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. Depois, enfrentava a mesma situação para conseguir nova consulta.

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 Dentista).

## **Diálogos com os agentes comunitários de saúde e as 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.

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 assunto;<sup>12</sup> pelo contrário, a institucionalização

---

12. Várias pessoas participaram da intervenção do primeiro projeto com agentes comunitários de saúde, como o médico da unidade central e o atual secretário de

do projeto em Programa da Saúde da Família, conferindo novas regras e contratações, trouxe um novo paradigma com formas, procedimentos e protocolos prontos a serem realizados pelos agentes, bem como limites para sua ação.

Verificam-se o deslocamento da centralidade e a importância das atividades assumidas pelo profissional. Hoje, a função dos agentes de aproximar a população da unidade de saúde – onde está localizado o saber sobre saúde – é mais evidente 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 casa que são bem pobrezinhas, 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,

---

Saúde, na época trabalhando como agente comunitário de saúde e, já na implantação do PSF, como auxiliar de enfermagem.

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 da ESF 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 re-

médio. 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 vomitando, 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. Decerto 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 contam 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 o veículo não aparece, compram duas marmitas para que comam antes de partir. Eles esperam cerca de três horas para partir. (Diário de campo, 2ª 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 os colegas 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 a gente cuidar, é aquele negócio de espírita, sabe, aquele negócio de feiticeiro, essas “coisaradas”. (Entrevista ACS3)

Nessa última fala percebe-se 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 da 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 aparece quando é 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 coisa 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 realizar tarefas que não estão previstas em suas atribuições; por outro, a solidariedade às 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 sobre 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 a 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 região do DRS], 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 a 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 passagens seguintes ilustram a insistência em um modo de operar ineficaz e alienado – dada 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)

Verifica-se, no trabalho do ACS, a baixa responsabilização com o cuidado da saúde das pessoas de sua “responsabilidade”, abrangência. Isso se reflete na inexpressividade de suas ações no con-

junto das práticas desenvolvidas pelo serviço cujo diferencial deveriam 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 nos 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. Pude 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).

### **Diálogos com a vigilância epidemiológica**

A 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 se inicia 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 a Regional. Segundo a entrevistada, “[...] a gente vai investigar e acompanhar o caso. É toda uma equipe, não é sozinha” (entrevista Resp. VE).

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 às 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. Foram notados 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, em 2006, houve três casos, entre os quais dois evitáveis e um inevitável, e, em 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 Resp. VE)

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.

### **Diálogos com a 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 tem 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 Dir. Visa)

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 fá-



brica 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 Fiscal Sanitário)

São 31 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 a 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 a frente. (Entrevista Fiscal Sanitário)

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 180 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 Dir. Visa)

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 Dir. Visa)

## A ocasião das 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 levada a efeito 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. Esse rodízio, no entanto, ainda não havia acontecido nem uma vez.

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 a 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 com a Equipe II, o posicionamento e a partici-

pação dos atores e verificamos a predominância da enfermeira e do médico nas discussões, sendo que os demais se mostraram quietos, falando apenas quando solicitados.

Assim, verifica-se 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 Enfermeira)

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 Médico)

A comunicação entre os agentes, entre os profissionais de nível superior, o médico e a enfermeira, dá-se predominantemente no nível pessoal, quase inexistindo 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 Enfermeira)

No entanto, entre os profissionais de nível superior e os de nível médio, há comunicação técnica, intrínseca ao trabalho, que, apesar de se constituir num indicador de integração da equipe, reforça a hierarquia presente nas relações validada pelo distanciamento dos diferentes nichos sociais em que 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, 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 Aux. Enf1)

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, apesar de o 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. Já o gestor, acompanhado de uma funcionária da administração, esteve presente às reuniões.

Embora todos os fatores apontados indiquem baixa integração na equipe, pudemos notar, por um lado, a ausência de um projeto comum no que se refere a valores e arranjos tecnológicos das práticas de saúde no cotidiano; mas, por outro, num sentido mais amplo, visando a modos de vida e de saúde, ocorre 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.



## 5

# O DESFECHO DIALÉTICO DA COMPREENSÃO

### **A estética da universalidade**

Universalidade da saúde aqui é entendida não apenas como abrangência de atendimentos por um serviço de saúde, mas também como 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 como 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, resgato 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 de o município dever completar o orçamento recebido dos 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 de 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 diante da condição econômica da população, que não permite a compra de medicamentos, inclusive os 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 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 para a 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 o seu trabalho dificultado pelas condições precárias, sendo impossibilitada 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 municípios em questão re-flete-se 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 personalidade nas relações é estabelecida especialmente nos espaços utilizados para atendimentos em saúde – o uso de casas adaptadas –, com a ressalva de que a proximidade e a familiaridade da população com a unidade não são dadas unicamente pela disposição arquitetônica do equipamento; elas afirmam-se e explicitam-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 descuidado com as crianças informado 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 pessoalizadas, como o da vigilância sanitária, inclusive com interferências políticas partidárias. Tomamos essas interferências como um dos aspectos que contribuem negativamente para a aproximação da população com o serviço. Adversidades políticas e pessoais, em certos momentos, atuam como problemas para o 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, 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, há a percepção de que a Estratégia da Saúde da Família ampliou a penetração do serviço de saúde na população e sua aproximação dela, porém não há como 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 o profissional olhar o usuário do serviço e a coletividade, e o modo de organizar as práticas cotidianas de trabalho sob dispositivos de controle e poder.

Há 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 –, mesmo havendo preponderância da clínica sobre as demais atividades na prática da enfermeira, do médico e do dentista.

O trabalho da enfermeira dentro da unidade, apesar de não exercer inteiramente o papel em geral 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. Por outro lado, constrói oportunidades de encontro com a população que permitem a ampliação de sua atuação, ao considerar aspectos sociais, culturais e linguísticos da comunidade.

Aparece na fala e nas práticas do médico a incorporação de outros aspectos além do anatomopatológico, mesmo que as bases de sua conduta clínica estejam calcadas nas ciências biomédicas. Bem como a insistência na mudança do modelo da atenção em saúde bucal pelo dentista, apesar de sua prática ser predominantemente 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 dificuldade em integrá-las.

O modelo tecnológico híbrido executado pela Saúde da Família, 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, 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; segundo Mattos (2006), é na articulação entre demanda espontânea e demanda programada que se apreendem as necessidades da população. Também 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, percebe-se grande autonomia de trabalho nas duas unidades, sem articulação entre si, configurando-se suas reuniões mais como um agrupamento do que como integração entre ambas (Peduzzi, 2001).<sup>1</sup>

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 cumplicidade 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

---

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.

situações de urgência e emergência e nas polarizações diante da 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 ao poder médico (Foucault, 2006, 1984a).

Mesmo havendo a reiteração das relações de trabalho com os outros profissionais do serviço, a partir da reprodução 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, a experiência de trabalho agregou transformações pessoais na conduta clínica do médico, bem como nas relações interpessoais com as pessoas do local.

Quanto aos auxiliares 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 das tarefas pelas quais são responsáveis, falta de padrão para avaliação – a ACS mais bem avaliada é aquela que ajuda o trabalho de responsabilidade dos outros técnicos –, descrédito da população e outras.

Nesse sentido, as práticas em saúde exercidas pelo serviço estudado convivem com afirmações ou negações da ética da integralidade.

## 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 como referência para os demais municípios de suas proximidades. Outros municípios com menor capacidade utilizam esses 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, está na base da pirâmide, ou seja, possui como serviço próprio 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, a dificuldade é atribuída 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.

Uma segunda questão 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 da Saúde da Família, mas, apesar disso, há falhas no recebimento dos resultados – no caso descrito da morte da criança que nasceu antes de receber auxílio dos profissionais de saúde, esperava-se 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.

É importante destacar a participação do secretário municipal no Colegiado Gestor Regional, pois, apesar de formalmente todos terem igual posição no fórum, são engendradas relações de poder, 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 a elas, 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, como a de 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), verificam-se 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.

Diante das adversidades, articulou-se outra forma de organização em torno da assistência em saúde, que 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 as 17 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. A disponibilização de suporte para os habitantes da zona rural para as situações de urgência e emergência promove a equidade no acesso dessa população em relação àquela mais próxima aos recursos de apoio, moradora da cidade.

Finalmente, a participação social não tem funcionado como dispositivo para manter a equidade na saúde. O Conselho Municipal de Saúde aparece como 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 de sua baixa capacidade técnica, a gestão 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 à crônica situação econômica desfavorável e estagnada.

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, que tem em torno de 4 mil habitantes – até a cidade de São Paulo, que ultrapassa os 11 milhões de moradores. 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 de baixa riqueza, dimensão do IPRS.

## Considerações finais

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

Quanto à proposição da integralidade nas práticas de saúde, verificou-se que, mesmo havendo redes de poder nas quais os atores sociais relacionam-se entre si reescrevendo o ideal proposto que faz surgir uma conduta ética marcada por lugares previamente determinados e viciados histórica e socialmente, pode ser observada a produção de padrões distintos e antagônicos a essa conduta, permeados pelo compromisso com o outro e que se desdobram no cuidado.

Finalmente, se, por um lado, os fóruns de discussão e embates políticos não se constituem em espaços de inovações e emancipação de outras forças políticas como os interesses de pequenos municípios e ameaçam o princípio da equidade nas formulações de organização do sistema de saúde, por outro, arranjos locais formam-se em resistência às desigualdades no acesso à assistência de saúde.

O percurso hermenêutico nos permitiu outra amplitude de olhar sobre as práticas e novos horizontes de diálogos, ao incitar outras concepções éticas e estéticas do trabalho, assim como ao renovar as regras do exercício da política, valores que orientam a qualidade e são claramente propostos pela Estratégia de Saúde da Família. Assim, vimos reinvenções criativas das práticas de saúde que chegam a famílias moradoras de lugares economicamente desprovidos, mas que apresentam outras riquezas, a roça.

Nesse sentido, evidencia-se a qualidade nas práticas desenvolvidas mesmo havendo adversidades, com iniciativas e soluções locais no enfrentamento de dificuldades. Entretanto, o contexto desfavorável também impõe limites que são intransponíveis sem o auxílio de ações conjuntas com os outros níveis de governo, o que demonstra a relevância de incentivos e investimentos nos municípios de pequeno porte e socioeconomicamente vulneráveis, impondo um constante intercâmbio entre a gestão e a atenção em saúde.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARRETCHE, M. T. *Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização*. Rio de Janeiro: Revan; São Paulo: Fapesp, 2000.
- ARTAUD, A. *Os escritos de Antonin Artaud*. Porto Alegre: L&PM, 1986.
- 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.159-72, 2008.
- \_\_\_\_\_. Uma concepção hermenêutica da saúde. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, v.17, n.1, p.43-62, 2007.
- \_\_\_\_\_. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v.10, n.3, p.549-60, 2005.
- \_\_\_\_\_. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v.9, n.3, p.583-92, 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.725-31, 2006.
- BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Contagem da população*. Bra-

- sília, 2007a. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em 6/10/2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família. *Números da saúde da família*. Brasília, 2007b. Disponível em <<http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em 6/10/2008.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Sistema de Informação da Atenção Básica*. Brasília, 2007c. Disponível em <<http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em 6/10/2008.
- BRITO, E. O. Consciência histórica e hermenêutica: considerações de Gadamer acerca da teoria da história de Dilthey. *Rev. Trans/Form/Ação*, v.28, n.2, p.149-60, 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.229-66.
- \_\_\_\_\_. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v.5, n.2, p.219-30, 2000.
- CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. 3.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.
- CAPOZZOLO, A. A. *No olho do furacão: trabalho médico e o Programa de Saúde da Família*. Campinas, 2003. Tese (doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas – Universidade Estadual de Campinas.
- 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.84-8, 2009.
- \_\_\_\_\_. *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.276-90, 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.103-7, 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.633-41, 2006.
- FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. 6.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.
- \_\_\_\_\_. *História da sexualidade 1: a vontade de saber*. 12.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988.
- \_\_\_\_\_. *História da sexualidade 3: o cuidado de si*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- \_\_\_\_\_. *História da sexualidade 2: o uso dos prazeres*. 11.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984a.
- \_\_\_\_\_. *Microfísica do poder*. 4.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984b.
- \_\_\_\_\_. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. 3.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: 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.
- LAWN, C. *Compreender Gadamer*. Petrópolis: Vozes, 2007.



- 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: Hucitec; Abrasco, 1994.
- MINAYO, M. C. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8.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.). *Antropologia para enfermagem*. v.1. São Paulo: Manole, 2009. p.15-35.
- NOVAES, A. (Org.). *O olhar*. 11.ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.
- PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. Saúde Pública*, v.31, n.1, p.103-9, 2001.
- \_\_\_\_\_. *Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação*. Campinas, 1998. Tese (doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas – Universidade Estadual de Campinas.
- PEIXOTO, N. B. O olhar do estrangeiro. In: NOVAES, A. (Org.). *O olhar*. 11.ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2006. p.361-5.
- SCHRAIBER, L. B. et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v.4, n.2, p.221-42, 1999.
- \_\_\_\_\_. 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 6/10/2008.

- SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS. *Informações municípios paulistas*. 2006. Disponível em <<http://www.seade.gov.br>>. Acesso em 6/10/2008.
- 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.1561-9, 2002.
- VIANA, A. L. d'A. 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.
- \_\_\_\_\_. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v.18, p.s139-s151, 2002.

SOBRE O LIVRO

*Formato:* 14 x 21 cm

*Mancha:* 23, 7 x 42,10 paicas

*Tipologia:* Horley Old Style 10,5/14

2011

EQUIPE DE REALIZAÇÃO

*Coordenação Geral*

Tulio Kawata

ISBN 978-85-7983-218-5



**CULTURA**  
**ACADÊMICA**   
*Editora*