Luciana Gomes Siqueira

Atenção Básica: reflexões a partir da prática de trabalhadores de uma unidade básica de
saúde
(versão original)

Dissertação apresentada ao Instituto de
Psicologia da Universidade de São Paulo
como parte dos requisitos para obtenção do
grau de Mestre em Psicologia

Área de Concentração: Psicologia Social

Orientadora: Prof. Dra. Ianni Regia Scarcelli

**São Paulo
2015**

NOME: SIQUEIRA, L. G.

TÍTULO: Atenção Básica: reflexões a partir da prática de trabalhadores de uma unidade básica de saúde

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Psicologia

Área de Concentração: Psicologia Social

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr.: _____ Instituição:

Julgamento: _____ Assinatura:

Prof. Dr.: _____ Instituição:

Julgamento: _____ Assinatura:

Prof. Dr.: _____ Instituição:

Julgamento: _____ Assinatura:

Para José Acácio Siqueira e Maria José Gomes Siqueira, pais amorosos, que mesmo sem formação universitária, sempre me incentivaram e ensinaram sobre a beleza de se aprender.

Para todos os trabalhadores da Atenção Básica que dividem comigo, no dia a dia do trabalho, sonhos, expectativas, angústias e esperanças.

AGRADECIMENTOS

Aos meus queridos pais pelo incentivo, confiança e colo necessário, quando, em meio a crises, eu declarava não ser capaz de escrever.

À **Ianni Regia Scarcelli**, orientadora firme e respeitosa quanto ao meu tempo de compreensão, que permitiu que eu descobrisse a forma de imprimir neste trabalho os arranjos necessários para expressar a realidade de uma prática.

À participação das professoras **Eliane Silva Costa** e **Henriette Tognetti Penha Morato**, na banca de qualificação. Gratidão pelas contribuições valiosas, que fizeram diferença na síntese deste trabalho.

À amiga **Elizabete Schulz**, que acompanhou minha banca de qualificação e que por diversas vezes sentou comigo para ler e discutir minhas produções.

Ao querido **grupo de orientação**, que amorosamente e pontualmente auxiliou na produção de todo esse material.

À **Tatiana Bichara**, que com delicadeza adentrou meu espaço de trabalho e com grande atenção e amorosidade coordenou o grupo de pesquisa na Unidade Básica de Saúde.

À **Juliana Gomes Yoshida**, que observou atentamente o grupo de pesquisa e, posteriormente, teceu comentários valiosos para a produção deste trabalho.

À **Tatiana Mascarenhas**, que realizou a leitura e revisão cuidadosas desta dissertação.

À minha irmã, **Lucilene Gomes Siqueira**, que dividiu e divide comigo momentos de cumplicidade e que tantas vezes acreditou (mais do que eu) na conclusão deste trabalho.

À **Secretaria do PST**, e em especial à **Nalva**, pela paciência nas explicações.

E, sobretudo, a todos os meus **colegas de trabalho, trabalhadores da Atenção Básica**, que dividem comigo suas experiências de inserção no trabalho junto à saúde pública. Gratidão por acolherem e proporcionarem tantas contribuições para a realização desta pesquisa.

RESUMO

SIQUEIRA, L.G. (2015) **Atenção Básica: Reflexões a partir da prática de trabalhadores de uma unidade de atenção básica**. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Buscamos neste trabalho, refletir a partir da experiência de profissionais, sobre a relação entre as práticas da Atenção Básica desenvolvidas em uma UBS e as diretrizes políticas do SUS a que elas se referem. Realizamos uma breve retomada histórica das práticas de atenção em saúde, uma contextualização da Atenção Básica e de sua situação atual no Brasil, de modo a problematizar como esse contexto atravessa a prática diária. A partir da fala dos trabalhadores e de observações realizadas na UBS, identificamos um distanciamento, que nomeamos como lacunas, entre o trabalho que se prescreve a partir de diretrizes políticas e o trabalho efetivamente realizado. Na análise, identificamos contradições referentes a essas diretrizes e programas derivados para a Atenção Básica: poucos recursos e investimentos em um trabalho que demanda estudo de alta complexidade técnica e profundo conhecimento empírico da realidade para lidar com demandas da população. A complexidade desse setor se expressa entre os trabalhadores através de sentimentos ambíguos e contraditórios em relação à própria atuação profissional e à relação estabelecida com os usuários do sistema de saúde. As ressonâncias na subjetividade desses profissionais são diversas e temas como medo, carência e sentimento de impotência ganham destaque frente à dificuldade de compreensão das próprias práticas e das lacunas entre o que se prescreve e o que se implanta e implementa.

Palavras-chave: Atenção Primária, Atenção Básica, trabalhadores de saúde, SUS

ABSTRACT

SIQUEIRA, L.G. (2015) **Basic attention: Reflections from the practice of workers from a unit of basic attention**. Dissertation (Master degree in Psychology), Psychology Institute, University of São Paulo, São Paulo.

We've sought in this work, based on the health professionals' experiences, to reflect on primary care practices developed in a UBS (Basic Health Unit) located in the state of São Paulo referred to SUS (Unified Health System) policy guidelines. We conducted a brief historical research on health care practices, a contextualization of primary care and its current situation in Brazil, in order to discuss how that context goes through daily practice. Based on the spoken comments of workers and observations made in UBS, we identified a kind of distance, which we named as gaps between the work that is prescribed by policy guidelines and the work that is actually performed. In the analysis, we identified contradictions regarding these guidelines and related programs for primary care: few resources and investments in a job that requires studies of high technical complexity, as well as deep empirical knowledge of the reality to deal with demands of the population. The complexity of this sector is expressed by workers through ambiguous and contradictory feelings about their own professional performance, as well as in relationships established among them and the users of the health system. Resonances in the subjectivity of these professionals are several and themes, such as fear, lack of affection and a sense of powerlessness, get highlighted by the difficult understanding of the practices themselves and the gaps between what is prescribed and what is implanted and implemented.

Key words: Primary care, Basic attention, health workers, SUS

LISTA DE SIGLAS

CRAS – Centro de Referência da Assistência Social

DNSP – Departamento Nacional de Saúde Pública

ESF – Estratégia Saúde da Família

IAPS – Instituto de Aposentadoria e Pensões Sociais

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

NOB – Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial de Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

RAS – Redes de Atenção à Saúde

RSB – Reforma Sanitária brasileira

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

SNS – Sistema Nacional de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

APRESENTAÇÃO	10
1 ATENÇÃO À SAÚDE NO CONTEXTO DO SUS	14
O modelo sanitista	14
Modelo hegemônico	16
Modelo de bem-estar social	17
1.1 Rupturas e complementaridades na construção dos modelos de atenção do SUS	18
2 ATENÇÃO BÁSICA E SEUS CONTEXTOS NA ATUALIDADE	24
2.1 O contexto político-jurídico	24
2.2 Contextualizando o serviço de Atenção Básica em saúde	26
3 A PESQUISA	31
3.1 Referencial teórico e o percurso de análise	32
3.2 Relatos do cotidiano	34
4 UM OLHAR SOBRE A ATENÇÃO BÁSICA: DA TEORIA À PRÁTICA	35
4.1 A carência como condição recorrente no trabalho da UBS	35
Carência “de informação” sentida pelos profissionais e atribuída aos usuários	36
Carência “emocional”	39
Carência “social”	39
4.2 A ambivalência na relação entre profissionais e usuários do Sistema de Saúde	45
4.3 A normatização/burocratização como característica do trabalho realizado pelos profissionais	61
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72
APÊNDICE A	77
APÊNDICE B	132

APRESENTAÇÃO

E minha solidão não ataca mais que a inteligibilidade das coisas. Mina até o próprio fundamento de sua existência. Cada vez me assaltam mais dúvidas sobre a veracidade do testemunho de meus sentidos. Sei agora que a terra sobre a qual se apoiam meus dois pés necessitaria, para não cambalear, que outros, distintos dos meus, a pisassem. Contra a ilusão de ótica, o espelhismo, a alucinação, o sonhar acordado, o fantasma, o delírio, a perturbação auditiva... o baluarte mais seguro é nosso amigo ou nosso inimigo, mas... alguém, oh deuses, alguém.”
Michel Tournier (2001)

Meu interesse pela temática das políticas públicas¹ data do final de minha graduação, quando me inseri como trabalhadora em uma Organização Não Governamental que mantinha parceria com a Prefeitura do Município de São Paulo. Atuei em dois Programas Sociais pertencentes à Secretaria Municipal de Assistência Social, o que me possibilitou a aproximação com a temática das políticas e me apresentou o desafio de romper barreiras profissionais para trabalhar com práticas não discutidas tradicionalmente nas instituições acadêmicas. Permaneci por três anos em um trabalho com adolescentes em medida socioeducativa de liberdade assistida e coordenei durante cinco anos um programa social responsável pelo acompanhamento de 1000 famílias residentes em áreas de risco no distrito do Rio Pequeno.

Na ocasião, as discussões em torno das ações junto à Secretaria Municipal de Assistência Social transitavam entre a implantação do Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e o trabalho psicossocial com famílias em situação de alta vulnerabilidade social. A implantação do CRAS, por meio do Sistema Único de Assistência Social (SUAS, Lei 8.742), suscitava discussões acerca das ações coletivas e em rede, ampliando o foco de intervenção e impondo a todos os envolvidos o desafio de trabalhar com práticas que ultrapassavam as ações técnicas e operacionais de cada profissão.

Em 2010, ingressei como psicóloga em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), em um município do estado de São Paulo, iniciando meu trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) e tendo como referência as ações propostas para a Atenção Básica.

¹ Compreendemos as políticas públicas como o conjunto de ações desencadeadas pelo Estado com vistas ao atendimento a determinados setores da sociedade civil que se apresentam socialmente problemáticos.

Em um primeiro momento, fui impactada por um sentimento de solidão no dia a dia do trabalho; sentimento este que se aprofundava ao ouvir discursos de colegas, como o dentista que dizia: “aqui é tranquilo e cada pessoa faz seu trabalho sem intromissões”; ou o médico, que entendia que “cada um faz seu trabalho, atende na sua sala, vai embora e não interfere no trabalho do outro”.

Recordo-me do desalento que sentia ao pensar na complexidade do trabalho e na impossibilidade de partilhar experiências e sentimentos suscitados nas práticas diárias. No entanto, também me lembro com igual intensidade do instante em que passei a fazer parte deste cenário e a reproduzir o mesmo discurso ao recepcionar um novo colega de equipe.

A partir das reflexões sobre o que não me permitia entrar em contato com minhas experiências iniciais de estranhamento e o que me levava a reproduzir as mesmas práticas de isolamento, teci minhas primeiras indagações acerca da ausência de diálogo entre os profissionais no cotidiano do trabalho. Estaria essa ausência implicada com a demanda de atendimentos e suas múltiplas facetas? Quais são os alicerces de uma política pública voltada para a Atenção Básica e como compreender tais propostas de ação em nossas práticas diárias?

Entre os questionamentos e a experiência de trabalho, quatro pontos se fizeram constantemente presentes. O primeiro deles parte da constatação de que as ações na Atenção Básica, em sua relação com áreas de conhecimento que se situam para além dos campos da saúde, extrapolam intervenções de cunho preventivo e demandam a superação das dicotomias prevenção/cura, normal/patológico, intervenção clínica/intervenção social, entre outras. Embora tais aspectos compareçam entre os princípios norteadores do SUS, eles não têm se expressado nas práticas profissionais. O segundo ponto se refere à implicação dos profissionais no trabalho e a interpretação e compreensão que fazem das propostas oriundas das políticas públicas de saúde. O terceiro ponto diz respeito ao sofrimento como um sentimento inerente ao processo de trabalho, mas ainda pouco considerado na formulação e implementação das políticas. Por fim, o quarto ponto envolve a hipótese de uma lacuna entre o que se propõe como política e o que se implementa como prática ou, de acordo com Scarcelli (2005; 2011), entre os âmbitos político-jurídico, técnicoassistencial, teórico-conceitual e sociocultural, entendendo que no cotidiano de trabalho estão presentes diferentes modelos de atenção à saúde.

A partir desses quatro pontos, passei a considerar a relação entre minhas experiências em dois setores distintos, o da Assistência Social e o da Saúde, mas que pareciam unidos por uma

mesma problemática, ou seja, políticas públicas se apresentando como um “ente indecifrável”. Nos campos da Assistência Social e da Atenção Básica em Saúde há normas e diretrizes básicas a serem seguidas, contudo parece haver uma lacuna entre o que é preconizado e o que é experienciado no âmbito da prática.

Desse modo, apesar de meus questionamentos terem se iniciado no trabalho junto à Assistência Social, foi após meu ingresso no setor Saúde que eles se materializaram em questões a serem investigadas, permeadas pelo desejo de conhecimento. Surgiu, assim, a necessidade de problematizar aspectos que se relacionam a políticas públicas, atuação profissional e subjetividade no trabalho realizado nesses setores sociais.

Minha primeira dificuldade ao me propor essa tarefa foi colocar no papel o que eu vivenciava e pensava acerca do trabalho desenvolvido. Senti medo, surgiram bloqueios e sofri por aquilo que reconhecia em meus pensamentos.

Questões relacionadas à ética em pesquisa, campo tensionado pela relação que se estabelece entre enfoque e método, permeavam minhas reflexões, especialmente quanto à viabilidade e à conduta a ser adotada no campo de uma investigação desenvolvida no meu próprio ambiente de trabalho. Nesse sentido, questionava-me: como desenvolver uma pesquisa quando se está intensamente envolvido no trabalho a ser investigado? Como sistematizar uma prática como modo de produzir conhecimento? O que investigar? A quem isso pode interessar?

Ao entrar em contato com meu próprio sofrimento, que emergia de questões como essas, passei a considerar a importância de estudos que se dedicam a esse tema relacionado ao trabalho e refletem sobre as possibilidades e tensões suscitadas quando o pesquisador se propõe a construir seu percurso de investigação, estando diretamente envolvido com o objeto de seu interesse.

Instigada pelo desejo de aprendizado e pela necessidade premente de dar lugar ao que começou a aprisionar e comprometer minha prática profissional, permiti-me desnudar diante do caminho do saber. E me questioneei acerca do motivo pelo qual não me dedicar a questões dessa ordem no que diz respeito ao trabalho na Atenção Básica. A partir disso, algumas perguntas mostraram-se pertinentes: como compreender na prática cotidiana o trabalho proposto para a Atenção Básica, considerando as diretrizes políticas do SUS? Ao lançar o olhar sobre as práticas nesse nível de atenção, que tipo de sofrimento emerge? Quais ressonâncias desse sofrimento se manifestam nas ações assumidas pelos profissionais em sua rotina de trabalho?

Com base em tais questões, objetiva-se neste trabalho refletir, a partir da experiência de profissionais, sobre a relação entre as práticas da Atenção Básica desenvolvidas em uma UBS e as diretrizes políticas do SUS a que elas se referem.

Duas questões são orientadoras desse estudo:

1) As diretrizes políticas explicitadas no âmbito do SUS podem ser legitimamente contempladas e/ou reformuladas no âmbito da prática?

2) É possível identificar lacunas entre a dimensão político-jurídica, que contempla as diretrizes e leis, e a dimensão prática?

Assim, no primeiro capítulo abordamos a conjuntura histórica, as posições e os eixos em torno dos quais se constituiu a assistência à saúde no Brasil. A partir das considerações de Paim (2009) e Merhy (2002), discute-se a capacidade das práticas se sobreporem ou não aos modelos e posicionamentos que direcionam o trabalho em saúde.

O segundo capítulo relaciona-se com essas questões, sendo destinado a compreender melhor a situação atual da Atenção Básica em saúde a partir da vertente político-jurídica e dos princípios e diretrizes incorporados ao âmbito teórico-conceitual.

Em seguida, apresentamos o percurso metodológico da pesquisa realizada e procuramos refletir sobre o contexto de uma Unidade de Atenção Básica de um município do estado de São Paulo, através do olhar dos profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento nesse setor.

Ao considerar a busca por um caminho teórico-metodológico que ancorasse minha inserção como trabalhadora da saúde e fundamentasse o trabalho como pesquisadora, optei pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social. Parto da premissa de que o interesse e a pesquisa sobre os serviços públicos e os atores sociais envolvidos com as práticas em saúde podem oferecer subsídios para a problematização e compreensão de tais práticas no âmbito em que ocorrem.

Acredito que essa pesquisa pode interessar a quem, em suas atividades profissionais, necessita de escuta, de acolhida e de reflexão e também àqueles que já sentiram raiva, amor, indiferença ou compaixão no trabalho. Enfim, pode interessar a todos aqueles que, mesmo diante de situações de sofrimento, buscam estratégias criativas em suas práticas de atuação.

CAPÍTULO 1

ATENÇÃO À SAÚDE NO CONTEXTO DO SUS

Este capítulo se orienta pela reflexão sobre como as práticas de atenção à saúde constituem o cotidiano dos serviços de Atenção Básica no contexto do SUS.

Ao abordarmos o conceito de Sistema de Saúde, devemos atentar para sua composição, ou seja, as agências e os agentes. Enquanto estes são os trabalhadores da saúde, aquelas estão representadas pelas organizações públicas, privadas, governamentais ou não, responsáveis pela promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde individual e coletiva. Além disso, as agências e os agentes extrapolam o campo restrito ao setor saúde e reúnem mídia, escolas, financiadores, indústrias de equipamentos e medicamentos, universidades, institutos de pesquisa etc. Portanto, conhecimentos a respeito da política, da economia, da história e da cultura de cada sociedade são fundamentais, não só para que as dificuldades e impasses sejam compreendidos, mas também para que oportunidades sejam identificadas e alternativas sejam buscadas (PAIM, 2009).

No que se refere ao nosso Sistema, o SUS, não há consenso acerca de seus princípios e diretrizes, nem tampouco na forma de sua condução, sendo necessária uma permanente revisão e reafirmação do direito à saúde para evitar o esvaziamento de conceitos e a banalizações dos princípios. Como diz Paim (2009, p. 13), “o SUS é algo distinto, especial, não reduzido à reunião de palavras como Sistema, Único e Saúde”.

Desse modo, organizamos neste capítulo uma breve reflexão sobre a organização sanitária no Brasil, destacando os principais avanços e retrocessos nas políticas públicas em saúde.

O modelo sanitarista

No Brasil Imperial, a organização sanitária era rudimentar, confusa, episódica e centralizada, incapaz de responder às epidemias e assegurar assistência universal aos doentes. Por sua vez, no início da República, as ações em saúde, ainda insuficientes e inadequadas, foram

delegadas aos estados, competindo ao âmbito federal a vigilância sanitária dos portos. A esse respeito, Paim (2009) tece uma crítica à República Velha (1889-1930), na qual as concepções liberais de Estado ditavam que este só deveria intervir nas situações em que o indivíduo ou a iniciativa privada não fossem capazes de responder. Assim, o período caracterizou-se pela omissão pública na assistência à saúde e as primeiras medidas tomadas em saúde pública – saneamento dos portos, controle de vetores e vacinação obrigatória – estiveram mais comprometidas com a economia agroexportadora do que com a melhoria das condições oferecidas à população.

Na década de 1920, em função do incremento da industrialização no país e do crescimento da massa de trabalhadores urbanos, iniciou-se a reivindicação por políticas previdenciárias e por assistência à saúde. De acordo com Paim (2009), a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) e das Caixas de Aposentadoria e Pensão forjou as primeiras experiências de acesso a alguma assistência médica no país.

A partir da década seguinte, foram estabelecidas formas mais permanentes de atenção com a instalação de centros e postos de saúde e a criação de programas voltados para o pré-natal, vacinação, puericultura, tuberculose, hanseníase, doenças sexualmente transmissíveis, entre outros.

É importante destacar que esses programas eram organizados com base nos saberes tradicionais da biologia e da velha epidemiologia, considerando somente aspectos da doença e seu combate, não levando em conta a dimensão social ou a variedade de manifestações do estado de saúde de uma pessoa conforme a região e a população considerada. Eram também programas verticalizados em todas as suas frentes de intervenção.

Dessa forma como foi instituída, a atenção à saúde era dirigida aos segmentos mais pobres da população, sendo que os segmentos mais abastados procuravam o cuidado de sua saúde nos consultórios médicos privados.

O modelo de medicina voltado para o combate à doença em seus aspectos individuais e biológicos, centrado no hospital, nas especialidades médicas e no uso intensivo de tecnologias estruturou a assistência médica previdenciária na década de 1940 e permaneceu na década de 1950, sendo também orientador da organização de hospitais estaduais e universitários.

Segundo Paim (2009), o sistema público de saúde brasileiro nasceu a partir de três vias que percorreram caminhos paralelos e relativamente autônomos: saúde pública, medicina

previdenciária e medicina do trabalho. Assim, enquanto a medicina previdenciária permaneceu nas Caixas e posteriormente nos Institutos de Aposentadoria e Pensões (1930) e Instituto Nacional de Previdência Social (1966), a saúde pública ficou vinculada ao Ministério da Saúde (1953), separando artificialmente a prevenção e o tratamento. Deste modo:

[...] a organização dos serviços de saúde no Brasil antes do SUS vivia em mundos separados: de um lado, as ações voltadas para a prevenção, o ambiente e a coletividade, conhecidas como saúde pública; de outro, a saúde do trabalhador, inserida no Ministério do Trabalho e ainda as ações curativas e individuais, integrando a medicina previdenciária e as modalidades de assistência médica liberal, filantrópica e progressivamente empresarial (PAIM, 2009, p.31)

Nos anos 50, diferentes categorias profissionais aderiram ao modelo dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), formando novos institutos e, conseqüentemente, novos serviços foram inaugurados para assistir trabalhadores e seus dependentes. A política de saúde pública reforçou o investimento em centros e postos de saúde, mantendo a verticalização dos serviços prestados.

A instauração do governo militar no ano de 1964 determinou novas mudanças. Dentre elas, a unificação dos IAPs no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que manteve o foco na assistência à saúde individual. Além disso, o setor privado de clínicas e hospitais ganhou significativa ascensão e ocorreu a expansão do modelo biomédico e do consumo de equipamentos e medicamentos.

Modelo hegemônico

Em 1975, definiu-se um Sistema Nacional de Saúde, no qual as atividades de saúde pública continuaram desarticuladas da assistência médica social e coletiva. Cada vez mais, no entanto, problemas de saúde ocasionados pelo processo acelerado de urbanização evidenciavam os limites e a pouca efetividade da biomedicina e das abordagens centradas nos processos individuais de adoecimento. Além disso, o aumento dos custos do Sistema, decorrentes dos complexos instrumentos e exames para diagnóstico, dos quais os profissionais de saúde passaram

a lançar mão com frequência e de forma acrítica, apontaram para a dificuldade de acesso das populações com condições econômicas precárias, cujas demandas representavam parcela majoritária dos serviços de saúde. Apesar dessas questões, a biomedicina acabou se tornando o modelo hegemônico na prestação de serviços de saúde no Brasil e em muitos países do mundo

Modelo de bem-estar social

O Estado de Bem-estar Social surgiu na Europa após a Segunda Guerra Mundial como resposta às pressões populares, que se intensificavam em decorrência dos problemas dos países destruídos durante a guerra e à preocupação com a expansão do comunismo. Na tentativa de conter as reivindicações populares, os Estados passaram a assegurar o acesso à educação, saúde, renda e seguridade social, entendidos como direitos.

No que tange às práticas em saúde no Brasil, a transição do regime ditatorial para o democrático encontrou nos movimentos políticos pela saúde dos anos 1980 um representante de peso ao negociar e deliberar sobre a saúde como direito social e universal.

A situação contemporânea confirma a consolidação do modelo democrático nas três esferas de governo. Os direitos assegurados em lei, em especial na Constituição Federativa brasileira de 1988 e na Lei 8.080/ Lei Orgânica da Saúde, apresentam formalmente a saúde como um direito social e universal.

O grande desafio apontado por autores que se dedicam a estudar o histórico das lutas sociais pela saúde como um direito social e as diferentes políticas desenvolvidas ao longo do século para se tratar os agravos à saúde, refere-se à disparidade entre as leis vigentes e as ações estabelecidas nas instituições. Como assinala Fleury (2006; 2009), o processo das políticas sociais depende de pessoas partícipes para problematizar o centro de poder e decisões, dinamizando a relação entre o instituído e formalizado em leis e portarias e o instituinte, que é da ordem dos fatores presentes nas relações que desencadeiam e sustentam as práticas.

Tem-se como hipótese que parte dessa disparidade está relacionada à coexistência de mais de um paradigma de assistência à saúde nas práticas estabelecidas. Nesse sentido, torna-se

importante estender uma discussão acerca das rupturas e complementaridades entre os modelos descritos anteriormente.

1.1 Rupturas e complementaridades na construção dos modelos de atenção do SUS

Foi destacada acima a estreita relação das diferentes conjunturas históricas com os modelos de assistência prevalecentes em cada período. Nesse sentido, é válido e pertinente pensarmos que a função política desses projetos de intervenção se refere aos efeitos da legitimação das posições designadas pelas práticas de assistência, que assim afirmam e justificam as relações de poder em jogo.

Assim, se tais projetos se encontram em consonância com discursos vigentes em cada período, eles também se constituíram e fundaram lugares e objetivos específicos para as práticas de assistência. É com essa visão que se sustenta a hipótese de que os três modelos descritos – sanitarista, hegemônico e de bem-estar social – coexistem atualmente. Torna-se necessário então examinar algumas relações existentes entre esses modelos.

A esse respeito, Merhy (2002) sugere que entre as políticas fundadas para os atendimentos à saúde não existe uma ruptura total, pois embora haja o discurso de que a saúde é direito social e está relacionada às condições sócio-históricas e econômicas da população, ainda se observam práticas individuais, hegemônicas e de prevalência apenas do saber biomédico. Para o autor, tais ações se complementam e solidarizam, apesar de partirem de momentos históricos e sociais diferentes e exigirem novos posicionamentos interventivos.

Ao longo dos anos 70, estabeleceu-se internacionalmente um debate sobre modelos de assistência que levassem em conta as questões mencionadas. Prevaleceram as propostas que enfatizavam a racionalização do uso das tecnologias na atenção médica e o gerenciamento eficiente. A mais difundida foi a da Atenção Primária à saúde ou medicina comunitária.

A partir da Conferência Internacional sobre cuidados Primários de Saúde, realizada no ano de 1978 (OMS, 1978), em Alma-Ata, Cazaquistão, os cuidados primários de saúde passaram a ter destaque no cenário mundial.

Nessa Conferência foram criados os parâmetros básicos da Atenção Primária à Saúde (APS), baseados no conceito ampliado de Saúde, nas ações integradas e no maior acesso da população, não somente à reabilitação de saúde, mas também às ações sociais que valorizem o ser humano em constante interação com o meio.

A conferência de Alma-Ata definiu os cuidados primários de saúde como:

[...] cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato com os indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 1978).

Além disso, os cuidados primários devem:

a) Refletir as condições econômicas e as características socioculturais e políticas do país e de suas comunidades, além de se basear na aplicação dos resultados relevantes da pesquisa social, biomédica e de serviços da saúde e da própria experiência em saúde pública;

b) Considerar os problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de promoção, prevenção, cura e reabilitação, conforme as necessidades, o que inclui a educação sobre os problemas prevalentes de saúde e os métodos para sua prevenção e controle; a distribuição de alimentos e a nutrição apropriada; a garantia de acesso à água de boa qualidade e ao saneamento básico; o cuidado da saúde materno-infantil, inclusive o planejamento familiar; a imunização contra as principais doenças infecciosas; a prevenção e controle das doenças localmente endêmicas; o tratamento apropriado de doenças e lesões comuns; o fornecimento de medicamentos essenciais;

c) Envolver e requerer esforços coordenados de todos os setores, tais como a agricultura, a pecuária, a produção de alimentos, a indústria, a habitação, as obras públicas, as comunicações, entre outros;

d) Demandar e promover, através da educação apropriada, a participação comunitária e individual no planejamento, organização, operação e controle dos cuidados primários de saúde;

e) Receber apoio de sistemas de referências integrados, funcionais e mutuamente amparados, que leve à progressiva melhoria dos cuidados gerais de saúde para todos;

f) Basear-se nos níveis local e de encaminhamento, nos que trabalham no campo da saúde, inclusive médicos, enfermeiras, parteiras, auxiliares e agentes comunitários, convenientemente treinados para trabalhar, social e tecnicamente, ao lado da equipe de saúde e para responder às necessidades expressas da saúde da comunidade.

Segundo Merhy (2002), desde o início, porém, a proposta da Atenção Primária foi alvo de uma polarização de debates, pois havia aqueles que destacavam os aspectos de simplificação e racionalização, caracterizando a medicina comunitária como “medicina pobre para os pobres”, e outros que viam a proposta como uma estratégia racionalizadora, importando-se com o acesso de toda a população aos reais avanços tecnológicos na saúde. No final da década de 1970, a proposta da Atenção Primária foi encarada por grupos de oposição ao governo militar como uma estratégia para redemocratizar a política e levar assistência à saúde para a população em geral.

A partir da década de 1980, várias experiências de governo originaram correntes tecnopolíticas que contribuíram sobremaneira na avaliação do que vinha sendo feito e na sugestão de elementos importantes na organização de modelos assistenciais coerentes com as escolhas técnicas, éticas e políticas daqueles que queriam a universalização da saúde (MERHY, 2002).

Alguns municípios organizaram os serviços de unidades de saúde para Atenção Primária com a ajuda das universidades, como foi o caso de Niterói, Londrina e Campinas. Essas experiências serviram de base para o Movimento de Reforma Sanitária, mobilizado pela crise estrutural da saúde, marcada pela ineficiência, ineficácia e pela insatisfação da população (SILVA, 2001).

Foram anos de mudanças políticas, sociais e econômicas. O país passou pela redemocratização, o que favoreceu os movimentos empreendidos em prol da Reforma Sanitária. Neste cenário, duas correntes de pensamento político sanitário sobressaem: o alternativo, não hegemônico, que embasou a Reforma, e o hegemônico, chamado de projeto neoliberal de fundo conservador (SILVA, 2001).

Ambas as correntes preconizavam a descentralização, contudo o projeto neoliberal defendia que a economia deveria estar submetida às leis de mercado, sofrendo intervenções mínimas do Estado. Já o pensamento alternativo, não hegemônico, preconizava reformas econômicas e sociais, mas sem retirar do Estado a responsabilidade pela garantia de direitos

sociais e da saúde. Nesse projeto, a descentralização é vista como um processo de democratização e construção da cidadania.

A Reforma Sanitária apresentou três aspectos fundamentais, conforme nos indica Mendes (1996). O primeiro é a compreensão de que saúde é resultado das condições gerais de alimentação, habitação, educação, renda, ambiente, trabalho, liberdade, lazer, cultura, acesso aos serviços de saúde e aos espaços da cidade. O segundo aspecto se refere à afirmação da saúde como um direito de todos e dever do Estado, assim como a oferta de serviços públicos adequados às necessidades da população. O terceiro e último aspecto envolve a reformulação do Sistema Nacional de Saúde (SNS) e a instalação do SUS.

Além disso, o Movimento teve como pontos de referência: a luta contra a hegemonia da assistência à saúde do início do século; a descentralização das ações de saúde para eficácia das mesmas; a consideração das problemáticas apresentadas pelos grupos sociais e a participação da população no controle social; a escolha do território como local das ações, levando em conta seu movimento e sua construção permanente, e do Distrito Sanitário como o dispositivo da Reforma, o locus central da saúde (MENDES, 1996).

Em 1986, aconteceu a VIII Conferência Nacional de Saúde, em Brasília, que constituiu o marco principal do movimento da Reforma Sanitária no país (MENDES, 1996). Nesse evento, estiveram presentes quase cinco mil pessoas e seu relatório final “inspirou o capítulo saúde da Constituição, desdobrando-se posteriormente nas leis orgânicas da Saúde (8.080/90 e 8.142/90)” (PAIM, 2009, p.40).

Na Constituição Federal de 1988, observamos a consolidação de mudanças no sistema de saúde brasileiro e a incorporação de conceitos fundamentais da Reforma Sanitária: a criação de um Sistema Único de Saúde, a compreensão de saúde como um direito e baseada na perspectiva de uma articulação entre política social e econômica, além da consideração do papel do Estado nas ações e serviços de saúde.

Desde então, várias alternativas para o SUS vêm sendo construídas e, dentre elas, verificamos certo consenso no que diz respeito à reformulação dos serviços de saúde. Nesse processo de reorganização das práticas, tem sido privilegiada uma abordagem interdisciplinar e multiprofissional, na qual a epidemiologia, as ciências sociais, a clínica, a educação em saúde e a política setorial, entre outros conhecimentos, possam articular-se na compreensão da saúde e da doença em seus aspectos individuais e coletivos, buscando a integralidade no cuidado e na

organização da rede de serviços. Amplia-se, desse modo, a percepção dos trabalhadores sobre os usuários, compreendidos em seus aspectos biológicos, psíquicos e sociais, o que possibilita o desenvolvimento de ações que articulam a vigilância em saúde, a promoção de saúde, a prevenção dos agravos, a cura e recuperação de indivíduos ou coletividades doentes.

Ademais, a definição de problema de saúde como algo que extrapola a presença de doenças passou a exigir uma sistematização de causas e consequências das situações que interferem na saúde, na programação de ações e na avaliação do impacto sobre os problemas identificados. Consequentemente, as noções de território, equidade, intersetorialidade e gestão democratizada têm feito parte do planejamento e cotidiano das ações – o território compreendido como território-processo, onde a sociedade se estrutura e reproduz a vida, organiza a cultura, vive a história; a equidade como base para propostas redistributivas de recursos, pela consideração das desigualdades regionais e sociais; a intersetorialidade, segundo a qual a saúde se articula com outros setores públicos; por fim, a gestão democratizada, que objetiva a horizontalização dos organogramas e a construção de espaços coletivos de gestão que permitam a maior participação dos trabalhadores e da população.

Apesar dessas mudanças na compreensão da saúde e nas estratégias de intervenção, ainda surgem propostas de análise da situação de saúde por meio dos padrões de adoecimento, vulnerabilidade e risco de morte por doenças e agravos. Isso evidencia um caráter prescritivo ou normativo para os serviços no seu encontro com os usuários, ofertando uma programação que interpreta a população pela sua “curva epidemiológica”. Para Merhy (2002), esse saber é absolutamente necessário, mas quando é utilizado para planejar o sistema de atenção e gestão, remete-nos a uma atuação vertical e de produção de impactos sobre indicadores, enfraquecendo o olhar sobre a produção de acolhimento e escuta das pessoas em suas dificuldades pontuais ou difusas no modo de viver.

Portanto, se as legislações vigentes em relações aos direitos da saúde apontam para um novo paradigma em relação aos modelos e intervenções anteriores, é importante não subestimar a existência de ações que ainda perpetuam modelos que negam a integralidade do sujeito e as diferentes necessidades de articulação entre saberes e práticas.

As políticas intersetoriais, por sua vez, propõem uma análise da situação de saúde com base nas condições mais gerais de vida. Baseiam-se na proposta de promoção da saúde e enfatizam a necessidade de articulações entre áreas distintas, como meio

ambiente, educação, atividade física e urbanismo. Segundo Merhy (2002), esse foco propõe aspectos essenciais para uma política de saúde, mas quando utilizado para ordenar o Sistema também oferece poucos elementos para a organização das práticas de atenção e da rede de cuidados, visando à garantia de acesso a todos os recursos assistenciais de que venham a necessitar pessoas e populações.

Paim (2009, p.29) afirma que o SUS, “um dos maiores sistemas políticos do mundo”, ao mesmo tempo em que exhibe avanços na expansão e oferta de seus serviços, ainda encontra desafios para a efetivação da integralidade. Igualmente, a participação social é garantida, mas tem se constatado um “refluxo dos movimentos sociais na área da saúde e a existência de obstáculos para realização de uma cidadania plena” (2009, p.126). Há, desse modo, diferenças e lacunas que podem ser evidenciadas se examinarmos os focos organizativos e a escolha de prioridades de atenção nos diferentes modelos tecnoassistenciais propostos (MERHY, 2002).

Torna-se importante neste momento passarmos brevemente para uma construção dos caminhos que conduziram às atuais ações de saúde propostas pelo SUS e em especial a Atenção Básica em Saúde.

CAPÍTULO 2

ATENÇÃO BÁSICA E SEUS CONTEXTOS NA ATUALIDADE

Após realizarmos uma breve reflexão sobre a organização sanitária no Brasil e termos destacado os principais avanços e retrocessos nas políticas públicas em saúde, torna-se importante observarmos o cenário atual em que se dá o projeto político de cuidado à saúde na Atenção Básica e suas ações interventivas. Neste trabalho, isso é discutido sob dois prismas: o primeiro, a partir da vertente político-jurídica, por meio das legislações e diretrizes de funcionamento que orientam esse campo; o segundo, a partir de fragmentos do discurso dos profissionais que atuam nesse campo.

Espera-se que, a partir desta contextualização, a situação da Atenção Básica em saúde seja vista em sua complexidade e que as discrepâncias encontradas entre os planos político-jurídico e tecnicoassistencial possam ser precisadas e problematizadas.

2.1 O contexto político-jurídico

Por intermédio das Leis Orgânicas da Saúde (nº 8.080 e nº 8.142) e das Leis Orgânicas Estaduais e Municipais, o arcabouço jurídico-legal do SUS ficou instituído como uma vitória do Movimento Sanitário, sendo a década de 1990 o período da consolidação do Sistema (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JR, 2001, MENDES, 1993, SILVA, 2001).

Em conformidade com os princípios da universalidade, da integralidade, da igualdade, da hierarquização, da equidade, da descentralização e da participação social com direito à informação, o SUS firmou-se como modelo assistencial, de prevenção de doenças e promoção de saúde.

Esses princípios (BRASIL, 2004c) preconizam: o atendimento a todos (Universalidade), a atenção completa às pessoas e suas demandas de saúde (Integralidade); a Igualdade e respeito às diferenças; a organização dos serviços de modo a evitar a oferta de diferentes ações e unidades que tenham um mesmo objetivo (Hierarquização); a prestação de assistência de modo a diminuir

as desigualdades sociais e regionais (Equidade); a implantação de serviços próximos à moradia das pessoas e sob gestão municipal ou estadual (Descentralização) e a garantia de participação da comunidade nas decisões e ações em saúde (Participação Social).

Sendo assim, o SUS é composto por uma rede hierarquizada de serviços em três níveis de atenção: Primária, Secundária e Terciária. Nosso campo de investigação volta-se para a Atenção Primária, concebida como campo prioritário de ação e responsável pelos atendimentos de promoção, prevenção e cura.

Em 1990, o Brasil realizou uma reestruturação em seu modelo de Atenção Primária, passando a adotar como carro-chefe a Estratégia Saúde da Família (ESF). Porém, algumas unidades de saúde permanecem com sua configuração inicial de funcionamento, uma vez que a ESF é colocada como opção e não como diretriz geral a ser adotada. Cada município tem autonomia para definir suas práticas segundo a realidade local.

Nota-se que embora as propostas estratégicas para se atingir os objetivos da Atenção Primária tenham uma diferença em sua organização, conforme a adoção ou não da ESF, nosso foco não é realizar uma comparação entre as diferentes estruturas de funcionamento, mas sim compreender, de modo geral, as diretrizes e princípios da Atenção Primária.

Após o ano de 1990, a Atenção Primária passou a ser denominada como Atenção Básica nos principais documentos do Ministério de Saúde e, em 2006, com a Portaria 648/GM, ocorreu uma revisão nos princípios e diretrizes propostos para a ação:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção ou agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho de equipe, dirigidas a população de territórios bem delimitados, pelas quais assumem a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território onde vivem essas pessoas [...] (Ministério da Saúde, 2006c, p.10).

Outro ponto importante a ser considerado diz respeito à Atenção Básica como porta de entrada e como espaço de acolhimento, de acordo com as diretrizes propostas no PACTO pela Saúde (pela Vida, de Gestão e em Defesa do SUS):

[acolhimento] é o estabelecimento de uma relação solidária e de confiança entre profissionais do Sistema de Saúde e usuários ou potenciais usuários, entendida como essencial ao processo de co-produção da saúde sob os princípios orientadores do SUS

(universalidade, integralidade, equidade), traduz-se nas atitudes dos profissionais e também nas condições e processos de trabalho envolvidos na recepção e atendimento aos cidadãos, onde quer que ele se dê: na comunidade, nos ambulatorios, em hospitais ou demais unidades e serviços de saúde (SUS de A a Z, 2010).

Percebe-se, assim, uma preocupação em estabelecer parâmetros, diretrizes e ações para orientar a prática nos serviços, de modo a possibilitar que os princípios preconizados pelas legislações sejam efetivados.

Devemos ainda considerar as publicações elaboradas por gestores e representantes da sociedade civil que oferecem orientações sobre o modo de funcionamento dos serviços e suas particularidades. Nessas publicações, como as cartilhas SUS de A a Z (2010) e o Caderno Humaniza SUS (2010), é digno de nota a ênfase que se dá ao âmbito político-jurídico mencionado. Tais esforços indicam a tentativa de adequar as práticas à política, ao invés de compreendê-las de acordo com as circunstâncias em que de fato ocorrem, bem como suas limitações e possibilidades.

É importante ressaltar que não se trata de desvalidar concepções presentes nas legislações ou mesmo publicações que orientam os serviços, mas sim de considerá-las como constantemente em construção, validando o caráter e a força de invenção das práticas no contexto em que as mesmas se dão.

2.2 Contextualizando o serviço de Atenção Básica em saúde

Atualmente, no que diz respeito à Atenção Básica, observamos uma ampla conjugação do método epidemiológico com o de promoção da saúde, valorizando-se a educação em saúde como desenvolvimento da autonomia das pessoas e populações, mas ainda privilegiando as ações curativas.

Segundo Merhy (2002), a integralidade enfatiza a necessidade de acesso a todas as tecnologias de saúde para reduzir danos e sofrimentos e prolongar a vida. Além disso, o autor defende que tais tecnologias não sejam hierarquizadas entre melhores e secundárias, mas vistas como recursos que precisam ser consumidos na hora certa e no espaço adequado, sejam as

imunizações, os diagnósticos ou mesmo os tratamentos direcionados aos grupos portadores de patologias.

Conforme normatização vigente do SUS, a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) é definida como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, tendo diversos atributos, entre eles a Atenção Básica, estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do Sistema.

A Atenção Básica conta com uma equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo as suas necessidades de saúde. O Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, define que “o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada”.

Nesse sentido, esse nível de atenção à saúde deve cumprir algumas funções para contribuir com o funcionamento das RAS, sendo elas:

- 1) Ser base: ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade;

- 2) Ser resolutivo: identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínicas efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais;

- 3) Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Deve ainda atuar como o centro de comunicação entre as diversas ações e serviços, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários por meio de uma relação horizontal, contínua e integrada, tendo como objetivo produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Ademais, necessita se articular com as outras estruturas da rede de saúde e promover ações intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais. Para tanto, é necessário incorporar ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado, tais como a gestão das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames), o prontuário eletrônico em rede, os protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, a discussão e análise de casos e incidentes

críticos, entre outros. As práticas de regulação realizadas na Atenção Básica devem ser articuladas com os processos regulatórios realizados em outros espaços da rede, de modo a permitir, ao mesmo tempo, a qualidade da regulação realizada pelos profissionais da Atenção Básica e o acesso a outros pontos de atenção nas condições, no tempo adequado e com equidade;

4) Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários.

Observa-se que a disseminação de novas estratégias e os investimentos na chamada rede básica de saúde ampliaram o debate em nível nacional e trouxeram novas questões para a reflexão. Dentre essas questões, destacamos a forma de organização e hierarquização das redes assistenciais, nas quais a ideia predominante envolve uma imagem em pirâmide para a atenção à saúde, bem como a ideia da complexidade crescente, indo do nível menos complexo, a rede básica, para níveis de maior complexidade, representados pelos hospitais e serviços especializados.

Dentro da lógica da organização dos serviços, supõe-se que a pirâmide aponta a assistência em graus crescentes de complexidade, com a população fluindo de forma organizada entre os vários níveis por meio de mecanismos formais de referência e contrarreferência. Na prática, porém, essa é uma postura prescritiva, presa a uma racionalidade formal, que não leva em conta as necessidades e os fluxos reais das pessoas dentro do Sistema e, por isso mesmo, não se concretiza. Os serviços funcionam com lógicas muito diferentes, a articulação entre eles não acontece, não se assegura a resolução dos problemas e a população entra para o serviço por diferentes portas (MOROSINI; CORDO, 2007).

Ainda de acordo com a concepção da pirâmide, os serviços terciários são mais valorizados, considerados mais complexos e resolutivos, já que concentram equipamentos e procedimentos e atendem às situações com maior risco de vida. Nesse âmbito, têm grande valor os conhecimentos técnicos, sobretudo aqueles relacionados ao enfrentamento dos aspectos biológicos da doença e dos agravos à saúde. Os serviços básicos, por outro lado, são entendidos como simplificados, quando, na verdade, enfrentam desafios tecnológicos complexos para assegurar acolhimento e resolutividade aos problemas de vida inerentes ao contato com famílias, com grupos sociais e com a diversidade cultural – relações sociais, violência urbana, gravidez indesejada e desafios no atendimento a adolescentes, jovens, crianças e idosos.

Outro aspecto importante apontado por Morosini e Cordo (2007) é que não se tem assegurado a retaguarda necessária para garantir à Atenção Básica a capacidade de enfrentar efetivamente uma série de situações e agravos. Apesar da ampliação da cobertura da Atenção Básica, são sérias as limitações para exames laboratoriais e radiológicos ou para suporte nas áreas de reabilitação, saúde mental, entre outras, indispensáveis para a continuidade da atenção.

Em contrapartida, os hospitais estão organizados de acordo com uma concepção restrita de saúde, que desconhece a subjetividade, o contexto e a história de vida das pessoas. Além disso, a atenção organizada por especialidades leva à fragmentação do cuidado e à desresponsabilização, já que cada qual cuida da sua parte e ninguém se responsabiliza pelo todo. Há também um profundo desconhecimento sobre a Atenção Básica e seu potencial de cuidado. Como consequência, deparamo-nos com a descontinuidade da atenção, ambulatorios sobrecarregados ou, por exemplo, a atual, constante e frenética medicalização da tristeza e de outros agravos à saúde, que poderiam ser mais bem compreendidos e considerados em seus aspectos sociais, educacionais e ambientais.

Para Morosini e Cordo (2007), apesar da Atenção Básica desempenhar um papel estratégico no SUS, sendo o principal elo entre o Sistema e a população, ela não deve ser entendida apenas como “porta de entrada”, já que essa ideia pode vir a caracterizar uma baixa capacidade de resolver problemas e implicar desqualificação e isolamento.

De outra parte, o conjunto da rede de ações e de serviços de saúde parece indicar que todas as partes do Sistema precisam se responsabilizar pelo resultado da saúde e pela vida das pessoas, incorporando a noção de responsabilidade sobre a saúde da população (MOROSINI; CORDO, 2007).

De acordo com os autores (2007), são necessários arranjos tecnoassistenciais que contribuam para a mudança do olhar e a mobilização da escuta aos usuários e seus problemas de vida, como o acompanhamento horizontal, a familiaridade com os modos de vida no local ou o contato com a cultura de rua, com os coletivos e redes sociais. Isso é indispensável para cumprir a promessa de um sistema único e organizado para a integralidade e humanização, que funcione como “teia de cuidado ininterrupto à saúde” e não como um sistema burocrático e despersonalizado de encaminhamentos.

Feitas tais considerações, apresentaremos a seguir o percurso metodológico da pesquisa realizada e o cotidiano institucional em um serviço de Atenção Básica em saúde, de modo a pensar sobre como esses processos estão presentes nas práticas desenvolvidas no dia a dia.

CAPÍTULO 3

A PESQUISA

Esta pesquisa foi realizada em uma UBS localizada em um município do estado de São Paulo. Como se trata do local de trabalho da pesquisadora, foram feitos registros sistemáticos de cenas do cotidiano de atendimentos que mobilizaram a elaboração de questões orientadoras da investigação. É objetivo deste estudo refletir, a partir da experiência de profissionais, sobre a relação entre as práticas da Atenção Básica desenvolvidas em uma UBS e as diretrizes políticas do SUS a que elas se referem.

A opção por priorizar a estratégia grupal nos conduziu a uma observação atenta do cotidiano na UBS. A partir disso, foram escolhidos um dia e um horário com uma rotina de poucos atendimentos, a fim de garantir que os profissionais pudessem se ausentar de suas atividades para participarem das reuniões. Todos os profissionais da Unidade foram informados sobre a pesquisa e convidados a participar, devendo manifestar seu interesse aos seus supervisores diretos. Buscamos, no mínimo, a presença de um representante de cada setor.

Posteriormente, todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que fora aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com o número: 14004213.8.00005561.

No primeiro encontro, a pesquisadora realizou a coordenação do grupo, contando com a participação de uma co-coordenadora e de uma observadora.

Essa reunião teve duração de uma hora e quinze minutos e ocorreu no consultório de psicologia da UBS com a participação de 11 funcionários, sendo: um chefe administrativo, um recepcionista, um dispensador de medicamentos, um dentista, um auxiliar de higiene bucal, um médico, um enfermeiro e quatro técnicos em saúde.

Nesse encontro, lançamos duas questões para serem debatidas: o que é trabalhar na Atenção Básica? Como é nosso trabalho aqui na Atenção Básica e como se dá o cuidado dentro deste serviço?

Como este estudo indaga se as diretrizes políticas explicitadas no âmbito do SUS podem ser contempladas e/ou reformuladas no âmbito da prática, na segunda reunião realizada,

perguntamos ao grupo de profissionais: como é o trabalho na Atenção Básica nesta UBS que faz parte do SUS?

A nova pergunta permitiu ao grupo mencionar aspectos do aparato político-jurídico do SUS, característica do contexto “macroinstitucional” da Atenção Básica, bem como discutir acerca dos aspectos micropolíticos vinculados ao trabalho em seu aspecto tecnicoassistencial.

Nesse segundo encontro, a pesquisadora, que também é psicóloga da UBS, participou como observadora, na tentativa de priorizar seu lugar como membro da equipe. Essa opção foi feita após análise da primeira reunião, onde fora mobilizada a falar de si como trabalhadora. Assim, a co-coordenadora mencionada assumiu a coordenação do grupo. Ressaltamos que todos os participantes da primeira reunião estiveram presentes no segundo encontro, com exceção da aluna de psicologia que havia atuado como observadora.

A segunda reunião ocorreu no mesmo espaço físico da primeira, a sala de psicologia da UBS, e teve duração de uma hora e trinta minutos.

Os princípios da ética em pesquisa foram assegurados ao longo do estudo e foi dada especial atenção à necessidade de um distanciamento possível, que nos permitisse contemplar o campo e dar lugar e potência ao objeto de investigação.

3.1 Referencial teórico e o percurso de análise

Guiados pelo referencial de análise de conteúdos proposto por Bardin (2011), procuramos refletir e revelar o contexto de uma Unidade de Atenção Básica do estado de São Paulo, sob o prisma dos profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento nesse setor. Para tanto, atribuímos significados, procurando decodificar eixos e categorias temáticas que nos revelassem conteúdos capazes de estabelecer uma articulação possível entre intra e intersubjetividade.

No processo de análise, não utilizamos na plenitude o desenho metodológico proposto por Bardin (2011), visto que evitamos a quantificação da frequência com que os temas ou mesmo determinadas palavras apareceram nos discursos dos sujeitos, como preconizado pelo método.

O primeiro contato com os dados se constituiu no que Bardin (2011) chama de “leitura flutuante” e, para isso, realizamos várias leituras das reuniões transcritas. As leituras foram feitas, a princípio, sem compromisso de sistematização e deixamos fluir impressões, para apreender de forma global as ideias principais.

Em uma segunda fase do processo de exploração do material, buscamos as unidades ou núcleos de sentido – parágrafos, palavras ou trechos das reuniões – que fossem dotados de significado e constituíssem temas de interesse para este estudo. Nessa fase de análise, os trechos dotados de significado (núcleos de sentido) foram destacados e separados para a realização da categorização.

A categorização representa a passagem dos dados brutos a dados organizados e, de acordo com Bardin (2011), as categorias são rubricas ou classes que reúnem grupos de elementos (unidades de significado) em função de características comuns.

Nessa fase da análise, agrupamos as unidades de significado em categorias, considerando a repetição de conteúdos comuns à maioria dos discursos do grupo e a relevância implícita, ou seja, temas importantes que não se repetiram nos relatos, mas apresentavam relevância para o estudo. O processo de inferência foi feito pela pesquisadora e as categorias selecionadas objetivaram chegar ao tema central.

No processo de categorização dos dados, os trechos dos discursos foram destacados do texto inicial e agrupados por temas convergentes, ou seja, de mesmo significado. As unidades temáticas agrupadas compuseram e deram corpo às categorias temáticas e o agrupamento destas, por sua vez, deu origem aos eixos temáticos.

Assim, encontramos neste estudo três eixos temáticos:

- 1) A carência como condição recorrente no trabalho da UBS;
- 2) A ambivalência na relação entre profissionais e usuários do sistema de saúde;
- 3) A normatização/burocratização como uma característica do trabalho realizado por esses profissionais;

Ficamos atentos às questões que emergiram e se relacionavam a esses eixos, considerando, principalmente, sentimentos que se revelavam como impotência/onipotência, valorização/desvalorização, sobrecarga e culpabilização de si e do outro,

diante da (im)possibilidade de realizar um trabalho com base nos “ideais” teóricos preconizados pela política pública. Ao discorrermos sobre tais temas, foram observados trechos das discussões do grupo, tecemos comentários e levantamos pontos que considerávamos relevantes para sua compreensão.

Durante a análise, recorremos aos marcos teóricos pertinentes à investigação e presentes nos capítulos iniciais desta dissertação, visto que a compreensão dos aspectos históricos e diretrizes que constam em documentos referentes à Atenção Básica e ao trabalho preconizado nos auxiliou no processo de dar sentido aos achados no contexto da prática.

3.2 Relatos do cotidiano

Serão destacados aqui trechos dos relatos de profissionais que participaram dos dois grupos realizados no decorrer da pesquisa, na medida em que os consideramos a fonte principal para a reflexão proposta neste estudo sobre as práticas de Atenção Básica desenvolvidas na UBS estudada e as diretrizes políticas do SUS a que elas se referem. Anotações em um diário de campo complementaram a orientação do nosso olhar, na busca de compreendermos nosso objeto de estudo.

A partir dessas questões, realizamos um trabalho de “recortes e junções”, parte da análise dos eixos temáticos identificados, como proposto por Bardin (2011).

Na análise desenvolvida, procurou-se identificar ambiguidades, incertezas e contradições que se apresentam entre o imaginário e o real, o idealizado e o possível, as ideias e as práticas envolvidas em um serviço de Atenção Básica.

CAPÍTULO 4

UM OLHAR SOBRE A ATENÇÃO BÁSICA: DA TEORIA À PRÁTICA

A Atenção Básica em saúde situa-se como um nível de atenção estruturante do SUS, indicada para funcionar como a principal porta de entrada do Sistema para a população e é apontada nos documentos da política pública como um serviço de baixa complexidade. No âmbito da prática, as dificuldades ao lidar com poucos recursos e o investimento num trabalho que exige estudos teóricos profundos e significativo conhecimento empírico para lidar com as demandas da população denunciam a complexidade desse setor e se expressam entre os trabalhadores através de sentimentos ambíguos e contraditórios em relação ao fazer profissional e à “efetividade” das ações.

A seguir, apresentamos três eixos temáticos indicativos de que o contexto manifestado pelos profissionais nos encontros realizados se apresenta rico de heterogeneidade, complexo e dinâmico, gerador de ansiedade e angústias, permitindo que despontem as ambiguidades e o medo diante do que parecesse se manifestar como estranho e inadequado na convivência entre usuários do serviço e profissionais da saúde e nos modos de operacionalização das práticas no cotidiano do trabalho.

4.1 A carência como condição recorrente no trabalho da UBS

O termo carência surge nas falas do grupo como algo importante para a compreensão da atuação na Atenção Básica. Na análise das ações nesse setor, considerado complexo por exigir muito conhecimento e poucos recursos tecnológicos, o termo manifesta-se como carência de entendimento e carência relacional. Além disso, ele denuncia a ausência do necessário para um trabalho complexo e indica que as diretrizes e portarias não são suficientes para que as prescrições se expressem na prática, o que evidencia a lacuna entre o âmbito político-jurídico e tecnicoassistencial.

Ao identificar nesta pesquisa o termo carência associado à carência de informação, emocional e social, apontamos que tal termo não tem a ver apenas com a escassez de equipamentos e demais recursos materiais (embora eles estejam em falta). O termo se refere principalmente à falta de recursos e instrumentais internos para fazer valer o que Merhy (2002) chama de tecnologia leve na relação que se estabelece entre trabalhadores e usuários.

Assim, embora distintos em cada situação (carência de informação, de atenção e emocional), os significados do termo – aqui empregado para falar de aspectos emocionais, ausência e/ou falta de informação e atenção – parecem convergir entre si.

Ao discorrerem sobre tal assunto nos grupos realizados, os profissionais da Atenção Básica indicam a carência ora associada aos usuários e ora associada a si mesmos, enquanto equipe. Quando associada aos usuários, a carência aparece como algo que exige dos profissionais uma resolutividade que não sentem possuir, seja por não a considerarem como algo pertinente ao trabalho em saúde, seja por não se sentirem em condições operacionais de atenderem ao que compreendem ser uma demanda de “natureza psicológica ou social” e não uma demanda relacionada diretamente aos cuidados e necessidades orgânicas com as quais se sentem capazes de lidar.

Desse modo, diante da identificação de um pedido de cuidado, referem falta de tempo, sobrecarga ou mesmo apontam outros atores, os psicólogos e assistentes sociais, como os profissionais responsáveis pela solução desses problemas.

Carência “de informação” sentida pelos profissionais e atribuída aos usuários

Na visão dos profissionais, a carência observada nos usuários aparece como falta de informação sobre o fluxo e sobre aquilo que se compete ao trabalho na Atenção Básica. Para eles, os responsáveis por responder a essa demanda deveriam ser a Secretaria de Saúde e os respectivos coordenadores de cada área.

Além disso, referem falta de apoio e respaldo para execução das ações em saúde. Tal aspecto nos remete à fragilidade da comunicação e das relações na estrutura institucional e também indica a dificuldade com que os profissionais interpretam ou desenvolvem a relação

que diariamente estabelecem entre o seu fazer profissional e o que é preconizado pelo SUS e conduzido por uma gestão. Ao falarem de si mesmos, falam do Sistema como um todo. Com isso, denunciam que muito se avançou do ponto de vista do aparato político-jurídico do Sistema (ou seja, do que propõe como estrutura e o que busca como embasamento), mas que pouco pode ser apropriado e manifestado em ato no contexto de trabalho das Unidades de Saúde, secretarias ou órgãos representativos, tais como os Conselhos de Saúde.

Nos relatos a seguir, o termo carência está associado aos usuários como a falta que eles têm de informação e, nesse sentido, os profissionais acreditam que por mais que expliquem uma determinada conduta ou intervenham em determinado aspecto na organização do trabalho, os usuários não compreendem. Nesses mesmos fragmentos, a carência é implicitamente associada a questões cognitivas e à dificuldade dos usuários em compreenderem as explicações, por mais que as mesmas sejam oferecidas por diferentes atores dentro do serviço. Observa-se a presença de uma idealização (“se a gente tivesse um tempo maior para dar essa informação”) que esconde a própria carência de informação.

O que eu percebi é que os pacientes são muito carentes de informação e é uma pena que a gente não tenha um tempo assim, disponível pra poder explicar tudo, tím-tim por tím-tim e uma única vez. Porque é assim: você explica aqui, aí ele vai lá na recepção, porque ele não entendeu, aí ele vai lá na administração. Então, assim, eles são muito carentes de informação. Então se a gente tivesse um tempo maior pra dar essa informação, acho que as coisas teriam um fluxo melhor aqui.

Eu concordo com ela. Eu acho que um grande problema do posto hoje não funcionar melhor é o problema de informação por parte dos pacientes. Por exemplo, os médicos dão receitas pra seis meses eles acabam perdendo, não sabem da validade do medicamento, se é um remédio controlado, por exemplo, acabam perdendo a receita por que perdem o prazo. Às vezes, não tem medicação aqui, a gente explica onde comprar por um preço bem acessível, por exemplo, por três reais na farmácia popular daqui do município mesmo e eles não vão e acabam perdendo a receita. Então, o problema que eu acho é esse e eu acho que se eles tivessem uma informação melhor do funcionamento do posto, o posto funcionaria muito melhor.

No decurso da discussão, a carência ressoa como um “buraco”, algo que falta a usuários e profissionais. Ao falarem de seu trabalho, fazem uso do termo “tapar buraco”, como se não houvesse uma real utilidade para as funções específicas que são desempenhadas:

Agora, isso dos pacientes não terem informação é algo sério mesmo. Eu, por exemplo, sempre trabalhei com serviço público e eu tenho paciência de explicar. Eu explico com calma, falo uma, duas vezes, até mais, mas as pessoas não entendem. Eles

saem da sala e vão perguntar pras outras pessoas e voltam aqui; ou as pessoas, por exemplo, da recepção, vêm aqui pra gente explicar de um exame, por exemplo, que é pra ser agendado, porque eles não entenderam e foram lá e pediram pra eles explicarem tudo de novo. Dá a impressão que é a gente que não explica nada. Eu me sinto mais um tapa buraco aqui do que um profissional. Não consigo atender os pacientes, acolher. Acho que isso é o tipo de gestão. Não adianta eu falar nada pro paciente. Eu falar e nada é a mesma coisa...

Nessa mesma direção, o trabalho não é visto como algo capaz de promover mudanças. O discurso parece solitário, mas emerge no grupo como parte de um assombro coletivo: “não consigo promover mudanças, não consigo fazer crescer”, como se tal situação fosse algo restrito a uma categoria ou mesmo a um determinado serviço.

Percebe-se que a expressão “fazer crescer” se associa à necessidade de responder a uma prescrição e desempenhar a mesma de modo a obter êxito no cumprimento do que está indicado na legislação proposta para esse setor da saúde. Atrelados a essa necessidade, recorrem à normatização do serviço, indicando a prevenção como base do trabalho a ser realizado, uma vez que essa vai ao encontro do que está prescrito nos documentos que expressam as diretrizes políticas das ações a serem desenvolvidas na Atenção Básica.

Ao constatarem que tais prescrições estão distantes da prática e das exigências prementes no dia a dia, negam o que realizam e consideram seu fazer como algo inútil e sem propósito. Nessa situação, apontam a necessidade de se enquadrarem de acordo com as normatizações e diretrizes propostas, como uma tentativa de que suas ações sejam tidas como efetivas e reais. Desse modo, nota-se que desconhecem o real produto de seu trabalho, o que promove sentimentos de angústia, inadequação e incapacidade, enfim, sofrimento.

Por exemplo, não tem uma reunião que sustente os encontros e o acompanhamento dos pacientes. Eu não consigo fazer crescer e pra mim sempre vai haver esse buraco. Isso devia ser um complemento do trabalho de atendimento. Avaliação, reunião informativa. Estou aqui pra fazer prevenção. O paciente volta e estou fazendo a mesma coisa, repetindo a mesma informação. Já começa que a gente tem que atender um número x de pessoas por dia. E esse número nunca é pouco. Pra vir aqui hoje, eu tive que pedir pra não marcar encaixe pra mim, por exemplo. Porque eu tenho encaixe todo dia. As pessoas, às vezes, vêm aqui só pra trocar receita de outros médicos, porque perderam a data de validade, mas isso demanda um tempo. Isso é virar um ‘tapa buraco’.

Carência “emocional”

Durante a discussão, o termo carência também desponta como falta de atenção, sendo associado a questões emocionais e ao vínculo que reconhecem ou não reconhecem fazer com os usuários do serviço. A esse respeito, indicam que a atenção solicitada é algo que extrapola as funções prescritas para o trabalho em saúde e não se sentem capazes para realizar tal cuidado. Aqui podemos supor que ficam excluídas formas de cuidado das necessidades que aparentemente não estejam relacionadas àquelas de caráter orgânico, ou seja, certas demandas não são identificadas como possíveis de serem supridas ou, ao menos, consideradas na rotina de ações realizadas em saúde:

Eu também acho que eles são carentes em questão de atenção. Muitos deles vêm prá cá só pra conversar. Às vezes, se apegam em algum tratamento, acham que você é além daquele profissional. Eles tratam você como um amigo, como familiar. Tem paciente aqui que eu conheço os segredos dele, que nem o próprio familiar conhece. Eles têm essa condição de se abrir pra gente e eu acho isso também bacana. Apesar que a gente não tem condição de dar toda atenção que eles precisam. Porque, às vezes, a gente tá tão corrido que male má a gente escuta o povo

A relação entre profissionais e usuários aparece, assim, despotencializada e descaracterizada, visto que o termo carência a engole e sobrepõe pelo julgamento de que a frequência à Unidade de Saúde é uma desculpa, uma fuga dos problemas sociais e pessoais:

Tem uma paciente também que vem aqui e todo dia ela arruma desculpa pra ficar internada no pronto socorro. É a dona I., vocês sabem. Isso é a carência. Aí o médico fala “vou te dar alta”, aí ela arruma alguma coisa pra ficar (todos riem).

Ela fala que não tá se adaptando à filha dela e que prefere ficar aqui. Eu já pedi até um estudo social pra ver o que a gente resolve. Mas tá difícil.

Carência “social”

No decorrer das falas do grupo, são identificadas demandas emocionais e sociais, mas os profissionais declaram-se impotentes, como já apontado, diante da necessidade de oferecer um cuidado que ultrapasse as demandas orgânicas. Saúde e social surgem como instâncias separadas e opostas em seus princípios e ações, não sendo entendidas como complementares. Assim, a Atenção Básica em saúde é reiteradamente relacionada apenas aos cuidados dos problemas

orgânicos, de modo que as demais necessidades da vida humana são delegadas a outras instâncias.

Evidencia-se, desse modo, um distanciamento entre o que se concebe nos documentos oficiais da política pública, a integralidade, e a possibilidade de que isso possa ser desenvolvido na prática. As falas do grupo indicam ainda a não apropriação de um conhecimento que deveria fazer parte da equipe que trabalha na ação estratégica para a implantação da prática assistencial do SUS e nos leva a questionar: o que isso tem a ver com formação? O que isso tem a ver com a organização do trabalho?

É. De repente, eles tentam resolver o problema familiar aqui, né? Querem transferir a família pro postinho.

Na discussão, áreas de conhecimento como a psicologia e o serviço social aparecem como especialidades capazes de realizar o cuidado das demandas com as quais a saúde, na compreensão desses profissionais, não se relaciona:

Ah, mas aí já tem que arrumar uma vaga com a Dra. Luciana, né? (risos)

O sofrimento desponta como uma questão que perpassa usuários e profissionais e os risos e a agitação do grupo indicam que conteúdos importantes foram manifestos:

É, acho que todos nós estamos precisando de um psicólogo (risos).

Os profissionais indicam que há uma demanda que não está apenas relacionada ao sofrimento orgânico, mas tal percepção dá lugar a uma escuta que se faz surda em meio à organização do serviço e sua operacionalidade:

Porque, às vezes, a gente tá aqui na medicação e conversa com as pessoas. Isto é, quando a gente tem tempo, porque a gente não tem muito tempo. Aí a gente fala uma coisinha, puxa um assunto e aí a gente fica. Precisa chamar outra pessoa e quem tá aqui fora esperando não tem aquela paciência da pessoa que tá lá dentro. Aí a gente fica: 'é'; 'é sim', 'tá bom', 'então tá' (risos).

Coordenadora do grupo: Então, ao mesmo tempo que tem essa coisa da atenção, que tem esse pedido de atenção, por outro lado, às vezes também não dá conta de dar esse acolhimento?

É. Verdade, a gente não tem essa condição. Eu tive uma paciente aqui de TB (tuberculose) que fez tratamento uma vez comigo, morava aqui e aí depois, com o tempo, ela teve tuberculose de novo. Ela veio, fez o teste aqui, mas ela não estava morando mais aqui. Ela estava morando em B. (outro município), mas ela queria vir tomar o remédio aqui todo dia por causa da gente. Aí eu falei pra ela tomar a medicação lá. Porque já pensou você sair de lá pra vir tomar o remédio aqui? Mas pra você ver que o paciente se apega à gente também.

Novamente, aparece uma referência ao tipo de vinculação que os usuários têm com o serviço, porém, ainda como uma demanda para a qual eles (trabalhadores) não têm como responder:

Às vezes, mudam também de bairro e querem continuar passando. Acaba criando um vínculo.

Mobilizados pela percepção da demanda, mas incapazes de conseguir operacionalizar a acolhida para além da doença, surge no discurso do grupo o sentimento de “dó” direcionado aos usuários, que são vistos como “coitados”. Neste trecho, manifesta-se também o sentimento de culpa e inadequação das práticas, em face do que realmente é solicitado:

Dá maior dó fazer assim, mas a gente precisa, se não a pessoa fica.

Durante a discussão, querem justificar a vinda dos usuários, fazendo relação entre necessidade e desejo, sem de fato conhecerem as reais causas. Atribuem a frequência dos usuários ao desejo de “virem por vir” e não a uma possível necessidade. Dessa maneira, o trabalho é admitido não apenas como fruto do cruzamento de projetos reais e conscientes, mas também de fantasias e desejos que operam e afetam a vida psíquica dos sujeitos nos aspectos individuais ou grupais:

Eu acho também que os pacientes sentem, pelo que eu percebo, assim, diferente de um particular, de um convênio. Aqui eu percebo que os pacientes sentem uma necessidade, mesmo que não tenham uma doença, que precise estar passando no médico, porque, por exemplo, meu marido é hipertenso, é diabético, ele vai uma vez ao médico, faz os exames de rotina e depois ok. Não só por ele também ser médico. Porque também percebo isso com outros familiares. Mas aqui não. Aqui o paciente passa, ele está todo controlado, mas ele já sai da sua sala perguntando: doutora, quando volto? Então parece que eles têm a necessidade de estar junto o tempo inteiro. Eu não sei se eles sentem mais acolhidos ou eles querem fazer exame a todo tempo. Eu não sei se é uma justificativa de estar vindo aqui no posto. Aí eu falo: “Não, mas você acabou de fazer exame. Você quer fazer de novo?” Então eu acho assim, que o motivo de tanto querer passar assim...você

pode perceber, eles querem passar todo mês, não sei se é uma forma deles criarem o vínculo, de estar passando, de estar conversando.

No contexto de intervenção, os profissionais convivem com angústias, visto que constataam no dia a dia de sua prática que a saúde e os cuidados com a mesma não requerem apenas alívio para a dor física e atenção para os aspectos orgânicos, mas também demandam cuidado para uma dor que não encontra lugar no corpo e que, por vezes, chega a se sobrepor à relação corpo-saúde-doença. Assim, a angústia se associa às dúvidas sobre o que fazer com aquilo que, acredita-se, está para além do que se pode oferecer; questão esta que parece esbarrar no processo de formação e nas prescrições e expectativas sobre uma determinada forma de atuação.

Porque de todos esses pacientes que passam, de verdade, aquele que está ruim, que tem uma doença grave, que você precisa dar mais uma atenção, não passa de 20, 30 %. Eles perdem a receita toda hora, então, fica pedindo o remédio toda hora. Não sei se é o acesso que ele tem fácil ou se ele gosta de ficar vindo ver o pessoal. Eu não sei.

Sendo assim, se no discurso dos próprios profissionais apenas a minoria dos usuários procuram o serviço por causa de uma doença, como é ser profissional de saúde nesse lugar e ter que administrar situações e ações que vão além da doença?

Todas as reflexões despertadas pelas falas dos profissionais nos levam a questionar a concepção de saúde que ainda perpassa os serviços. Se de um lado há um esforço explícito em documentos e legislações para se compreender que saúde é um conjunto de ações que atentem para as necessidades físicas, psíquicas e sociais, de outro, a prática aponta para algo que não é compreensível apenas através da teoria e seu aparato conceitual e que ultrapassa a prescrição do trabalho a ser desenvolvido.

Apesar da sustentação e fundamentação em conceitos teóricos indicarem um caminho a ser seguido pelos profissionais, tais como a acolhida, a vinculação e estratégias voltadas para a prevenção, ele parece não responder e dar conta de algo que perpassa a todo instante as instituições de saúde responsáveis pela Atenção Básica. Isso conduz, muitas vezes, profissionais e instituição a uma não escuta, incapaz de compreender as demandas implícitas e explícitas dos usuários, sempre que se tenta sobrepor o prescrito ao real, o conceitual ao assistencial e o teórico ao humano.

Observa-se que, a certa altura da discussão, o grupo realiza uma associação do termo carência a uma característica do território, aproximando-o assim das questões sociais. Chega-se a indicar, implicitamente, uma condição de “isolamento social”. É interessante notar que tal observação é realizada pelo profissional da recepção, que tem contato direto com o endereço e localização dos usuários do serviço e traz para a discussão outro aspecto: a carência de comunicação, de ter com quem conversar.

Se você pegar o endereço, dá pra ver. Eles parecem que não têm com quem conversar lá, aí eles querem vir. Quando eu trabalhava na dengue, a gente fazia serviço na área urbana e quase não era atendido, mas lá é difícil você sair da casa da pessoa. ‘Ah, fica mais um pouco, toma café, toma água, vê aqui a minha árvore não sei do quê’. Eles sentem uma carência de conversar com alguém. Eu notei pelos endereços que esse pessoal de lá, da área rural, conversam mais. Eles sentem mais carência.

Mais isolados. E a segurança também conta, é bem mais seguro. Então as pessoas recebem melhor lá também. Nos centros, o pessoal já tem mais uma restrição.

Os relatos indicam também que os profissionais esperam direcionamentos, o que se expressa nesse contexto por uma necessidade de esclarecimento sobre o que é prescrito. O sofrimento se dá na fragmentação e na perda da totalidade do que produzem, bem como na ausência de reconhecimento da materialidade de seu trabalho.

Dentre tudo aquilo mencionado até aqui, dois pontos merecem destaque. O primeiro nos remete a reflexões acerca do que está prescrito nos documentos da política pública de saúde como diretriz de atendimento para a Atenção Básica e o distanciamento (ou lacuna) que – fazendo um paralelo com o que é discutido na psicodinâmica do trabalho – se estabelece entre o prescrito e o real. O segundo ponto nos faz indagar sobre o lugar que a saúde e a Atenção Básica, materializadas em serviços e instituições, ocupam na vida dos usuários e profissionais que com elas atuam.

Nesse sentido, Castoriadis (1975) afirma que uma sociedade é mantida pela reprodução e consolidação da sua produção de sentido, que inventa seus significados, que organizam, orientam e direcionam a vida dos indivíduos que a constituem. Tais produções não se reduzem ao simbólico, mas só podem existir no simbólico. Assim, uma determinada organização econômica, um sistema de direito, um poder instituído e uma religião existem socialmente como sistemas simbólicos sancionados.

(...) as organizações são cunhadas pelo simbólico, a partir do que já existe nele. Mas esta cunhagem se dá de maneira imprevisível, já que depende da maneira como se dá a relação significante/significado, que fazem surgir conexões e consequentes nunca antes mencionadas ou esperadas. São fendas, espaços de criação e liberdade, que dão ao simbólico não só o lugar de determinante da vida em sociedade como também de invenção, de engenho. Outra face das instituições é o componente imaginário. Este estabelece com o simbólico uma relação onde, ao mesmo tempo em que se utiliza do simbólico para existir e se expressar, este toma o imaginário em sua capacidade de exceder a coisa, de ver o que não é (CARRETEITO, 1993, p.234).

Para o autor, o imaginário se divide em duas partes: o imaginário efetivo – entre o significante e o significado, necessário ao estabelecimento da relação simbólica – e o imaginário passado ou radical – composto por duas figuras do indivíduo, que são a autonomia e heteronomia. A primeira diz da capacidade do indivíduo de ser autônomo, de poder observar as leis e regras do mundo e, a partir de sua reflexão crítica, poder criar regras próprias para este mundo, no âmbito individual e coletivo. Já a heteronomia tem relação com o conjunto de regras, determinismos e forças que reproduzem os valores e outros instrumentos de sustentação da ordem colocada, contribuindo para a manutenção das instituições. Autonomia e heteronomia convivem, uma como espaço de criação e a outra, de manutenção.

Levy (2002) diz que a coexistência entre a ordem simbólica e a imaginária é tudo, menos pacífica, e esse fato cria na realidade institucional uma tensão permanente. Para esse autor, quanto maior for a separação entre o sistema simbólico e o imaginário, mais poderemos falar de um sistema institucional que funciona fazendo surgir a repetição mortífera, que não permite novas questões e engendra fenômenos de alienação.

A esse respeito, Castoriadis (1975) comenta que a alienação é aquilo que se opõe à atividade criativa do homem em um mundo criado pelo próprio homem. Desse modo, toda alienação é uma objetivação humana e advém da própria atividade humana, como se a vida pregressa do indivíduo fosse objetivada em uma função necessária para atender a sociedade, o que o aprisiona e o automatiza.

Para o mesmo autor, apesar das funções alienantes, os indivíduos elaboram estratégias que possibilitam a eles não se tornarem apenas corpos dóceis, podendo criar outras funções, outras necessidades.

Desse modo, no contexto do trabalho em saúde, especialmente na Atenção Básica, podemos pensar que o imaginário e o simbólico que perpassam os cuidados, as prescrições e a relação vincular, estão relacionados à falta, à carência ou mesmo a uma espécie

de (im)possibilidade de dar contingência a algo que não se materializa, mas que diz de uma condição do humano, do que padece e sofre.

Nesse mesmo sentido, Paula (2011) discute que a alienação do trabalho, que se solidifica na desapropriação de seu produto e na automatização das práticas, é cenário de constantes conflitos.

Sendo assim, podemos supor que, se há uma conformação entre imaginário e simbólico, nas instituições de saúde, esta se dá de modo cindido e pode reproduzir, como nas organizações de produção, um fazer automatizado que engendra processos de alienação.

Assim, como se dá a relação entre o prescrito e o real na Atenção Básica?

Para Dejours (2003; 2009), o trabalho real é aquele que acontece diante do inesperado, não prescrito, não previsto e nem normatizado. É o trabalho que se realiza com a produção subjetiva daquele que o realiza. Na falta de discussão sobre o trabalho real e de se considerar o envolvimento da atividade subjetiva que ele pressupõe, a avaliação objetiva impõe uma negação da realidade do trabalho. Desse modo, quando a carência do outro emerge na discussão, podemos supor que isso corrobora com a negação da realidade do trabalho que de fato realizam.

A esse mesmo respeito, somos levados a pensar que, por mais que documentos ofereçam um direcionamento para as ações em saúde, a relação estabelecida entre teórico-conceitual e tecnicoassistencial será sempre permeada por lacunas e estas, por sua vez, serão tidas, muitas vezes, como intransponíveis em face das contradições das políticas, que geram efeitos no processo de subjetivação dos trabalhadores da saúde.

4.2 A ambivalência na relação entre profissionais e usuários do Sistema de Saúde

Para o desenvolvimento desta discussão, sinalizamos que os fragmentos abaixo retratam a relação ambivalente entre profissionais e usuários do sistema de saúde da Atenção Básica. Eles indicam que, ao mesmo tempo em que há o estabelecimento de uma relação de proximidade, esta é atravessada por sentimentos de desconfiança, medo e reações de ataque de ambas as partes.

Nas discussões do grupo, as menções a situações de desgaste e sobrecarga têm estreita relação com o descrédito dos usuários, com os sentimentos de desvalorização do trabalho e com as situações de despontecialização e desempoderamento. O medo também aparece relacionado à possibilidade de errar e ter que lidar com a responsabilidade pela vida e pela morte.

Diante disso, o sofrimento desponta como sentimento latente nas situações sobre as quais declaram não ter controle e o ataque surge como recurso emocional possível para lidar com o que não é concreto e não pode ser compreendido se não for fragmentado entre bom e mau.

Em um primeiro momento, os profissionais reconhecem que os usuários demonstram gratidão por todos os atendimentos prestados, mas esse foi o único apontamento positivo que eles conseguiram realizar ao longo de todo o grupo:

Eu também gostei de trabalhar em UBS. Eu trabalhava em hospital. Não era particular, mas a administração era. E lá a gente fazia todo o nosso trabalho e não havia ninguém agradecendo seu trabalho. E aqui, o que eu percebi logo que eu entrei? Pra tudo as pessoas falam “obrigado”. Tem uma gratidão. Você tá fazendo uma vacina e as pessoas tão agradecendo. Tá lá furando a pessoa, tirando o sangue e eles tão dizendo “ai fia, obrigado, Deus te abençoe”. E isso eu não via e isso também é gratificante pra gente. Claro que tem aquelas exceções e em vez de obrigado você quase leva um soco na cara, mas é bem menos que o agradecimento deles (silêncio).

Fazem uma primeira tentativa de atribuir à organização do Sistema a responsabilidade pelo entrave na relação com os usuários. Citam os encaixes – consultas que podem ser realizadas sem agendamento prévio – como o grande vilão das consultas na UBS. Acreditam ser este o causador de um processo de desqualificação e desvalorização de seu trabalho e atribuem aos usuários a não responsabilização pelas consultas que, segundo as “regras”, deveriam ser agendadas.

A partir disso, somos conduzidos a uma série de questionamentos: Como fica a “porta de entrada”? Como isso se relaciona com os princípios do SUS e com o que está posto para a Atenção Básica? Se temos uma portaria que prescreve a Atenção Básica como porta de entrada, de que forma isso tem se expressado nas práticas? Será que o vilão é exatamente aquilo que deveria fazer parte da rotina e das ações propostas para esse setor de atenção em saúde?

Em outros termos, no processo de burocratização, os meios substituem os fins e o que seria o atendimento do usuário é substituído pelo bom cumprimento das regras e pelo bom funcionamento da instituição:

E o paciente desconta tudo em cima da gente. Fica com raiva. Eles pensam: eu venho, quero consulta e pronto. E tem os pacientes que marcam e não comparecem. Pra mim, encaixe nessa Unidade não é necessário, porque tem o PS (pronto socorro). O encaixe faz com que o paciente se desresponsabilize pela consulta. Ah, eu falto e depois vou lá e entro no encaixe.

No trecho seguinte, referem preocupação com a segurança, sentem-se desprotegidos pela possibilidade de um “ataque”, que parece, a princípio, relacionar-se ao fato dos usuários reclamarem e buscarem seus direitos. Em relação a isso, acusam os usuários de serem mal educados e de só ouvirem o que lhes é conveniente.

Também referem a falta de proteção diante das demandas dos supervisores do serviço. De acordo com os profissionais, cobra-se produção e o Sistema não os protege da ameaça representada pelos usuários. Aparece aqui uma tentativa de recorrer ao que está prescrito, idealizando uma proposta de atendimento e, conseqüentemente, desconsiderando tudo o que realizam:

Pra mim, as pessoas são mal educadas. Nós não temos segurança aqui. O paciente aqui escuta até a parte que ele quer, a parte que convém a ele. Vão até a administração para pedir coisas. Lá, querem tudo, porque têm direito e tem que ser agora. Todos nós estamos sobrecarregados aqui. Não temos tempo pra se reunir. E., meu supervisor, quer produção e não prevenção.

Pra mim, é o que a L. falou. Infelizmente, a gente toca como dá. Nem reunião resolve, porque isso é um problema cultural. As pessoas não querem entender nada, elas só querem ter direito e a gente não é valorizado e nem nunca será.

Ao longo dos discursos, surge o que entendemos como sofrimento, diante do sentimento de inadequação e desvalorização, expresso na fala dos trabalhadores como sobrecarga:

A população não acredita na gente, checa a informação e busca a resposta que eles querem.

Em face do desconforto do que reconhecem, afirmam a necessidade de ampliar a discussão, buscando outros profissionais que compartilhem as mesmas situações. Embora haja o reconhecimento de que há automatização do trabalho, este não é compreendido em toda sua complexidade, pois os usuários ainda continuam sendo apontados como os que não conseguem entender.

Eu acho que a gente poderia também perguntar pras outras pessoas, pros outros profissionais que não estão aqui, como é que eles se sentem aqui. A gente fica na produção e os pacientes não conseguem nos entender.

Em um breve instante de reflexão, acreditam que há uma falha no trabalho que vem sendo executado e declaram que não conseguem acolher os usuários. No entanto, não possuem clareza do que de fato consideram ser a falha, visto que transitam a todo instante entre o prescrito, o real e o idealizado. Dessa maneira, despontencializam o próprio fazer e se sentem despontencializados pelos usuários.

Além disso, utilizam o termo assédio, para definir a relação que estabelecem com os usuários do Sistema. Declaram-se assediados, ameaçados e sufocados pelas cobranças dos usuários e chegam a afirmar que o direito é algo que só beneficia uma das partes e que acaba sendo utilizado para obrigar e atacar os profissionais:

A gente não consegue acolher as pessoas, eles não escutam o que a gente fala. Ficam bravos. Batem na porta.

Com vocês eles ainda batem na porta. E lá na recepção que nem porta tem? Eles só faltam bater na gente (risos).

Se você fala “não” pro paciente, você é mau. Isso também é contra os funcionários.

Eu acho que isso é um assédio. Aqui a gente é assediado o tempo todo.

O paciente acha que é obrigação tudo que a gente faz. Eles te sufocam, eles gritam com a gente, eles acham que tudo é direito só deles.

Aliás, direito é uma palavra que as pessoas adoram. “Se eu tenho direito a alguma coisa, eu quero, mesmo que não esteja precisando”.

É a distorção da palavra.

Tem ouvidoria pro paciente falar mal do atendimento, reclamar de mau trato. E pra funcionário falar? Tem direito também? Tem espaço? Não temos quem nos defenda. Você não tem direito de negar atendimento. Pra mim, a Secretaria é muito paternalista. O paciente é o pobre, o coitado, o doente.

Percebe-se, assim, que a busca de informações e a exigência de que os direitos sejam garantidos são entendidas pelos profissionais como afrontas as suas competências. Apontam que a busca dos usuários por informações e apropriação do direito é algo que agride. Sentem-se ameaçados pela busca de autonomia e de outras necessidades dos usuários que vão além dos saberes e práticas que dominam:

O pessoal se sente firmado em alguma potência. É o direito é meu e você tem que fazer aquilo. Não adianta falar: “olha, a gente não tá tirando o seu direito, mas não compete a nós”. A gente não sabe de onde eles vêm com essas informações, mas tem

coisas que eles acham que a gente tem que fazer. Aí é a hora que a gente fala: “você pode procurar seus direitos onde você quiser, mas não aqui com a gente, porque a gente não pode dar conta disso”.

Eles chegam e querem ser atendidos naquela hora e pronto.

Em determinados trechos, surge a preocupação com a necessidade de se proteger e se fortalecer como equipe para combater a ameaça externa, entendida como o usuário do serviço. Para justificar tal fala, recorrem a um caso e seu manejo. Apontam que a união do grupo é necessária no combate a esses “inimigos” que, segundo indicam, desrespeitam, desacreditam, despotencializam e desautorizam. Percebe-se também um medo latente de algo que não é nomeado, mas que denuncia a desconfiança e a falta de proteção que permeiam as relações estabelecidas entre usuários e profissionais:

Tem que tomar um pouco de cuidado, porque o próprio paciente começa a jogar o dentista contra o médico, o médico contra a equipe de enfermagem. Então isso complica, a gente tem que acabar sempre se falando.

Um caso típico a gente teve com uma senhora que toma ASSs. Eu suspendi o ASSs antes de realizar uma extração e aí ela foi passar com a equipe de enfermagem e era muito cedo e estava muito cheio o posto. Fez um show, dizendo: “imagina que a mãe dela ia ficar esperando, porque a dentista mandou tirar a pressão agora”

Ela chegou e a gente estava fazendo a coleta do sangue de alguns pacientes. Eu estava com a agulha em uma paciente e aí ela chegou falando: Ninguém pode parar aí, pra medir a pressão da minha mãe, não?”

Quando eu peço pra aferir, eu sempre mando uma cartinha pras meninas, pra elas fazerem a anotação e eu saber. E nisso, eu só ouvia o barulho que ela estava fazendo com as meninas, mas eu não tinha mandado ela aferir naquela hora. Eu disse pra ela que ela seria atendida, mas que deveria esperar um pouco e que, como estava muito nervosa, era bom se acalmar primeiro. Quando ela voltou, eu perguntei o que aconteceu e ela foi dizendo: “é por que ela tinha que parar, mas não quis parar pra medir a pressão”. Aí eu disse pra ela: “não, ela não tinha que parar. Está escrito aqui, enfermeira pare agora o que estiver fazendo e atenda essa paciente?” E eu disse ainda: “olha, eu te expliquei bem: de manhã é complicado, a gente faz a coleta, tem que aguardar”. E a paciente continuou: “não, porque isso é um absurdo, minha mãe já veio de jejum”. E eu, pacientemente, continuei: “olha, tudo isso foi pensado. Ninguém tá fazendo de qualquer jeito. Tudo foi estipulado antes”. E ela continuou acelerada e eu tive que esperar ela sentar e se acalmar pra só depois fazer o atendimento, porque nessa, a pressão já tava alta de novo.

Se elas (referindo-se às técnicas em saúde e à enfermeira) não me conhecem falam: “ah, a dentista tá querendo botar pressão”. Quando ela se acalmou e eu atendi, ela veio me pedir desculpa e aí eu disse: “não é desculpa pra mim que você tem que pedir, é pras moças da enfermagem, porque você foi mal educada com elas”.

O conflito entre usuários e profissionais expressa o que entendemos como um desgaste e sobrecarga. Embora não tenham sido nomeados pelo grupo diretamente, esses termos permeiam os comentários quando contam da relação que se estabelece entre usuários e trabalhadores. Tais aspectos surgem como emergentes, ao apontarem que os profissionais sentem-se ameaçados pelos usuários, que parecem jogar um profissional contra o outro, indicando falta de comunicação entre a equipe. O discurso aponta também que a equipe se vê fragilizada ao lidar com uma população vista como potencializada.

Além disso, diante da impossibilidade de compreenderem a qual demanda responde à Atenção Básica, surge a ambivalência de sentimentos em relação aos usuários que ora são vistos como os que procuram o serviço porque gostam, ora apenas para brigar:

Às vezes, o paciente vem pra cá só pra brigar com a gente. Eles já chegam bravos e, qualquer coisa que você fala, eles já gritam.

Porque se, por exemplo, a gente tá ali, trabalhando, e o paciente vem e agride ou fala alguma coisa que deixa a gente nervoso ou já fala alto com a gente, o outro, por mais que você queira dar um sorriso, já não vai sair assim, aquela coisa espontânea. Já não vai ficar assim tão legal. Porque aquela pessoa já te estragou (risos).

É, a gente, às vezes, tá conversando, tá dando risada, aí já chega um estressado falando e xingando. Acaba com o dia da gente. Todo mundo já sai mexido. Tão bom o dia em que você trabalha e entra às sete da manhã e vai embora às quatro, sem nenhuma intercorrência. Oh, louvado seja Deus; é muito bom!

Em face da “ameaça externa”, novamente expressa como sendo o usuário e seus questionamentos, os trabalhadores indicam a necessidade de obter controle sobre o trabalho em seus aspectos instrumentais e gerenciais. Para se proteger, apontam que é necessário se enquadrar em um modelo:

A única ideia que eu acho pra tirar os encaixes é ter bastante clínico. Quando tinha bastante clínico, não tinha encaixe. E, mesmo que depois os clínicos fossem diminuindo, era um jeito da pessoa acostumar a vir no dia certo da consulta.

Marca na ficha do paciente também se ela é encaixe. Coloca na folha dele. Porque se ele vier de novo, a gente vai lembrar e tentar entender por que aquele paciente está sempre pedindo só o encaixe.

Ressaltam também que os usuários conseguem burlar o sistema, vencendo os profissionais da Unidade pelo cansaço, pelo esgotamento do discurso e, conseqüentemente, pela perda de

controle sobre o trabalho. Em contrapartida, percebe-se que os profissionais pouco compreendem o que, de fato, acarreta essa perda de controle:

Eles (os pacientes) vencem pelo cansaço, eles ficam ali buzinando na cabeça deles (referindo-se aos funcionários da recepção).

Coordenadora: Esse movimento dos encaixes é bem problemático pra medicina?

Várias pessoas falam ao mesmo tempo: Pra todo mundo.

Coordenadora: Então toda essa sobrecarga que tá com a medicina, que tá com a dentista, com a recepção, também vai sobrecarregando a enfermagem?

O questionamento leva a exemplificação de uma situação e a sobrecarga aparece implicitamente como o medo de errar, de não cumprir uma determinação e ter que responder a problemas por uma não avaliação ou mesmo erro técnico em suas atribuições – medo de falhar, de não conseguir executar o trabalho adequadamente e ser responsabilizado e culpabilizado por isso:

É uma sobrecarrega. Por exemplo, a gente agora tá pesando os pacientes da pediatria. Então sete e meia já começa os encaixes e nesse horário ainda estamos colhendo os exames. Aí eu vou lá, por exemplo, pesar com as meninas, porque sete e meia já tem que encaixar. E agora, a gente é que é responsável por triar todos os pacientes que vão passar com o pediatra e ainda tem que perguntar por que a pessoa vai passar. Se tá marcado retorno, eu pergunto, mas nem me preocupo. Mas o pior é que, quando eu penso que tá acabando, lá vem um monte de encaixe. E o pessoal da Secretaria dá orientação de que, dependendo do que a pessoa falar, eu é que tenho que dizer se vou encaixar ou não. Agora, você pensa bem, se eu fico lá e não encaixo e a criança passa mal e acontece alguma coisa terrível mesmo. Eu e a L. (outra enfermeira) encaixamos todo mundo. A gente não é médico pra avaliar isso. E a gente fica com medo, de repente, tomar uma decisão que dá uma complicação.

A ideia de que a cabeça está constantemente a prêmio está atrelada à sobrecarga e à responsabilidade por lidar constantemente com a vida e a morte, mesmo não executando ações relacionadas a cuidados emergenciais. A saúde e os cuidados demandados transitam, a todo instante, entre os domínios do imaginário e do real, da vida e da morte. Reconhecem que seguir o prescrito não lhes dá garantia de que estejam realizando um bom trabalho e o medo de errar, de falhar, de não corresponder às normas, está presente no discurso do grupo.

Foi também possível identificar que tal situação perpassa todas as categorias profissionais envolvidas na assistência à saúde, embora no discurso social ou mesmo dos próprios

trabalhadores da saúde ainda se recorra à figura do médico como o único responsável pelo salvamento de vidas.

Mas acho que mesmo que fosse um médico, ele também ia encaixar todo mundo, porque não ia querer colocar o pescoço dele na forca. Ia encaixar todo mundo.

Pois é, médico que é médico precisa pedir exame pra saber, agora a gente vai olhar pra cara da pessoa e dizer: “ah, esse tá bom, volta depois. Esse não tá”.

No fundo a gente reclama do paciente, mas, na verdade, o problema está na gente também. Está todo mundo levando.

Eu fico me perguntando se eu estou fazendo o certo. Se eu estou conseguindo realizar um bom trabalho. Eu gosto do que eu faço, eu gosto de trabalhar no serviço público. Eu falo isso pra minha família, pras outras pessoas e todo mundo acha que eu sou doida, mas eu também não concordo com esse tipo de trabalho em que a gente tem que só produzir e produzir. Eu sinto medo. Medo de não estar fazendo direito. Eu sinto medo.

Durante a discussão, apontam que todos os setores padecem do mesmo sentimento de ameaça e medo decorrentes de uma não resposta ou mesmo do erro na conduta de um procedimento. Percebem que os profissionais da recepção do serviço também carregam grandes responsabilidades e se sentem sobrecarregados, precisando fazer essa triagem, sendo cobrados pelos profissionais e pacientes, mesmo não possuindo conhecimentos técnicos:

Eu acho que quem sofre mais ainda com tudo isso é o pessoal da recepção. Eu percebo que essa liberdade de encaixe, quem sofre mais são eles.

É. Eles chegam e na hora que chegam já falam: “eu quero encaixe”. Dali a gente fala: “olha, a gente vai anotar e se sobrar vaga...”. E eles já falam “como, se sobrar vaga?”

Já xingam eles.

A gente fala: “a senhora senta ali e aguarda” e de cinco em cinco minutos a pessoa fica vindo perguntar: “vai sobrar encaixe?, eu tô doente”. E a gente tem que falar: então vai no pronto socorro. E eles começam: “vou falar com sua chefe”. E a gente fala: “oh, meu Deus, pode falar, pode falar”

Indicam que os usuários, quando contrariados, recorrem à chefia da Unidade na tentativa de que os profissionais sejam penalizados por suas condutas. Novamente surge a ideia de que os usuários estão potencializados e fortalecidos diante de profissionais fragilizados, seja por sua falta de comunicação, seja por uma falta ou falha na organização do serviço. Acreditam ainda que, quando os usuários obtêm o que querem com a chefia, os profissionais são

desvalorizados e desrespeitados. Nesse ponto da discussão fica claro o conflito, a oposição entre usuários e trabalhadores. Tais situações também denunciam um distanciamento entre o que a política pública prevê com relação à participação popular, ao controle social, e a compreensão e expressão que se tem dessas diretrizes na prática cotidiana:

É que a ideia deles é que a chefe tá aqui pra dar chicotada na gente (risos)

E pra autorizar tudo que a gente fala não.

E eles ainda falam: “ah, quero ver se não vou conseguir”. Antes era pior. E, às vezes, eles (referindo-se aos demais funcionários) falavam não e o chefe ia lá e conseguia. Hoje eu tento falar a mesma língua deles pra não dar problema.

E eles voltam lá e falam: “Viu? Marcou, viu? Seu trouxa”.

Nos trechos a seguir, o grupo reconhece que há determinadas diferenças, pois alguns são mais suscetíveis aos “ataques” que outros, visto que a desvalorização e desqualificação ficam mais explícitas para algumas categorias profissionais:

Ah, eu vejo muito isso. Eu acabo de chegar no lugar e vejo que fulana tratou mal fulana, mas quando chega aqui na sala tá bonzinho. Então o paciente vai lá e destrata a enfermeira, quer obrigar ela a fazer um procedimento ou quer obrigar o pessoal a encaixar ela de todo jeito e depois eu vou lá e vou atender. E com a gente não.

A gente pergunta: “aconteceu alguma coisa lá fora?” E eles falam: “não doutora, tá tudo bem, tudo ótimo”.

A gente esperando e eles fazendo a maior agitação aqui fora (risos).

Isso acontece também muito aqui no pronto socorro, porque o médico demora dez minutinhos e eles começam: “cadê o médico?” e quando o médico aparece e a gente já tomou todos os gritos, de tudo quanto é jeito; eles ficam outras pessoas e quando entram na sala da consulta estão uns santos.

Igual aqui. Eles gritam, reclamam com a gente, porque o médico demorou. E a gente fala: “fala com o médico”.

E a gente sempre pensa: “ah, agora vai falar”?

É claro que não fala.

Diante da explicitação e percepção de que na relação diária entre usuários e profissionais há um saber que não é desqualificado da mesma forma que os demais, um dos participantes do grupo questiona:

É, eu acho que o jeito é os médicos contarem o segredo deles pra gente (risos gerais e agitação no grupo).

Os risos e tumulto na sala sugerem a emergência de um conteúdo importante, visto que reconhecem que a hegemonia do médico ainda está fortemente presente no trabalho, colaborando para a manutenção de processos de desvalorização.

O processo de desvalorização do trabalho e os sujeitos desvalorizados se sustentam mutuamente, uma vez que, mesmo com a dificuldade de se dar conta de uma demanda que está além do fazer clínico, o saber médico ainda se mantém através do controle de instrumentos próprios de seu trabalho, tais como o controle de receitas e agendamentos de consultas:

O segredo é a receita e agendar o retorno (risos).

O importante é sair e sempre estar agendado pra uma próxima vez. Porque, se no dia a pessoa vai vir, é uma outra questão (risos).

E sair com a receita na mão.

E a melhor parte é quando você fala assim: “e qualquer coisa você volta” (risos).

Em meio aos comentários, surge o apontamento e a percepção de que há, na verdade, uma falsa valorização do médico, muito embora a mesma pareça sustentar um lugar de poder:

É com os remédios que eles querem, não que a doutora quer (risos).

Se o médico não passou remédio, ele não é bom.

Nos trechos selecionados a seguir, o “sofrimento” ainda atrelado ao desgaste é o sentimento que emerge diante do que os profissionais apontam como sendo uma desapropriação do saber, desvalorização e inutilidade dos serviços prestados. A constante ambivalência que se estabelece na relação entre usuários e profissionais, entre as ações realizadas e as prescritas e entre o imaginário e o real ganham ainda mais destaque nas discussões apontadas ao longo de todo esse tópico.

O discurso do grupo aponta para a desqualificação do próprio trabalho, para a ideia de que “se não compreendo meu trabalho e o que produzo com ele, posso ser produtor de qualquer coisa”:

Porque me falaram que trabalhar em postinho dá pra aprender a fazer tricô, crochê, sapatinho (risos). E até agora eu não consegui nem pegar na agulha (risos).

É outra agulha! (risos)

Estaria tal desconhecimento com relação ao que se produz em saúde também perpassando o imaginário da sociedade? E, indo além, podemos indagar se é possível trabalhar na direção do SUS, como um projeto da sociedade?

Meu pai sempre falou pra mim: “você vai trabalhar? Ah não, você vai lá no postinho” (risos).

Os profissionais da Unidade identificam que os pré-julgamentos com relação ao trabalho que executam possivelmente tenham forte relação com a pouca procura da população em outros tempos e a tranquilidade que encontravam no dia a dia. Hoje, ao contrário, o trabalho é sobrecarregado por tarefas:

Mas isso, acho, foi há alguns anos. Era o tempo que era mais tranquilo. Mas agora não tem nem tempo de respirar.

Volta a emergir o que, nesta análise, consideramos associado ao termo desgaste e/ou algo que se destrói progressivamente. Abaixo, sinalizamos um trecho em que os participantes do grupo apontam o desgaste como algo que vivenciam quando estão realizando uma tarefa que julgam aquém das prescritas para a profissão e a rotina.

Então você tem que ficar resolvendo problema tão bobagem e tem outras coisas tão mais importantes. É um desgaste mesmo.

Coordenadora do grupo: quando você fala de desgaste. Tem a ver com isso? (dirigindo-se à dentista).

A partir desse questionamento da coordenadora, o grupo consegue, pela primeira vez, afirmar que o desgaste é algo do âmbito institucional em que se dá o trabalho. E, em seguida, apontam implicitamente o desgaste como a impossibilidade de ter controle sobre a organização do trabalho e indicam os efeitos disso sobre a saúde mental. Trabalho este que é compreendido como desqualificado, seja por descrédito dos próprios usuários, seja diante da angústia de não conseguirem responder às demandas específicas ou mesmo às demandas que consideram estar além do saber da saúde e do que compreendem como sendo o trabalho em saúde.

Sim. O desgaste aqui não é da minha profissão é do clima.

Não é do atendimento em si.

O desgaste é assim: chega igual aquela paciente com a perna enfaixada (fala dirigindo-se às técnicas de saúde) e queria o material pra fazer o curativo em casa e a pomada. E eu perguntei pra ela qual era pomada, mas ela não sabia. “E que médico que deu essa pomada?” Aí a gente fala: “então a senhora precisa passar com o médico, o médico vai prescrever a pomada”. E a paciente insiste: “ah, mas você é enfermeira? Você pode me dar”. E a gente fica explicando: “mas aí, eu dou uma pomada errada, a senhora passa e nada dá certo. Eu não posso fazer isso”. Sendo que essa mesma paciente já deu problema outras vezes por causa disso.

Nesse mesmo sentido, no trecho a seguir, verificamos que os profissionais conseguem diferenciar os serviços e os diferentes níveis de atendimento, mas ainda têm dificuldades para responder a uma demanda que ultrapassa a relação doença/cura. Para dar conta do que não conseguem responder, surge a necessidade de enquadrar no Sistema e recorrer ao prescrito, além de sustentar a ambivalência em relação ao que reconhecem como real.

Por outro lado, com relação aos usuários também podemos nos questionar: o que é uma UBS para eles? E como fica para a sociedade a proposta de que a UBS pode resolver 80% da demanda de saúde? Tais aspectos denunciam uma enorme lacuna entre o que se entende e o que se pratica.

Além disso, os usuários que buscam os serviços demonstram reconhecer e se apropriar da fragilidade vivida pelos profissionais e passam a exercer o direito de escolha pelo que acreditam ser o melhor para suas vidas. Novamente, ficam evidentes o sentimento de desvalorização e a dificuldade para lidar com uma demanda que ultrapassa o fazer clínico da atuação profissional em saúde:

Mas isso até em dias de atendimentos normais daqui. Muitos pacientes chegam e querem ver a pressão, aí a gente fala pra esperar dez minutinhos, se acalmar. E eles ficam indignados. Aqui é uma Unidade Básica de Saúde, não é o Pronto Atendimento. Você vai chegar bem aqui e vai ser atendido no seu tempo.

Eles querem o que eles querem. Igual remédio de pressão. Hoje a paciente passou e ela toma o Lozatan com Captopril que são remédios da mesma fábrica e mesma função. Mas eles querem tomar o que eles querem tomar. Aí você vai tentar corrigir a receita: “escuta, não é legal você tomar dois remédios com a mesma função, um em cima do outro. É a mesma coisa que tomar dois anti-inflamatórios. Se é o caso, tem que tomar um anti-inflamatórios com analgésico e não dois anti-inflamatórios”. Aí ela me fala: “Ah, não, doutora. Eu já acostumei assim”. Resumindo, eu fiz a receita depois de muita

insistência dela. Depois eu até ri e falei pra ela: “vou fazer sua receita e depois você passa com outro médico e ele, vendo isso, vai pensar: ‘essa médica não bate bem’”. Aí ela deu risada: “ah, doutora, mas eu já tomo assim faz tempo”. Aí eu pergunto: você vai lutar contra isso? (risos)

Eu dei. Porque se eu não der, ela vai desmaiar, vai passar mal, vai ter um piripaque e vai dizer que o problema é por que mudou o remédio.

Os profissionais do grupo indicam que o desgaste está relacionado ao fato de terem de ceder aos apelos dos usuários, aparentando resistência ou mesmo dificuldade em reconhecer que a institucionalização do trabalho, a automatização das práticas, as lacunas entre os âmbitos teórico-conceitual e tecnicoassistencial em que se dá o trabalho são produtores de alienação, entendida aqui como a perda de compreensão do todo, do que está além da automatização das práticas e, por conseguinte, sofrimento.

Os trabalhadores da Atenção Básica retratam a todo instante certa desvalorização do saber profissional, algo sentido como uma ameaça. O discurso aponta que: “O usuário é o que sabe o que é bom pra ele, sabe o que quer e como quer, desconsiderando os saberes técnicos e delegando aos profissionais um lugar de auxiliar”:

Então pra evitar esses transtornos (risos), melhor dizendo, esse desgaste, a pessoa acaba cedendo.

Aí você passa por isso. Outro dia, uma falou: “aí, doutora, eu falei pro cardiologista me passar tal remédio” (risos).

Aí já pensou eu encontrando ele em uma reunião. Ele vai pensar: ah, essa é a doutora K., aquela que passa Captorpil com Lozatan (risos).

Igual eles falam, quando a doutora troca o medicamento e eles vêm medir a pressão e dá um pouco alterada: “ah, tá vendo? A doutora foi mudar minha medicação, só tá me fazendo mal”.

Eles são os médicos, os enfermeiros; nós só auxiliamos eles.

Em certo ponto da discussão, o grupo sobrepõe a condição socioeconômica à tentativa de compreender as atitudes dos usuários com relação aos cuidados ofertados.

Outro dia, não sei quem perguntou se o remédio que ele ia ter que tomar ia ter na farmácia daqui ou se ele tinha que comprar na farmácia popular. Aí eu falei: “ah, eu acho que sim, porque aqui só dá o de hipertensão e o de diabetes”. Aí ele falou: “ah, mas será que é caro? Eu vou lá ver, mas se for caro não vou comprar esse remédio”. O pessoal não quer gastar com remédio. Eles só querem o que tem aqui na farmácia. Fica

difícil pros médicos também tratar o pessoal aqui. Se não tiver na farmácia, eles não compram.

E eles fazem assim: passou com o médico, vai na farmácia. Se não tem o remédio, eles pedem um parecido, se não têm eles voltam pra trocar a receita de novo com o médico (risos).

No trecho a seguir, o discurso carrega uma ideia que transita não apenas pelo grupo de profissionais, mas por toda a sociedade. Ideia esta que traz em seu cerne o pré-julgamento de que o serviço público só é utilizado por pessoas com condições econômicas desfavoráveis:

Você fica na sala de vacina e escuta assim: “ah, minha carteirinha tá atrasada, porque eu fui viajar”. Um monte de gente. Mais do que a gente.

Ah, mas se você fala que tem na farmácia popular e que lá compra por vinte e cinco centavos, eles não querem.

Isso mesmo. É a gente que tem que dar.

Mais uma vez, o discurso é atravessado por ambivalências – ora usuários aparecem como os que sabem o que é melhor para eles, desconsiderando os saberes clínicos, ora como os que não sabem e não se responsabilizam por sua própria saúde.

O que eu vejo é que eles não têm comprometimento com a própria saúde. Não têm com uma dieta, não têm com um medicamento que vai tomar, com a atividade física que todo mundo tem que fazer e não faz.

E quando a pressão dá alta, eles saem daqui todos felizes. Mas se der normal eles ficam questionando: “como assim, deu normal”? (risos).

Outro apontamento realizado pelo grupo é que, dentre os médicos, os clínicos ainda são os mais procurados, em detrimento dos especialistas:

E outra coisa: nos clínicos, eles batem cartão, mas quando é um especialista que eles têm que ir, que é um problema grave, eles faltam, não vão, não marcam retorno. Eu falo: “gente, quando vocês saírem de um vascular, por exemplo, vocês têm que marcar o retorno, tem que perguntar direitinho sobre o tratamento.

É que eles estão acostumados a vir aqui e a gente resolver o problema. É isso que eu canso de falar.

Eu digo: “tem que perguntar tudo, porque o especialista tá passando um exame, um remédio pra você controlar aquele problema específico”

Porque eles vêm e eu digo: “eu não entendo nada de osso, eu não sei”.

Eles não questionam com o especialista. Eles vêm questionar aqui. Se o remédio não deu certo, eles vêm reclamar aqui com você.

“A doutora vai passar um remedinho, vai sarar, então, vamos ficar por aqui mesmo”. Como, por exemplo, pacientes que têm úlcera varicosa, que aqui tem de monte, mas que não vão passar nos especialistas. Preferem ficar sendo só atendidos aqui.

Diante dos comentários, a coordenadora questiona onde ficam os especialistas que atendem a demanda específica da população:

Ficam no AME e no R. (ambos os equipamentos estão no bairro central do município). E eu falo pra eles: “Mas se você vai começar a fazer um tratamento, vamos esquecer do clínico”. Claro que o vascular não vai dar um remédio de pressão e aí vai ter que voltar com o clínico, mas vamos fazer o tratamento com o especialista certinho.

Mesmo quando falam de um aspecto da burocratização do trabalho, voltam a responsabilizar os usuários pelo “mau uso” dos instrumentos de que se valem para trabalhar e direcionar a demanda:

Porque aqui tem que passar pelo clínico, pro clínico dar uma guia de encaminhamento pra eles. Quando eles conseguem pegar essas guias, eles não conseguem dar valor. Eles perdem o dia ou vai lá e nem perguntam nada. E mesmo que o doutor peça exame, não fazem ou não voltam mais.

Os questionamentos voltam a indicar a percepção de que há algo não compreendido no trabalho. Que lugar ocupa de fato a Atenção Básica no imaginário e no contexto real de usuários e profissionais?

Hoje mesmo eu atendi uma paciente que faz tratamento no AME com vascular, ela é hipertensa e no final ela fala: “ah, doutora, a senhora não pode me passar também um remedinho pra perna?” e eu perguntei: “Ué, mas você já não tá fazendo o tratamento com o vascular, ele já não te deu?” E aí ela falou: “Ah, doutora, mas eu não falei com ele que tá uma ferida”. Como assim, não suga o profissional, não comenta que está com uma ferida, que está com dor? Eles sugam a gente. Não sei se a gente é mais popular, se é mais solícito (risos)

Após os risos, emerge novamente o medo, compreendido por nossa análise como o “medo de falhar”. Neste momento, a palavra medo ainda não aparece explícita no discurso dos

profissionais, sendo apenas algo latente e sugerido nas situações em que alguma culpa pode recair sobre o trabalhador ou quando não é possível responder e dar conta de uma demanda que, dentre tantas outras, também é clínica. Só posteriormente o medo é apresentado no discurso.

Esse é o problema. Vem e depois que tem uma alteração, não quer passar no pronto socorro. Aí eu falo: “se você veio, agora você tem que passar no pronto socorro. Como vou deixar você ir embora sem passar no pronto socorro?” Porque depois, vem alguém aqui perguntando: “ué, mas fulano de tal não veio aqui?” Porque não vai ter ficha aberta e aí o pepino fica aqui. Eu falo: “eu vou te acompanhar até lá”. E eu vou e acompanho a pessoa, às vezes até lá pra ela fazer a ficha e passar no pronto socorro.

No decurso da discussão, demonstram uma confusão de sentimentos, ao se referirem à relação que se estabelece entre o pronto atendimento e o atendimento da demanda clínica da UBS, pois o pronto socorro é percebido simultaneamente como entrave e como grande aliado. Ressaltamos aqui que a Unidade de Saúde pesquisada divide o prédio com uma Unidade de Pronto Atendimento. O discurso do grupo expõe o “medo de falhar tecnicamente”, de não se conseguir responder à demanda que é clínica e, algumas vezes, torna-se emergencial dentro de uma UBS. Isso denuncia que a Atenção Básica lida com demandas emergenciais, apesar de não ter suporte técnico e tecnológico para isso, colocando os profissionais a todo instante em estado de alerta diante da necessidade de darem respaldo a uma ação emergencial.

Às vezes, você tem a facilidade do PS. O duro é quando você tá em uma UBS e o paciente encaixa, porque tá passando mal. Por exemplo, tá com a pressão 23 por 15, que é uma emergência hipertensiva. Aí você vai lá, atende e pede pra fazer uma medicação pra baixar, mas tem que encaminhar pro pronto socorro. E aí o paciente fala que não quer ir. E aí? Você fica com aquele paciente ali, sem condição de tratar em uma UBS, ele se recusando a ir. E se a pessoa piora aqui? Aí vão querer saber quem atendeu etc.

Outro trecho também ressalta o medo de não corresponder à especificidade da demanda clínica e da reação dos usuários. Identificam que as UBS não têm respaldo para emergências, porém lidam com solicitações dessa natureza em algumas situações.

Mas acontece. Lá no G. (Unidade com PSF), chegava o pessoal assim, que ia aferir a pressão e dava alterada. A gente sempre falava: “gente, se vocês estão sentindo alguma coisa, não venha pra cá. Vai pro pronto socorro direto”. E geralmente essa hora nunca tinha médico na Unidade e até a ambulância chegar, a pessoa pode até enfartar aqui, se ficar esperando. Muitas vezes a gente falava: “tá de carro, então vai direto pro pronto socorro, não adianta ficar aqui”.

Acho que a gente tem essa ideia também de que se a gente começar a cobrar as coisas, eles vão bater na gente, mas se a gente não cobrar, eles batem do mesmo jeito (risos).

Os relatos que indicam a relação ambivalente estabelecida entre usuários e profissionais apontam o medo como elemento de fundo pela impossibilidade de dar conta de algo que não se pode controlar ou modificar. Nesse mesmo sentido, parece também indicar que o medo se materializa em ataque, como uma estratégia de proteção ao que não se consegue compreender ou mesmo modificar na natureza do que se impõe aos trabalhos em saúde. Por fim, o medo emerge explicitamente no discurso do grupo quando um dos trabalhadores declara:

Eu tenho medo.

4.3 A normatização/burocratização como característica do trabalho realizado pelos profissionais

Na Atenção Básica, como nas demais políticas públicas, as normas e diretrizes são pensadas para dar um direcionamento às práticas, oferecer um contorno, um jeito de funcionar e direcionar as ações. No entanto, a institucionalização do serviço, aponta que ora tais diretrizes e normas são entendidas como aliadas, ora como entraves para o funcionamento do trabalho.

Nos trechos recortados neste tópico, observamos a presença de ambivalência na forma como os profissionais significam aspectos da normatização do serviço, ou seja, o que entendem como sendo uma norma prescrita por legislações, portarias etc e o que utilizam como aspecto da burocratização, aqui entendida como aquilo que se dá no âmbito da organização e que denuncia certo engessamento das ações.

Em diversas falas, pode-se constatar a presença da burocratização assumindo uma espécie de “escudo”, como se pudesse ser utilizada para proteger, dar segurança e suporte à relação que se estabelece entre usuários, profissionais e o serviço realizado. Em outros trechos, no entanto, essa mesma organização do trabalho é compreendida como algo que sufoca, sobrecarrega, paralisa, inviabiliza e dificulta as ações em saúde.

Em certo ponto da discussão, por exemplo, enquanto o grupo comenta sobre a vinda dos usuários à UBS e a livre escolha dos mesmos por frequentarem uma determinada Unidade, surge o comentário de que é preciso informatizar para se obter um controle da situação, manifestando a necessidade de organizar para dar conta da demanda. Percebe-se uma distorção entre o que se compreende por territorialização no aspecto conceitual, assim como se apresenta nos documentos oficiais, e o que demanda a prática.

As falas também apontam que, muitas vezes, o acesso não é considerado em sua plenitude, mas são criadas formas de controle para, de algum modo, inviabilizá-lo. Não se trata, porém, do que se poderia indicar como uma dificuldade de compreensão conceitual. Os profissionais demonstram conhecer a política, suas diretrizes e princípios, mas em face da (im)possibilidade de responderem a algo que, no contexto da prática, os implica de diversas outras maneiras não prescritas, utilizam-se dos instrumentos para justificar ações assumidas ou mesmo justificar suas fragilidades.

A Secretaria de Saúde é apontada pelo grupo como responsável pela ação de formalizar o controle territorial, porém, nota-se o descrédito dos profissionais em relação às ações a serem assumidas a esse respeito:

Mas vai ter uma hora que vai informatizar, né?

É. Projeto deles, né? – referindo-se ao projeto da Secretaria de Saúde (risos generalizados e agitação no grupo).

Coordenadora do grupo: Se informatizasse, daria pra vocês acessarem as informações de lá pra cá?

A partir do questionamento da coordenadora, o grupo aponta que a informatização auxiliaria, mas também inviabilizaria o acesso dos usuários aos demais serviços, quando os mesmos não estão cadastrados. Pela primeira vez, aparece uma observação ambivalente sobre a organização do trabalho em termos operacionais – “melhora, mas dificulta”.

Na verdade, quando informatiza, as pessoas de uma determinada região têm que passar naquele bairro, naquele posto. Só que apesar de funcionar um pouco melhor, eu vejo que se vem alguém de uma outra Unidade aqui, sempre tem o encaixe. Melhora um pouco, mas... Pelo menos, nos outros municípios em que já trabalhei, se o paciente não está no sistema, você não consegue encaminhar ele pra um especialista, eles bloqueiam um pouco.

Durante a discussão, identificam que a população faz uso de estratégias para burlar o sistema. Percebe-se que os usuários demandam mais autonomia dentro do modo como o serviço é organizado – pela política de saúde ou pela institucionalização das práticas:

Na verdade, eles fazem dois cartões. Pelo menos comigo acontece de perceber que eles têm vários cartões.

Às vezes, também acontece deles trazerem o cartão da região que não é atendida aqui, aí quando você fala: “olha, não dá pra passar, essa região é atendida por outro posto”, aí eles falam: “ah, desculpa, é que eu dei o cartão errado” (todos riem).

E se a gente pergunta: “mas como é que você tem dois cartões? Onde você mora mesmo?” Eles respondem: “é que eu mudei há pouco tempo. Eu moro nesse agora”. Ou seja, todo mundo muda o tempo todo, mas, na verdade, ninguém muda nada. Eles querem passar na hora que eles querem, com quem eles querem.

É isso mesmo. Eles pegam um endereço de um amigo pra passar aqui. Sem contar o pessoal que vem do nordeste dizendo: “Aí, doutora, minha mãe chegou do nordeste e tá com a pressão assim, assado”. Ou seja, acaba de chegar e já quer sentar na janela e dar tchau. Eles querem tudo. Eles querem passar com especialista. Quando eles vêm pra cá, eles querem tudo. Acho que por que lá o sistema é ruim. Eles vêm pra cá e querem fazer exame, querem fazer um chec up completo. E muitas vezes a gente pede e nem dá tempo de fazer, porque o paciente já tá voltando, né?

Diante das constatações, voltam a apontar que os usuários burlam o sistema e fazem uso do mesmo para agredir, atacar e desorganizar o trabalho. Empregam o termo “turismo médico”, como uma ação praticada pelos usuários que não têm responsabilidade com a continuidade de um determinado tratamento, pois estão na cidade apenas de passagem. Voltam, portanto, a culpabilizar os usuários, em detrimento da compreensão do Sistema e da organização deste, mesmo tendo identificado outras questões, tais como aumento significativo da população e a redução do número de profissionais:

Geralmente eles já chegam agendados. Eles vêm fazer turismo médico (todos riem).

A normatização e o controle emergem então como “necessidade de educação”, de seguir o procedimento. A falta de controle sobre o trabalho parece se fortalecer nesse instante, quando os profissionais demonstram não se apropriar da angústia que vivenciam por também terem de seguir a todo instante o prescrito, mesmo quando o mesmo não se enquadra no que constata como sendo real:

Até um jeito da gente também educar os pacientes que no posto tem procedimento e que não existe isso de tudo a gente poder dar um jeitinho. Pra contornar direito, a gente tem que seguir procedimentos.

Percebe-se que, a todo instante, emerge no grupo o conflito entre o fazer o saber, entre o que se tem de conhecimento produzido sobre determinado aspecto do trabalho e o que se expressa como sendo viável diante das realidades com as quais se deparam na execução das ações em saúde.

Nos trechos abaixo, citam o encaixe como algo que faz parte do trabalho, porém manifestam o que sinalizamos: o medo de que o trabalho perca sua “característica básica”. Tal aspecto nos leva então a questionar: Será que de fato reconhecem as características básicas do trabalho? Retomam então o discurso de que é preciso organizar e controlar, de que, para se proteger, é necessário se encaixar em um modelo:

Eu acho assim, a gente não pode ser muito radical, tipo “não pode ter encaixe”. Tem que ter o encaixe? Tem, mas tem que ter um limite e não assim. A pessoa tem que atender 20 e se veio 5 vai fazer 15 encaixes? Então, isso é muito fácil. Perde o sentido, perde o valor da consulta. Vai fazer um plano de encaixe, então vamos liberar cinco encaixes/ dia. Por que? Aquele paciente que está acostumado a vir e passar, vai pensar: “bom, eu tenho que chegar tal hora, porque já acabou a fila do encaixe”. E se ele for bloqueado ele vai pensar: “Vou marcar uma consulta, porque não vou ficar passando só nos encaixes”

Marca na ficha do paciente também se ela é encaixe. Coloca na folha dele. Porque se ele vier de novo, a gente vai lembrar e tentar entender por que aquele paciente está sempre pedindo só o encaixe.

Porque assim a gente vai saber se tem alguma coisa acontecendo e o porquê determinada pessoa só quer passar nos encaixes, por que ele não marca. Eu quando tô atendendo e vejo que já está chegando nos últimos eu sempre pergunto se foi encaixe e marco na minha ficha. Sei lá, de repente, podíamos combinar um jeito de todo mundo saber que aquela pessoa é encaixe todas as vezes. Se, por exemplo, a gente marcar um “E” na folha, dá pra ter esse controle. Paciente que só é encaixe é um paciente que não tem regras.

Em dado momento da discussão, reconhecem a forma como o trabalho está organizado dentro Sistema, como algo que dificulta o acesso, inviabilizando uma relação direta dos usuários com os especialistas e o tratamento continuado. Novamente apontamos a relação ambivalente e a contradição que a todo instante se mantém nas discussões do grupo, fazendo com que transitem entre o bom e o mau:

Tem muita coisa que eu não sei. Por exemplo, paciente vem pra alto custo. Tem muito remédio que eu não sei fazer controle. Tem remédios que são bem da especialidade e querem que a gente faça o controle de alto custo, mas eu não sei fazer. E quando passa não pergunta, não questiona. Parece que eles têm medo de falar com o especialista. E com a gente eles falam. E outra coisa que eu acho errada: o paciente faz tratamento com o especialista lá no AME, por exemplo, e depois de três meses ele tem que passar de novo com a gente pra trocar a guia, passar de novo aqui pra pegar uma guia pra voltar lá. Ou seja, o paciente já faz o tratamento com o especialista, mas ele tem que voltar aqui.

Pois é, tem que pegar uma guia com ela (dirigindo-se à clínica geral) pra ter uma outra contrarreferência. Isso é uma coisa da Secretaria de Saúde.

Pois é, isso que eu não entendo. Por que não marca o retorno direto?

Poderia marcar, mas a Secretaria não aceita. Isso é besteira da Secretaria.

Mesmo quando a gente vai, por exemplo, no oftalmo e tá acostumada a usar óculos, o médico sempre fala quando troca a lente: “olha se você sentir alguma coisa você volta”, mas agora eu não entendo isso.

Pela primeira vez, apontam as próprias limitações como profissionais para compreender os problemas de saúde e direcionar tratamentos, como também os problemas do Sistema de Saúde para acolher e direcionar adequadamente a população. Reconhecem que tais dificuldades do Sistema ressoam diretamente nos usuários e no manejo do tratamento:

É igual quando o paciente faz tratamento de glaucoma. Ele tem que vir aqui, tem que fazer o controle de pressão, mas por que o próprio médico já não pode falar pra ele: “olha, daqui dois meses você volta que é pra mim fazer o controle da sua pressão”. Mas não. O paciente tem que vir no posto, agendar comigo, passar e eu tenho que dar uma guia pra ele voltar no oftalmo, que é um tratamento que ele já faz. E isso é com todas as especialidades. Isso acontece muito no AME. Sem contar quando eles encaminham a pessoa pro especialista do especialista, pra fazer um determinado exame. Imagina pra gente ter que pedir isso, o exame do exame, se a gente nem é especialista. Imagina como a pessoa também não fica perdida?

Resistentes e vítimas da compreensão de todos os meandros do trabalho, voltam a tecer críticas ao “inimigo externo”, o usuário, aparentando se isentar da mesma falta de informação. Somente ao final da discussão, o grupo aponta o Sistema e o fluxo como algo complexo e que, por vezes, dificulta a informação e o acesso, caminhando na contramão do que se propõe:

O Sistema já é complicado e os pacientes também não ajudam. Aí complica tudo de vez. Sistema complicado e pacientes também sem orientação.

E aí esperam três meses pra pegar uma guia e vai demorar mais seis meses pra voltar no oftalmo, por exemplo.

Então o fluxo é complexo e ruim.

Sinalizam que também respondem a normatizações, que regras não estão claras e que nem sempre concordam com as mesmas. O trabalho aparece como algo obscuro em seus objetivos, meios e fins, restando ao profissional “apenas acatar as diretrizes”:

Depois chega os papéis pra gente assinar, igual ontem. Assinar que é obrigatório atender encaixe. Eu falo: “assinei, porque sou obrigada” e coloquei isso na folha” (risos)

Os profissionais identificam que os problemas são diversos e se sobrepõem ao fazer profissional, mas tomam para si a responsabilidade de encontrar uma solução:

Eu acho que os problemas não vêm da gente, mas a solução com certeza vem de quem tá aqui dentro. Se a gente não colocar o ombro embaixo e não ter a certeza de que é a gente que vai resolver o problema aqui, nunca vai melhorar.

Em meio a todas as questões que emergiram no grupo, a reunião surge como um lugar possível de discussão e conhecimento. Os profissionais indicam a necessidade de assegurar a escuta, de “chamar os coordenadores pra verem a realidade”, de utilizarem mecanismos de organização que validem a ação:

Achei válido a gente se reunir e da gente estar se reunindo uma vez por mês, discutir, documentar isso e depois poder levar pra eles verem a nossa realidade. De repente, até chamar os coordenadores aqui pra eles poderem ver.

Considerando as várias questões até aqui discutidas, podemos afirmar que se cria uma cisão entre o que diz respeito ao âmbito institucional (o público) e ao âmbito individual ou da equipe (o privado). Como sinaliza Scarcelli (2005), ora a instituição é depositária de um ideal – aquela que oferece o cuidado, a que administra a relação saúde e doença, vida e morte –, ora é depositária de impedimentos – aquela que tolhe a expressão da subjetividade. Do mesmo modo, o trabalho é entendido, algumas vezes, como algo que pode ser realizado independentemente da

instituição e, em outras, é produtor do sofrimento que decorre do reconhecimento do “fracasso” na execução das tarefas, que não correspondem ao prescrito.

CAPÍTULO 5

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A questão que orientou esta pesquisa diz respeito ao interesse de compreender a Atenção Básica pelo prisma dos trabalhadores inseridos nesse setor. A partir dessa questão, buscou-se entender o que, no discurso dos trabalhadores, denuncia a lacuna entre o que está preconizado no âmbito político-jurídico e o que se vivencia na prática do trabalho em Atenção Básica. Tal hipótese demandou a necessidade de conhecer o que se tem como diretriz para o trabalho e como se deu a construção histórica do Sistema de Saúde.

Assim, nossas discussões transitaram por uma breve apresentação dos modelos sanitários, hegemônico e de bem-estar social. Levantou-se a questão do quanto cada modelo, apesar de propor paradigmas diferentes, exerce uma complementaridade em relação aos demais, visto que, apesar do processo das políticas sociais depender de pessoas partícipes para problematizar o centro de poder e decisão, o espaço de fala e decisão possíveis àqueles que são colocados como objeto e destinatários dessas ações ainda é limitado.

As questões trazidas pelas discussões do grupo nos permitiram pensar em que medida as ações da Atenção Básica aglutinam paradigmas diferentes de atenção à saúde e o quanto o universo da prática é permeado pela cisão entre o trabalho prescrito e o real.

Como pudemos perceber com os trabalhadores da Atenção Básica, existe um distanciamento entre o que é passível de legislação e prescrição e o que se estabelece no campo da ação. Os primeiros indícios de que tal incomunicabilidade se apresenta partiram dos questionamentos implícitos e explícitos do grupo com relação à demanda de atendimento que realizam: com o que se trabalha na Atenção Básica? Se apenas 30% da população que procura uma Unidade Básica de Saúde busca cuidados relacionados à cura, a que responde de fato esse serviço? Nesse mesmo sentido, que lugar ocupa o trabalhador nesse setor?

Tais questionamentos revelam um sofrimento latente nas falas, decorrente de um sentimento de desvalorização ou mesmo do não reconhecimento e diferenciação entre o trabalho que se apresenta prescrito e o que se materializa. Uma contradição que persiste entre a diretriz teórica e conceitual proposta para a Atenção Básica diz respeito ao que fazer com as

pessoas infelizes e com demandas que parecem estar aquém dos cuidados esperados para o atendimento em saúde?

Se a Atenção Básica é tida como “porta de entrada” e como serviço de baixa complexidade, tal afirmação não indica que o trabalho que se desenvolve é mais simples ou mais fácil. Pelo contrário, o trabalho na Atenção Básica tem se demonstrado tenso, permeado por sentimentos de ansiedade e angústia, desencadeados por algo que os próprios profissionais apontam como uma “não resolutividade”.

Surgem, além disso, os impasses em relação à falta de recursos tecnológicos para lidar com casos tidos como mais complexos e que não compõem a prioridade do SUS para esse setor. Soma-se a isso o modelo de gestão que passa a ser adotado pela Política Nacional de Atenção Básica para toda a rede do SUS – uma gestão oficialmente voltada para o controle quantitativo de metas.

O paradoxo que se descortina para os trabalhadores pode ser representado com a constatação de que o trabalho desgasta, sobrecarrega e não oferece tempo para a escuta: “como parar para conversar com o paciente se estamos na correria? Tenho que atender e o paciente quer bater papo, contar a vida dele e a gente fica com dó de não conseguir realizar isso, porque tem que cuidar da medicação, da medição de pressão, tudo muito justo”. Partindo dessa reflexão, podemos nos questionar: de fato é tudo muito justo ou se apresenta como injusto?

A lógica produtivista e hegemônica também faz parte das ações em saúde, explicitando a contradição dessa injunção paradoxal: acolher e cumprir metas. Essa organização do trabalho ressoa nas relações intersubjetivas que se estabelecem entre usuários trabalhadores, apresentando-se ora por meio de ataques e desgaste, ora pela expressão de sentimentos de inutilidade e desvalorização de seu fazer profissional.

Como destaca Dejours (1997; 2003), existe uma divisão entre o trabalho prescrito, regulamentado, e o trabalho real, aquele que é elaborado na mobilização subjetiva e que decorre de manejos feitos pelo trabalhador. Há um espaço que permite expressões singulares, mas que também pode expressar fragilidades do Sistema no exato instante em que o profissional de saúde acolhe uma pessoa que lhe pede ajuda, mas para a qual não se tem muito o que fazer. Essa situação gera tensões e constrangimentos que reverberam na subjetividade do profissional e nos levam a constatar que, mesmo com as construções conceituais e teóricas pertinentes, essas não suprem ou permitem que os trabalhadores lidem com suas práticas para além da percepção de

que algo está errado e não condizente com o esperado; como se a todo instante caminhassem na contramão do que vivenciam como real e o que imaginam, entre o possível e o idealizado.

Por demandar a todo instante um engajamento subjetivo, uma mobilização do afeto e do cognitivo, o trabalho na Atenção Básica impõe ao trabalhador desse setor a necessidade de decifrar os enigmas apresentados pelos usuários, diante das peculiaridades de sua necessidade.

O que se constatou junto aos trabalhadores da Atenção Básica em saúde é um significativo mal estar com relação à demanda e o que conseguem viabilizar em suas práticas. Por vezes, a necessidade de recorrer ao prescrito ou à normatização não permite a reflexão e a expressão de questionamentos necessários para uma melhor compreensão das condições que produzem sofrimento no trabalho.

As normas e diretrizes propostas são compreendidas cognitivamente com relação a sua importância, necessidade ou mesmo prioridades, porém denunciam uma lacuna entre o teórico-conceitual e o técnico-assistencial, apontando que, na prática, estas ocupam um espaço que não o da racionalização objetiva do trabalho. Tal incomunicabilidade ressoa no discurso do grupo como desgaste, medo, carência e sofrimento, em face dos limites da ação.

Com o exposto, defendemos a tese de que a política pública de saúde regulamenta a Atenção Básica e a prática a ser desenvolvida nesse setor com prescrições e diretrizes, porém é no fazer prático que as ressonâncias dessas exigências desencadeiam nos sujeitos trabalhadores acordos tácitos para tornar o trabalho possível.

A pesquisa também nos indicou a necessidade de ampliar os conhecimentos em estudos posteriores nesse setor com relação à concepção de saúde e doença que permeiam as práticas ou mesmo uma melhor compreensão dos modelos de atenção que rompem a barreira histórica e que ainda se fazem presentes na Atenção Básica proposta para a atualidade.

No decurso da discussão apresentada, surgiram apontamentos de que a Atenção Básica ainda está sendo muito associada a um serviço que, prioritariamente, deve oferecer cuidado a problemas relacionados ao adoecimento físico e orgânico, delegando a outras instâncias de cuidado as demais necessidades da vida humana. Tais apontamentos nos indicam a necessidade de estudos futuros que investiguem como a integralidade, princípio fundamental do SUS, vem sendo compreendida nas atuações práticas da saúde.

Outro aspecto que nos chama atenção nesta investigação diz respeito ao que os trabalhadores apontam como sendo uma falta de apoio e de respaldo para a execução das ações.

Apesar de se expressar no discurso dos trabalhadores da Atenção Básica, tal apontamento possivelmente denuncia uma necessidade que pode se referir a todos os setores da saúde.

Estaria esse respaldo, essa falta de apoio, associado às necessidades de uma formação permanente? Se assim for, podemos pensar sobre como esse aspecto do trabalho se apresenta aos trabalhadores?

Como nos indica Scarcelli (2014), a formação vem sendo compreendida de forma interligada à produção de conhecimento e não apartada da ação, da prática, da experiência; e no caso dos trabalhadores da saúde, essa formação se expressa pelo tripé formação permanente, realização de pesquisas em serviço e pela atenção à saúde.

Não devemos esquecer que as questões apresentadas pelos trabalhadores com relação à carência, às normatizações, à burocratização do trabalho e à ambivalência na relação entre usuários e profissionais também se interpõem a esta trabalhadora / pesquisadora.

Nesse sentido, podemos inferir que, do mesmo modo que aos muros da academia se coloca como urgente a necessidade de um maior contato com a prática, é necessário o esforço dos profissionais produzirem conhecimento sobre o seu contexto de atuação, sendo isso um alento ou mesmo uma mudança de posição diante de tudo que nos aprisiona, que nos aproxima do espelhismo ou nos impõe ilusão de ótica acerca de nossas ações. Se assim for, eis nosso baluarte mais seguro!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS²

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 2011.

BLEGER, J. **Psico-Higiene e Psicologia Institucional** (E.O, Duht, trad). Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Saúde dentro de casa**: Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, mar.1994.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional do Sistema Único de Saúde**. NOB-SUS 96. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999a. Disponível em: WWW.saude.gov.br/pacs/psf.htm. Acesso em nov.2012.

_____. Ministério da Saúde. **Manual para a organização da atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde, 1999b.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família**. Cadernos de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas Públicas de Saúde. Caderno 1, 2000a.

_____. Ministério da Saúde. **Ações prioritárias na atenção básica em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, 2000b.

_____. Ministério da Saúde. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

Ministério da Saúde. **Humaniza SUS**: Política Nacional de Humanização. Brasília, Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **O projeto de expansão e consolidação do Saúde da Família. Informe da Atenção Básica**, n.17. ano IV, jul-ago. 2003.

² De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção Básica em saúde**: prioridade concretizada pelo Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais no referido pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Assistência Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). Brasília, 2006b. Disponível em : [HTTP://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ptrGM648_2006328.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ptrGM648_2006328.pdf). Acesso em: 21 nov.2012.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção Básica e Saúde da Família: diretriz conceitual**. Disponível em: [HTTP://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencao_basica.php](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencao_basica.php). Acesso em 21 nov.2012.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

_____. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. 2.ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde 2006b

BAPTISTA, T. W. F; BORGES, C. F. A Política de Atenção Básica do Ministério da Saúde: refletindo sobre a definição de prioridades. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v.8, n.1, p.57-53, 2010.

BODESTEIN, R. Atenção Básica na agenda da saúde. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 401-412, 2002.

CAMPOS, G. W. S. Suficiências e Insuficiências da política para a Atenção Básica no Brasil: debate. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. S17-9, 2008.

CANESQUI, A. M.; OLIVEIRA, A. M. F. Saúde da família: modelos internacionais e estratégia brasileira. In: NEGRI, B.; VIANA, A. L. D. (Org). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafios**. São Paulo: Sobravime, 2002. p. 241-270

CARRETEIRO, T. C.; Sofrimentos sociais em debate. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 57-72, 2003.

CARVALHO, B. G, MARTIN, G.B., CORDONI JR, L. A organização do sistema de saúde no Brasil. In: ANDRADE, S. M., SOARES, D. A., CORDONI JR, L. (orgs). **Bases da saúde coletiva**. Londrina: Editora da Universidade Estadual de Londrina, 2001. p. 27-53.

CASTORIADIS, C.A. **Instituição Imaginária da sociedade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1982.

CASTRO, A. L. B. **A condução federal da política de atenção primária à saúde no Brasil: continuidades e mudanças no período de 2003 a 2008**. 2009. 215 p. Dissertação (mestrado em Saúde Pública). Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, 2009.

_____. **Saúde: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira**. 2005. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Rio de Janeiro: IMS/Uerj. 2005.

COHN, A. Os princípios do Sistema Único de Saúde e a Atenção Básica (Programa de Saúde da Família): o perigo mora ao lado. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24. supl. 1, p. S23-S24, 2008.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. S7-S16, 2008.

CORBO, A. D.; MOROSINI, M. V. G. C.; PONTES, A. L. M. Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. In: MOROSINI, M.V.G.C.; CORBO, A.D.A (org). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 69-106.

DANIELLOU, F.; LAVILLE, A.; TEIGER, C. Ficção e realidade do trabalho operário. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 17, outubro/novembro/dezembro 1989.

DEJOURS, C. O trabalho como enigma In: S. Lacman & Szelwar (org). **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994b. p. 129-142.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. **Revista brasileira de saúde ocupacional**, São Paulo, v.14, n. 54, p. 7-11, 1986.

DEJOURS, C. Avaliação do trabalho e reconhecimento. In: P.E. Bendasolli & L.A. Scoboll. **Clínicas do trabalho: novas perspectivas para a compreensão do trabalho na atualidade**. São Paulo: Atlas, 2009. p. 61-70.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. A (org) **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 43-68.

FLEURY, S. **Reforma Sanitária em busca de uma teoria**. 3.ed. São Paulo: Cortez. 2006.

FLEURY, S. Reforma Sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 743-752, 2009.

LEI 8080, de 19 de setembro de 1990 – Dispõe sobre condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Recuperado em 19 de novembro de 2012, de [HTTP://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm).

LEVY, A. **Ciências Clínicas e organizações sociais: sentido e crise de sentido**. Belo Horizonte: Autentica/FUMEC. 2001.

MACHADO, C. V. Prioridades de saúde no Brasil nos anos 1990: três políticas, muitas lições. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 20, n. 1, p.44-49, 2006.

MATTOS, R. A. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs) **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: Uerj/IMS. Abrasco, 2003. p. 45-59.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MENDES, E. V. (Org.) **Distrito sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

MENDES, E. V. (org.) **A organização da saúde em nível local**. São Paulo: Hucitec. 1998.

MENDONÇA, M. H. M.; VASCONCELLOS, M. M; VIANA, A. L. D. Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 24, supl.1, p.S4-S5, 2008.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório de Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde**. Genebra. OMS. 1978.

PAIM, J. S **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA. 2008a.

PAIM, J. S. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n. 4, p. 625-644, 2008b.

PAIM, J. S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUARIOL, L, M. Z. **Epidemiologia e Saúde**. 5 ed. Rio de Janeiro: MEDSI. 2006.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. São Paulo: Fiocruz, 2009. p. 13-148.

PAULA, P.P. **Saúde Mental na atenção básica: política, trabalho e subjetividade**. São Paulo: IPUSP, 2011.

SCARCELLI, I. R. **Psicologia social e políticas públicas: pontes e interfaces na promoção de saúde**. São Paulo: IPUSP, 2005.

SCARCELLI, I. R. **Entre o hospício e a cidade: dilemas no campo da saúde mental**. São Paulo: Zagodoni, 2011.

SCARCELLI, I. R. **Psicologia social e políticas públicas: formação em saúde como questão emblemática**. São Paulo: Anpepp, 2014.

SILVA, S.F. **Municipalização da Saúde e poder local**: sujeitos, atores e políticas. São Paulo: Hucitec, 2001.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

TOURNIER, Michel. **Sexta-feira ou A vida selvagem**. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 2001.

UNICEF. **Cuidados Primários de Saúde**. Brasil. Relatórios sobre cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, URSS, 1979. p. 6-12.

VIANA, A. L. D.; SILVA, H. P. Saúde em grandes centros urbanos. In: VIANA, A. L. D. (org). **Proteção Social**: dilemas e desafio. São Paulo: Hucitec, 2005. p. 189-218.

VIANA, A. L. D. et al. Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n. 3, p. 577-606, 2006.

APÊNDICE A

Primeira Reunião Realizada na Unidade Básica de Saúde

Data: 08-04-2014

O grupo se reuniu pontualmente às 15 horas na sala de psicologia da Unidade.

Sentamos todos ao redor de uma mesa com alimentos.

Coordenadora da Reunião: Boa tarde, vamos dar início a essa primeira reunião com uma roda de apresentação, pois, apesar de trabalharmos na mesma Unidade, não conhecemos todas as pessoas aqui presentes. Além dos profissionais da Unidade, aqui comigo há duas outras pessoas, que são estudantes de psicologia e que hoje vieram auxiliar em nossa reunião. Essa é a Tatiana, ela é psicóloga, participa do mesmo grupo de pesquisa que eu na USP e irá me auxiliar na coordenação desse grupo. Aqui também está a Juliana que é estudante de psicologia e será nossa observadora. Durante a reunião, a Juliana não falará, pois terá a função específica de observar e realizar algumas observações.

Coordenadora da Reunião: Bom, eu sou a L. e sou psicóloga da Unidade.

Dentista: Meu nome é S., eu sou dentista da Unidade e estou aqui há 3 anos e meio.

Dispensador de medicação: Meu nome é L., eu sou dispensador de medicamentos, tô aqui há dois anos e conheço todo mundo (*risos*).

Alguém diz: É mesmo. O L. conhece todo mundo (risos).

Clínica Geral: Meu nome é K. Eu sou clínica geral e estou aqui acho que vai fazer um ano.

Técnica em saúde 4: Eu sou V. Eu sou Técnica em Saúde agora? (*risos*).

Alguém diz: Agora que mudou nomenclatura, o que você é mesmo? (risos).

Co-coordenadora: Técnica em Saúde é o que?

Técnica em saúde 4: Seria técnica em enfermagem, estou aqui há 4 anos. Depois que foi esse novo sistema lançado de plano de carreira.

Técnica em Saúde 2: Meu nome é R. Eu estou aqui há oito anos e também sou técnica em saúde.

Nesse momento há uma interrupção, pois uma funcionária da administração, bate na porta, chamando a S., (gerente administrativa da Unidade que havia entrado na sala há pouco tempo e não havia se apresentado ainda) para atender um telefonema de alguém da Secretaria de Saúde.

Técnica em Saúde 2: E aqui eu trabalho mais com o setor de TB, tuberculose e com o setor de vacina.

Técnica em Saúde 3: Eu sou a E., trabalho aqui há dois anos e sou técnica em enfermagem, técnica em saúde agora. *(Risos)* Evoluí *(todos riem)*.

Auxiliar de Higiene bucal: Meu nome é A., eu estou aqui há dois anos e eu sou auxiliar de saúde bucal.

Funcionário da Recepção: Meu nome é A., estou aqui há quase um ano, não sei meu cargo que mudou *(risos)* Tô lá na recepção, marcando exames, consultas.

Co-coordenadora: Eu sou a Tatiana...eu sou do mesmo grupo de orientação da Lu de psicologia lá na USP. Eu sou psicóloga também e eu acabei de entregar meu doutorado. E, além disso, eu sou professora de psicologia lá na Uni 9 em São Paulo.

Grupo faz um “hum” e alguém diz “legal”.

Observadora: Eu sou a Juliana, eu também estou no grupo de orientandos e estou na graduação de psicologia Estou no segundo ano e agora estou começando a fazer iniciação científica.

Técnica em saúde 2: Em quê?

Observadora: Em saúde.

Coordenadora do grupo: Então, vou falar agora, como que vai funcionar nosso grupo. As meninas vieram pra acompanhar meu trabalho. A ideia de fazer a pesquisa na Unidade de Saúde, surgiu há dois anos atrás, quando eu comecei a buscar o mestrado. Foi logo que eu entrei aqui na Unidade de Saúde que me veio a pergunta de pesquisa. Que me interessei por saber como é trabalhar na Atenção Básica.

Interrupção de minha fala, pois abrem a porta e entram E. e L. Ambas tinham informado sua participação no grupo, estiveram na sala antes de iniciarmos as apresentações, auxiliaram na organização do espaço, mas saíram, justificando que iriam realizar a pesagem de algumas crianças.

Enfermeira: Cheguei, deixa eu entrar aqui, vou sentar ali perto do A., porque se não, minha filha, esse negócio do Bolsa Família, só tem família aparecendo. Desculpe, boa tarde.

Várias pessoas respondem um sonoro “boa tarde”, brincam com um sotaque caipira dizendo: “tarde” (risos).

Técnica em saúde 1: Ah, não vou sentar nessa cadeira chique não. Pobre nunca tem vez (*risos*).

Coordenadora do grupo: Ai, E. Por quê? (*risos*)

Técnica em saúde 1: Porque pobre só atrapalha (*risos*).

Enfermeira: Ai, E. (*risos*)

Técnica em saúde 2: Ai, tem que ser a E. mesmo.

Técnica em saúde 3: Já chega causando (*todos riem*)

Técnica em Saúde 1: (rindo) ai, gente, tá bom, não fala mais nada não, se não vou ficar com vergonha.

Várias pessoas riem nessa hora.

Coordenadora do grupo: bom, vamos retomar. A gente fez só uma apresentação rápida, então vou pedir pra vocês também se apresentarem.

Técnica em saúde 1: Presente (*risos*). Oh, eu sou E., geralmente eu faço assim, vários serviços aqui da Unidade, eu afiro pressão, tudo, mas agora eu estou só pesando as crianças do Bolsa Família.

Vários risos.

Alguém diz: só?

Técnica em saúde 1: É só. Não é só?

Enfermeira: Ah, só 1200 crianças/ dia.

Co-coordenadora: 1200?

Técnica em saúde 1: Não, (*risos*). Tem dia que vem mais, tem dias que vem menos, (*risos*).

Dispensador de medicamentos: Ah, tem dias que vem mais? (*risos*).

Técnica em saúde 1: Hoje foi minha estreia, na verdade. Vieram acho umas 20 famílias.

Enfermeira: 20 famílias com quantas crianças mesmo? (*risos*)

Técnica em saúde 1: Ah, isso não vou nem comentar (*risos*).

Técnica em saúde 2: Cada família tem, em média, umas 4, 5 crianças. É a média aqui.

Técnica em saúde 1: 1200 é só pra vocês assustarem, é brincadeira (*risos*).

Enfermeira: eu sou a L., sou a enfermeira da UBS e faço de tudo um pouco também (*risos*). Sou responsável pela parte da enfermagem da UBS.

Técnica em saúde 3: Principalmente os pepinos.

Técnica em saúde 2: Verdade. E põe pepino nisso! (*risos*)

Coordenadora do grupo: Então, assim, retomando, como vai funcionar nosso grupo. O objetivo é a gente poder dizer: O que é trabalhar na Atenção Básica. Como é nosso trabalho aqui na Atenção Básica? E o cuidado que a gente realiza dentro desse serviço que é a Atenção Básica? Como esse cuidado se dá, como ele acontece, como é nosso trabalho aqui? É a minha pergunta de pesquisa. Eu não quero responder sozinha e aí, por isso, a ideia de responder em grupo. Porque esse trabalho não é só o meu olhar, tem que ter o olhar de uma equipe de trabalho. Apesar de eu estar escrevendo, de eu estar levando isso enquanto fruto de um trabalho de pesquisa, esse material é fruto de tudo que a gente vive aqui enquanto equipe. Inclusive, em outro momento, eu pretendo marcar um encontro, antes mesmo de fazer a publicação, eu quero separar o material, apresentar pra vocês as falas do que a gente conversou aqui pra ver o que vocês aprovam, ou não aprovam para ser colocado no trabalho. Tudo que a gente falar aqui, eu tô gravando, mas o nosso nome não vai ser citado, a gente não vai identificar a unidade de saúde que está sendo pesquisada e não vai ser identificado também o município. A gente vai colocar que é um município de São Paulo, do interior, com algumas características específicas, mas sem identificar a cidade. Tem também um termo de pesquisa, que a gente vai assinar depois, garantindo o sigilo e o uso desse

material seja para o fim exclusivo de pesquisa. Então é isso. Quem quer começar a falar, sobre como é trabalhar aqui com a Atenção Básica e do que cuidamos na Atenção Básica?

Técnica em saúde 1: É. Trabalhar na Unidade assim é bom, mas isso é quando você tem um apoio de lá, para que você possa fazer uma coisa melhor. Porque é ruim quando você não tem um suporte. Acaba ficando uma coisa indesejável, né? E aqui a gente cuida do pessoal de PA, Diabetes, TB. Aqui temos a sala do GO, às vezes, casos que vêm mais graves, vacinas. É bom no todo, é muito bom. Uma que você consegue aprender um pouco mais das patologias, eu gosto. Mas aqui é muito pouco espaço pra tudo isso. E também a gente fica muito próximo da população. Eu, pra mim, pelo menos, eu gosto disso.

Co-coordenadora: Quando você fala suporte. O que é?

Técnica em saúde 1: Um suporte assim, da Secretaria, um pessoal mais alto. Eles não dão condição pra gente ter um atendimento melhor. Nós não temos espaço pras coisas aqui. É tudo muito justo.

Funcionário da recepção: É um justo no sentido de injusto (*todos riem*).

Técnica em saúde 1: É uma caixinha de fósforo, deixa eu ver uma coisa assim bem significativa. É uma coisa espremida. A gente não tem espaço, não tem ambiente. Mas trabalhar em Unidade Básica de Saúde, particularmente, é muito bom.

Técnica em saúde 2: Eu também gostei de trabalhar em UBS. Eu trabalhava em hospital. Não era particular, mas a administração era. E lá a gente fazia todo o nosso trabalho e não havia ninguém agradecendo seu trabalho. E aqui, o que eu percebi logo que eu entrei? Pra tudo as pessoas falam “obrigado”. Tem uma gratidão. Você tá fazendo uma vacina e as pessoas tão agradecendo. Tá lá furando a pessoa, tirando o sangue e eles tão dizendo “ai, fia, obrigado, Deus te abençoe”. E isso eu não via e isso também é gratificante pra gente. Claro que tem aquelas exceções e, em vez de “obrigado”, você quase leva um soco na cara, mas é bem menos que o agradecimento deles.

Silêncio.

Técnica em saúde 3: Aqui, eu também gosto de trabalhar aqui. E o que eu percebi é que os pacientes são muito carentes de informação e é uma pena que a gente não tenha um tempo assim disponível pra poder explicar tudo, tim-tim por tim-tim e uma única vez. Porque é assim, você explica aqui, aí ele vai lá na recepção, porque ele não entendeu. Aí ele vai lá na administração. Então, assim, eles são muito carentes de informação. Então se a gente tivesse um tempo maior pra dar essa informação, acho que as coisas teriam um fluxo melhor aqui.

Dispensador de medicamentos: Eu concordo com ela. Eu acho que um grande problema do posto hoje não funcionar melhor é o problema por parte de informação por parte dos pacientes. Por exemplo, os médicos dão receitas pra seis meses, eles acabam perdendo, não sabem da validade do medicamento. Se é um remédio controlado, por exemplo, acabam perdendo a receita, porque perdem o prazo. Às vezes, não tem medicação aqui, a gente explica onde comprar por um preço bem acessível, por exemplo, por três reais na farmácia popular daqui do município mesmo e eles não vão e acabam perdendo a receita. Então o problema que eu acho é esse e eu acho que se eles tivessem uma informação melhor do funcionamento do posto, o posto funcionaria muito melhor.

Coordenadora do grupo: E pra gente chega a informação?

Várias pessoas ao mesmo tempo: Não.

Técnica em saúde 3: Também não, já começa por aí.

Funcionário da recepção: O L. tem uma informação, a recepção tem outra, a enfermagem tem outra.

Coordenadora do grupo: Pode dar um exemplo?

Dispensador de medicamentos: Eu posso dar um exemplo. Esse aumento de salário que teve, eu liguei pro meu supervisor e perguntei se a gente ia ter um aumento, aí ele disse que não, que não sabia de nada. Aí eu liguei no RH e aí eles falaram que ia ter aumento sim, que ia estar na conta dia primeiro.

Co-coordenadora: E teve aumento?

Dispensador de medicamentos: Teve, teve sim.

Clínica geral: Mas isso de a gente ligar pro supervisor e eles não saberem dar a resposta é geral. Várias vezes eu ligo pra saber alguma coisa e nem sempre tenho as respostas também.

Enfermeira: Nem apoio. Você pede um apoio pro seu supervisor e ele não te dá resposta e, às vezes, te atrapalha ainda.

Clínica Geral: Agora, isso dos pacientes não terem informação é algo sério mesmo. Eu, por exemplo, sempre trabalhei com serviço público e eu tenho paciência de explicar. Eu explico com calma, falo uma, duas vezes, até mais, mas as pessoas não entendem. Eles saem da sala e vão perguntar pras outras pessoas e voltam aqui. Ou as pessoas, por exemplo, da recepção, vêm aqui pra gente explicar de um exame, por exemplo, que é pra ser agendado, porque eles não entenderam e foram lá e pediram pra eles explicarem tudo de novo. Dá a impressão que é a gente que não explica nada. Eu me sinto mais um tapa buraco aqui do que um profissional. Não consigo atender os pacientes, acolher. Acho que isso é o tipo de gestão. Não adianta eu falar nada pro paciente. Eu falar e nada é a mesma coisa. Por exemplo, não tem uma reunião que sustente os encontros e o acompanhamento dos pacientes. Eu não consigo fazer crescer e pra mim sempre vai haver esse buraco. Isso devia ser um complemento do trabalho de atendimento. Avaliação, reunião informativa. Estou aqui pra fazer prevenção. O paciente volta e estou fazendo a mesma coisa, repetindo a mesma informação. Já começa que a gente tem que atender um número x de pessoas por dia. E esse número nunca é pouco. Pra vir aqui hoje eu tive que pedir pra não marcar encaixe pra mim, por exemplo. Porque eu tenho encaixe todo dia. As pessoas, às vezes, vêm aqui

só pra trocar receita de outros médicos, porque perderam a data de validade, mas isso demanda um tempo. Isso é virar um tapa buraco.

Enfermeira: Não sei se tem melhora, você toca do jeito que dá. Se você reclama, é porque você está fazendo motim e você será transferida.

Clínica Geral: E tem muita gente querendo trabalhar. Meu irmão, por exemplo, é cardiologista. E tem muita gente precisando de cardiologista. Aí você encaminha um paciente para o cardiologista e não tem no município, e eu, que sou clínica geral, tenho que ficar dando conta dessa parte também. E não é verdade que não tem vaga pra trabalhar e nem gente que não quer trabalhar. Se tem vaga pra cubano, porque não tem vaga pra brasileiro? Pra mim é a questão política que estraga. O trabalho é pela prevenção e, se a gente não entende, vai ficar como tapa buraco.

Dentista: A gente não consegue fazer a prevenção. Você fica resolvendo dor. Eu me pergunto também como resolver e dar conta de tantas demandas. As pessoas não entendem e perguntam novamente pra enfermeira, pra recepção o que você acabou de falar. A gente é o pião. Todos os setores e serviços encaminham pra cá. Ninguém se responsabiliza. Se a pessoa tá com dor e tá passando no pronto socorro... e aqui a gente tem um dentro do mesmo espaço, o que já é complicado por si só. A pessoa é encaminhada para emergência. Tudo bem que no meu caso é algo específico, mas as pessoas não têm paciência nem de ouvir e ver se é isso mesmo. Tá com dor na boca, ah, então vai lá do outro lado passar no encaixe com a dentista.

Clínica Geral: E o paciente desconta tudo em cima da gente. Fica com raiva. Eles pensam: “eu venho, quero consulta e pronto”. E tem os pacientes que marcam e não comparecem. Pra mim, encaixe nessa Unidade não é necessário, porque tem o PS. O encaixe faz com que o paciente se desresponsabilize pela consulta. “Ah, eu falto e depois vou lá e entro no encaixe”.

Enfermeira: E não dá pra falar em medicina preventiva aqui. Prevenção? As pessoas não sabem o que é.

Clínica geral: Pra mim, as pessoas são mal educadas. Nós não temos segurança aqui. O paciente aqui escuta até a parte que ele quer, a parte que convém a ele. Vão até a administração para pedir coisas. Lá querem tudo porque tem direito e tem que ser agora. Todos nós estamos sobrecarregados aqui. Não temos tempo pra se reunir. E., meu supervisor, quer produção e não prevenção.

Dentista: Isso é geral, a gente nunca vai conseguir mudar isso. Pra mim, é o que a L. falou. Infelizmente a gente toca como dá. Nem reunião resolve, porque isso é um problema cultural. As pessoas não querem entender nada, elas só querem ter direito e a gente não é valorizado e nem nunca será.

Dispensador de medicamentos: Mas será que agente não tem como mudar isso? Como mudar a gestão das coisas?

Dentista: Eu não acredito. Pra mim, nada nunca vai mudar, o problema é muito maior, é geral, é uma coisa que tá na política como um todo.

Dispensador de medicamentos: Mas a educação consegue se reunir, consegue sentar e conversar. Aqui nunca foi tentado. Essa é a primeira reunião que eu tô participando aqui. Acho que além do gestor, o profissional tem que querer também.

Técnica de saúde: Eu trabalho aqui há mais de quinze anos e a gente nunca sentou assim pra conversar do nosso trabalho.

Chefe administrativo: *(que já havia retornado para sala)* Verdade. E se a gente fizer um documento que garanta que a gente possa se reunir pra conversar, pra falar das nossas coisas. Eu também tô sobrecarregada, tudo chega lá na administração e eu também não tenho apoio de ninguém. Vocês reclamam pra mim, os pacientes reclamam pra mim e eu não tenho nem pra quem falar.

Enfermeira: É verdade, acho que a S. (*referindo-se à administração da UBS*) aguenta os problemas de todo mundo (*risos*). Eu também concordo com a ideia da gente poder se reunir mais vezes. Sei lá, uma vez por mês, pelo menos, pra conversar. Todo mundo aqui tem seus problemas e eu percebo que a maioria vem aqui, todos querem fazer um bom serviço e fazem o que podem, mas depois tchau.

Coordenadora do grupo: E não é verdade que a gente também não sente angústia. E que isso não interfere na qualidade do nosso trabalho. Eu, por exemplo, já senti raiva do paciente por ele bater na minha porta, mas depois eu senti muita culpa também. Não é verdade que a gente sente culpa?

Silêncio.

Clínica geral: É. A população não acredita na gente, checa a informação e busca a resposta que eles querem.

Co-coordenadora: E porque vocês acham que eles não acreditam em vocês?

Enfermeira: Acho que falta união. Precisa ter uma união maior aqui. A gente tem a mesma opinião. Todo mundo sofre, mas a gente nem se fala, isso é social, é regional, sei lá, mas eu acho que a gente não é unido.

Coordenadora do Grupo: Quando eu comecei aqui, senti muita solidão no trabalho. Por não encontrar na rotina um tempo de conversar com as pessoas.

Clínica Geral: Mas a gente não tem mesmo. Eu acho que a gente poderia também perguntar pras outras pessoas, pros outros profissionais que não estão aqui, como é que eles se sentem aqui. A gente fica na produção e os pacientes não conseguem nos entender.

Técnica em saúde 4: A gente não consegue acolher as pessoas, eles não escutam o que a gente fala. Ficam bravos. Batem na porta.

Funcionário da recepção: Com vocês eles ainda batem na porta. E lá na recepção que nem porta tem? Eles só faltam bater na gente (*todos riem*).

Enfermeira: É mesmo (*risos*).

Clínica Geral: Eu acho que precisa se reunir mais mesmo, conversar, a gente não consegue fazer a prevenção, não existe isso aqui. Eu falo, você fala e não existe uma escuta. Os pacientes não entendem e eu tenho a maior paciência. Eu me pergunto se eu tô fazendo meu trabalho direito.

Coordenadora do grupo: E a impressão que dá é que a gente também não tem um tempo aqui pra cuidar dessas nossas coisas. A gente se cuida aqui?

Enfermeira: Vou mudar o foco. Quem cuida do cuidador e quem escuta as nossas angústias? Gente, o que é colocado para uma UBS não pode ser generalizado pra todas, porque cada lugar é um lugar. Aqui, por exemplo, não tem estrutura. Um joga o problema pro outro. A gente tem medo até de falar com nosso supervisor.

Clínica Geral: Eu também não sou ouvida pelo meu sempre. O E. quer que eu produza. Pra ele, isso é que importa. E aqui não se pode falar “não” para os pacientes.

Auxiliar de saúde bucal: Se você fala “não” pro paciente, você é mau. Isso também é contra os funcionários.

Enfermeira: Eu acho que isso é um assédio. Aqui a gente é assediado o tempo todo.

Técnica em saúde 2: Eu concordo.

Co-coordenadora: Como assim assédio?

Enfermeira: O paciente acha que é obrigação tudo que a gente faz. Eles te sufocam, eles gritam com a gente, eles acham que tudo é direito só deles.

Clínica geral: Eles chegam e querem ser atendidos naquela hora e pronto.

Dentista: O problema vem de longe, a gente já é assediado pela própria gestão.

Enfermeira: Eu acho que a gente pode dizer que vem da Secretaria de Saúde. E, às vezes, eu acho que não tem nem Secretaria de Saúde. Porque se você tem um problema pra resolver aqui, você não tem com quem contar. Você que dê conta de tudo e pronto.

Neste instante, duas técnicas precisaram sair da sala, porque já eram 16 horas. Pediram desculpas e se retiraram.

Coordenadora do grupo: Nós precisamos terminar por hoje, mas podemos agendar um outro dia pra nos reunimos, porque parece que tem muita coisa ainda que vocês querem dizer.

Enfermeira: Eu concordo.

Técnica em saúde 1: Ah, eu também acho que é bom.

Chefe administrativo: Com certeza. A gente nunca conseguiu sentar assim antes. Eu tô achando isso ótimo. Eu quero de novo com certeza.

Clínica Geral: Tem ouvidoria pro paciente falar mal do atendimento, reclamar de mau trato. E pra funcionário falar? Tem direito também? Tem espaço? Não temos quem nos defenda. Você não tem direito de negar atendimento. Pra mim, a Secretaria é muito paternalista. O paciente é o pobre, o coitado, o doente.

Enfermeira: No fundo, a gente reclama do paciente, mas, na verdade, o problema tá na gente também. Tá todo mundo levando.

Clínica Geral: Eu fico me perguntando se eu estou fazendo o certo. Se eu estou conseguindo realizar um bom trabalho. Eu gosto do que eu faço, eu gosto de trabalhar no serviço público, eu falo isso pra minha família, pras outras pessoas e todo mundo acha que eu sou doida, mas eu também não concordo com esse tipo de trabalho em que a gente tem que só produzir e produzir. Eu sinto medo. Medo de não estar fazendo direito. Eu sinto medo.

Co-coordenadora: Então vamos marcar uma outra data pra gente continuar essa discussão.

Coordenadora do grupo: O que vocês acham daqui uns 15 dias?

Co-coordenadora: Não, muito tempo. Acho que a gente pode deixar marcado, de repente, para a próxima semana já. Pode ser terça-feira no mesmo horário?

Várias pessoas falam ao mesmo: Sim.

Clínica Geral: Eu só peço pra não marcar encaixe pra mim, porque aí eu consigo vir. Se tiver encaixe, não dá. Não marca encaixe pra mim poder participar *(fala voltada para A., funcionário da recepção)*.

Funcionário recepção: Pode deixar que eu não vou marcar *(risos)*.

Chefe administrativo: Gente, eu não sei vocês, mas eu achei ótimo.

Dispensador de medicação: Eu também achei, podemos fazer mais vezes isso.

Enfermeira: De repente, a gente consegue uma vez por mês.

Coordenadora do grupo: Acho que isso a gente terá que pensar em outro momento. Nesse momento, nós estamos nos reunindo com o objetivo de conversar, mas também a finalidade de responder uma pesquisa. O que a gente vai tirar de tarefa desse grupo para um outro momento a

gente precisa conversar depois. Então é isso por hoje, obrigada a todos pela presença e pela participação.

Segunda Reunião – Unidade Básica de Saúde

15-04-2014

Coordenadora do grupo: Hoje a ideia é que a Lu possa ficar como observadora do nosso grupo e que eu assuma a coordenação de hoje para que a gente possa direcionar um pouco esse espaço pra pensar na pesquisa da Lu, que é justamente discutir como é o trabalho nessa UBS, na Atenção Básica, que faz parte do SUS (*Fala pausadamente sobre a tarefa, dando ênfase a cada palavra*). Essa será nossa tarefa de hoje, pra gente poder discutir. Claro que essas questões já chegaram. A gente até discutiu um pouco na semana passada, justamente sobre elas, mas acho que como foi a primeira, muitas coisas apareceram e é legal que a gente possa dar continuidade pra elas, aprofundar, trocar. Acho que já teve esse caráter de uma troca muito interessante na semana passada. Então, que a gente possa continuar um pouco com essa perspectiva de trocar as práticas, as experiências, os desafios. Então, a palavra está aberta.

Silêncio muito breve e um respiro profundo da E. (técnica em saúde), que ia começar a falar algo.

Coordenadora do grupo: a ideia é que a gente termine às quatro, tá?

Risos generalizados, pois uma das técnicas em saúde, que se preparava para falar, é interrompida pela coordenadora do grupo, que acrescenta mais uma informação.

Coordenadora do grupo: é que eu tinha esquecido de falar isso, desculpa ter interrompido no respiro (*risos*), mas só pra falar que a ideia é que a gente termine as quatro, para que ninguém tenha que sair antes, como aconteceu na semana passada, pra que a gente possa terminar juntos também.

Grupo balança a cabeça afirmativamente.

Coordenadora do grupo (*dirigindo-se a uma das técnicas em saúde*) Desculpa.

Técnica em saúde 1: Tudo bem (*risos*). É que eu ia falar assim, se vocês não têm, assim, o intuito de vocês fazer alguma pergunta, pra gente poder responder, pra gente poder encaixar, porque, de repente, a gente começa com um assunto que... (*faz uma assobio e sorri*).

(Enquanto a Técnica em saúde fala, alguém diz a palavra direcionar – completando a frase dela e denotando se identificar com a mesma ideia, mas não é possível discriminar quem falou).

Coordenadora do grupo: Não, tem problema se atravessar e não tem problema se fugir. Não se preocupa com isso. A ideia é que a gente possa discutir o trabalho e tudo que desdobrar dessa discussão sobre o trabalho na UBS, na Atenção Básica, no SUS. É grande mesmo (*risos*), é muito grande mesmo. Mas a ideia é que, tudo bem se desdobrar, porque a gente entende que faz parte do trabalho. Nossa prioridade é que vocês possam acrescentar para que a gente possa abarcar as diferentes experiências de vocês.

Imediatamente após a coordenadora concluir, uma técnica em saúde inicia a discussão.

Técnica em saúde 2: Uma coisa que a E. (*técnica em saúde*), estava falando na semana passada, que eu ia até completar é que ela falou que os pacientes são muito carentes de informação. Eu também acho que eles são carentes em questão de atenção. Muitos deles vêm prá cá só pra conversar. Às vezes, se apegam em algum tratamento, acham que você é além daquele profissional, eles tratam você como um amigo, como familiar. Tem paciente aqui que eu conheço os segredos dele, que nem o próprio familiar conhece. Eles têm essa condição de se abrir pra gente e eu acho isso também bacana. Apesar que a gente não tem condição de dar toda atenção que eles precisam. Porque, às vezes, a gente tá tão corrido, que male má, a gente escuta o povo.

Coordenadora do grupo: Então, ao mesmo tempo, que tem essa coisa da atenção, que tem esse pedido de atenção, por outro lado, às vezes, também não dá conta de dar esse acolhimento?

Técnica em saúde 2: É. Verdade, a gente não tem essa condição. Eu tive uma paciente aqui de TB (*tuberculose*) que fez tratamento uma vez comigo, morava aqui e aí depois com o tempo ela

teve tuberculose de novo. Ela veio, fez o teste aqui, mas ela não estava morando mais aqui. Ela estava morando em B. (*outro Município*), mas ela queria vir tomar o remédio aqui todo dia por causa da gente. Aí eu falei pra ela tomar a medicação lá. Porque, já pensou, você sair de lá pra vir tomar o remédio aqui? Mas pra você ver que o paciente se apegue à gente também.

Clínica Geral: Às vezes, mudam também de bairro e querem continuar passando. Acaba criando um vínculo.

Técnica em saúde 2: Isso. Verdade!

Várias pessoas falam ao mesmo tempo a palavra “isso”, e balançam a cabeça concordando.

Silêncio.

Técnica em saúde 2: Hoje o pessoal tá meio quietinho (*risos*).

Coordenadora do grupo: No começo é sempre assim.

Técnica em saúde 3: A gente ainda está aquecendo – *Risos generalizados e algumas pessoas pronunciam a palavra “é”, concordando com a fala.*

Coordenadora do grupo: é esse caminho um pouco, como você falou (*dirigindo-se à técnica em saúde*), do que ficou ruminando daquela reunião e pra agora. Também é o momento de vocês poderem trazer, e se vocês quiserem o espaço está aberto.

Silêncio e risos. Um dos participantes – funcionário da recepção, sentado ao meu lado, fala, dirigindo-se à auxiliar de higiene bucal. Fala dos pacientes do seu novo horário. “Como são esses pacientes depois das quatro? Como é trabalhar nesse novo horário?”

A colocação dele é inaudível para o grupo e apenas eu (observadora) e a auxiliar em higiene bucal, sentadas ao seu lado, ouvimos. No entanto, a auxiliar opta por não comentar nada a respeito.

Mais silêncio e se ouvem pequenos comentários entre as pessoas que estão sentadas próximas. Os comentários solicitam que o outro diga algo – como que pedindo para que o outro inicie a discussão. Ouvi, ao meu lado, a chefe administrativa comentar com alguém: “fala o que foi bom pra você da outra reunião”.

Clínica Geral: Eu acho também que os pacientes sentem, pelo que eu percebo, assim, diferente de um particular, de um convênio. Aqui eu percebo que os pacientes sentem uma necessidade, mesmo que não tenham uma doença, que precise estar passando no médico, porque, por exemplo, meu marido é hipertenso, é diabético, ele vai uma vez ao médico, faz os exames de rotina e depois ok. Não só por ele também ser médico. Porque também percebo isso com outros familiares. Mas aqui não. Aqui o paciente passa, ele está todo controlado, mas ele já sai da sua sala perguntando: doutora, quando volto? Então parece que eles têm a necessidade de estar junto o tempo inteiro. Eu não sei se eles sentem mais acolhidos ou eles querem fazer exame a todo tempo. Eu não sei se é uma justificativa de estar vindo aqui no posto. Aí eu falo: “Não, mas você acabou de fazer exame. Você quer fazer de novo?” Então eu acho assim, que o motivo de tanto querer passar assim...você pode perceber, eles querem passar todo mês, não sei se é uma forma deles criarem o vínculo, de estar passando, de estar conversando. Porque de todos esses pacientes que passam de verdade, aquele que está ruim, que tem uma doença grave, que você precisa dar mais uma atenção, não passa de 20, 30 %. Eles perdem a receita toda hora, então, fica pedindo o remédio toda hora. Não sei se é o acesso que ele tem fácil, ou se ele gosta de ficar vindo ver o pessoal. Eu não sei (*risos*).

Na gravação, ouve-se, ao fundo, alguém comentando: “os da psiquiatria, não são assim”. O comentário é muito baixo e não é percebido pelo grupo durante a discussão.

Técnica em saúde 2: tem paciente aqui que verifica a pressão aqui com a gente, que verificam melhor que a gente (*todos riem*).

Técnica em saúde 2: Ele tá aqui quase todo dia, mas aquele que precisa...

Clínica Geral: Aquele que precisa não faz o controle.

Técnica em saúde 2: Não faz.

Clínica Geral: Ou porque não pode ou, às vezes, pelo trabalho. Então, o que precisa não faz, mas aquele que tá bem... *(risos)*.

Coordenadora do grupo: Porque será? Vocês têm alguma ideia, do porque esses pacientes, precisam tanto vir?

Funcionário da recepção: Eu acho que a maioria que quer vir moram nessas chácaras *(todos riem)*.

Funcionário da recepção: É sério *(risos)*. Se você pegar o endereço, dá pra ver. Eles parecem que não têm com quem conversar lá, aí eles querem vir. Quando eu trabalhava na dengue, a gente fazia serviço na área urbana e quase não era atendido, mas lá é difícil você sair da casa da pessoa. ‘Ah, fica mais um pouco, toma café, toma água, vê aqui a minha árvore não sei do quê’. Eles sentem uma carência de conversar com alguém. Eu notei pelos endereços que esse pessoal de lá, da área rural, conversam mais. Eles sentem mais carência.

Coordenadora do grupo: Eles moram em locais mais isolados que os outros?

Funcionário da Recepção: Mais isolados. E a segurança também conta, é bem mais seguro. Então as pessoas recebem melhor lá também. Nos centros, o pessoal já tem mais uma restrição.

Chefe administrativo: Por exemplo, aquele senhorzinho, *(dirigindo-se ao funcionário da recepção)*, que é da troca de guia.

Funcionário da recepção: Eu sei, foi o primeiro que eu atendi hoje.

Chefe administrativo: Eu tive que ir na Secretaria *(de Saúde)* e depois ir na casa dele. Esse senhor mora tão longe, em uma parte tão isolada, que levou um tempo enorme. E ele vinha todos

os dias. Todos os dias ele tava aqui. O motorista quando tem que ir lá pra levar alguma coisa até cansa: “não acredito, é aquele lugar de novo”.

Enfermeira: E ele vinha fazer o quê aqui?

Chefe Administrativo: Ele vinha passar no médico todo dia.

Enfermeira: Não, gente. Tá igual esse paciente que estava ali. O paciente vem todo dia verificar a pressão e todo dia ele fala: “eu tô passando mal, eu tô muito mal”. Aí você vai ver a pressão dele, tá 12 por 8 (*risos*).

Enfermeira: Aí eu penso, ah, eu não vou ver mais a pressão desse homem não. Todo dia ele tá passando mal, aí você vai ver e a pressão dele está normal. Hoje ele veio aqui, falou que veio do hospital.

Coordenadora do grupo: Os que vêm todo dia vêm medir a pressão? É isso?

Várias pessoas falam ao mesmo tempo: não

Técnica em saúde 2: Não necessariamente.

Enfermeira: Esse vem.

Coordenadora do grupo: Tem uns que vêm medir a pressão. E tem outros que vêm fazer o quê? (*risos*)

Enfermeira: Catar “flenaco” (*risos*).

Coordenadora do grupo: O que é isso?

Técnica em saúde 1: é o Dicoflenaco.

Clínica Geral: Eles falam assim, “catar flenaco”. É um anti-inflamatório. Sempre na consulta eles falam: “ah, vê também um flenaco” (*todos riem*).

Enfermeira: Eles chegam e falam “eu já estou tomando flenaco pra dor, e eu quero ver minha pressão”.

Chefe administrativo: Tem uma paciente também que vem aqui e todo dia ela arruma desculpa pra ficar internada no pronto socorro. É a Dona I., vocês sabem. Isso é a carência. Aí o médico fala “vou te dar alta”, aí ela arruma alguma coisa pra ficar (*todos riem*).

Chefe Administrativo: Ela fala que não tá se adaptando à filha dela e que prefere ficar aqui. Eu já pedi até um estudo social pra ver o que a gente resolve. Mas tá difícil.

Dentista: É. De repente, eles tentam resolver o problema familiar aqui, né? Querem transferir a família pro postinho.

Técnica em saúde 1: Ah, mas aí já tem que arrumar uma vaga com a Dra. Luciana né? (*risos*).

Dispensador de medicação: É, acho que todos nós estamos precisando de um psicólogo (*todos riem*).

Técnica em saúde 1: Porque, às vezes, a gente tá aqui na medicação e conversa com as pessoas. Isso é, quando a gente tem tempo, porque a gente não tem muito tempo. Aí a gente fala uma coisinha, puxa um assunto e aí a gente fica. Precisa chamar outra pessoa e quem tá aqui fora esperando não tem aquela paciência da pessoa que tá lá dentro. Aí a gente fica: “é”, “é, sim”, tá bom”, “então, tá” (*todos riem*).

Técnica em saúde 1: Dá maior dó fazer assim, mas a gente precisa, se não a pessoa fica.

Várias pessoas concordam falando “é”, e balançando a cabeça.

Técnica em saúde 1: É necessário pela hora. Aí a gente fala assim: “quer vir conversar, então vem um pouquinho mais tarde, que tá mais tranquilo. Não vem de manhã não, porque de manhã é sempre mais corrido” (*todos riem*)

Coordenadora do grupo: Então, vocês se sentem em uma situação delicada com o pedido deles de escuta, de atenção?

Técnica em saúde 2: É, às vezes, não dá pra dar a atenção que eles estão querendo na hora.

Dispensador de medicação: Acho que uma coisa que a gente não discutiu é a questão do nosso trabalho, que é muito corrido – *Várias pessoas concordam falando “é”, “sim”, e balançando a cabeça.* A gente não tem tempo pra quase nada e sempre quando você está muito atrasado tem um funcionário que falta, fica tudo corrido... – *Nesse momento, é interrompido por uma técnica em saúde.*

Técnica em saúde 4: Porque me falaram que trabalhar em postinho dá pra aprender a fazer tricô, crochê, sapatinho (*risos*). E até agora eu não consegui nem pegar na agulha (*todos riem*).

Funcionário da recepção: É outra agulha (*risos*).

Dispensador de medicação: Meu pai sempre falou pra mim: “você vai trabalhar? Ah não, você vai lá no postinho” (*risos*).

Grupo se agita em murmúrios e risos.

Técnica em saúde 2: Mas isso, acho, foi há alguns anos. Era o tempo que era mais tranquilo. Mas agora não tem nem tempo de respirar.

Coordenadora do grupo: E o que vocês acham que aconteceu?

Técnica em saúde 1: Acho que a população cresceu.

Técnica em saúde 2: A demanda aumentou e continuou com a mesma quantidade de funcionários. Se bem que, quando entrei aqui, tinha quatro clínicos e agora só tem dois pra muito mais pessoas.

Coordenadora do grupo: Quanto tempo, pra gente saber, mais ou menos?

Técnica em saúde 2: Há oito anos atrás. Não faz tanto tempo assim, né?

Chefe administrativo: Eu acho que nesse mandato já veio crescendo.

Funcionário da recepção: Teve um assentamento de terra lá em cima, acho que esse assentamento tá trazendo muita gente pra cá. Lá tem muita gente e não tem comprovante de endereço nem nada.

Auxiliar de higiene bucal: Aí você pergunta “qual seu endereço?” e eles não sabem.

Funcionário da recepção: Eles falam “ali no morro”. C., que eles chamam lá.

Técnica em saúde 2: Comunidade C.

Coordenadora do grupo: E é aqui perto esse bairro?

Funcionário da recepção: Praticamente no G. É outro bairro. Mas é que, lá tem o PSF que não pode absorver essa população. E vem o pessoal mais longe também de um condomínio de CDHU também. Antes não tinha essas duas regiões.

Clínica Geral: Pois é. Então aumenta a população e diminui o número de funcionários.

Funcionário da recepção: Psiquiatria mesmo... Antes era tudo no CAPS, agora tem psiquiatra aqui todo dia e todo dia tem muita gente.

Chefe administrativo: E aumentou.

Técnica em saúde 2: Sem contar o pessoal que mora em A. e passa aqui. Eu moro lá. E lá tem o PSF, mas eles não querem passar lá. Eles querem continuar passando aqui.

Coordenadora do grupo: Por que?

Técnica em saúde 2: Não sei. Eles falam que não gostam de lá. Isso que eles dizem.

Clínica Geral: Mas vai ter uma hora que vai informatizar, né?

Chefe administrativa: É. Projeto deles, né? *(referindo-se ao projeto da Secretaria de Saúde).*

Clínica Geral: Vixe – *Risos generalizados e a sala se agita por instantes. Várias pessoas falam ao mesmo tempo.*

Coordenadora do grupo: Se informatizasse, daria pra vocês acessarem as informações de lá pra cá?

Clínica Geral: Na verdade, quando informatiza, as pessoas de uma determinada região têm que passar naquele bairro, naquele posto. Só que, apesar de funcionar um pouco melhor, eu vejo que, se vem alguém de uma outra Unidade aqui, sempre tem o encaixe. Melhora um pouco, mas... Pelo menos, nos outros municípios em que já trabalhei, se o paciente não está no sistema, você não consegue encaminhar ele pra um especialista, eles bloqueiam um pouco.

Dispensador de medicamentos: Mas uma coisa também é que tem gente que passa tanto aqui como lá *(risos)*.

Técnica em saúde 3: Na verdade, eles fazem dois cartões. Pelo menos, comigo acontece de perceber que eles têm vários cartões.

Dentista: Às vezes, também acontece deles trazerem o cartão da região que não é atendida aqui. Aí quando você fala “olha, não dá pra passar, essa região é atendida por outro posto”, aí eles falam “ah, desculpa, é que eu dei o cartão errado” (*todos riem*).

Dentista: E se a gente pergunta: “mas como é que você tem dois cartões? Onde você mora mesmo?” Eles respondem: “é que eu mudei há pouco tempo. Eu moro nesse agora”. Ou seja, todo mundo muda o tempo todo, mas, na verdade, ninguém muda nada. Eles querem passar na hora que eles querem, com quem eles querem.

Clínica Geral: É isso mesmo. Eles pegam um endereço de um amigo pra passar aqui. Sem contar o pessoal que vem do nordeste dizendo: “Aí, doutora, minha mãe chegou do nordeste e tá com a pressão assim, assado”. Ou seja, acaba de chegar e já quer sentar na janela e dar tchau. Eles querem tudo. Eles querem passar com especialista. Quando eles vêm pra cá, eles querem tudo. Acho que por que lá o sistema é ruim. Eles vem pra cá e querem fazer exame, querem fazer um chec up completo. E muitas vezes a gente pede e nem dá tempo de fazer, porque o paciente já tá voltando, né?

Grupo concorda balançando a cabeça.

Dentista: Geralmente eles já chegam agendados. Eles vem fazer turismo médico (*todos riem*)

Clínica Geral: Isso. Eles chegam assim: “olha, ele tem que passar hoje, porque ele não tem muito tempo”. No máximo, eles ficam dois meses.

Dentista: Eles falam também: “tem tantos dentes pra tirar, mas tem que ser até sexta, porque no sábado eu tô voltando”. Aí eu falo “então a senhora vai voltar com todos”. É complicado. Porque a filha já marcou quando sabia que a mãe vinha, mas é complicado. Não dá pra fazer cinco extrações ao mesmo tempo. Geralmente eu falo também: “olha, dá pra gente fazer no máximo

uma hoje e nas próximas viagens a gente olha os outros”. Vou fazer o quê? E a gente não sabe se é real. Se ele tem algum outro problema. Eles omitem coisas, porque querem passar. Eles querem voltar pra cidade e dizer: “Eu fui pra São Paulo e fiz tudo lá”. Mas a gente sabe que não funciona assim. Quem é da área sabe que a gente precisa de um histórico, realizar um acompanhamento mais detalhado. Os que já são daqui, eles passam na doutora K., passam por mim. Eu sempre pergunto: “ela te deu algum exame?” Eles falam que sim e, às vezes, que não, mas mesmo assim a gente fica meio esperto, porque eles omitem as informações. Eles têm que fazer tratamento de pressão, de diabetes, mas, às vezes, não querem falar, porque querem ser atendidos naquela hora. Agora, imagine uma pessoa que vem de um outro lugar. Você não sabe nem se ela foi cuidada ou não. A gente fica limitada a trabalhar. É importante saber qual o nosso limite pra não deixar de atender, mas também não pecar por excesso.

Coordenadora do grupo: Por que tem um risco pra saúde daquela paciente?

Dentista: Dela e nosso também. É nossa responsabilidade, porque nós temos que atender, porque faz parte da nossa função, mas não dá pra fazer tudo. A gente lamenta, porque a pessoa veio de fora, veio de longe, mas não dá pra fazer tudo. Não dá pra meter os pés pelas mãos.

Coordenadora do grupo: Então vocês estão contando de um limite do trabalho?

Dentista: É. Eu tenho. Eu me sinto limitada e eu vou até onde eu acho que dá pra ir. Exemplo básico, elas sabem (*dirige-se às técnicas em saúde*), é o de pressão. Eu não entendo nada. O paciente fala: “eu faço e eu estou controlado com 18 por 10, 18 por 15”. Isso é um exemplo mínimo.

Clínica Geral: Todos têm, na verdade, um problema de pressão.

Dentista: A maioria tem.

Clínica Geral: A população inteira se você for pegar aqui. E todo mundo quer laudo pro INSS (*todos riem*).

Clínica Geral: Aqui é assim, você faz uma consulta e depois eles começam devagar a te pedir um laudo pro INSS. E todos querem encostar na Caixa. E outro dia a L. (*referindo-se a outra enfermeira ausente nessa reunião*) falou e eu dei risada porque eu estava ouvindo: “mas o Sr. quer laudo pra que? Problema de pressão não dá direito a se encostar na Caixa”. Quase todo mundo que passa aqui é hipertenso. Aí você tem que explicar: “olha; a pessoa que vai se encostar na Caixa é em outra situação. Por exemplo, se você tem uma sequela de uma doença. Se você amputou uma perna, por exemplo, de uma diabetes descompensada”. Mas tudo eles querem conseguir um jeitinho. “Ah, eu quero um laudo pra poder andar de ônibus de graça” (*risos*). Eles passam e, às vezes, não tem a patologia em si. É um paciente neurológico, mas nunca pegou um laudo do neuro. Paciente que diz que fazia tratamento no Hospital das Clínicas de leucemia, de câncer, mas que nunca tem um laudo. Ele vem pra você dizendo que tem que ter aquele laudo. Então é desgastante assim. O dia a dia da gente é muita correria, muita gente e, às vezes, você tem que resolver problema de outra coisa. Por exemplo, o paciente tem direito por idade de ganhar o transporte, não tem?

Funcionário da recepção: Isso. Tem direito a partir de 65 anos.

Clínica Geral: Então, aí chega o paciente dessa idade, ou até mais, e me pede: “doutora, eu quero que a senhora me faça um laudo pra conseguir o transporte”. Aí eu tenho que dizer: “Olha você não precisa de um laudo pra conseguir isso. É um direito seu. Você mostrando sua idade, é garantido”. Tudo eles acham que é você que tem que fazer. É você que tem que dar.

Dentista: Porque o postinho é o que resolve o social, o familiar. Tudo.

Clínica Geral: Aí eu falo “não precisa eu escrever sua idade em um papel pra você conseguir algo que é um direito seu”.

Dispensador de medicação: Aliás, direito é uma palavra que as pessoas adoram. “Se eu tenho direito a alguma coisa, eu quero, mesmo que não esteja precisando”.

Dentista: É a distorção da palavra.

Técnica em saúde 1: Não é como se o pessoal se sente firmado em alguma potência. É o direito é meu e você tem que fazer aquilo. Não adianta falar: “olha, a gente não tá tirando o seu direito, mas não compete a nós”. A gente não sabe de onde eles vêm com essas informações, mas tem coisas que eles acham que a gente tem que fazer. Aí é a hora que a gente fala: “você pode procurar seus direitos onde você quiser, mas não aqui com a gente, porque a gente não pode dar conta disso”.

Dentista: Tem que tomar um pouco de cuidado, porque o próprio paciente começa a jogar o dentista contra o médico, o médico contra a equipe de enfermagem. Então isso complica, a gente tem que acabar sempre se falando.

Diante desse comentário várias pessoas se agitam concordando e dizendo: isso, verdade, é mesmo...

Dentista: Um caso típico a gente teve com uma senhora que toma ASSs. Eu suspendi o Ass, antes de realizar uma extração e aí ela foi passar com a equipe de enfermagem e era muito cedo e estava muito cheio o posto. Fez um show, dizendo: “imagina que a mãe dela ia ficar esperando, porque a dentista mandou tirar a pressão agora”

Enfermeira: Ela chegou e a gente estava fazendo a coleta do sangue de alguns pacientes. Eu estava com a agulha em uma paciente e aí ela chegou falando “ninguém pode parar aí, pra medir a pressão da minha mãe, não?”

Dentista: Quando eu peço pra aferir, eu sempre mando uma cartinha pras meninas, pra elas fazerem a anotação e eu saber. E nisso, eu só ouvia o barulho que ela estava fazendo com as meninas, mas eu não tinha mandado ela aferir naquela hora. Eu disse pra ela que ela seria atendida, mas que deveria esperar um pouco e que, como estava muito nervosa, era bom se acalmar primeiro. Quando ela voltou eu perguntei o que aconteceu e ela foi dizendo: “é porque ela tinha que parar, mas não quis parar pra medir a pressão”. Aí eu disse pra ela: “não, ela não

tinha que parar. Está escrito aqui, enfermeira, pare agora o que estiver fazendo e atenda essa paciente?” E eu disse ainda: “olha, eu te expliquei bem, de manhã é complicado, a gente faz a coleta, tem que aguardar”. E a paciente continuou: “não, porque isso é um absurdo, minha mãe já veio de jejum”. E eu pacientemente continuei: “olha, tudo isso foi pensado. Ninguém tá fazendo de qualquer jeito. Tudo foi estipulado antes”. E ela continuou acelerada e eu tive que esperar ela sentar e se acalmar pra só depois fazer o atendimento, porque, nessa, a pressão já tava alta de novo.

Clínica Geral: Pois é, fica nervosa e a pressão sobe. Ai, meu Deus (*risos*).

Dentista: Se elas (*referindo-se às técnicas em saúde e à enfermeira*), não me conhecem falam: “ah, a dentista tá querendo botar pressão”. Quando ela se acalmou e eu atendi, ela veio me pedir desculpa e aí eu disse: “não é desculpa pra mim que você tem que pedir, é pras moças da enfermagem, porque você foi mal educada com elas”.

Enfermeira: E ela tinha usado o nome da outra enfermeira falando que era pra agora.

Dentista: Você vê, é por um fato bobo, mas o problema é que a pessoa não quer esperar e mesmo que ela tivesse aferido a pressão na hora que ela queria, não ia poder passar, porque ainda tinham duas pessoas na frente dela. Aí o pior é que a pessoa vai procurar a S. (*chefe administrativa da Unidade*), que tem as tarefas dela lá, pra resolver um problema que é pontual. E eu tinha explicado direitinho pra ela, mas a pessoa insiste. E ela não me tratou mal, mas tratou mal meus colegas, porque cria uma situação que é desgastante. A gente ainda conversa, fala.

Clínica Geral: e ela foi na S. (*chefe administrativa da Unidade*)?

Dentista: Ela foi na S., como se eu mandasse em tudo.

Chefe administrativa da unidade: Ela foi lá falar comigo, aí eu fui lá entender com a equipe de enfermagem e depois fui lá e falei com a S. (*dentista*). A paciente já foi me falando que a dentista não ia atender por culpa da equipe de enfermagem.

Dentista: Tá vendo? Isso que é o problema.

Chefe administrativo: E o problema nem era a mãe. Ela estava bem calma.

Técnica em saúde 1: O problema era a filha dela. Ela é que estava nervosa (*todos riem*)

Técnica em saúde 1: é sério, o problema era a acompanhante. É uma tristeza.

Dentista: Aí você tem que explicar tudo bem direitinho: “Olha, dá próxima vez você tem que vir mais tarde, pode vir alimentada e tudo vai dar certo”. Eu pergunto se pode ser, mas já marcando no período da tarde pra ela. Saiu daqui toda feliz e satisfeita assim. Então, você tem que ficar resolvendo problema tão bobagem e tem outras coisas tão mais importantes. É um desgaste mesmo.

Coordenadora do grupo: quando você fala de desgaste. Tem a ver com isso? (*Dirigindo-se à dentista*).

Dentista: Sim. O desgaste aqui não é da minha profissão, é do clima.

Clínica geral: Não é do atendimento em si.

Enfermeira: O desgaste é assim: chega igual aquela paciente com a perna enfaixada (*fala dirigindo-se às técnicas de saúde*) e queria o material pra fazer o curativo em casa e a pomada. E eu perguntei pra ela qual era pomada, mas ela não sabia. “E que médico que deu essa pomada?” Aí a gente fala: “então a senhora precisa passar com o médico, o médico vai prescrever a pomada”. E a paciente insiste: “ah, mas você é enfermeira? Você pode me dar”. E a gente fica explicando: “mas aí eu dou uma pomada errada, a senhora passa e nada dá certo. Eu não posso fazer isso”. Sendo que essa mesma paciente já deu problema outras vezes por causa disso.

Técnica em saúde: O que desgasta mais a gente, não só aqui, é o pronto socorro aqui ao lado. A pessoa chega passando mal e chega lá e a recepção do pronto socorro manda a pessoa sair de lá, dar toda essa volta pra vir aqui aferir a pressão.

Clínica Geral: Como assim? Eles não fazem lá?

Técnica em Saúde 1: Às vezes, a pessoa tá com sinceridade, mas outros já vem fazendo de conta que está passando mal, porque quer passar na frente de todo mundo lá no pronto socorro. Mas estar fazendo isso, não quer dizer que a pessoa tá passando mal e que seja problema de pressão.

Clínica Geral: Essa eu não sabia. Se a pessoa tá passando mal tem que passar no pronto socorro. Quem tem que fazer a triagem é a enfermagem de pronto socorro.

Várias pessoas começam a falar ao mesmo tempo.

Técnica em saúde 1: Qualquer dia vai acontecer de alguém cair aqui nesse corredor.

Clínica Geral: Qualquer dia a gente tá atendendo enfartado aqui. Quer dizer, a porta não é aqui, é lá.

Técnica em saúde 2: As nossas brigas aqui é isso. E se o paciente cai aqui? Todo mundo manda pra cá, achando que é uma pressão alta.

Clínica Geral: E outra, se o paciente está procurando e não tá agendado, aí já tá errado, porque se ele veio de livre e espontânea vontade porque tá passando mal, então a porta dele não é aqui. A porta dele é lá. A enfermagem daqui, ela tem que estar cuidando dos controles solicitados, quinzenais, semanais. Não tem que atender gente que tá passando mal. Se o paciente vem passar aqui em uma consulta de rotina, esperou três meses pra passar, mas chega aqui passando mal, ele tem que ir pro pronto socorro. Não vai ser mais aqui a entrada dele. Passa a ser lá. Medicou, viu que não é nada, ele pode até voltar aqui, mas é coisa diferente. Isso tá errado S. (*dirigindo-se à chefe administrativa da Unidade*), tem que estar vendo isso.

Chefe Administrativo: Mas é que isso já foi discutido

Clínica Geral: Não, isso tá errado. Como que a gente vai ter o atendimento do nosso paciente se ele se junta com o de lá?

Chefe Administrativo: Isso tá complicado mesmo, por mais que a gente se junta e conversa com as coordenadoras, isso vira um jogo de empurra.

Clínica Geral: Acontece que a gente só está dentro do mesmo espaço, porque, na verdade, são coisas bem diferentes.

Técnica em saúde 3: Mas isso até em dias de atendimentos normais daqui. Muitos pacientes chegam e querem ver a pressão, aí a gente fala pra esperar dez minutinhos, se acalmar. E eles ficam indignados. Aqui é uma Unidade Básica de Saúde, não é o Pronto Atendimento. Você vai chegar bem aqui e vai ser atendido no seu tempo.

Dentista: Nem no Pronto Atendimento vai ser atendido imediatamente.

Técnica em saúde 3: Mas eles querem ser atendidos na hora que chegar. O problema começa quando tem que pedir pra aguardar.

Clínica Geral: Aí começa um problema. A gente tem que ter a enfermagem daqui pra orientar uma alimentação de um diabético. A gente vai fazer laudo pra pessoa pegar o kit e ela (*dirige-se à técnica em saúde sentada a seu lado*) vai orientar como é que toma uma insulina. É pra isso que serve a enfermagem do posto. Tipo, acabou de passar no médico e vai precisar usar a insulina: “ai, doutora, mas eu não faço nem ideia de como usa”. Muitas vezes, o que eu faço? “O destro já tá alto, então você vai lá, toma uma unidade de insulina, já observa como ela vai aplicar em você e pede pra ela te ensinar, até você ter a segurança de fazer sozinho”. Agora, como que a enfermagem vai fazer essa orientação, se tiver que dar conta dessas emergências? Isso tá errado, eu vou falar com o E. (coordenador geral da equipe médica), vou reclamar com ele. Isso é um

absurdo. Eu não sabia que isso estava acontecendo com as meninas. Eu falei você S., mas, na verdade, desculpa. Não é você que tem que resolver isso. É o pessoal lá da Secretaria, a chefe da enfermagem e o chefe da equipe médica. Isso tá errado. Divide a unidade e deixa a gente a mercê dessas situações?

Chefe Administrativo: É muito difícil. Aqui tem que entrar tanto a coordenação de uma Unidade como de outra, sentar e discutir.

Clínica Geral: E quando eu falei pro E., daquele problema que dava aqui, eu não sabia. Mas eu vou falar. Que história é essa de pegar enfermagem do posto, pra fazer atendimento do Pronto Socorro?

Várias pessoas falam ao mesmo tempo e o grupo fica bastante agitado.

Clínica Geral: Mas eu vou falar. Como dá pra fazer prevenção se você mistura UBS com PS? Já começou errado por aí. Se o próprio coordenador nosso tá fazendo errado.

Técnica em saúde 1: Ele vai falar que isso daí é velho, que não começou agora. Que tá essa bagunça há muito tempo, antes dele entrar pra coordenar.

Clínica Geral: Mas isso tá errado. Tá muito errado. E eu vou falar. Isso é um absurdo. A enfermagem fica toda sobrecarregada e a gente não consegue fazer o trabalho de prevenção, porque, como elas dizem, sempre vai ter alguém batendo na porta desesperado e urgente.

Coordenadora do grupo: E está misturado só no setor da enfermagem ou tem outra área?

Funcionário da recepção: A própria recepção. Eles dão entrada pra passar com a doutora K., mas já abrem ficha lá no pronto socorro.

Técnica em saúde 3: Isso mesmo.

Funcionário da recepção: Aí eles falam: “Ah, espera um pouquinho que tão me chamando lá.

Clínica Geral: Aí eles chamam lá e eles estão aqui (*todos riem*)

Funcionário da recepção: Você chama aqui e eles tão lá, e vem com o soro correndo pra cá (*todos riem*).

Chefe Administrativo: A minha intenção era tirar. Pronto socorro em um canto e UBS no outro.

Funcionário da recepção: Mas vai sair. O projeto é pra sair.

Dentista: Por conta de nós estarmos dentro de uma UBS junto com PS, o dentista acaba sendo emergência também, em muitos casos. Emergência pra dentista é no pronto socorro central, e não aqui. Aqui com hora marcada. Claro que há alguns casos que precisam sim, mas aqui a prioridade é o paciente agendado. O paciente subentende que é emergência e a maioria vem querendo passar assim.

Coordenadora do grupo: Então tá tudo misturado?

Dentista: Tá. Tudo junto e misturado (*risos*)

Clínica Geral: O paciente não entende o que é uma consulta agendada e o que é um encaixe.

Técnica em saúde 3: A promoção da saúde e a urgência e emergência pra eles é a mesma coisa.

Novamente a sala se agita, várias pessoas falam ao mesmo tempo com as pessoas a seus lados.

Funcionário da recepção: E o pessoal do pronto socorro deve ter a mesma reclamação da gente lá. Eles mandam tudo pra cá. Quinta-feira não tem clínico, aí eles falam: “ah, hoje não tem clínico, não tem encaixe, então vou passar lá”.

Chefe administrativo: Outro dia um cara discutiu comigo na recepção, porque a esposa dele estava com hemorragia e eu disse que não era caso de passar com a ginecologista da UBS, mas sim, ir para o pronto socorro, mas ele queria porque queria um encaixe. Depois, ele começou a querer distorcer que ela não estava com hemorragia. E eu, tentando entender, perguntei: “então, afinal o que ela tem”? Porque hemorragia é pronto socorro. “Tem que detectar o problema que ela está agora nesse momento e depois ela será acompanhada pela ginecologista”. E ele insistindo: “não, mas eu quero a doutora do posto”. E aí eu tive que ser firme com ele: “eu vou lá, vou fazer uma ficha junto com o senhor e ela vai passar no pronto socorro”. Aí ele disse que vai levar meu nome. Já tá lá na Secretaria.

Clínica Geral: Na boca do sapo – *Risos generalizados e o grupo se agita.*

Coordenadora do grupo: Mas por que?

Chefe administrativo: Porque ele não aceitou o que eu falei. Que o caso dela era no pronto socorro.

Clínica Geral: Eles querem o que eles querem. Igual remédio, de pressão. Hoje a paciente passou e ela toma o Lozatan com Captopril que são remédios da mesma fábrica e mesma função. Mas eles querem tomar o que eles querem tomar. Aí você vai tentar corrigir a receita: “escuta, não é legal você tomar dois remédios com a mesma função, um em cima do outro. É a mesma coisa que tomar dois anti-inflamatórios. Se é o caso, tem que tomar um anti-inflamatórios com analgésico e não dois anti-inflamatórios”. Aí ela me fala: “Ah, não, doutora. Eu já acostumei assim”. Resumindo, eu fiz a receita depois de muita insistência dela. Depois eu até ri e falei pra ela: “vou fazer sua receita e depois você passa com outro médico e ele, vendo isso, vai pensar ‘essa médica não bate bem’”. Aí ela deu risada: “ah, doutora, mas eu já tomo assim faz tempo”. Aí eu pergunto: você vai lutar contra isso? – *Várias pessoas riem e falam ao mesmo tempo.*

Dentista: E aí você deu?

Clínica Geral: Eu dei. Porque se eu não der, ela vai desmaiar, vai passar mal, vai ter um piripaque e vai dizer que o problema é porque mudou o remédio – *Várias pessoas concordam expressando: “é isso mesmo”, “verdade”, “é”.*

Enfermeira: Vai falar que a médica não foi boa.

Clínica Geral: Aí ela vai voltar e falar pra trocar a receita dela (*risos*).

Técnica em saúde 3: Então, pra evitar esses transtornos (*risos*), melhor dizendo, esse desgaste, a pessoa acaba cedendo.

Clínica Geral: Aí você passa por isso. Outro dia, uma falou: “aí, doutora, eu falei pro cardiologista me passar tal remédio” – *Risos generalizados e agito na sala novamente* – Aí já pensou eu encontrando ele em uma reunião? Ele vai pensar: ah, essa é a doutora K., aquela que passa Captorpil com Lozatan (*todos riem*).

Técnica em saúde 1: igual eles falam, quando a doutora troca o medicamento e eles vem medir a pressão e dá um pouco alterada: “ah, tá vendo? A doutora foi mudar minha medicação, só tá me fazendo mal” (*risos*).

Técnica em saúde 3: Eles são os médicos, os enfermeiros, nós só auxiliamos eles.

Clínica Geral: Igual uma paciente que, por exemplo, toma Metildopa, que é um remédio de pressão que só é tomado na gestação. Mas, hoje, com toda a rede de medicamentos que a gente tem, tem outros muito superiores a esse, que não vai ter efeito benéfico nenhum ao coração, como, por exemplo, um Lozatan, um Captopril, que impede o inchaço do coração. Só que, o Metildopa dá sono. Então o que acontece? Eles gostam de tomar o Metildopa pra dormir. Eles não tomam outro remédio, porque eles querem o Metildopa e não importa se o remédio está tratando eles a longo prazo. Eles querem o efeito imediato. E se você troca, você não presta. Eles não tomam outro remédio, mentem que está tomando e a pressão descontrola. E isso vai até você voltar no remédio que eles querem. Aí você coloca na receita Metildopa e eles saem felizes.

Técnica em saúde 4: Tem um paciente aqui que faz controle de pressão e ele tomava todo tipo de medicação e a pressão não abaixava. Aí eu falei pra ele: “então, é algum tipo de coisa que o senhor tá comendo”. E comecei a perguntar: “geralmente o que o senhor come?” Aí ele falou que comia isso e aquilo e, por fim, me contou que gostava muito de comer azeitona. “Eu como azeitona em tudo”, ele disse (*todos riem*). E ele continuou: “na minha casa tem vidros e mais vidros de azeitona. Azeitona de todo jeito, porque eu adoro azeitona”. Aí eu conversei com ele e falei: “olha, pelo amor de Deus, é isso então” (*risos*). E agora ele está com a pressão controlada. Ou seja, a gente tem que conversar e desvendar o mistério (*risos*).

Técnica em saúde 3: Porque, às vezes, é um problema muito simples, que você acaba descobrindo do nada. Porque pra eles, se eles tão medicados, acabou o problema de saúde. Pode tudo, pode comer, pode beber.

Clínica Geral: Igual às pacientes que tomam insulina: “ai, doutora, eu já tomo a insulina, será que eu posso comer um pouquinho de açúcar, só no café da manhã?”.

Técnica em saúde 1: Eles querem que a medicação faz milagre.

Técnica em saúde 3: Ou então eles acham que é só o doce, mas se mata na lasanha, se mata na macarronada, se mata no prato de arroz e feijão (*risos*).

Clínica Geral: eu já falo assim: “olha; tudo que você come vai virar açúcar” (*risos*).

Técnica em saúde 3: Aí eles perguntam: “e eu vou comer o que”? E aí já é com a nutrição. Porque pra eles fazerem uma dieta certinha é mais difícil, eles não têm muito dinheiro.

Dispensador de medicação: Mas acho que isso não é muito verdade, é uma ideia falsa que a gente tem, porque tem pessoas que têm condição.

Técnica em saúde 2: Final de ano, todo mundo vai viajar de avião por aí, e a gente aqui (*risos*)

Técnica em saúde 2: Você fica na sala de vacina e escuta assim: “ah, minha carteirinha tá atrasada, porque eu fui viajar”. Um monte de gente. Mais do que a gente.

Clínica geral: Mas remédio não compra.

Dentista: Ah, mas se você fala que tem na farmácia popular e que lá compra por vinte e cinco centavos, eles não querem.

Técnica em saúde 3: Isso mesmo. É a gente que tem que dar.

Técnica em saúde 1: Outro dia, não sei quem perguntou se o remédio que ele ia ter que tomar ia ter na farmácia daqui, ou se ele tinha que comprar na farmácia popular. Aí eu falei: “ah, eu acho que sim, porque aqui só dá o de hipertensão e o de diabetes”. Aí ele falou: “ah, mas será que é caro? Eu vou lá ver, mas se for caro, não vou comprar esse remédio”. O pessoal não quer gastar com remédio. Eles só querem o que tem aqui na farmácia. Fica difícil pros médicos também tratar o pessoal aqui. Se não tiver na farmácia, eles não compram.

Técnica em saúde 2: E eles fazem assim: passou com o médico, vai na farmácia. Se não tem o remédio, eles pedem um parecido, se não têm eles, voltam pra trocar a receita de novo com o médico (*risos*)

Técnica em saúde 1: Igual inalação. Eles vêm, o médico passa a inalação e tem um período pra fazer o tratamento. Aí eles fazem um dia e somem. Depois passa mal do nada, depois de muito tempo, e volta aqui com a receita pra gente fazer a inalação de novo. Aí a gente tem que falar: “a sua receita venceu. Você tem que passar com o médico novamente”. Aí eles ficam bravos.

Clínica Geral: Aí saem xingando e batendo porta.

Dispensador de medicamentos: O que eu vejo é que eles não têm comprometimento com a própria saúde. Não têm com uma dieta, não têm com um medicamento que vai tomar, com a atividade física que todo mundo tem que fazer e não faz.

Técnica em saúde 4: E quando a pressão dá alta, eles saem daqui todos felizes. Mas se der normal eles ficam questionando: “como assim, deu normal”? (*todos riem*).

Dentista: Ah, que bom, vai ter que fazer encaixe (*todos riem, grupo agitado*).

Técnica em saúde 1: Igual quando eles vêm do pronto socorro, que a gente marca que a pressão tá alterada e a gente dá um papelzinho marcando pra dar preferência. Eles vão todos felizes.

Dentista: Ah, eles adoram negócio de preferência, passar na frente (*risos*).

Dentista: E tem uns que não querem ir. Os que precisam mesmo, não querem.

Técnica em saúde 1: Esse é o problema. Vem e depois que tem uma alteração, não quer passar no pronto socorro. Aí eu falo: “se você veio, agora você tem que passar no pronto socorro. Como vou deixar você ir embora sem passar no pronto socorro”? Porque depois, vem alguém aqui perguntando: “ué, mas fulano de tal, não veio aqui?” Porque não vai ter ficha aberta e aí o pepino fica aqui. Eu falo: “eu vou te acompanhar até lá”. E eu vou e acompanho a pessoa, às vezes, até lá pra ela fazer a ficha e passar no pronto socorro.

Técnica em saúde 3: Isso causa um tumulto aqui. Eles vêm, mas se não tem o remédio não compra. Se a pressão tá alta, não quer ir ao pronto socorro. Então?

Clínica geral: Às vezes, você tem a facilidade do PS. O duro é quando você tá em uma UBS e o paciente encaixa porque tá passando mal. Por exemplo, tá com a pressão 23 por 15, que é uma emergência hipertensiva. Aí você vai lá, atende e pede pra fazer uma medicação pra baixar, mas tem que encaminhar pro pronto socorro. E aí o paciente fala que não quer ir. E aí? Você fica com

aquele paciente ali, sem condição de tratar em uma UBS, ele se recusando a ir. E se a pessoa piora aqui? Aí vão querer saber quem atendeu, etc.

Enfermeira: Nesse caso aí é ruim com o pronto socorro, mas pior sem, né? (*risos*)

Técnica em saúde 2: Já pensou pegar isso, três e meia da tarde?

Enfermeira: Ah, não fala isso não.

Técnica em saúde 1: Mas acontece. Lá no G. (*unidade com PSF*), chegava o pessoal assim, que ia aferir a pressão e dava alterada. A gente sempre falava: “gente se vocês estão sentindo alguma coisa, não venha pra cá. Vai pro pronto socorro direto”. E geralmente essa hora nunca tinha médico na Unidade e, até a ambulância chegar, a pessoa pode até enfartar aqui se ficar esperando. Muitas vezes a gente falava: “tá de carro, então vai direto pro pronto socorro, não adianta ficar aqui”.

Coordenadora do grupo: Então, nesse sentido, o PS...?

Técnica em saúde 2: Ele ajuda, mas tumultua também.

Coordenadora do grupo: Esse tumulto é uma sensação que vocês vivem, quando vocês começam a dar uma orientação e o paciente resiste. É nesse sentido?

Técnica em saúde 1: Não. O tumulto pra gente é esse: tem medicação pra fazer, tem um monte de gente atendendo, tem um monte de gente na nossa porta, no nosso ouvido e aí vem um lá do pronto socorro, falando que tá passando mal, que precisa aferir a pressão, que mandaram ele vir. Então isso tudo acaba tumultuando a gente. Porque tem os pacientes da doutora que já tá esperando há tempos...

Clínica Geral: Tem orientação pra gestante, tem o pessoal da tuberculose, é o pessoal que vai passar em consulta, pesar, medir, Bolsa Família. Então, junta com o pessoal do PS e tumultua.

Técnica em saúde 1: E agora ainda tem o pessoal do Bolsa Família pra encher a panelinha, *(risos)*

Técnica em saúde 1: Panelinha não. Panelão de pressão *(risos)*.

Enfermeira: E coitada de nós, enfermeiras, que agora temos que fazer a triagem para encaixe de pediatria. Mas, nessa, eu descobri que eu não concordo mais com os encaixes *(risos generalizados e agitação na sala)*. Porque tem gente que marcou a consulta há três meses atrás, aí vem aquela belezinha pra encaixe e diz que tem dois anos que não passa e quer pegar um pedido de exame. Ah, não dá vontade de xingar? Tem que marcar consulta e não tentar passar no encaixe.

Risos e alguém que não consigo identificar fala: e agora que você descobriu que não concorda?

Enfermeira: Pois é. A pessoa marcou a consulta e tá esperando há três meses e a outra chega e já vai passar. Não tô achando isso justo não.

Clínica Geral: Depois chega os papéis pra gente assinar, igual ontem. Assinar que é obrigatório atender encaixe. Eu falo: “assinei, porque sou obrigada” e coloquei isso na folha” *(risos)*.

Chefe administrativo: Aí o moço daqui falou: “eu não concordo com a doutora”.

Clínica Geral: Quem falou isso?

Chefe administrativo: O chefinho aqui *(referindo-se ao chefe do pronto socorro)* *(todos riem)*. E eu falei pra ele: “pois, eu concordo, porque nem sempre os pacientes vêm porque estão precisando mesmo. Deixam de vir no dia da consulta e querem vir em qualquer dia e, às vezes, aquele que está precisando mesmo, não consegue passar. E um dos pontos que eu até conversei com a Luciana e que eu achei válido a gente se reunir é da gente estar se reunindo uma vez por

mês, discutir, documentar isso e depois poder levar pra eles verem a nossa realidade. De repente, até chamar os coordenadores aqui pra eles poderem ver.

Várias pessoas concordam, falando “isso mesmo”, “verdade”, “ótimo”

Dispensador de medicamentos: É até um jeito da gente também educar os pacientes que no posto tem procedimento e que não existe isso de tudo a gente poder dar um jeitinho. Pra contornar direito, a gente tem que seguir procedimentos.

Auxiliar de higiene bucal: Mas se você vai seguir tudo certinho, eles faltam bater.

Grupo se agita e muitas pessoas falam ao mesmo tempo.

Clínica Geral: Eu acho assim, a gente não pode ser muito radical, tipo “não pode ter encaixe”. Tem que ter o encaixe? Tem, mas tem que ter um limite e não assim. A pessoa tem que atender 20 e se veio 5 vai fazer 15 encaixes? Então, isso é muito fácil. Perde o sentido, perde o valor da consulta. Vai fazer um plano de encaixe, então vamos liberar cinco encaixes/ dia. Por que? Aquele paciente que está acostumado a vir e passar, vai pensar: “bom, eu tenho que chegar tal hora, porque já acabou a fila do encaixe”. E se ele for bloqueado ele vai pensar: “Vou marcar uma consulta, porque não vou ficar passando só nos encaixes”.

Técnica em saúde 2: Porque o dia que ele está com a consulta marcada ele não vem, porque ele pensa: “bom, eu vou lá e entro no encaixe qualquer dia”.

Clínica geral: E aí o paciente falta com muita facilidade. Ele perde a data do retorno.

Dispensador de medicação: acho que a gente tem essa ideia também de que se a gente começar a cobrar as coisas, eles vão bater na gente, mas se a gente não cobrar, eles batem do mesmo jeito *(todos riem)*

Técnica em saúde 3: Ai, que horror *(risos)*

Técnica em saúde 2: Às vezes, o paciente vem pra cá só pra brigar com a gente. Eles já chegam bravos e, qualquer coisa que você fala, eles já gritam.

Técnica em saúde 1: Já chegam armados. A única ideia que eu acho pra tirar os encaixes é ter bastante clínico. Quando tinha bastante clínico, não tinha encaixe. E mesmo que depois os clínicos fossem diminuindo era um jeito da pessoa acostumar a vir no dia certo da consulta.

Clínica geral: Marca na ficha do paciente também se ela é encaixe. Coloca na folha dele. Porque se ele vier de novo, a gente vai lembrar e tentar entender porque aquele paciente está sempre pedindo só o encaixe.

Funcionário da recepção: Eu acho uma boa ideia.

Clínica geral: Porque assim, a gente vai saber se tem alguma coisa acontecendo, e o porquê determinada pessoa só quer passar nos encaixes, porque ele não marca. Eu quando tô atendendo, e vejo que já está chegando nos últimos eu sempre pergunto se foi encaixe e marco na minha ficha. Sei lá, de repente, podíamos combinar um jeito de todo mundo saber que aquela pessoa é encaixe todas as vezes. Se, por exemplo, a gente marcar um “E” na folha, dá pra ter esse controle. Paciente que só é encaixe é um paciente que não tem regras.

Dispensador de medicação: O encaixe deveria ser exceção.

Clínica Geral: Lógico. Todo mundo pode perder uma receita, todo mundo pode ter um problema naquela semana, naquele dia. Mas se a gente for reparar bem, são sempre as mesmas pessoas que estão fazendo encaixe, sem limites. Igual agora mesmo, na recepção teve aquela senhora (*dirige-se para o funcionário da recepção*).

Funcionário da recepção: Verdade, ela viu a doutora e foi falando: “doutora, a senhora está aí. Pode me dar aquela receita?” (*todos riem e o grupo se agita*)

Clínica Geral: E ela já tinha passado comigo na semana retrasada e eu já tinha falado pra ela que não ia mais dar receita controlada, e que ela tinha que vir no dia da consulta com a psiquiatra dela. E eu escutei lá na recepção a moça falando: “minha senhora, a senhora faltou em duas consultas agendadas com a psiquiatra”. Ou seja, ela faltou na consulta e depois já queria um novo encaixe pra pegar mais uma receita, sendo que eu já tinha dado pra ela há quinze dias atrás. Eles *(os pacientes)* vencem pelo cansaço, eles ficam ali buzinando na cabeça deles *(referindo-se aos funcionários da recepção)*.

Coordenadora do grupo: Esse movimento dos encaixes é bem problemático pra medicina?

Várias pessoas falam ao mesmo tempo: Pra todo mundo.

Coordenadora do grupo: Então toda essa sobrecarga que tá com a medicina, que tá com a dentista, com a recepção, também vai sobrecarregando a enfermagem?

Enfermeira: Sobrecarrega. Por exemplo, a gente agora tá pesando os pacientes da pediatria. Então sete e meia já começa os encaixes, e nesse horário ainda estamos colhendo os exames. Aí eu vou lá, por exemplo, pesar com as meninas, porque sete e meia já tem que encaixar. E agora, a gente é que é responsável por triar todos os pacientes que vão passar com o pediatra e ainda tem que perguntar o porque a pessoa vai passar. Se tá marcado retorno eu pergunto, mas nem me preocupo, mas o pior é que quando eu penso que tá acabando, lá vem um monte de encaixe. E o pessoal da Secretaria dá orientação de que dependendo do que a pessoa falar eu é que tenho que dizer se vou encaixar ou não. Agora você pensa bem se eu fico lá e não encaixo e a criança passa mal e acontece alguma coisa terrível mesmo. Eu e a L. *(outra enfermeira)*, encaixamos todo mundo. A gente não é médico pra avaliar isso. E a gente fica com medo, de repente, tomar uma decisão que dá uma complicação.

Técnica em saúde 1: Mas acho que mesmo que fosse um médico, ele também ia encaixar todo mundo, porque não ia querer colocar o pescoço dele na forca. Ia encaixar todo mundo.

Enfermeira: Pois é, médico que é médico precisa pedir exame pra saber, agora a gente vai olhar pra cara da pessoa e dizer: “ah, esse tá bom, volta depois. Esse não tá”.

Clínica Geral: Eu acho que quem sofre mais ainda com tudo isso é o pessoal da recepção. Eu percebo que essa liberdade de encaixe, quem sofre mais são eles.

Funcionário da recepção: É. Eles chegam e na hora que chegam já falam: “eu quero encaixe”. Dali a gente fala: “olha, a gente vai anotar e se sobrar vaga”. E eles já falam “como se sobrar vaga?”

Clínica geral: Já xingam eles.

Funcionário da recepção: A gente fala: “a senhora senta ali e aguarda” e de cinco em cinco minutos a pessoa fica vindo perguntar: “vai sobrar encaixe, eu tô doente”. E a gente tem que falar: então vai no pronto socorro. E eles começam: “vou falar com sua chefe”. E a gente fala: “oh meu Deus, pode falar, pode falar” (*risos*).

Coordenadora do grupo: E eles vão falar?

Dispensador de medicamentos: É que a ideia deles é que a chefe tá aqui pra dar chicotada na gente (*todos riem*)

Técnica em saúde 2: E pra autorizar tudo que a gente fala não.

Várias pessoas falam ao mesmo tempo: “Verdade”, “isso mesmo”

Chefe administrativo: E eles ainda falam: “ah, quero ver se não vou conseguir”. Antes era pior. E, às vezes, eles (*referindo-se aos demais funcionários*) falavam não e o chefe ia lá e conseguia. Hoje eu tento falar a mesma língua deles pra não dar problema.

Funcionário da recepção: E eles voltam lá e falam: “Viu? Marcou viu? Seu trouxe”.

Clínica geral: e eu vejo muito isso; eu acabo de chegar no lugar e vejo que fulana tratou mal fulana, mas quando chega aqui na sala tá bonzinho. Então, o paciente vai lá e destrata a enfermeira, quer obrigar ela a fazer um procedimento, ou quer obrigar o pessoal a encaixar ela de todo jeito, e depois eu vou lá e vou atender. E com a gente não.

Dentista: a gente pergunta: “aconteceu alguma coisa lá fora?” E eles falam: “não doutora tá tudo bem, tudo ótimo”.

Clínica geral: A gente esperando, e eles fazendo a maior agitação aqui fora (*risos*).

Chefe administrativo: Isso acontece também muito aqui no pronto socorro, porque o médico demora dez minutinhos e eles começam: “cadê o médico?” e quando o médico aparece e a gente tá tomou todos os gritos, de tudo quanto é jeito, eles ficam outras pessoas. E quando entram na sala da consulta estão uns santos.

Enfermeira: Igual aqui. Eles gritam, reclamam com a gente, porque o médico demorou. E a gente fala: “fala com o médico”

Chefe administrativo: E a gente sempre pensa “ah, agora vai falar”?

Enfermeira: E claro que não fala.

Dispensador de medicamentos: É eu acho que o jeito, é os médicos contarem o segredo deles pra gente (*risos generalizados e tumulto na sala*).

Clínica Geral: O segredo é a receita e agendar o retorno (*todos riem*)

Dentista: O importante é sair e sempre estar agendado pra uma próxima vez. Porque se no dia a pessoa vai vir é uma outra questão (*risos*).

Enfermeira: E sair com a receita na mão.

Técnica em saúde 2: E com os remédios que eles querem, não que a doutora quer (*risos*)

Enfermeira: Se o médico não passou remédio, ele não é bom.

Clínica Geral: E a melhor parte é quando você fala assim: “e qualquer coisa você volta” (*risos generalizados e agitação no grupo*).

Técnica em saúde 1: E outra coisa; nos clínicos, eles batem cartão, mas quando é um especialista que eles têm que ir que é um problema grave, eles faltam, não vão, não marcam retorno. Eu falo: “gente, quando vocês saírem de um vascular, por exemplo, vocês têm que marcar o retorno, tem que perguntar direitinho sobre o tratamento.

Clínica Geral: É que eles estão acostumados a vir aqui e a gente resolver o problema. É isso que eu canso de falar.

Técnica em saúde: Eu digo: “tem que perguntar tudo, porque o especialista tá passando um exame, um remédio pra você controlar aquele problema específico”

Clínica Geral: Porque eles vêm e eu digo: “eu não entendo nada de osso, eu não sei”.

Técnica em saúde 1: Porque aqui tem que passar pelo clínico, pro clínico dar uma guia de encaminhamento pra eles. Quando eles conseguem pegar essas guias, eles não conseguem dar valor. Eles perdem o dia ou vai lá e nem perguntam nada. E mesmo que o doutor peça exame, não fazem ou não voltam mais.

Clínica Geral: eles não questionam com o especialista. Eles vêm questionar aqui. Se o remédio não deu certo, eles vêm reclamar aqui com você.

Coordenadora do grupo: E os especialistas ficam em que lugar?

Técnica em saúde 1: Ficam no AME e no R. (*ambos os equipamentos estão no bairro central do município*). E eu falo pra eles: “Mas se você vai começar a fazer um tratamento, vamos esquecer do clínico”. Claro que o vascular não vai dar um remédio de pressão, e aí vai ter que voltar com o clínico, mas vamos fazer o tratamento com o especialista certinho.

Clínica Geral: É que, na verdade, qual é a nossa função aqui? Detectar a doença, ver qual o problema e direcionar. Mas uma das causas deles não irem às vezes é que temos poucos especialistas, a gente até entende que a pessoa tá com o exame na mão, por exemplo, de um cardiologista e tá aflito, a consulta só daqui quatro meses, e a gente até dá uma olhada. Mas a maioria a gente percebe que a pessoa, não dá continuidade no tratamento. Ele pensa: ah, vamos ficar por aqui mesmo. Aqui é a casa.

Técnica em saúde 1: “a doutora vai passar um remedinho, vai sarar, então, vamos ficar por aqui mesmo”. Como por exemplo, pacientes que têm ulcera varicosa, que aqui tem de monte, mas que não vão passar nos especialistas. Preferem ficar sendo só atendidos aqui.

Clínica Geral: hoje mesmo eu atendi uma paciente que faz tratamento no AME com vascular, ela é hipertensa e no final ela fala: “ah, doutora, a senhora não pode me passar também um remedinho pra perna?” e eu perguntei: “Ué, mas você já não tá fazendo o tratamento com o vascular, ele já não te deu?” E aí ela falou: “Ah, doutora, mas eu não falei com ele que tá uma ferida”. Como assim, não suga o profissional, não comenta que está com uma ferida, que está com dor? Eles sugam a gente. Não sei se a gente é mais popular, se é mais solícito (*todos riem*)

Clínica geral: Tem muita coisa que eu não sei. Por exemplo, paciente vem pra alto custo. Tem muito remédio, que eu não sei fazer controle. Tem remédios que são bem da especialidade e querem que a gente faça o controle de alto custo, mas eu não sei fazer. E quando passa não pergunta, não questiona. Parece que eles têm medo de falar com o especialista. E com a gente eles falam. E outra coisa que eu acho errada: o paciente faz tratamento com o especialista lá no ame, por exemplo, e depois de três meses ele tem que passar de novo com a gente pra trocar a

guia, passar de novo aqui pra pegar uma guia pra voltar lá. Ou seja, o paciente já faz o tratamento com o especialista, mas ele tem que voltar aqui.

Funcionário da recepção: Pois é, tem que pegar uma guia com ela (*dirigindo-se à clínica geral*) pra ter uma outra contrarreferência. Isso é uma coisa da Secretaria de Saúde.

Clínica geral: Pois é. Isso que eu não entendo. Porque não marca o retorno direto?

Funcionário da recepção: poderia marcar, mas a Secretaria não aceita. Isso é besteira da Secretaria.

Técnica em saúde 1: Mesmo quando a gente vai, por exemplo, no oftalmo e tá acostumada a usar óculos, o médico sempre fala quando troca a lente: “olha, se você sentir alguma coisa você volta”, mas agora eu não entendo isso.

Clínica geral: É igual quando o paciente faz tratamento de glaucoma. Ele tem que vir aqui, tem que fazer o controle de pressão, mas porque o próprio médico já não pode falar pra ele: “olha, daqui dois meses você volta que é pra mim fazer o controle da sua pressão”. Mas não. O paciente tem que vir no posto, agendar comigo, passar e eu tenho que dar uma guia pra ele voltar no oftalmo que é um tratamento que ele já faz. E isso é com todas as especialidades. Isso acontece muito no AME. Sem contar quando eles encaminham a pessoa pro especialista do especialista, pra fazer um determinado exame. Imagina pra gente ter que pedir isso, o exame do exame, se a gente nem é especialista. Imagina como a pessoa também não fica perdida?

Técnica em saúde 3: O sistema já é complicado e os pacientes também não ajudam. Aí complica tudo de vez. Sistema complicado e pacientes também sem orientação.

Clínica Geral: E aí esperam três meses pra pegar uma guia e vai demorar mais seis meses pra voltar no oftalmo, por exemplo.

Técnica em Saúde 3: Então o fluxo é complexo e ruim.

Coordenadora do grupo: Gente, estamos na hora. Faltam dois minutinhos pras quatro. Acho que a gente conseguiu avançar, acho que apareceram hoje algumas questões bem pontuais que eu consigo identificar agora, que é: a relação de vocês, que vocês estão trazendo um desgaste, uma sobrecarga, tumulto, pressão, medo. Isso, assim, que vocês trazem, que eu consigo perceber. Pacientes que, ao mesmo tempo que querem acolhimento, que precisam de atenção, desconhecem as informações, e uma desconfiança com relação ao serviço público, contraditoriamente com relação ao direito. Então o direito é usado como poder, como potência. E ele deveria ser, mas outro lado, acaba funcionando como ameaça para vocês profissionais, como se tudo que vocês fizessem fosse pouco. E vocês sempre na corda bamba. Então, isso aumenta porque eles jogam com a não comunicação de vocês. Eles usam uns contra os outros, pelos que vocês estão trazendo, pra ampliar uma fragilidade de vocês, como uma potência, uma força deles. E aí, isso acaba virando uma bola de neve que vai sobrecarregando e deixando vocês muito, muito...como é a palavra?

Alguns falam as palavras: “estafados”, “esgotados”, “cansados”.

Coordenadora do grupo: Bom, isso é o que eu consegui ler agora e não sei se faz sentido pra vocês.

Várias pessoas falam ao mesmo tempo: “faz sim”, “muito sentido”, “faz todo sentido”, (risos)

Coordenadora do grupo: E aparece também um problema com o pronto socorro, que talvez muitos de vocês não sabiam, que é essa sobrecarga aumentada pelo PS, que talvez vocês nem sabiam, mas estão descobrindo agora, como um grupo, como equipe e, por outro lado, ainda bem que tem, porque se não tivesse...

Risos gerais e várias pessoas balançam a cabeça concordando e falam: “isso mesmo”, “verdade”, “é sim”, “isso”.

Coordenadora do grupo: Então, é uma contradição. Ao mesmo tempo que é bom, “ufa, se acontecer alguma coisa eu tenho respaldo”, mas por outro lado...

Técnica em saúde 3: Se não tivesse, seriam outras complicações.

Coordenadora do grupo: Na verdade, são outras complicações já. E vocês falam que tem as pessoas batendo na porta e o trabalho de você só complicado, é com pessoas, é com a saúde, o que agrava essas tensões todas. Então eu acho que a ideia da S. é muito válida, se eu de fora puder dar minha opinião, essa é uma ideia muito válida, pra vocês se fortalecerem enquanto equipe e a comunicação de vocês entre as diferentes disciplinas de conhecimento. Então, se vocês se apoiarem, se fortalecerem e tiverem clareza de como isso poderia ser melhorado, seria muito bom.

Várias pessoas falam ao mesmo tempo: “com certeza”, “sim”.

Dispensador de medicamentos: eu acho que os problemas não vêm da gente, mas a solução com certeza vem de quem tá aqui dentro. Se a gente não colocar o ombro embaixo e não ter a certeza de que é a gente que vai resolver o problema aqui, nunca vai melhorar.

Coordenadora do grupo: então, se essa reunião tiver esse disparador, pra vocês se encontrarem e trazerem as questões isso vai ser...

Clínica geral: Muito importante.

Dentista: A gente vai mais leve pra casa. Deixa aqui o problema, porque todo mundo conversa. Os pacientes são os mesmos. São os mesmos que os meus, que o da doutora, que o da enfermagem, que passam pela recepção, pela farmácia. Então a gente consegue falar a mesma língua e até direcionar eles, pra uma postura que eles também vão precisar assumir em algum momento.

Coordenadora do grupo: E também pensar um pouco no fluxo de funcionamento. Então se a gente já sabe que ele tá quase apanhando na recepção, como a gente poderia fazer então, pra cuidar dessa dimensão? Ou então, “tem muito encaixe, tem encaixe toda hora, na hora que a gente pode tomar um café, tem paciente chegando, não tem fim”. Então o que é que a gente pode fazer pra que esse fluxo seja mais humano pros profissionais, para que também seja humano para os pacientes?

Técnica em saúde 1: Porque se, por exemplo, a gente tá ali trabalhando e o paciente vem e agride, ou fala alguma coisa que deixa a gente nervoso, ou já fala alto com a gente, o outro, por mais que você queira dar um sorriso, já não vai sair assim, aquela coisa espontânea. Já não vai ficar assim tão legal. Porque aquela pessoa já te estragou (*todos riem*).

Clínica geral: “Estragou” é ótimo (*risos*).

Técnica em saúde 1: (*risos*) É, a gente, às vezes, tá conversando, tá dando risada, aí já chega um estressado falando e xingando. Acaba com o dia da gente. Todo mundo já sai mexido. Tão bom, o dia em que você trabalha e entra às sete da manhã e vai embora às quatro, sem nenhuma intercorrência, oh, louvado seja Deus! É muito bom!

Coordenadora do grupo: Gente, então eu agradeço muito.

Ouvem-se as pessoas dizendo: “nós também”, “obrigada”, “igualmente”.

Coordenadora do grupo: E, pra gente fechar, acho que eu queria propor pra cada um falar uma palavra que sintetizasse esses dois encontros, da semana passada e hoje. Vocês topam?

Várias pessoas falaram ao mesmo tempo: “sim”, “com certeza”, risos.

Dentista: Compartilhamento.

Clínica Geral: Reflexão.

Técnica em saúde 3: Desabafo.

Enfermeira: Confiança em nós mesmos.

Técnica em saúde 1: Ah, não vai sobrar nada pra mim (*todos riem*).

Técnica em saúde 3: Então fala (*risos*).

Técnica em saúde 1: União.

Funcionário da Recepção: Concordância.

Chefe administrativa: Tornar-se uma equipe, a gente.

Técnica em saúde 2: Troca de ideias.

Dispensador de medicamentos: Compromisso.

Coordenadora do grupo: (*dirigindo-se à auxiliar de higiene bucal*) E só falta você.

Auxiliar de higiene bucal: Eu acho assim, a união. Porque, a gente trabalha no consultório o dia inteiro fechado e a gente não tinha ideia do que elas passavam também. Assim, como elas não tinham ideia do que a gente passava lá, porque no dentista, eu sou a porta de entrada. Então, você tem que ter um jogo de cintura. E aí você pensa assim: “puxa, mas será que só eu que tô vivendo essa situação”? E, de repente, você vê que tem outras pessoas.

Técnica em saúde 1: É nada, tá todo mundo vivendo a mesma coisa.

Clínica Geral: Todos somos a porta de entrada (*risos*).

Grupo se agita, várias pessoas falam ao mesmo tempo: “com certeza”, “verdade”, “isso mesmo”.

Coordenadora do grupo: Pessoal, obrigada mais uma vez e a gente encerra aqui a reunião de hoje.

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir; no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma.

Serão realizados 2 encontros em grupo como parte da pesquisa de mestrado intitulada “Atenção Básica: reflexões a partir da prática de trabalhadores de uma unidade básica de saúde”, sob orientação da Professora Dra. Ianni Scarcelli e tem como objetivo refletir, a partir da experiência de profissionais, sobre a relação entre as práticas da Atenção Básica desenvolvidas em uma UBS e as diretrizes políticas do SUS a que elas se referem.

O objetivo dos encontros em grupo é estritamente acadêmico e para fins didáticos, não havendo nenhuma outra finalidade.

Cada encontro do grupo deve durar 60 minutos, contará com um observador externo responsável pelos registros das falas. Os encontros do grupo também serão gravados em áudio, sendo que as gravações ficarão arquivadas no departamento de psicologia social da universidade de São Paulo, com acesso restrito e sem identificação dos participantes do grupo.

Vale salientar que a participação é voluntária e a desistência na participação dos encontros do grupo pode ser interrompida a qualquer momento, sendo que a não autorização para uso de parte ou de todo o material para pesquisa não implica que você será penalizado de alguma forma.

Além disso, o sigilo está garantido e sua identidade não será revelada sob nenhuma hipótese.

O material coletado na pesquisa poderá ser utilizado em uma futura publicação em livro e/ou revista científica, mas novamente, reforça-se o sigilo, pois em nenhum momento sua identidade será revelada.

A pesquisa não trará nenhum tipo de risco a você e nem oferecerá alguma vantagem financeira.

Qualquer dúvida entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do IPUSP (Av. Prof. Mello Moraes, 1721, Bloco F, sala 22, Cidade Universitária – São Paulo, SP – fone(11) 3097-0529 – email: ceph.ip@usp.br

Pesquisador Responsável
Profª Dra. Ianni Scarcelli
PST – Departamento de Psicologia
Social e do Trabalho
Instituto de Psicologia da USP

Pesquisador Executor
Luciana Gomes Siqueira
Aluna da Pós- Graduação
Instituto de Psicologia da USP

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA NA PESQUISA

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo Atenção Básica em Saúde: uma compreensão a partir das práticas dos profissionais de saúde, como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Luciana Gomes Siqueira sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação.

Local e data: _____

Nome e assinatura do Participante: _____