



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA E CIÊNCIA POLÍTICA  
PROGRAMA DE POS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA  
POLÍTICA**

**DÉBORA PREVIATTI**

**O COTIDIANO DE UMA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA:  
MÉDICOS E “NÃO-MÉDICOS” NA IMPLANTAÇÃO DO  
*PRIMARY CARE* NO BRASIL**

**Florianópolis/SC  
2015**



**DÉBORA PREVIATTI**

**O COTIDIANO DE UMA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA:  
MÉDICOS E “NÃO-MÉDICOS” NA IMPLANTAÇÃO DO  
*PRIMARY CARE* NO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Sociologia Política, Departamento de Sociologia e Ciência Política, do Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do Título de Mestre em Sociologia Política.

**Orientador:** Prof. Dr. Alexandre Bergamo Idargo

**Florianópolis/SC  
2015**







*Me diga agora  
O que é que eu digo ao povo  
O que é que tem de novo  
Pra deixar  
Nada  
Só a caminhada  
Longa, pra nenhum lugar*

**“O velho” – Chico Buarque**





## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente ao programa de pós-graduação em Sociologia Política e à Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, pela oportunidade de realizar esta pesquisa.

Agradeço aos professores Theophilos Rifiotis, Marcia Grisotti e Jeni Vaitsman pelas valiosas contribuições na banca de defesa, e a todos os professores com os quais cursei disciplinas durante minha graduação em Ciências Sociais e no mestrado, em especial a Maria Soledad Etcheverry, Carlos Eduardo Sell, Elizabeth Farias da Silva e Sandra Caponi, que foram essenciais para a minha formação acadêmica e, contribuíram direta ou indiretamente, para o desenvolvimento teórico-metodológico desta pesquisa.

Ao professor Alexandre Bergamo, meu orientador, pelas suas imprescindíveis críticas ao longo de todo o processo, cruciais para que eu conseguisse desenvolver esta pesquisa e para o meu aprendizado acadêmico.

Aos colegas de mestrado, pelo companheirismo durante a caminhada conjunta, apoio mútuo e contribuições de conversas informais no cotidiano. Aos meus amigos, pela amizade e paciência com as minhas ausências durante este período.

Aos colegas trabalhadores, dos diferentes centros de saúde de Florianópolis com os quais trabalhei, que me estimularam, mesmo sem saber, no dia-a-dia para escrever este trabalho. Aos profissionais de saúde, agentes comunitários de saúde e pessoas da comunidade do “CS Morro da Ilha” que contribuíram, de forma direta ou indireta, com esta pesquisa.

Ao meu amor, esposo e colega de mestrado Bruno Barreiros, por compartilhar todos os momentos, pela sua paciência e companheirismo e por ter me incentivado a realizar este mestrado e a seguir na jornada acadêmica.

Ao meu pai Elvino, que sempre esteve por perto e apoiando todas as minhas escolhas, mesmo não as entendendo por completo. À minha mãe Alda, que sempre me incentivou nos estudos e aos meus irmãos, Fábio e Márcia, que são companheiros de vida e que contribuíram muito com sua sinceridade e espírito crítico.



## RESUMO

Esta pesquisa de caráter etnográfico teve como objetivo principal analisar aspectos da configuração social de um centro de saúde de Florianópolis. O centro de saúde trata-se de uma unidade de Atenção Primária que utiliza-se de um modelo assistencial de destaque no país. Verificou-se que, apesar das diversas mudanças que ocorreram até se chegar ao atual modelo de Atenção Primária, ocorre a reprodução de algumas antigas hierarquias e desigualdades sociais, já presentes na história das profissões e nas relações entre elas. O subcampo da Atenção Primária, já não somente porta de entrada, mas também uma parte essencial do Sistema Único de Saúde, passou a incorporar uma multiplicidade de novos profissionais. Tal ação não necessariamente forneceu a garantia de uma “interdisciplinaridade” e um espaço horizontal de decisões neste subcampo. A noção de “equipe” ganhou novas forças, mas também novos sentidos. Dentre os aspectos mais relevantes destacados por este trabalho para a compreensão desta nova configuração social está a divisão entre “médicos e ‘não-médicos’”. Tal divisão é evidenciada em muitos materiais escritos – sejam aqueles internos a cada profissão de saúde, sejam os de associações profissionais, assim como no cotidiano do centro de saúde “Morro da Ilha”, em discursos, comportamentos e agrupamentos sociais. Algumas das hierarquias entre profissionais de saúde mais antigas foram também ali encontradas, e certas concepções as quais acreditava-se estarem superadas aparecem nas sociabilidades diárias dentro do centro de saúde. Fatores como a disposição dos espaços físicos, questões de gênero, assim como as conversas informais e momentos de greve ajudaram a encontrar vários destes elementos. Estes e outros aspectos apontados por este trabalho mostram como se desenvolvem os mecanismos como forma de “estratégia” para a manutenção ou fortalecimento de posições sociais dentro de cada profissão, assim como os tipos de disputa que ocorrem no subcampo da Atenção Primária. A categoria “médicos e ‘não-médicos’” permite que se entenda muitas das desigualdades de poder, além de novas e velhas hierarquias nesta nova configuração social da Saúde Pública brasileira.

**Palavras-chave:** Atenção Primária, Profissionais e instituições de saúde, Médicos e “não-médicos”.



## ABSTRACT

This ethnographic study aimed to analyze aspects of the social setting of a Florianopolis health center. The health center is a Primary Care unit that uses a prominent care model in the country. It was verified that, despite the many changes that have occurred until reaching the current Primary Care model, reproduction occurs of some old social hierarchies and inequalities, already presents in the history of professions and their relationships. The subfield of Primary Care, no longer only a front door, but also an essential part of the Unified Health System, has incorporated a multiplicity of new professionals. This action does not necessarily has provided a guarantee of "interdisciplinarity" and a horizontal space of decisions in this subfield. The concept of "team" gained new strength, but also new directions. Among the most relevant aspects highlighted by this study to understand this new social setting is the division between "medicals and" non-medicals". This division is evidenced in many written materials - are those internals to each health profession, whether the professional associations, as well as the health center daily "Morro da Ilha" in speeches, behavior and social groupings. Some of the olds hierarchies among the health professionals were also found there, and certain conceptions which was believed to be overcome, has shown in daily sociabilities within the health center. Factors such as the provision of physical spaces, gender aspects, as well as informal conversations and strike times helped to find several of these elements. These and other aspects pointed out in this work show how develop the mechanisms as a way of "strategy" for the maintenance or strengthening of social positions within each profession as well as the types of disputes that occur in the subfield of Primary Care. The "medicals and 'non-medicals" category allows you to understand many of the inequalities of power, and new and old hierarchies in this new social configuration of the Brazilian Public Health.

**Keywords:** Primary Care, Health Professionals and Institutions, Medicals and "non-medicals".



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES E QUADROS

Figura 1 – Capa da “Declaração de Alma-Ata” (esquerda) e folder da campanha “Health for all” (direita). Fonte: WHO, 1978. ....	56
Figura 2 – “O que a faculdade esqueceu de te contar”. Fonte: Fan page “Academia Médica”, 2014. ....	71
Figura 3 – Folder do “III Congresso Nordeste de Medicina de Família e Comunidade. Fonte: SBMFC, 2014. ....	78
Figura 4 – Enfermaria de um hospital brasileiro inaugurado na década de 1930 (Hospital Augusto Oliveira de Camargo, Indaiatuba-SP). ....	83
Figura 5 – Recorte da planta do CS Morro da Ilha – Porta de entrada e hall principal.....	86
Figura 6 – Foto ilustrativa da imagem simbólica do “Pedido de Silêncio”.....	100
Quadro 1 – “Check List da entrevista clínica (baseado no Calgary Cambridge Guide)” .....	39
Quadro 2 – “Problemas no Acolhimento/Acesso” .....	45
Quadro 3 – “Curto-circuito” entre Estado, profissionais de saúde e “usuários” .....	64





## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva  
ACS – Agente Comunitário de Saúde  
AP – Atenção Primária  
APS – Atenção Primária à Saúde  
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde  
CS – Centro de Saúde  
ESF – Estratégia Saúde da Família  
EqSF – Equipe de Saúde da Família  
MFC – Medicina/Médico de Família e Comunidade  
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde  
PC – *Primary Care*  
PSF – Programa Saúde da Família  
RMSF – Residência Multiprofissional em Saúde da Família  
SBMFC – Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade  
SUS – Sistema Único de Saúde  
UAP – Unidade de Atenção Primária  
WONCA – *World Organization of Family Doctors*  
WHO – *World Health Organization*



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>21</b>
<b>2 PRÁTICAS, FLUXOS E SÍMBOLOS.....</b>	<b>29</b>
2.1 O primeiro ritual do dia e o mais importante .....	34
2.2 “Comunicação clínica” na Atenção Primária.....	39
2.3 “A prática é diferente” .....	49
2.4 Considerações sobre a fofoca .....	52
<b>3 ATENÇÃO PRIMÁRIA: UM SUBCAMPO EM DISPUTA ...</b>	<b>55</b>
3.1 <i>Primary Care</i> e o “acesso universal” .....	56
3.1.1 “Êxtase organizacional” e “curto-circuito” .....	60
3.2 Médicos e “não-médicos” .....	65
3.2.1 Manuais, cursos e eventos .....	68
3.2.2 Greves, almoços e colegiados gestores .....	79
<b>4 ESPAÇO FÍSICO COMO INDICADOR DE CONFLITOS E SOCIAÇÕES .....</b>	<b>83</b>
4.1 Disputas pelas salas .....	89
4.2 Questões de gênero, espaços e expectativas de papéis .....	96
4.2.1 Limpeza, ordem e cuidado.....	99
<b>5 CONSIDERAÇÕES SOBRE O APORTE SOCIOLÓGICO</b>	<b>101</b>
5.1 A sociologia da forma simmeliana .....	101
5.2 <i>Figuration</i> e Dádiva na Atenção Primária: de Elias à Mauss	102
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>107</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>111</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>117</b>



## 1 INTRODUÇÃO

“A prática é diferente”. Passei minha graduação inteira de farmácia ouvindo esta frase de colegas formados que exerciam a profissão e continuei escutando ainda durante muito tempo. Almejava a vida acadêmica assim que me formei, mas precisava antes vivenciar a “prática” como ela “realmente” era; porque se era assim algo tão diferente do que se ensinava na academia, logo não poderia deixar de conhecer.

Durante muito tempo, não existiu a concepção do farmacêutico como um “profissional de saúde”, ou pelo menos ela era ainda muito tímida. Havia sim uma “luta” corporativa para inserir o farmacêutico no campo da Saúde Pública, em Unidades de Atenção Primária (UAP) e em outros espaços considerados estratégicos para o crescimento da profissão a fim de melhorar sua posição no mercado de trabalho. Junto à bandeira do “farmacêutico presente”, que defendia que o profissional deveria estar presente em tempo integral em espaços físicos onde há entrega de medicamentos, havia a reivindicação de o farmacêutico ser visto como um “profissional de saúde”. Até então, sua formação era direcionada, quase em sua totalidade, para a produção e a comercialização de medicamentos. Foi neste contexto histórico que me inseri no campo da Saúde Pública: em 2005 passei a compor uma dentre as primeiras “equipes” de residências multiprofissionais em Saúde da Família (RMSF) do país que contavam com a figura do farmacêutico.

As residências se proliferaram no Brasil após o Decreto nº 80.281/1977, o qual regulamentava a Residência Médica (BRASIL, 1977). Dentro da área mencionada como “Medicina Preventiva e Social”, foi criada a primeira residência em Medicina Comunitária do Brasil um ano antes, cuja proposta “incluía formar profissionais com uma visão integrada entre saúde clínica, saúde mental e saúde pública, com perfil humanista e crítico, com competência para uma boa resolubilidade das necessidades de saúde da comunidade” (BRASIL, 1977). Conhecida no campo da Saúde Pública como “Residência Murialdo” e reconhecida como “marco histórico”, dois anos depois esta Residência Médica foi ampliada para a incorporação de outros profissionais e considerada como “multiprofissional” (BRASIL, 2006a).

Na mesma década, no auge da ditadura militar, teria surgido o chamado “Movimento da Reforma Sanitária”, como resistência ao “poderoso complexo médico-industrial” e ao “modelo de formação, baseado na especialização e fragmentação do conhecimento” (BRASIL, 2006a). Surgiram bandeiras em defesa do “Social” e de uma espécie de

“anti-especialização” de serviços médicos. Não somente nos documentos considerados “contestatórios” ao modelo de saúde “tradicional”, como também nos documentos que circulavam no meio médico. Estas duas bandeiras, unidas à própria conjuntura social e política do Brasil, ajudaram a consolidar uma nova configuração da Saúde Pública não só na esfera nacional, como também em diversos outros países. Surgia o *Primary Care* no domínio global, que caía como uma luva para o Brasil enquanto destaque mundial de desigualdades sociais. Foi adaptado conforme os interesses dos grupos privilegiados brasileiros, dos agentes em disputa, traduzido como “Atenção Básica” e, mais tarde, “Atenção Primária”. O termo “*Primary Care*” será utilizado em inglês quando me referir a esta concepção original. Já a “Atenção Primária” diz respeito à versão brasileira deste modelo. Será melhor explicada no capítulo 3 e aparecerá com certa frequência ao longo do de todo o texto.

Não vou ressaltar aqui a importância de tais bandeiras para o Brasil ou para o campo da Saúde. Claro que considero louvável um enfoque desses para um país como o nosso. Entretanto, o ponto que quero destacar é como e em que medida estas pautas se constituíram como ferramentas para a consolidação de um campo de trabalho específico para os profissionais de saúde: o da Atenção Primária. Este subcampo, concebido inicialmente como “porta de entrada”, veio se tornar não só central, como também direcionador de quase todos os fluxos de serviços prestados por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, pelo sistema organizador de todas as práticas de saúde pública no Brasil.

Ao longo do processo de consolidação da Atenção Primária, para que houvesse a abertura para a inclusão de diversos profissionais, uma série de concepções foram adotadas. Tais noções foram negociadas entre os agentes em disputa no campo: tanto entre os que já estavam bem estabelecidos<sup>1</sup> – como médicos e enfermeiras<sup>2</sup> – assim como entre todos os outros profissionais que passaram a fazer parte – odontólogos, farmacêuticos, nutricionistas, educadores físicos, dentre outros. Mas como se deu este processo? Que tipo de disputas estavam envolvidas? Qual tipo de negociação ocorreu? Quais interesses de indivíduos e grupos estariam omitidos por detrás do discurso consensuado por estes profissionais de saúde?

---

<sup>1</sup> Ver ELIAS (2000).

<sup>2</sup> Foi utilizada a flexão de gênero feminino ao longo do texto, devido ao fato de a profissão da enfermagem permanecer em sua maioria composta por mulheres.

Para além das disputas, é preciso reconhecer a inegável melhoria que houve para as classes desfavorecidas a partir destas “lutas” de absorção do “Social” pelo campo da saúde. Assim como também é inegável o papel que a Saúde desempenha neste “Social” em nosso país. Além disso, a noção de “holismo”<sup>3</sup> pregado como contestação contra a ideia de “especialização” da saúde talvez tenha realmente contribuído para uma “visão mais ampliada de saúde”, tal como alguns grupos defendiam. Porém, aqui proponho justamente um afastamento destes “conteúdos” que envolvem o contexto da Atenção Primária para nos voltar a que tipo de relações sociais são estabelecidas em seu cotidiano, e como suas características podem revelar “formas” talvez não tão diferentes de outras que já se delinearão no campo da Saúde Pública no Brasil ao longo de sua história.

Além disso, não proponho aqui privilegiar o trabalho de uma ou de outra profissão em particular. Apesar da minha formação inicial, procurei estabelecer um distanciamento das minhas crenças acerca do que acredito ser “o melhor” ou “o pior” para o campo da Saúde no Brasil. Não é questão de defender o modelo biomédico ou criticá-lo: para entender a nova configuração da Saúde centralizada no *Primary Care* e no “Social”, é preciso ir além deste debate.

Norbert Elias (1970) afirma que, para compreendermos a problemática sociológica, é necessário ver os indivíduos como interdependentes. Para o autor, a reificação dos conceitos pode distorcer nossa visão da vida em sociedade. Os indivíduos compõem teias simbólicas de interdependência ou configurações de muitos tipos. Dessa forma, Elias (1970) propôs a noção de *figuration* ou **configuração social** de seres humanos. Para o autor, as relações não devem ser interpretadas como abstrações, mas como parte concreta essencial para a explicação da sociedade (ELIAS, 1970).

Elias (1970) vê o indivíduo com sua liberdade limitada à rede de interdependência da qual faz parte, que o liga aos outros indivíduos. Esta cadeia de interdependências é que lhe dirá até onde ir, o que ele pode ou não fazer. Além disso, cada ação de um indivíduo reflete e, ao

---

<sup>3</sup> *Holismo* aqui, conforme é referenciado em diversos documentos do campo da saúde pública, teria sido apropriado pelos leitores do campo como um princípio organizador da totalidade, o qual poderia ser entendido como: “O todo é maior do que a simples soma de suas partes”. O “paradigma holístico” teria emergido de uma crise do paradigma cartesiano-newtoniano, que postulava a racionalidade, a objetividade e a quantificação como únicos meios de se chegar ao conhecimento. Cf. TEIXEIRA, 1996; LOPES NETO e NÓBREGA, 1999.

mesmo tempo, depende de uma série de outras ações. Um exemplo utilizado pelo autor, na sua obra *A sociedade de corte*, é a do tabuleiro de xadrez (ELIAS, 2001, p.158). Assim como no jogo, Elias vê que cada ação individual, por mais que aparente ser independente das outras pessoas, por mais que seja, em partes, uma escolha individual, esta ação vai ter diversas repercussões nos movimentos seguintes. Da mesma maneira, esta ação se deu em meio a um contexto de relações e de regras que norteiam o jogo, seja o de xadrez ou, transcendendo para a sociedade, o **jogo social** (ELIAS, 2001).

A *Figuration* ou configuração social, portanto, trata-se de uma forma social onde os indivíduos estão relacionados através de dependências recíprocas (ELIAS, 2001). A *Figuration* pode ser tanto de pequenas dimensões, como um grupo de jogadores de dominó, quanto de grandes, como uma cidade ou até mesmo um país. A sociedade, por conseguinte, é explicada por meio da formação, manutenção, dissolução e repercussão destas configurações na trama social (ELIAS, 2001).

Entender este jogo social no subcampo da Atenção Primária, por meio da investigação empírica em uma unidade de saúde com modelo assistencial de destaque no país, me auxiliou na compreensão de: como os grupos sociais nesta esfera fazem a mediação entre, por um lado, a defesa da especialização, inserção e manutenção de algumas profissões e, de outro, um discurso de “interdisciplinaridade” e de horizontalidade da tomada de decisões destes profissionais no cotidiano das práticas em Saúde. Aspectos como a fofoca, quadros de greve, distribuição dos espaços físicos, assim como a análise de manuais das diferentes profissões de saúde ajudaram a desvelar estes discursos, mostrando que estes, em muitos casos, se apresentam em disputa.

O processo de coleta de dados começou com as minhas observações “mais atentas” do meu próprio meio, com anotações diárias, inicialmente tímidas no meu diário de campo. Eu já estava lá por ser uma profissional de saúde, porém não sabia como exatamente conseguiria o distanciamento necessário para transformar a forma como eu via os acontecimentos em um material sociológico e etnográfico.

Além da vivência cotidiana de aproximadamente dois anos nas atividades do centro de saúde, a observação participante também ocorreu nas conversas informais com os outros profissionais dentro do centro de saúde, tanto quanto em outros momentos e lugares, além de bate-papos online, como *whatsapp* e *googletalk*, dos quais participei por ser um dos profissionais do centro de saúde (CS) em questão. Porém, os dados de bate-papos não foram utilizados na escrita por não terem sido



publicados, somente serviram para suscitar ideias e elencar categorias de análise.

Foram também realizadas entrevistas semi-estruturadas (APÊNCIDE A) com alguns dos profissionais do centro de saúde que se dispuseram a contribuir com esta fase da pesquisa. Dentre os profissionais, foram entrevistados enfermeiras, odontólogos, farmacêuticos, assim como profissionais “não-médicos” integrantes do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família). Além disso, também contribuíram com a pesquisa alguns ACSs (Agentes Comunitários de Saúde) (APÊNCIDE B), os quais ao mesmo tempo em que trabalham no CS Morro da Ilha, fazem também parte da comunidade que o frequenta cotidianamente. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas. As pessoas que aceitaram participar das entrevistas assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNCIDE C) e a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e também pela Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde (CAPPS) da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.

Além disso, foram utilizados materiais escritos que circulavam pelo centro de saúde estudado. Estes incluíram subsídios didáticos apresentados em reuniões e palestras, relatórios e documentos de eventos municipais elaborados pelos profissionais de saúde que eram publicados ou distribuídos entre os funcionários do centro de saúde.

Foram também fontes de análise para esta pesquisa as produções acadêmicas das diferentes categorias profissionais envolvidas, com especial atenção à “de onde se fala”, para uma minuciosa comparação de como são descritos aspectos que dizem respeito à Atenção Primária, dentro de cada área profissional. Neste sentido, os manuais e tratados de medicina e enfermagem forneceram valiosas informações. Eles ajudaram a entender de que maneira os materiais não falam a mesma língua e a identificar a divergência de visões sobre a Atenção Primária e que apresentam-se condicionadas às relações de poder entre as categorias profissionais e à reserva de mercado neste subcampo.

Além destes materiais, foram consultados *sites* e *folders* de eventos das áreas médicas e das “não médicas” para entender como se formam os princípios e como são ou não veiculados dentro de cada área profissional. Foram também visitados *sites* de organizações, que continham informações sobre eventos, materiais e notícias do subcampo da Atenção Primária, como: ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva), CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde), SBMFC (Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade) e

CORENs (Conselhos Regionais de Enfermagem). Além disso, foram consultados *blogs*, *fan pages* e páginas institucionais relacionados às diferentes categorias profissionais, como também *sites* institucionais do Ministério da Saúde e de Secretarias Municipais de Saúde.

No primeiro capítulo, é apresentada uma descrição de “práticas, fluxos e símbolos”, presentes de um centro de saúde de Atenção Primária – o CS Morro da Ilha, nos pormenores das relações sociais cotidianas. Discuto sobre um dos aspectos mais característicos do modelo assistencial contemporâneo neste subcampo – o chamado “acolhimento”, e a noção proferida de uma “comunicação clínica” na relação com os indivíduos da comunidade para atendimentos considerados como mais “resolutivos”. Depois, problematizo a frase recorrente “a prática é diferente”, pela qual os profissionais de saúde se justificam diariamente por não seguirem algumas normas, noções da academia ou valores pré-inserção no subcampo. Fecho o capítulo com aspectos sobre a fofoca que, tão presente nos diversos grupos e ambientes, no CS Morro da Ilha não é diferente. A fofoca ajudou a desvelar certas minúcias das relações sociais entre e intra-profissões, dentro do centro de saúde Morro da Ilha.

No capítulo seguinte, “Atenção Primária: um subcampo em disputa”, trago a divisão entre médicos e “não-médicos” como uma categoria central para ajudar na compreensão das disputas profissionais e as desigualdades de poder, presentes neste subcampo da Saúde Pública no Brasil. Além disso, demonstro como a concepção de “acesso universal”<sup>4</sup>, advinda da entrada de cabeça do *Primary Care* no Brasil e da legislação de criação do SUS, apresenta significados contraditórios. Além disso, mostro como a atividade do “acolhimento” aparece como elemento-chave no novo modelo assistencial e quais as suas principais características no CS Morro da Ilha. Porém, mostro como tal concepção pode servir como dispositivo dentro das próprias disputas profissionais dentro do subcampo. No CS Morro da Ilha, estar próximo da noção construída de “acesso universal” significa ter alcançado um “êxtase organizacional”. Debato como este “êxtase” pode estar relacionado à formação de um novo dispositivo biopolítico de controle social, que é

---

<sup>4</sup> O termo “acesso universal” no Brasil foi inicialmente referido ao direito conquistado de acesso de todo e qualquer cidadão aos serviços de saúde em território nacional. Apesar desta concepção no sentido de um “direito dos sujeitos”, utilizo nesta pesquisa aquela concepção de “acesso universal” relacionada à implantação da Atenção Primária pautada sob o modelo do “acolhimento”, conforme explicarei ao longo do texto.

adaptado à esta nova configuração social na Saúde Pública. Em seguida, a partir de manuais e tratados médicos e de enfermagem, programações de cursos e eventos de cada profissão, além dos almoços cotidianos, reuniões, greves e colegiados gestores, argumento de que maneira se mostra a divisão entre médicos e “não-médicos” e o porquê de se considera-la central na pesquisa.

E, por fim, analiso como a disposição dos espaços físicos do CS Morro da Ilha podem revelar certos aspectos importantes das relações entre profissionais, de gênero, hierarquias e disputas presentes no cotidiano. Trago ao debate algumas expectativas de papéis de cada profissão e de gênero, e de como elas estão presentes dentro do centro de saúde sob o novo modelo de Atenção Primária. O tema do gênero será recorrente e será retomado em diversos momentos ao longo do texto.



## 2 PRÁTICAS, FLUXOS E SÍMBOLOS

Uma Unidade de Atenção Primária (UAP) abarca uma série de regras e funções que direcionam os discursos e os comportamentos dos indivíduos que transitam ou permanecem nestes espaços. Existem normas para circulação, sociabilização, de vestuário, de atitudes, de linguagem. Como espaços públicos, constituem locais onde as relações sociais apresentam características específicas, como a transitoriedade e a instabilidade (ARANTES, 2000). Criam-se convenções sociais, por meio das quais os sujeitos permanecem em negociação permanente, abrindo mão de parte dos seus direitos individuais em prol de um contrato, para que haja o convívio social (ARANTES, 2000).

Nesse sentido, Graça Carapinheiro (1993) argumenta sobre como o cotidiano de trabalho no hospital surge enquanto um “lugar simbólico e de aprendizagem dos comportamentos para *saber estar* no hospital” e como a socialização e o próprio espaço são marcados pela divisão hierárquica do trabalho:

(...) no desenrolar da prestação de cuidados médicos, nas visitas dos médicos às enfermarias, nas distâncias físicas que são mantidas, na linguagem, nas relações que se estabelecem entre as hierarquias médicas e as hierarquias de enfermagem, nas reuniões clínicas dos serviços, os rituais, os discursos, a ocupação do espaço, a ordem das intervenções, os silêncios, as presenças e as ausências, revelam e alimentam estruturas hierárquicas e relações de subordinação previamente definidas. (CARAPINHEIRO, 1993, p.111)

O centro de saúde (CS) Morro da Ilha\* abre de segunda a sexta-feira das 8 horas da manhã até às 22 horas, com intervalo de fechamento entre meio-dia e 13 horas. O atendimento das pessoas que entram ali é feito de diversas formas. Elas podem ser atendidas individualmente ou

---

\* O nome do centro de saúde é fictício, em virtude de manter o sigilo dos sujeitos envolvidos na pesquisa.

em grupo, por agendamento ou sem, no corredor ou em salas, balcões ou auditórios, rapidamente ou durante mais tempo, por profissionais de saúde, agentes comunitários ou funcionários administrativos, com ou sem espera, em pé, sentado ou deitado, por um ou mais indivíduos.

Das 8 às 17 horas o centro de saúde Morro da Ilha funciona como uma Unidade de *Saúde da Família* (USF). Isto significa que existem certas regras para os atendimentos e outras atividades, que estão submetidas às normas relacionadas à operacionalização do Programa Saúde da Família (PSF), do governo federal que, por ser ter sido prolongado para além de um tempo destinado a um programa, deixou de assim ser chamado para então se denominar Estratégia em Saúde da Família (ESF). Dentre as diferenças das unidades de saúde que atuam nesta estratégia com relação às outras é de que são realizadas pelos profissionais as seguintes atividades, quando consideradas necessárias: agendamento de consultas, visitas domiciliares, atendimentos em grupo, atividades em outros locais, próximos ao centro de saúde, consideradas de promoção à saúde ou prevenção de doenças, reuniões periódicas dos profissionais, entre outras atividades.

O período noturno funciona preferencialmente para os atendimentos de urgência e emergência, não há atividades relacionadas às “equipes de saúde da família” (EqSF). A EqSF é aquela composta por médicos, enfermeiras, técnicas de enfermagem, odontólogos, técnicos de higiene bucal e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), através dos quais se desenvolvem as atividades preconizadas pela ESF. Há também um número bem reduzido de trabalhadores na unidade, comparada à quantidade de profissionais presentes durante o dia. Mudam-se também as regras de funcionamento das atividades, devido à redução de funcionários e ao caráter diferenciado dos atendimentos realizados neste período.

De maneira geral, há mais de uma equipe de profissionais em cada unidade de Atenção Primária. O atendimento de cada “usuário”, conforme este sistema de regras da estratégia em Saúde da Família, está condicionado a uma equipe específica de profissionais de saúde. Esta corresponde a uma área, cor e número determinados. Chama-se de “usuário” todo indivíduo que frequenta o centro de saúde e utiliza dos seus serviços. De acordo com o local de moradia sabe-se qual equipe de profissionais que poderá atendê-lo. Este atendimento de um número definido de “usuários” de acordo com uma área geográfica delimitada é chamado no campo da Atenção Primária de “adscrição de clientela”.

A rotina, portanto, de uma unidade de Atenção Primária sob esta lógica é de atender as pessoas e famílias que moram nas suas áreas

subjacentes, sendo que há uma delimitação geográfica específica. A maior parte dos indivíduos que moram nos arredores do centro de saúde Morro da Ilha frequentam o local periodicamente. Dependendo da demanda que possuem e apresentam, são direcionados para os profissionais de saúde e para os setores específicos e, conforme explicarei adiante, eles poderão ser atendidos com ou sem agendamentos prévios.

Os dias do centro de saúde Morro da Ilha se iniciam antes que as portas sejam abertas. Do lado de fora, quem passa por ali vê o encadeamento de pessoas formando um zigue-zague na rampa que dá acesso à porta da frente. Há muitos anos que se procura por um método de acabar com as “filas” para atendimento nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. “*Já se tentaram várias coisas, já se fizeram vários acordos...*” – expôs um dos profissionais de saúde, em uma conversa informal em uma manhã de trabalho, a respeito da questão da procura cada vez mais crescente pelos serviços de saúde e as recorrentes tentativas dos profissionais de saúde e dos gestores de organizar o velho e persistente problema da “fila” – a concentração das pessoas no início da manhã antes das portas do centro de saúde Morro da Ilha se abrirem.

Durante a espera, enquanto os profissionais se preparam para o momento de abrir portas, do lado de fora as pessoas permanecem enfileiradas, enquanto observam o movimento dos funcionários que entram e saem pela porta, a circulação de pedestres nas calçadas, o curso dos carros e ônibus – apesar de ser uma rua mais voltada ao trânsito local, neste horário o fluxo costuma ser intenso. A fila se forma para o primeiro “ritual” do dia do centro de saúde, o *acolhimento*. Antes das oito, só é permitida a entrada dos funcionários e das mulheres idosas que participam da ginástica, a qual é conduzida pela educadora física do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Do lado de fora, as pessoas aguardam ansiosamente a abertura das portas, sem saber ao certo se serão atendidas naquele dia.

Com as portas ainda fechadas, os profissionais de saúde recolhidos se cumprimentam ao se cruzarem durante a preparação para os rituais diários. Todos eles colocam o seu uniforme: o jaleco branco. O jaleco e a posição que ele ocupa faz com que os profissionais se relacionem a partir do ato de vesti-lo. Antes deste ato, consegue-se ver outras características destes profissionais: a forma de se vestir, a postura do corpo, o modo de andar e falar podem ser diferentes daqueles após colocar o jaleco branco. Sem ele, permite-se conversar sobre mais coisas que não dizem respeito à rotina de trabalho. É como se após colocar o

jaleco cada um deles incorporasse o papel de profissional de saúde, passando assim a ver e a ser visto como tal. É como se dissesse aos outros que o jogo já começou. A partir deste ponto, as formas de falar e se comportar se tornam mais ágeis e padronizadas, os sorrisos levemente se desfazem: agora estão ali profissionais de saúde, cada qual assumindo a sua devida posição social.

Todos os profissionais de saúde usam o jaleco branco. Este aspecto confere uma aparente homogeneidade das pessoas que trabalham ali. As pessoas que vêm ao centro de saúde em busca de atendimento não conseguem distinguir quem é quem pela forma de se vestir. Visualmente não há nada que os diferencie; até os crachás são iguais, só chegando bem de perto se consegue ler o nome e a função: “Beltrana da Silva e Tal – Técnica de enfermagem”. De longe, não dá para saber. Ainda mais se estão em movimento. Por probabilidade, e por causa da própria história da Saúde, quem não é médico, ainda mais se está de jaleco branco e se for uma mulher, é chamada de “enfermeira” – técnicas, farmacêuticas, nutricionistas, qualquer uma que esteja de jaleco branco e que não seja identificada como médica, então é enfermeira. Os outros trabalhadores usam outros uniformes: os auxiliares administrativos, por exemplo, vestem-se de jaleco azul. Já os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) utilizam-se de um vestuário próprio também que os padroniza, de cores verde e amarelo.

O jaleco branco é importante porque identifica quem são os profissionais de saúde da unidade de Atenção Primária. Como todos eles estão vestidos de branco, muito do que diferencia cada um deles encontra-se na sua forma de se comportar com as pessoas que procuram atendimento e com os outros profissionais, assim como nos locais onde são encontrados e nas atividades que são realizadas por eles. Todos os médicos e também todas as enfermeiras possuem os seus próprios consultórios. Os profissionais do NASF geralmente não têm um consultório fixo: utilizam algum que esteja disponível no dia da sua ida ao centro de saúde. Com relação às atividades, apesar de a maioria delas ser diferente em cada profissão, existem algumas que são compartilhadas: as enfermeiras, por exemplo, podem realizar certos diagnósticos de enfermagem e prescrever um rol específico de medicamentos – atividades que são historicamente relacionadas aos médicos. Além disso, no *acolhimento*, uma atividade central para este centro de saúde e outros que atuam no novo modelo de Atenção Primária, existe a participação tanto dos médicos, assim como das enfermeiras e das técnicas de enfermagem.



Considerando todos estes aspectos, a melhor forma de se perceber qual é a função de cada indivíduo vestido com jaleco branco é o seu comportamento perante colegas e pessoas da comunidade: por exemplo – no acolhimento, as enfermeiras geralmente realizam perguntas direcionadas ao que se chama de “cuidado” de enfermagem, frequentemente são boas ouvintes e sorriem facilmente, além de que geralmente são mulheres; já os médicos, de maneira geral, demonstram maior seriedade, fazem perguntas mais curtas e objetivas, com foco na solução “clínica” das narrativas dos “usuários” (mais adiante falarei a respeito deste tema, ao explicar sobre a concepção de “comunicação clínica”).

O “*Acolhimento*” trata-se do primeiro e o mais importante ritual realizado no centro de saúde Morro da Ilha. A atividade é utilizada como um “filtro”<sup>5</sup> seletivo das pessoas a serem consultadas pelos médicos. Acontece preferencialmente às oito horas da manhã e à uma hora da tarde, nos dois momentos onde as portas são abertas. Porém, ele é realizado também ao longo de todo o dia, sempre que uma pessoa entra no centro de saúde procurando por atendimento. Depois do acolhimento principal – da primeira hora da manhã e da primeira hora da tarde – os profissionais seguem com as outras atividades diárias realizadas ali, como as consultas agendadas, as atividades com grupos, os atendimentos e os procedimentos de enfermagem (realização de curativos, aplicação de vacinas e de medicamentos injetáveis, aferição da glicemia e da pressão arterial, exames ginecológicos preventivos, dentre outros), a entrega dos medicamentos, os “matriciamentos” (dos quais falarei mais adiante), os encaminhamentos para os médicos especialistas e a marcação de consultas e de exames.

Depois do momento reservado ao “acolhimento”, do qual falarei em seguida, assim como após as consultas agendadas, os atendimentos médicos, odontológicos e de enfermagem, de modo geral, as pessoas saem dos consultórios com uma prescrição nas mãos. A odontologia também realiza o *acolhimento*, mas ocorre separadamente da dinâmica central que envolve as equipes de Saúde da Família – médicos, enfermeiras e técnicas de enfermagem. Para a retirada de qualquer medicamento no centro de saúde é exigida uma receita médica, odontológica ou de enfermagem correspondente. A exceção são os

---

<sup>5</sup> O termo “filtro” foi uma categoria criada por mim e aparecerá ao longo do texto para designar a atividade do “acolhimento”. Os nativos do campo utilizam frequentemente a palavra “triagem” ou mesmo “acolhimento”.

medicamentos de venda livre: são isentos de prescrição e podem ser indicados por um farmacêutico.

Todos os “usuários” atendidos se concentram em fila para a retirada dos medicamentos no balcão da farmácia. A fila da farmácia serve como um local de encontro de pessoas da comunidade, pois acaba disponibilizando tempo e disposição para as sociabilidades. Em pé, seu Bartolomeu<sup>6</sup> aguarda pacientemente com um papel na mão, em frente à farmácia. Já conversou com a “enfermeira” – na verdade pode ter sido uma técnica de enfermagem, uma dentista ou mesmo uma das profissionais do NASF, mas estando de jaleco branco e sendo mulher, então foi, segundo ele, uma “enfermeira” –, já consultou com um médico, e agora se encontra a apenas um passo de voltar para sua casa. A “enfermeira” foi quem orientou que viesse ali: já havia “resolvido seu problema” e agora era só pegar os remédios e ir embora.

As atividades do centro de saúde organizadas desta forma estão alinhadas a uma “tendência” global de uma nova configuração de Saúde Pública. O “acolhimento” realizado no CS Morro da Ilha, que segue um modelo considerado de destaque no país, serve para atender a esta demanda de adaptação às novas regras do campo. Passa a ser importante que toda a população seja cadastrada pelos Agentes Comunitários de saúde, com foco em um “acesso universal” das comunidades aos serviços de saúde. Neste contexto, também permeiam relações de poder entre os profissionais de saúde, entre médicos e “não-médicos” (como explicarei mais adiante), que no cotidiano permanecem escondidas, sendo disseminadas discursivamente concepções como a de “interdisciplinaridade” e de “horizontalidade” da tomada de decisões entre os profissionais de saúde.

## **2.1 O primeiro ritual do dia e o mais importante**

Pequenos papéis coloridos, quadradinhos de três centímetros, são repartidos entre os indivíduos que aguardam, ainda enfileirados. Nos papeizinhos os números ditam a ordem de atendimento junto aos profissionais. Assim se inicia o primeiro ritual do dia, o “acolhimento”. Quem entra no centro de saúde é guiado por mulheres e homens “vestidos de branco”: para onde ir, com quem falar, onde passar ou sentar, em virtude do que lhes foi indicado no seu primeiro encontro com alguma destas pessoas.

---

<sup>6</sup> Todos os nomes de “usuários” aqui citados são fictícios.

Assim como em outros estabelecimentos deste tipo, os indivíduos que vivem nas imediações são os que têm a legitimidade para entrar ali e serem atendidos. O centro de saúde Morro da Ilha é frequentado por moradores dos bairros Morro da Ilha e Três Vizinhos<sup>7</sup>. Estes bairros são divididos em quatro: cada uma destas partes corresponde a uma cor, e cada cor equivale a um grupo com um profissional de cada categoria: médico, enfermeira, odontólogo, técnico de enfermagem e técnico em higiene dental. Desta maneira, quem vive na área amarela sabe que sempre será atendido pelo “Doutor Carlos”<sup>8</sup>, assim como quem mora no lado direito do bairro Três Vizinhos (área cor-de-rosa) procurará a enfermeira Marisa ou a técnica Dolores quando precisar de cuidados.

Amarelo, azul, laranja e verde<sup>9</sup>: as cores de fichas que os profissionais distribuem entre os “usuários” decidem quem vai para onde no centro de saúde. Cada uma das cores diz respeito a uma “área”: de acordo com o local de moradia do indivíduo ele terá um número e cor correspondente. O território definido como sendo pertencente ao centro de saúde Morro da Ilha é dividido em “áreas”. Dessa forma todos os indivíduos que habitam no lado leste do bairro Três Vizinhos, que vêm logo depois do bairro Morro da Ilha e é atendido pelo mesmo centro de saúde, é classificado como área 260 e da cor laranja. Esta classificação é obtida pelo desenho de um mapa da área de abrangência do centro de saúde, que considera o número de habitantes, assim como a determinação de “áreas de risco”. As “áreas de risco” são assim definidas levando em conta aspectos como condições sociais, como as de habitação, o acesso a saneamento básico, existência de violência, taxas de morbidade e mortalidade, dentre outros aspectos.

A partir da porta semi-aberta de seus consultórios, os profissionais designados para o primeiro ritual matinal iniciam a chamada dos números que atraí, até ali, as pessoas que procuram por um atendimento. Elas, até este momento, não sabem qual profissional irão encontrar: pode ser um médico ou uma enfermeira, acompanhados ou não de estudantes, residentes ou técnicos. Antes disso, os “usuários” já passaram pelo “filtro” dos técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde, logo na chegada no centro de saúde Morro da Ilha.

---

<sup>7</sup> Os nomes dos bairros são fictícios.

<sup>8</sup> Todos os nomes dos profissionais de saúde aqui são fictícios.

<sup>9</sup> As cores aqui descritas, assim como o número de profissionais e de equipes, são todos fictícios, de forma que o centro de saúde e sujeitos da pesquisa não possam ser identificados.

O acolhimento é visto como uma espécie de “filtro” das demandas por consultas médicas. A procura pelo atendimento médico passa primeiramente por um profissional que realiza a seleção dos casos em que se considera necessário o atendimento médico. Neste sentido, é interessante a contribuição de um estudo sociológico de Herzlich (1973), realizado em serviços de Assistência Pública de Saúde em Paris, o qual mostrou como a seletividade do recrutamento de pacientes e o posicionamento da equipe médica hospitalar não somente influenciava, como também estruturava o manejo dos doentes.

No “acolhimento”, é feito um atendimento rápido, que os profissionais veem como um meio propício para “solucionar problemas”, problemas aqueles que se acredita serem de fácil resolução. Dessa maneira, por meio do “acolhimento”, se obteria uma maior “resolutividade” na Atenção Primária à Saúde. São realizados no “acolhimento” os atendimentos médicos ou de enfermagem julgados como sendo de “urgência” e “emergência”, além de queixas consideradas de fácil tratamento medicamentoso (não que realmente sejam, mas são considerados neste modelo) e que são julgadas pelos profissionais de saúde como podendo ser “resolvidas” no momento do “acolhimento”. Desde 2002, a Atenção Primária integra a “Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)”, dentro da qual tem como objetivos:

a **ampliação do acesso**, o fortalecimento do vínculo, a responsabilização e o **primeiro atendimento às urgências e emergências**, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento dos pacientes a outros pontos de atenção, quando necessário, mediante implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades. [grifo nosso]. (BRASIL, 2013, p. 23)

Em muitos casos vê-se este momento mais como um “atendimento” do que propriamente uma “consulta”: principalmente pela questão temporal, pelo fato de durar apenas poucos minutos. O “acolhimento” é feito como uma forma de “filtro”. Isto se dá porque tanto os profissionais de saúde, quanto os gestores da Saúde Pública entendem que o “usuário” que frequenta centros de saúde não é capaz de

saber se precisa “*realmente*” de uma consulta médica. Trata-se de um dispositivo de controle do acesso da população às consultas médicas. Devido a isso, este conceito é plural e paradoxal: defende-se que se alcança um “*acesso universal*” por meio dessa forma de organização do processo de trabalho, só que isso ocorre justamente através da restrição do próprio acesso – no sentido do acesso às consultas médicas de maneira geral, às especialidades médicas e à realização de exames.

O “acolhimento” baseia-se no breve relato do “usuário” e os profissionais só podem se focar naqueles pontos, pois não há tempo suficiente para abranger outros aspectos mais contextuais ou longitudinais. Os profissionais de saúde são “treinados” para isso: para como se comunicar (“comunicação clínica”, que veremos adiante) e se comportar com o “usuário” a fim de obter o que chamam de “resolutividade”. O tempo de duração da conversa entre os profissionais e o “usuário” dura em torno de cinco a dez minutos. Para os casos em que os profissionais, através da escuta “treinada” da narrativa do “usuário”, considerarem como “casos mais complexos”, é feito um agendamento para o médico. Nos poucos minutos disponíveis, os profissionais de saúde precisam ouvir a pessoa (mediante ao que chamam de “escuta qualificada”), “filtrar” o que é “importante” e tomar uma decisão “pertinente”.

Esta procura por atendimento sem agendamento prévio é chamada de “demanda espontânea” e se concentra, principalmente, na primeira hora desde a abertura do centro de saúde Morro da Ilha, no início da manhã e no início da tarde. Ao longo do dia, uma ou outra pessoa considerada como “caso urgente” poderá também receber um atendimento. Entretanto, de modo geral, fora do horário do acolhimento funcionam os agendamentos e encaminhamentos, além dos “matriciamentos”.

Os “matriciamentos” são denominados aqueles atendimentos de “usuários” que foram feitos de alguma forma em conjunto – entre médicos de família e comunidade (MFC) e profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). São considerados como “matriciamentos” as chamadas “interconsultas”, nas quais o “usuário” é atendido por dois ou mais profissionais de saúde, além das “discussões de casos” feitas em “reuniões de equipe” (médicos, enfermeiras, técnicas de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde se reúnem semanalmente para discutir questões, porém nem sempre o médico participa). Ou ainda os “matriciamentos” ocorrem nas “reuniões de Saúde Mental”, onde se reúnem o MFC de cada EqSF, a enfermeira correspondente, além do psiquiatra e do psicólogo do NASF, de modo

que discutem sobre casos considerados de “Saúde Mental” existentes na sua área de abrangência. Podem ser também considerados “matriciamentos” os encaminhamentos dos “usuários” para outros profissionais: desde que seja acompanhado de “discussões de caso” prévias e não só na forma de “encaminhamentos de papel”, no qual não ocorre nenhum contato dos profissionais do centro de saúde com os especialistas envolvidos.

Os atendimentos realizados diariamente no centro de saúde Morro da Ilha podem gerar ou não encaminhamentos. O agendamento de consultas com profissionais médicos ou enfermeiras é realizado de modo presencial, por telefone ou via e-mail, por profissionais de saúde ou por meio dos Agentes Comunitários de Saúde.

Para agendar consultas com médicos especialistas e outros profissionais de saúde, como nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e psicólogos, o “usuário” precisa necessariamente primeiro consultar com um médico ou, minimamente, com a enfermeira da área correspondente. No modelo anterior, o “usuário” solicitava sua demanda por consultas diretamente no balcão de entrada do centro de saúde, tanto dos profissionais da Equipe de Saúde da Família, quanto dos especialistas. Atualmente, para as consultas com as EqSF passa-se primeiramente pelo “acolhimento” e, para os especialistas, é necessário consultar antes com o Médico de Família e Comunidade.

Em virtude da grande demanda por consultas, o formato “tradicional” mudou de modo que o “usuário” consultará um especialista quando e se o Médico de Família e Comunidade (MFC) julgar ser necessário. Isto ocorre devido ao fato de a Atenção Primária ser vista no campo da saúde como a “porta de entrada” para outros serviços e outros profissionais de outros estabelecimentos, considerados como de atendimento mais complexo, como policlínicas e hospitais.

O “acolhimento” seria considerado, portanto, como “*a porta de entrada da porta de entrada*” para a utilização dos serviços de saúde pela população. Mesmo que este sistema alcance certo êxito, ele é ambíguo por si só. Por um lado, deve-se estar disponível para receber as pessoas da comunidade e todas as demandas devem ser examinadas; de outro, os profissionais devem tratar e encaminhar os pacientes de acordo com a gravidade do seu estado, resultando em uma classificação, na escolha o doente (CARRICABURU; MÉNORET, 2012).

## 2.2 “Comunicação clínica” na Atenção Primária

**Quadro 1** – “Check List da entrevista clínica (baseado no Calgary Cambridge Guide)”

### **Fase inicial e de obtenção de informações**

Cumprimenta o paciente  
 Apresenta-se e diz seu nome  
 Demonstra cordialidade  
 Usa perguntas abertas e fechadas de maneira apropriada  
 Ouve atentamente, sem interromper o paciente  
 Confirma os motivos da consulta  
 Checa se há motivos adicionais (prevenção de demandas aditivas)  
 Faz resumo para confirmar o entendimento  
 Abordou todas as demandas (a agenda) do paciente  
 Questiona preocupações e medos do paciente  
 Aborda as expectativas sobre a consulta  
 Faz perguntas claras e de fácil entendimento  
 Abordou as ideias e crenças sobre a demanda  
*Facilita o paciente a expressar seus sentimentos*  
 Identifica tais problemas (tabagismo, dieta inadequada, sobrepeso, ansiedade, história anterior e familiar...)

### **Construindo a relação**

Demonstra empatia  
 Usa comunicação não-verbal de forma adequada (contato visual, tom de voz, postura corporal...)  
 Escreve ou digita sem interferir no diálogo  
 Respeita o ponto de vista sem julgamento  
 Demonstra tranquilidade e segurança

### **Explicação e plano**

Usa linguagem de fácil entendimento, sem jargão médico  
 Tenta fazer o paciente participar do plano  
 Dá opções para o plano  
 Confirma o entendimento do paciente  
 Aborda as ideias e preocupações do paciente sobre a conduta  
 Orienta medidas preventivas e de auto-cuidado  
 Considera os aspectos culturais e estilo de vida do paciente para o plano  
 Pergunta se o paciente tem dúvidas  
 Usa métodos visuais de explicação  
 Segue os tempos do “SOAP”  
 Faz gestão do tempo adequada

**Fonte:** Material distribuído em reunião mensal do CS Morro da Ilha, 2013.

O material acima foi apresentado em uma das reuniões mensais com todos os profissionais de saúde e outros funcionários do CS Morro da Ilha como sendo um “*Check List* da entrevista clínica”. Ele foi explicado em uma palestra proferida por uma Médica de Família e Comunidade considerada no meio médico como uma das *especialistas* em “*Comunicação Clínica*”. A palestra, direcionada a todos os funcionários do centro de saúde, tinha como principal objetivo efetuar um tipo de “treinamento” para que houvesse um aumento na “produtividade” e na “resolubilidade”<sup>10</sup> dos atendimentos e consultas no CS Morro da Ilha, assim como se objetiva em diversos centros de saúde do país.

No referido enfoque, ressaltou-se na fala dos médicos que ministravam tal palestra que a forma de comunicar-se na Atenção Primária precisaria conter um método: a “comunicação clínica”. Tal método facilitaria uma maior “objetividade” durante as conversas com os “usuários” que frequentam o centro de saúde. Ao procurar “corrigir” uma certa forma inadequada de comportar-se, os manuais médicos voltados para o subcampo da Atenção Primária ensinam como deve ser o modo de falar e de se portar com os “usuários”, utilizando-se da chamada “comunicação clínica”. Tal conduta é disseminada aos profissionais “não-médicos” e outros trabalhadores como a mais adequada no contexto da Atenção Primária, em especial no modelo de destaque, com o “Acolhimento” como atividade central e norteadora.

As questões abordadas pelos “usuários” as quais entende-se que não são relevantes para compreender seu processo de saúde-doença no seu enfoque “clínico” são ignoradas. Ou então são moldadas para se obter as informações “técnicas” de que se procura em uma “prática clínica”. Objetifica-se, portanto, o próprio conceito de “subjetividade”: não só na palestra mencionada como também nos manuais médicos voltados à Atenção Primária, concebe-se “subjetividade” como sendo os aspectos vagos ou difusos que desfocariam do que se acredita ser importante em um atendimento médico (estes são considerados “interferências”, como veremos adiante). Narrativas dos “usuários” que

---

<sup>10</sup> “Resolubilidade” ou “resolutividade” trata-se de um termo usado para designar a “capacidade resolutiva dos serviços de saúde” em solucionar problemas no subcampo da Atenção Primária. A resolubilidade é definida como “a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência”. Cf. BRASIL, 1990b.



são vistas como sendo coisas que acontecem no cotidiano sem importância, podem ser vistas como desnecessárias e tais informações são descartadas no momento da conversa.

Um exemplo que considero ilustrar estas questões é o relato, direcionado aos profissionais de saúde, considerado “comum” de brigas familiares de indivíduos da comunidade: *“O problema é que a gente atende em 5 minutos e não resolve os problemas das pessoas. As pessoas começam a contar alguma coisa da vida delas, sobre uma briga com o filho, alguma coisa e eu não consigo cortar”*. Esta frase foi dita por uma das enfermeiras do centro de saúde, em uma das cotidianas conversas informais nas saídas para o almoço. Os profissionais são treinados para mudar de foco na conversa, tentando descobrir algum sintoma clínico que a pessoa esteja sentindo. Se no meio da narrativa o “usuário” disse algo como “aí me deu uma dor de cabeça”, esta informação é a considerada “objetiva” e importante para decodificar um “sintoma” e converter em uma prescrição e posterior utilização de medicamentos.

Outra questão é a importância que é concebida ao “dito” durante o atendimento. O foco do atendimento será direcionado principalmente para o relato do “usuário”, isto é, a fala do “usuário” no momento de encontrar com o profissional de saúde é o que determina a conduta deste. É considerado que se o “usuário” disse naquele momento, então é o que há de mais relevante para ser resolvido. Há uma busca e uma seleção na fala do indivíduo sobre qual seria o principal motivo do seu deslocamento até o centro de saúde – é o que se chama de “queixa principal”: *“Isso é um defeito meu... quando tem pouco tempo pro atendimento eu vou direto pra queixa.”*, me disse uma das enfermeiras em um dos vários almoços diários no CS Morro da Ilha. Ela lamentava que, na maioria dos casos, precisaria de mais tempo para ouvir os “usuários” durante o atendimento de enfermagem. Entretanto, devido ao tempo reduzido destinado às consultas, ela acaba por interromper a fala dos “usuários” para seguir o que diz o protocolo, que é perguntar qual é a queixa principal do “usuário” naquele momento de sua vida, e ignorar todos os seus outros aspectos.

No “*check list* de entrevista clínica” elaborado por um médico no CS Morro da Ilha, foi elencada como uma atribuição necessária dos profissionais a seguinte: “Facilita o paciente a expressar seus sentimentos”. Percebe-se que a noção de “expressar sentimentos” denota uma ideia de emoção à narrativa. Considera-se esta ação como importante para a formação de vínculo, porém seu conteúdo não é utilizado como informação para a atuação médica. Assim também na

frase “Abordou as ideias e crenças sobre a demanda”, a concepção de “ideias” e “crenças” está relacionada ao objetivo do vínculo. Ou seja, as *ideias* ou *crenças* que o indivíduo tenha sobre a sua *demanda* – sobre a razão de estar ali – são conhecimentos considerados pelos profissionais como “subjetivos”, que funcionam como uma “interferência”, que se deve ter cuidado para não se desfocar do enfoque “clínico”. Entretanto, não se pode interromper a fala do “usuário” por mais que se considere inútil para a consulta, devido ao objetivo do “vínculo”, preconizado na Atenção Primária. É feita, portanto, uma escuta seletiva das narrativas dos “usuários”.

Neste sentido, o debate enriquece com a afirmação de Adam e Herzlich (2001) de que a doença trata-se de um fenômeno significativo e a atividade médica é sempre interpretativa. O médico faz a decodificação dos sintomas do indivíduo de acordo com as categorias do saber médico, as quais são fundamentadas sobre noções biológicas. O doente, por outro lado, tem suas ideias próprias sobre o seu “estado” de saúde e cria um “modelo explicativo”, que é fruto em parte do ser individual e em parte das raízes culturais (ADAM; HERZLICH, 2001). Trata-se do que o “usuário” pensa sobre o assunto: isto pode não interessar para a conduta “clínica” dos profissionais, entretanto se considera importante “deixar falar” para se construir o *vínculo*, o qual se trata de um princípio que se procura incorporar às relações sociais no subcampo da Atenção Primária, entre os profissionais e os indivíduos frequentadores dos centros de saúde.

O “SOAP” refere-se a *Subjetivo, Objetivo, Análise e Plano*. Trata-se do método de documentação dos aspectos que venho tratando até aqui. O SOAP foi criado em 1968 e é conhecido como o “sistema de anotação clínica” que se utiliza de “registro orientado para problemas” (SOUSA, 2000). Serve para que “até que a *causa* possa ser estabelecida, todas as modalidades de diagnóstico e as intervenções terapêuticas *sejam orientadas para o problema real e imediato*” (SOUSA, 2000). Novamente aqui se utiliza de um *método*, se segue com a meta de objetivar a narrativa dos “usuários” do centro de saúde, que guia não somente o registro em prontuário, como também a comunicação durante o *atendimento*. No SOAP, o “subjetivo” englobaria aqueles aspectos os quais se considera como não importantes para a tomada de decisão clínica.

Georges Canguilhem (2009) debate sobre a noção de “patologia objetiva”. O autor questiona até que ponto os métodos objetivos na atuação clínica podem qualificar um determinado fenômeno como

patológico. Na sua famosa obra “*O normal e o patológico*”, o autor afirma que:

Qualquer conceito empírico de doença conserva uma relação com o conceito axiológico da doença. Não é, portanto, um método objetivo que qualifica como patológico um determinado fenômeno biológico. É sempre a relação com o indivíduo doente, por intermédio da clínica, que justifica a qualificação de patológico. Embora admitindo a importância dos métodos objetivos de observação e de análise na patologia, não parece possível que se possa — com absoluta correção lógica — falar em “patologia objetiva”. É claro que a patologia pode ser metódica, crítica, armada de meios experimentais. Essa patologia pode ser considerada objetiva, em relação ao médico que a pratica. Mas a intenção do patologista não faz com que seu objeto seja uma matéria desprovida de subjetividade. Pode-se praticar objetivamente, isto é, imparcialmente, uma pesquisa cujo objeto não pode ser concebido e construído sem referência a uma qualificação positiva e negativa; cujo objeto, portanto, não é tanto um fato mas, sobretudo, um valor. (CANGUILHEM, 2009, p.93)

O registro em prontuário acompanha quase todas as atividades que são realizadas dentro do centro de saúde, por todos os profissionais de saúde. O SOAP é uma das várias formas de sistematizar o atendimento das pessoas que frequentam o local. Seria necessário um desenvolvimento mais aprofundado a respeito da pesquisa com e sobre os prontuários. Apesar de eles se apresentarem como fontes inesgotáveis de material de pesquisa, precisaria se explorar melhor como os prontuários poderiam ser utilizados como fontes de pesquisa sociológica. Tal objetivo não faz parte da minha pesquisa, pelo menos não em seu estágio atual.

Devido à função de “curto-circuito” que a Atenção Primária tem na prestação da assistência aos pobres pelo Estado<sup>11</sup>, muitos indivíduos

---

<sup>11</sup> No sentido de que facilita a aproximação do Estado aos pobres e seu controle. Explicarei melhor este meu ponto-de-vista mais adiante.

procuram profissionais de saúde a fim de narrarem seus sofrimentos cotidianos. De outro lado, muitos destes profissionais vêm se preocupando em como transformar tais narrativas em dados objetivos.

Com isso são criados protocolos, normas, manuais para guiar a “prática” dos profissionais de saúde. A “subjetividade” dos “usuários” é uma destas coisas que se considera que “*na prática é diferente*”. A formação dos profissionais com enfoque voltado para a Saúde Coletiva incentiva “olhares holísticos”, porém “na prática” estes olhares só servem para a formação do vínculo. As narrativas sobre aspectos que não estão relacionados a dados clínicos são consideradas como obstáculos para a atuação dos profissionais, de forma que os manuais indicariam um foco no que é “realmente” importante.

Neste sentido, apresento a seguir um *brainstorm* de obstáculos e soluções, o qual foi criado no centro de saúde Morro da Ilha, em uma das reuniões da unidade. Definidos como “problemas no acolhimento/ acesso”, eles foram descritos em termos de uma detecção de “falta de técnica” dos profissionais nos atendimentos, bem como de falta de “escutar mais para ser resolutivo” ou, ainda, nos termos de falta de “treinamento e habilidades de comunicação”. No quadro a seguir, apresento o referido material.

## Quadro 2 – “Problemas no Acolhimento/Acesso”

- Falta de informação na recepção sobre os funcionários que estão no dia/ processo de trabalho área;
- Demanda espontânea fora de horário não está sendo repassada para áreas;
- Falta de técnicos de enfermagem das áreas para acolhimento;
- *Consultas complexas na demanda espontânea, ocupando tempo de consultas agendadas;*
- Saídas médicas para curso;
- Aumento do número de pacientes na demanda espontânea;
- Falta de responsabilização sobre o problema do paciente;
- *Falta escutar mais para ser resolutivo;*
- Diferença entre os fluxos das áreas dificulta acesso;
- Saída de profissionais de referência juntos (VD + reunião áreas);
- *Não conseguir atender pacientes fora de horário/ dificuldade técnica em dar encaminhamento na demanda espontânea;*
- Dificuldade de agendamento/ facilidade na demanda espontânea;
- *Fila/ pressão assistencial início dos turnos;*
- Falta de local para escuta da DE, dificultando triar/ acolher;
- Organizar fluxo de demanda espontânea/ demanda programada;
- Quem pode resolver o quê?
- GTalk subutilizado;
- Falta de parceria dos MFC para atender fora horário;
- Parceria entre equipes;
- Falta de técnicos/ associar estudantes;
- *Falta de treinamento/ habilidades de comunicação;*
- Medo de profissionais novos;
- Clareza do fluxo para quem chega;
- Pressão assistencial/ capacidade instalada;
- Falta de dados de DE para planejamento;
- Consulta de enf 20 min;
- Todo mundo que chega será atendido?
- Regulação de senhas noturnas;
- Marcação noturna.

Responder após discussão com sua equipe:

- Como eu gostaria de ser atendido no CS Morro da Ilha?
- Como eu posso melhorar a comunicação interna para evitar falhas?
- Qual sua proposta para diminuir a pressão assistencial (fila)?
- Como qualificar a escuta (qualidade/privacidade/capacidade técnica/resolutividade)?

Entregar respostas dia 23/04 no colegiado!

Observa-se nos itens destacados, como a *escuta* ou a *habilidade de comunicação* são vistas como um “treinamento”, isto é, como uma capacitação técnica necessária para ser realizada em prol do desenvolvimento de *habilidades*. Ouvir as pessoas, todos ouvem. Mas nestes espaços entende-se que quem possui esta habilidade na escuta e na comunicação é alguém que consegue filtrar as informações ditas relevantes e aumentar a “*resolutividade*”, dentro da maneira na qual se entende “resolver problemas” nestes contextos. Quem carrega esta habilidade é visto como tendo “perfil” para trabalhar no CS Morro da Ilha (a questão do perfil será melhor abordada mais adiante).

A grande quantidade de pessoas que buscam por atendimento é frequentemente chamada pelos profissionais de saúde de “pressão assistencial”. Os “usuários”, que estariam pressionando os profissionais para serem atendidos, precisariam, portanto, ser filtrados. Este é um dos pilares da concepção de “acolhimento”. Os “usuários” devem ser filtrados para chegarem somente “os casos mais importantes” ao agente central da dinâmica de atendimento, que é o próprio médico. A “pressão assistencial” é, dessa forma, amenizada pelas diversas barreiras que existem no caminho, e só os casos essenciais são escolhidos para chegar até o agente central.

Certa vez, um dos profissionais do centro de saúde Morro da Ilha, em defesa da “comunicação clínica”, publicou em redes sociais um vídeo intitulado “*Dercy e a psicanálise*”: “Dercy Gonçalves comentando a psicanálise e como lidar com o sofrimento kkkk (...) *A técnica de mandar as tristezas pra pqp é ótima!*”. Trata-se de uma entrevista da atriz humorista no programa *Jô Soares* onde o apresentador a indagava sobre a notícia de ela ter feito sessões de psicanálise. Segue um trecho da entrevista.

(...)

Jô: To sabendo que você fez análise, já fez análise?

Dercy: Eu fiz, 9 anos.

Jô: Como é que foi essa experiência?

Dercy: Bom, eu acho a análise... Essa gente é que é maluca, não sabe o que que é fazer uma análise. Uma análise você... até sua inteligência desenvolve... porque você começa a descobrir coisas, e você fica até uma filósofa, você aprende... a psicologia! Porque você vai entendendo, a sua inteligência abre,

desabrocha... e você vai descobrindo coisas do passado, porque “Ah porque minha mãe me abandonou”, Ah... pra puta que pariu! (risos da platéia) Não interessa! (...) A coisa em si é “terrível” [tom irônico], então, a rejeição é “terrível”, a solidão é “terrível”, você aprende a se desligar dela.

(...) (Vídeo no youtube de entrevista de Dercy Gonçalves no Programa Jô Soares)

Este “não interessa” na fala da Dercy que parece ser o que é “desnecessário” de ouvir em uma consulta ou atendimento na Atenção Primária. O sofrimento ou narrativas de atividades corriqueiras são enxergadas pelos profissionais como “*subjetividades*” no subcampo, conforme discutimos acima. Nos manuais médicos, isso aparece de forma clara com o nome de *interferência*. Não só se define como “interferência”, como propõe formas de classificar diferentes tipos de interferência: emocional, sociocultural, etc. Segue abaixo trechos desta concepção, presente em uma das referências muito utilizadas por profissionais médicos que atuam na Atenção Primária em seu cotidiano, que apresenta seu foco em uma “comunicação clínica”:

As interferências são fenômenos de ordem psicológica do receptor que determinam a forma como este faz a leitura das mensagens. São o resultado das suas experiências, vivências e personalidade. Segundo Japers (citado por Borrell i Cario) as interferências podem ser classificadas quanto ao seu tipo em cognitivas, emocionais ou sociais. O seu reconhecimento é o resultado da consciencialização do papel activo do receptor que deixa de ser um mero passivo, como se absorvesse a mensagem qual esponja absorve um líquido. Aqui faremos uma breve revisão das interferências do médico, devendo ter em consideração que, na relação médico-doente, se adicionam as interferências do doente como factores de contingência.

(...)

O factor emocional é dos que maior efeito pode ter sobre a interpretação das mensagens e, assim,

sobre as suas conseqüências. Assim, se pretendemos uma relação **funcional** [grifo meu] é importante uma permanente auto-consciência das emoções presentes. Só através do seu conhecimento é possível **dominá-las de modo a interferirem o menos possível na relação** [grifo meu] ou, mais desejável, utilizá-las positivamente. À consciencialização pelo médico do seu estado emocional e o seu domínio (pela razão), de modo a estar disponível para uma relação terapêutica efectiva, chamamos de **descontaminação emocional**.

(...)

Interferências sociais: resultam da interferência sociocultural entre o doente e o profissional de saúde. Tratar doentes de uma origem socioeconômica diferente leva o clínico a uma menor sintonia emocional, menor aplicação na consulta e a prestar menos informação ao doente. [grifos nossos] (NUNES, 2010, p.15)

A “objetividade” mencionada nos manuais, tratados e artigos está atrelada ao objetivo do “acesso universal” na Saúde Pública, por meio da Atenção Primária, já preconizado pela lei orgânica de saúde. O foco passa a ser o atendimento um maior “universo” de pessoas, por meio de atendimentos mais “resolutivos”. Segue-se à tendência global dos princípios do “*Primary Care*”, como já vimos anteriormente. *O uso da “objetividade” tem como foco principal o aumento da produtividade*, ou seja, um maior número de atendimentos por cada profissional de saúde.

Ao mesmo tempo em que se argumenta a favor de uma “objetividade”, parece ser necessário haver algo para tornar esta relação menos “óbvia”, direta, frígida e objetiva. Uma das formas é o papel que cumpre a disseminação do conceito de “humanização”, o qual responderia a esta demanda. Para que não haja uma “objetividade” desenfreada, faz-se este apelo dentro do subcampo por parte dos profissionais de saúde direcionado aos próprios profissionais de saúde. Este apelo pode ser observado no trecho apresentado a seguir, o qual estava presente no relatório produzido pelos trabalhadores do centro de saúde Morro da Ilha, a partir da “Oficina de avaliação do Prêmio de Boas Práticas em Saúde”, em 2012:



Há uma ampla cultura de melhoria do ambiente e **humanização das relações interpessoais** instituída. São realizadas rodas de conversas com os trabalhadores no sentido de **lembrar** a todos sobre a importância de se ‘colocar no lugar do outro’ para **qualificar o acolhimento** das pessoas. [grifo nosso] (Relatório da oficina de avaliação do Prêmio de Boas Práticas em Saúde do CS Morro da Ilha, 2012)

O apelo à humanização das relações apresenta-se contraditório ao modelo adotado pelo CS Morro da Ilha, no qual o “acolhimento” é central e, diante da crescente demanda por serviços de saúde, é priorizada uma maior “resolutividade” em atendimentos com tempo de duração cada vez menores, utilizando-se da ferramenta da “comunicação clínica”.

### 2.3 “A prática é diferente”

Em vários aspectos a nova configuração da Saúde Pública no Brasil e, em especial no centro de saúde Morro da Ilha, se utiliza de métodos, técnicas ou ferramentas para se relacionar de maneira sistematizada com a população. Com isso, argumenta-se no sentido de que “a prática é diferente” e de que precisa-se lançar mão de artifícios de forma sistematizada para realizar os serviços de saúde de maneira mais eficiente.

Existem dois tipos de conhecimento aos quais os profissionais da Atenção Primária recorrem. Existem aqueles que são como ferramentas, tratam-se de artifícios técnicos para a recuperação e prevenção de estados físicos de saúde. Estas dizem respeito principalmente à clínica. Cada categoria profissional utiliza-se de manuais técnicos que guiam suas “práticas”. São conhecimentos objetivos que são seguidos à risca. Por outro lado, há aquele outro tipo de “conhecimento”, que são os que constam nos manuais que ditam como deve ser a linguagem neste campo, o modo de se comportar, se vestir, do que se deve ou não fazer – as regras ideológicas, que dizem respeito à conduta esperada dos profissionais de saúde que atuam na Atenção Primária.

A díade teoria-prática no subcampo está presente na forma como são vistos o “ensino” e o “serviço” ou atuação profissional na Atenção Primária. Os profissionais “da ponta” – assim são considerados no

campo da Saúde Pública aqueles profissionais que atuam na Atenção Primária – argumentam frequentemente no sentido de que os contextos com os quais eles entram em contato no cotidiano não poderem ser explicados pelo que é ensinado em sua formação acadêmica. O discurso recorrente é de que “*a prática é diferente*”, e por isso muitas coisas devem ser reconsideradas, e somente que “está lá na ponta” pode gerar opiniões a respeito destas realidades.

Já há muitos anos, o centro de saúde Morro da Ilha recebe estudantes de diversos cursos e residentes de Medicina de Família e Comunidade (MFC) e multiprofissionais em Saúde da Família (RMSF), que acompanham seu cotidiano por um período de tempo da sua formação. A residência em Medicina de Família e Comunidade constitui um ponto muito forte na composição das posições no subcampo da Atenção Primária, não só entre os médicos como também entre os “não-médicos”. Não somente a residência é valorizada, como também a especialização em MFC. Não é incomum que médicos façam residência mesmo depois de já terem trabalhado na Atenção Primária. O valor desta formação é exaltado em um trecho de um documento produzido no CS Morro da Ilha:

(...) Todos os médicos têm a formação em ‘Residência de Medicina de Família e Comunidade’ e compreendem a importância do vínculo com a comunidade e trabalhadores, permanecendo ao longo dos anos. A coordenadora já foi enfermeira de ESF durante sete anos e atualmente está na coordenação da unidade há 5 anos. Alguns enfermeiros e técnicos de enfermagem também já trabalham há algum tempo. (Relatório da oficina de avaliação do Prêmio de Boas Práticas em Saúde do CS Morro da Ilha, 2012)

A concepção de “experiência” aparece em muitos discursos como sendo um elemento diferencial entre os profissionais de saúde do subcampo, principalmente entre os médicos. O interessante é como esta “prática” ou “experiência” pode moldar as maneiras de agir dos profissionais da Atenção Primária e ditar as regras do jogo social. Ela está subordinada aos interesses dos agentes: de categorias profissionais e

instituições específicas que apresentam alguma relação com o subcampo.

No centro de saúde Morro da Ilha, na medida em que certos princípios que norteiam as “práticas” de produção na saúde não correspondem às expectativas de certas categorias, são questionados pelos profissionais em termos de discurso acadêmico. Estes aspectos são declarados pelos profissionais, no plano do discurso, como não aplicáveis, pela justificativa de não tomar nota de uma realidade que eles acreditam ser diferentes daquela (não) conhecida pela academia. Os argumentos seriam inconsistentes partindo de uma instituição que está longe do “real”: a criação de conceitos ou princípios está ancorada sob a viabilidade de aplicá-los na “prática”. *A “prática” abrangeria, portanto, as suas desigualdades e disputas entre os grupos de profissionais que estão ou almejam estar no subcampo.*

Estas condições materiais dizem respeito às normas e limites mantenedores das posições na Atenção Primária. Estes aspectos do plano do “discurso acadêmico” são descartados a fim de se concretizar princípios das corporações e manutenção das características definidoras de classe e origem social. A tênue relação que os profissionais mantêm com o meio científico é demonstrada à medida que, em certas situações, *alguns aspectos da “realidade” – características definidoras de classe e mantenedoras da origem social – são colocados à prova.*

Outro aspecto envolvido no que eu chamo de “valorização da experiência” é a certificação de que o profissional passou por uma formação e conhece as regras do subcampo, principalmente àquelas de caráter ideológico, que envolve as normas de comportamento no cotidiano. Isso pode ser observado no fato de que um determinado “estilo de vida” é valorizado naqueles profissionais que pretendem atuar como Médicos de Família e Comunidade no CS Morro da Ilha. Um exemplo disso aconteceu no momento em que um médico do centro de saúde, ao anunciar que viria uma médica em seu lugar, me explicou motivado: “Ela é nova, da nossa geração, tem residência em saúde da família...”. A residência é um dos aspectos que define se o profissional tem ou não “perfil” para trabalhar no CS Morro da Ilha.

Além destes aspectos, existe uma concepção geral sobre o que é ser um MFC, que vai muito além de sua atuação profissional. Envolve um estilo de vida específico, que envolve, dentre outros fatores, um certo “gosto” pela arte, a valorização da natureza, um ativismo político, ligação social com a academia, aberto a novas tecnologias e até mesmo de apresentar um estilo “descolado” ou alternativo de comportar-se e de vestir-se.

## 2.4 Considerações sobre a fofoca

Há na fofoca<sup>12</sup> uma inversão simbólica da hierarquia social: os médicos, que ocupam posições sociais de maior prestígio, na fofoca tornam-se o principal alvo de desvalorização.

Certa vez, uma médica foi admitida no CS Morro da Ilha e gerou uma série de fofocas por todos os cantos do centro de saúde. “Ela não tem perfil pro tipo de trabalho que se desenvolve aqui”. O “não ter perfil” é uma expressão recorrente para denominar aqueles profissionais de saúde que passam por ali e não incorporam as regras do local. A fofoca é um importante instrumento utilizado para desvelar o descontentamento com outros grupos profissionais ou com profissionais que são vistos como não adequados a certos postos de trabalho no centro de saúde.

Houve uma reação geral dos médicos brasileiros frente ao anúncio do governo federal de que viriam médicos cubanos ao Brasil em 2013. Existe uma ordem regida através de normas pelas quais os médicos do país sabem como devem comportar-se. Ora, os médicos cubanos representavam uma ameaça para o que já havia sido estabelecido: outras regras de conduta profissional, salários menores, além de serem conhecidos por realizar uma medicina eficaz com uso de poucos medicamentos.

No centro de saúde Morro da Ilha a fofoca cumpre um papel na manutenção das regras de conduta. A fofoca integra e reconstitui as reputações dos diversos grupos. A atuação dos médicos cubanos foi questionada e disseminada através da fofoca como propaganda de imagem negativa dos cubanos entre os trabalhadores do centro de saúde. Dentre os alvos, estava a linguagem utilizada pelos cubanos com os “usuários”. O sotaque e o não conhecimento de palavras do “vocabulário local” atrapalhavam a comunicação, segundo os profissionais brasileiros. O valor dos salários também foi motivo de fofocas. A renda dos médicos cubanos muito abaixo da média daquela recebida pelos médicos brasileiros, aliada a uma conduta e linguagem divergentes, se transformam em uma ameaça, com necessária moldagem dos cubanos às regras da casa ou realocamento dos mesmos para outros centros de saúde.

---

<sup>12</sup> Sobre a fofoca, ver ELIAS (2000, p. 121): “A fofoca, em outras palavras, não é um fenômeno independente. O que é digno dele depende das normas e crenças coletivas e das relações comunitárias”.

A atuação dos cubanos no centro de saúde Morro da Ilha teve uma vigência curta. Eles não estavam “à altura” de serem considerados como trabalhadores efetivos do CS Morro da Ilha. Foram logo substituídos por outros profissionais “mais adequados” a preencher o cargo.

Contudo, mesmo entre os próprios médicos brasileiros, condutas que não se enquadram às normas definidas pelo quadro profissional são questionadas. Atitudes consideradas como ameaçadoras do status da categoria são repugnadas como forma de controlá-las e de manter os interesses de classe. Hábitos aparentemente inofensivos como o de comer frutas no consultório, por exemplo, são criticados abertamente e viram alvo de fofocas entre profissionais de saúde.

Uma das razões de fofoca mais cotidianas é quando um profissional se ausenta do trabalho. Seja por quaisquer motivos. Se alguém não vai trabalhar por estar doente, é comum pelo menos uma pessoa comentar: “Você viu que Fulana está de atestado?” Ou ainda, uma das fofocas mais recorrentes é quando acontece de um profissional não estar no horário ou no local que um determinado grupo esperaria que ele estivesse.

A cozinha é o espaço propício para as sociabilidades. É o ambiente mais utilizado para a prática da fofoca no cotidiano. Os profissionais se dividem em pequenos grupos em virtude do pequeno espaço disponível. É comum que se dividam por horários e por categorias profissionais para o momento do café, que é um momento de trocas de informações, ansiedades e quitutes, mas também de reforçar comportamentos e os ideais de cada profissão.

O momento do dia talvez mais propício à fofoca seja o do “cafezinho”. Diariamente, a rotina dos profissionais é acompanhada das pausas para o café. Não raramente, reúnem-se dois ou mais deles para este momento. Compartilham-se quitutes, risos, reclamações, fofocas. Quando não se tem mais o que se falar de coisas que aconteceram na atuação dos profissionais no centro de saúde, fala-se a respeito de que “Fulano tem mamãe que faz tudo em casa, chega aqui não lava uma louça!”, ou de que “Dra. Beltrana come tudo que vê na geladeira, não tá nem aí se a comida não foi ela quem trouxe!”, e outros comentários do mesmo estilo, referentes ao uso da cozinha.

As auxiliares de limpeza do CS Morro da Ilha apresentam um papel muito importante na fofoca. Quando se deseja saber algo sobre algum profissional, é comum perguntar a uma auxiliar de limpeza: “Doutor Fulano veio hoje?” “Você viu se a enfermeira Beltrana passou por aqui?”. Uma vez presenciei a conversa de uma profissional do

NASF com uma das auxiliares de limpeza do centro de saúde, na qual a profissional disse: *“Avisei você que eu não ia porque tinha certeza que todos iam ficar sabendo... Não é por mal que falo isso... É porque se eu falo pra outra pessoa, eles não passam a informação, e ninguém fica sabendo”*. As auxiliares de limpeza têm uma visão do todo do centro de saúde, apesar de não participarem da dinâmica geral que envolve o cotidiano dos profissionais de saúde.

### 3 ATENÇÃO PRIMÁRIA: UM SUBCAMPO EM DISPUTA

A população do CS Morro da Ilha [nome fictício] é na sua grande maioria constituída por pessoas de baixa renda com pouca especialização para o trabalho e baixa escolaridade. (...) O vínculo estabelecido com as pessoas é promotor de novas possibilidades de transformação da realidade. Através do aperfeiçoamento do processo de trabalho temos constatado mudanças de comportamento em direção da autonomia e desenvolvimento da cidadania. *Apesar do perfil sócio-econômico-cultural da população, a convivência no dia a dia tem sido pacífica e harmoniosa.* [grifo meu]. (Relatório da “Oficina de Avaliação” do “Prêmio de Boas Práticas em Saúde” do CS Morro da Ilha, 2012)

O trecho acima foi retirado de documento produzido em uma oficina de troca de experiências que envolveu todos os centros de saúde de Florianópolis em 2012. O CS Morro da Ilha é considerado um centro de saúde de destaque por “materializar” os princípios do SUS, principalmente o do “acesso universal”. Trata-se de um modelo de como fazer a Saúde “resolver” o Social.

As mudanças no campo da Saúde transformaram o trabalho das profissões até então presentes na Atenção Primária, na enfermagem e na medicina. Em 1986 foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS, 1986). Ali surgiu o termo “Reforma Sanitária”, o qual simbolizava um conjunto de valores que visava transformações no campo da saúde no Brasil. Representava as diferentes experiências de reformulação institucional e normativa da assistência à saúde no Brasil, dentre as quais a mais inspiradora teria sido a italiana (COHN, 1989). A Constituição de 1988, que foi promulgada e imediatamente depois proclamada a sua reforma, instituiu novos direitos sociais variados. Além da Saúde, também da educação, da previdência social, dentre outros (VIEIRA, 1996).

Em 1990 foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) com o objetivo de implementar os direitos sociais no campo da saúde (BRASIL, 1990a). Desde que se iniciou este processo de Reforma

Sanitária, a configuração social da Saúde no Brasil vem passando por transformações, com a criação do “Programa Saúde da Família” (PSF), no ano de 1994, e o ganho de forças, no país, do subcampo “*Primary Care*”, uma nova tendência de configuração da Saúde Pública global.

### 3.1 *Primary Care* e o “acesso universal”

Há um grande apelo a um “acesso universal” nos discursos no subcampo da Atenção Primária. No Brasil, isto resultou da “tendência” global “*Health for all*”, ditada pela concepção global “*Primary Care*”, que influenciou a própria lei que criou o SUS e regulamentou seus princípios e diretrizes.

O termo “*Primary Care*” surgiu inicialmente como “*Primary Health Care*” a partir da “Declaração de Alma-Ata”, documento elaborado durante a *International Conference on Primary Health Care* (WHO, 1978). Este foi um evento promovido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que teve participação dos Estados membros das “Nações Unidas”. O documento tratava de uma “necessidade de ação urgente de todos os governos, todos os trabalhadores de saúde e de desenvolvimento, bem como da comunidade mundial para *proteger e promover a saúde de todos os povos do mundo...*” [grifo meu].



Figura 1 – Capa da “Declaração de Alma-Ata” (esquerda) e folder da campanha “Health for all” (direita). Fonte: WHO, 1978.

A chamada “*Health for all*” era o nome da seção que tratava do *papel do estado na Saúde*. Tornou-se a campanha da OMS nos anos



seguintes ao evento. A “Saúde para todos” tinha como objetivo a “obtenção de um nível de saúde de todas as pessoas do mundo, até o ano 2000, *que permita a elas uma vida social e economicamente produtiva*”. Segundo o documento, isto deveria ser visto como “uma meta social, no espírito da justiça social” (WHO, 1978).

Outro aspecto importante que também surgiu deste “movimento global” é a *mudança vertical, institucional e política do conceito de saúde*. A definição foi criada institucionalmente pela OMS em sua constituição e reafirmada na “Declaração de Alma-Ata”: “*um estado de completo bem-estar físico, mental e social* e não meramente a ausência de doença ou enfermidade” [grifo meu].

Esta nova concepção de saúde direcionou as políticas de saúde dos países envolvidos, incluindo o Brasil. O “*Primary Care*” foi adotado sob a tradução prevalente de “Atenção Primária”, apesar de ter sido oficializada inicialmente pelo Governo Federal como “Atenção Básica” (MELLO et al, 2009). A busca por “um estado de completo bem-estar físico, mental e social” de *toda a população* passou a ser o foco da nova configuração da Saúde Pública no país. Com isso, a “*promoção da mudança nos estilos de vida*” como forma de correção e controle passou a estar cada vez mais presente nos discursos dos profissionais de saúde.

A aplicação do “acesso universal” no Brasil, decorrente desta tendência global e consequente presença na lei de criação do SUS, apresenta certa ambiguidade. Isto ocorre à medida que não se caracteriza por um acesso ilimitado aos serviços de saúde, mas corresponde a um fluxo específico e a determinadas regras que favorecem a um dos grupos em jogo: o dos médicos. Além disso, nos documentos que ditam as regras para o subcampo, como os manuais produzidos pelo Ministério da Saúde ou das categorias médicas, encontra-se explícito o foco em aumentar a quantidade de atendimentos, em detrimento de consultas de longa duração.

Os “filtros” em um centro de saúde favorecem aos médicos, enquanto grupo hipervalorizado no subcampo da Atenção Primária. O modelo proposto para atingir o “acesso universal” é aquele no qual o “usuário” passa por diversos “filtros” até chegar ao personagem central do centro de saúde, que é o médico de família e comunidade. Para consultas com médicos especialistas, há ainda a exigência de consultar primeiramente com o MFC e, se este considerar necessário, ele “encaminha” ao especialista. Da mesma forma acontece para o acesso aos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). O programa foi criado pelo Ministério da Saúde para facilitar o acesso da

população a estes profissionais na Atenção Primária. Porém, para chegar até eles, é exigido que o “usuário” primeiro consulte com o médico do centro de saúde.

Além disso, com os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) se dirigindo até as casas e realizando o cadastro de todas elas, *o Estado pôde obter um controle de todas as pessoas com certa constância, mesmo das que não frequentam centros de saúde*. A partir do trecho abaixo, retirado da “Política Nacional de Atenção Básica” (BRASIL, 2006b), nota-se que o “acesso universal” é alcançado graças aos ACSs:

São itens necessários à implantação das Equipes de Saúde da Família:

I - existência de equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde;

II - *número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada*, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família. [grifo meu] (BRASIL, 2006b)

Primeiro houve o movimento de ir até as comunidades: foram construídos centros de saúde *dentro* delas. Nas primeiras unidades de Atenção Primária do país ainda não existiam os Agentes Comunitários de Saúde. Depois, com a criação do PSF e PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde), *houve uma reforma da Atenção Primária*, a qual se chamou de uma “reorientação do modelo assistencial da saúde” no Brasil. Sua criação teve a ver com a concepção de “acesso universal”, derivada do lema “Saúde para todos” da “Declaração de Alma-Ata” (1978) e presente na Constituição Federal brasileira de 1988:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao **acesso universal** e igualitário às ações e serviços para sua

promoção, proteção e recuperação. [grifo nosso]  
(Constituição da República Federativa do Brasil,  
1988)

Os ACSs são profissionais com baixos salários e geralmente pouca formação, que pertencem necessariamente à comunidade. Com isso, têm o aval de entrar nas casas, mesmo aquelas situadas em favelas, onde a entrada de profissionais de saúde seria, sem os ACSs, dificultada ou mesmo proibida. Além disso, para um “acesso universal” não é suficiente saber somente quem frequenta os centros de saúde. Por isso o movimento de ir até as casas e, para tanto, pensou-se em profissionais que custassem pouco para o Estado. A criação desta profissão, portanto, seria vista como uma das primeiras e principais medidas para o alcance do almejado “acesso universal”.

Além disso, a concepção de “acesso universal” na Atenção Primária admite ainda outras interpretações. O direito de ter “acesso à saúde” no Brasil significa, em termos gerais, o acesso a consultas médicas e a medicamentos. Porém, isto não necessariamente resultará em uma população mais saudável. O “acesso universal” a consultas médicas se dá, nos Centros de Saúde, por meio do que se chamou de modelos de “acolhimento”.

Como falei anteriormente, o “acolhimento” trata-se de uma atividade central onde os indivíduos são atendidos em poucos minutos e daí “filtrados” para economizar consultas médicas e exames de alto custo. Isso implica que o *“acesso universal” ocorre pelo contato rápido, objetivo e direcionado ao(s) sintoma(s) relatados em poucos minutos a profissionais de saúde, em sua grande maioria resultando em um tratamento medicamentoso*. Nesse sentido, este tipo de acesso, com esse processo de trabalho, pode resultar em uma crescente medicalização social nos serviços públicos de saúde (rede básica e Programa Saúde da Família – problema verificado por Tesser (2006). Segundo o autor, o fato de entrar facilmente nos domicílios brasileiros, o PSF caracteriza-se como uma “faca de dois gumes” – é, ao mesmo tempo, uma chance para a reconstrução da autonomia e, de outro, uma nova e poderosa força medicalizadora (TESSER, 2006).

A média anual de consultas é o primeiro indicador de “cobertura” da população, aquilo que mostra em que proporção ocorre o “acesso universal” em um determinado Centro de Saúde. Portanto, a universalidade que se pretende alcançar encontra-se no plano da “produtividade” (número de acessos).

Dentre as mudanças que ocorreram de modo progressivo no subcampo estavam as seguintes: inserção progressiva de outras categorias profissionais na Atenção Primária além de médicos, enfermeiras e odontólogos; definição territorial de atendimento por unidade de saúde e levantamento de áreas prioritárias chamadas “áreas de risco”; atendimentos fora dos centros de saúde, nos domicílios e em outros espaços como escolas e associações de bairro; realização de atividades entendidas como de “promoção à saúde” ou “prevenção de doenças”, incentivo ao “controle social” – participação popular nas decisões de saúde do bairro e do município, dentre outras.

### 3.1.1 “Êxtase organizacional” e “curto-circuito”

Com esse grupo de trabalho chegamos num momento de êxtase organizacional, alcançando uma formatação para o acesso da comunidade encontrado em poucas unidades país afora. (Declaração de um dos médicos, em sua despedida do CS Morro da Ilha)

O “êxtase organizacional” foi um termo cunhado por um dos médicos do CS Morro da Ilha, no seu último dia de trabalho no centro de saúde, após ser transferido para trabalhar em um outro do mesmo município.

Uma parte dos Médicos de Família e Comunidade, não raramente, se auto-declara como possuindo um posicionamento político de esquerda. No seu discurso, aparece frequentemente a seguinte bandeira: “*Temos que lutar contra a cultura do cafezinho!*”. A “cultura do cafezinho” estaria relacionada a uma visão da atuação da Saúde Pública enquanto uma instituição burocrática, envolta de rigidez, lentidão e poucos resultados.

O sociólogo Richard Sennet (2006) trouxe argumentos no sentido da existência de uma nova cultura do capitalismo. O autor analisou como “jovens radicais imbuídos de seriedade tomavam como alvo as instituições (...) que por seu tamanho, sua complexidade e sua rigidez pareciam prender os indivíduos numa tenaz de ferro” (SENNET, 2006, p. 11). Passaram a fazer parte desta “nova cultura” certas habilidades valorizadas nos trabalhadores, como: agilidade, flexibilidade e proatividade. No “capitalismo flexível” ataca-se as formas rígidas de burocracia (SENNET, 2009).

Este discurso foi observado também no cotidiano do CS Morro da Ilha, parecendo ter sido apropriado pelos seus trabalhadores. Estas habilidades são reconhecidas como ferramentas para se obter uma maior “resolutividade” dos serviços de saúde e os indivíduos que as possui são considerados como qualificados para o tipo de trabalho que se desenvolve ali. Aliado a isto, está também o discurso do uso de novas tecnologias (p. ex. meios informatizados de comunicar-se como *google talk*, *whatsapp*, *e-mails*), que representam para estes indivíduos grande parte da flexibilidade necessária para quebrar a rigidez e lentidão do fluxo habitual do funcionamento do sistema de saúde.

Outro fator relacionado ao “êxtase organizacional” diz respeito ao chamado “acesso universal”. Ao seguir o modelo considerado de destaque, aquele que leva em conta o formato de “acolhimento” do qual falei anteriormente, o CS Morro da Ilha teria alcançado o almejado “acesso universal”. Porém, como já discuti acima, esta expressão apresenta uma série de contradições, já que por um lado, aumenta o número de pessoas atendidas por profissionais do centro de saúde, porém os “usuários” passam por uma série de filtros para ter acesso a consultas médicas, a especialistas e exames médicos.

Este aumento da quantidade de indivíduos da comunidade atendidos pelos centros de saúde – que se argumenta em termos de “acesso universal”, referindo ao termo “universalidade” previsto na Lei de criação do SUS – parece ser mais um tipo de dispositivo biopolítico, adaptado ao contexto da Atenção Primária. Por meio dele, tem-se o controle de todos ou quase todos os indivíduos que moram nos bairros adjacentes ao centro de saúde, à medida que todos eles ao menos “passam” pelo centro de saúde. Junto às ações dos Agentes Comunitários de Saúde, o modelo de filtros permite que um maior número de pessoas passe (e seja registrada) nos centros de saúde.

*Dar conta de toda essa complexidade social oportunizando o acesso sem restrição, oferecendo serviços de qualidade é o grande desafio das equipes de ESF, e o disparador das mudanças instituídas nesta unidade [grifos nossos]. (Relatório da oficina de avaliação do Prêmio de Boas Práticas em Saúde do CS Morro da Ilha, 2012)*

Não é de hoje a união entre assistência social e saúde. Muito menos o controle dos corpos, mais precisamente o dos pobres, visto como uma estratégia biopolítica por meio da assistência e intervenção médicas<sup>13</sup>. Há atualmente o surgimento de uma heterogeneidade de novos dispositivos. Tais dispositivos remetem à gênese da instituição hospitalar, são inerentemente portadores de lógicas contraditórias e se permanecem na nova configuração de saúde, seja nos hospitais contemporâneos (CARRICABURU; MÉNORET, 2012), seja na Atenção Primária.

Na configuração da Atenção Primária esta estratégia aparece através do apelo ao *acesso* aos serviços de saúde, visto como uma prioridade. Justificado pelo princípio norteador da *universalidade*, originado da fundação do Sistema Único de Saúde, com a chamada “Saúde para todos”, o Estado tem uma arma para manter seu controle também nesta configuração. Portanto, o *acesso universal* acompanha os discursos dos diversos profissionais de saúde, à medida que favorece o estreitamento de laços entre o Estado e a população.

Não arbitrariamente, o “social” também se apresenta frequente e intensamente nos discursos no campo da Atenção Primária. Ao contrário dos hospitais, onde o atendimento tem um direcionamento “mais técnico”, nas unidades de Atenção Primária o objetivo transcende, e

---

<sup>13</sup> Em princípio foi a medicina do Estado, em seguida da cidade e, por fim, a dos pobres e trabalhadores. Até o segundo terço do século XIX, os pobres não eram considerados como perigo médico, devido a vários fatores: não constituíam em um “amontoamento” suficiente para que fossem vistos como perigo – como acontecia com cemitérios e matadouros e; porque eram muito úteis na sociedade por serem responsáveis por incumbências, como despejar o lixo, enviar cartas e eliminar dejetos. Essa nova forma de medicina social – a dos pobres – surgiu na Inglaterra, onde se deu o desenvolvimento industrial mais rápido e importante e se materializou a partir principalmente da criação da “Lei dos pobres”. A lei embasava um controle médico do pobre, pois à medida que o pobre era beneficiado com uma assistência ele deveria se submeter a diversos controles médicos. A instituição médica passa a ser, portanto, a responsável por satisfazer suas necessidades de saúde, não mais eles mesmos. Ocorreu a partir desse momento uma alienação dos corpos, que passaram a ser controlados pela medicina e, por consequência, pelas classes dominantes. Enquanto as classes ricas ou seus representantes de governo asseguravam a saúde das classes pobres, era promovida a proteção das classes ricas. Com isso, os pobres teriam a possibilidade de se tratarem gratuitamente ou sem grandes custos e os ricos se tornariam imunes a fenômenos epidêmicos originários da classe pobre (FOUCAULT, 1979).

muito, os objetivos de recuperação da saúde. Com isso, a Saúde passa a ter acesso a muitas informações sobre as pessoas que frequentam as unidades de saúde, que vão muito além da saúde.

Com todas estas informações, os profissionais realizam diversos relatórios de controle populacional, dentre eles os do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica), os epidemiológicos e de usos de medicamentos, os do PMAQ (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica), os do programa Bolsa-família (referente às condicionalidades da saúde), entre outros.

Estes controles, exercidos por meio dos profissionais de saúde na Atenção Primária, promovem uma espécie de “curto-circuito”, que estreita as relações do Estado nacional com os pobres e com a população em geral. Este circuito obtém sucesso em razão do grande apelo ao “*acesso universal*” nas unidades de Atenção Primária.

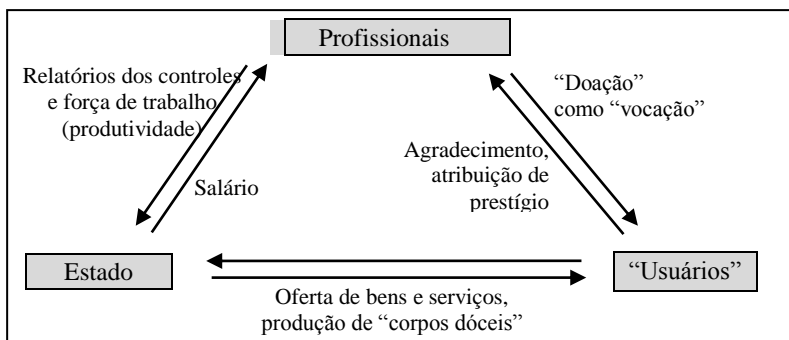
Como já discuti em capítulos anteriores, a expressão “acesso universal” apresenta certa ambiguidade, à medida que não se caracteriza por um acesso ilimitado aos serviços de saúde, mas sim diz respeito a um fluxo específico e a determinadas regras que favorecem a grupos de *status*. Além disso, nos documentos que ditam as regras para o subcampo, como os manuais produzidos pelo Ministério da Saúde ou das categorias médicas, encontra-se explícito o foco em aumentar a quantidade de atendimentos, em detrimento de consultas de longa duração. Como vimos anteriormente, isto resulta da “tendência” de “*Health for all*” ditada pela concepção global “*Primary Care*”.

A dádiva<sup>14</sup> diz respeito ao laço social que consiste numa espécie de “circuito” (o qual envolve dar, receber e retribuir). Este laço pode se caracterizar como sendo tanto de natureza egoísta quanto altruísta; e ser de caráter coletivo ou individual (MAUSS, 2003).

Nesse sentido, na medida em que a *dádiva* envolve o dar, receber e retribuir (MAUSS, 2003), na Atenção Primária se forma o que eu denomino como um tipo de “curto-circuito”, que envolve: o Estado nacional, os profissionais de saúde e os referidos “usuários” dos serviços de saúde (QUADRO 3).

---

<sup>14</sup> Além da concepção mais conhecida de “dádiva”, ela apresenta ainda outros significados. Dentre eles, há um caráter do “tipo agonístico”, no qual vigora o “princípio da rivalidade e do antagonismo”, onde pode estar em jogo, por exemplo, uma luta por *status* e prestígio (MAUSS, 1988, p. 57-58).

**Quadro 3** – “Curto-circuito” entre Estado, profissionais de saúde e “usuários”

Fonte: Autoria própria.

O “acesso universal” que é proposto apresenta, portanto, uma função estrutural na Atenção Primária no Brasil. O poder político da medicina constitui em identificar os indivíduos, isolá-los, vigiá-los, distribuí-los, verificar seu estado de saúde. No centro de saúde Morro da Ilha, assim como em todos os outros que funcionam sob a lógica da Atenção Primária, o controle é realizado de diversas formas. Uma delas se caracteriza pelos diversos relatórios que são produzidos mensal ou trimestralmente. As enfermeiras são as encarregadas de realizar este controle.

Vale a pena explicitar aqui do caso do programa bolsa-família. Chama-se de condicionalidades as diversas exigências burocráticas para que os beneficiários do programa possam iniciar ou manter o seu recebimento da verba (BRASIL, 2015). Para tanto, passam não só pelo controle da área da saúde, mas também da educação e da assistência social. Na saúde, os relatórios têm o propósito de mostrar se houve ou não o cumprimento das condicionalidades pelas famílias. Entre elas está a obrigatoriedade de manter as vacinas dos filhos em dia e de levá-los periodicamente para a verificação de peso e altura, com vistas ao controle do desenvolvimento e crescimento das crianças (BRASIL, 2015). Se alguma vacina que deveria ter sido aplicada em um dado período não foi, tal fenômeno pode ser considerado como um descuido ou desleixo dos pais recebedores do benefício e, dessa forma, a família corre risco de perdê-lo.

Outra forma de controle que se identifica no centro de saúde Morro da Ilha é o registro dos atendimentos dos profissionais de saúde no sistema informatizado. Ao realizar qualquer procedimento é



necessário preencher um diagnóstico para o “usuário” que frequentou o centro de saúde. Um exemplo se encontra no registro da entrega dos medicamentos. Um indivíduo vai buscar, por exemplo, um analgésico para uma dor esporádica para dor de cabeça. Para o profissional finalizar o registro do atendimento no prontuário deste “usuário”, é necessário que ele preencha um diagnóstico de uma doença para ele, mesmo que ele não seja o profissional responsável por tal atividade. Isso acontece não somente com os médicos, mas com todos os profissionais de saúde que realizam atendimentos. Outro exemplo disso são aqueles indivíduos que procuram por medicamentos psicotrópicos. Espera-se que o registro de “portador de sofrimento psíquico” seja realizado, ancorado simplesmente no fato de o “usuário” ter levado tal medicamento.

### 3.2 Médicos e “não-médicos”

A multiplicidade de agentes na Atenção Primária possibilitou a ativação de diversos mecanismos de controle dos indivíduos e grupos. Especialmente após a estruturação da “Estratégia Saúde da Família” no Brasil, a *“Saúde Coletiva”* foi se tornando um campo promissor, em termos mercadológicos, para as profissões “não-médicas”. Assim como também a afirmação da área *“Medicina de Família e Comunidade”* passou a ser importante para os médicos.

A Atenção Primária é o subcampo de onde partiu grande parte destas transformações. Com isso, garantiu-se a legitimidade destes mecanismos de controle e correção. O Programa Saúde da Família passou a ser reconhecido como “Estratégia de Saúde da Família”, por ter sido incorporado como “estratégia” para gerar melhorias no sistema sanitário do país, e a “promoção da saúde” através de “mudanças nos estilos de vida” precisava da incorporação de outros agentes no subcampo.

As noções de “promoção da saúde” e “estilo de vida” são reconhecidas no campo da Saúde Pública global, cuja origem esteve no “Relatório Lalonde”, produzido em 1974 no Canadá. Este teria sido o “primeiro relatório governamental moderno no mundo ocidental a reconhecer que a ênfase em assistência médica sob um ponto de vista biomédico é errado, e que é necessário olhar além do sistema tradicional de saúde (tratamento dos doentes) se o objetivo é melhorar a saúde do público”. O “estilo de vida” passou a ser visto como um “determinante da saúde”, assim como a biologia, o ambiente e a organização da assistência sanitária (LEMCO, 1994).

Com foco nesta “busca pela extinção do modelo biomédico” é que se justificou a inserção de novos agentes no subcampo da Atenção Primária. O modelo biomédico seria aquele onde o médico está no centro da atenção (“médico-centrado”) e as outras profissões possuiriam ações periféricas, além da prevalência do enfoque biológico individual. Para os contestadores do modelo de saúde “tradicional”, resultantes do chamado “Movimento da Reforma Sanitária”, esta visão seria inadequada, devendo haver uma incorporação cada vez maior de outros profissionais na Atenção Primária e uma simetria entre eles, de modo que o trabalho multiprofissional seja “integrado”. Porém, como argumentarei adiante, esta eliminação do modelo biomédico ocorreu apenas no plano do discurso e esta integração parece não ter se concretizado em diversos aspectos, apesar da inserção de novos agentes no subcampo.

Diante destas mudanças, os profissionais se adaptaram ao novo rumo que as políticas sociais colocavam ao campo da Saúde e às profissões de saúde. Tais transformações foram em parte idealizadas por profissionais médicos e “não-médicos”, com objetivos de reserva de mercado e manutenção (no caso dos primeiros) e melhoria (para os segundos) nas respectivas posições sociais. *A diferenciação progressiva das funções sociais parece ter sido condição imprescindível para a manutenção das posições sociais de médicos e de “não-médicos” no campo da Saúde Pública no Brasil*, diante da conformação à nova tendência de configuração de Saúde Pública global.

Contudo, uma série de questões as quais os agentes desta nova configuração de saúde acreditam estar superadas ainda parecem permanecer. A Atenção Primária também se trata de um modelo biomédico, acrescido de novos recursos para controle e correção populacionais, cada vez mais universais. A diferença é que antes *a liderança médica era evidente no cuidado, assim como era evidente a função marginal de outros agentes*: no chamado “modelo hospitalocêntrico” anterior, os papéis e as posições sociais do médico e da enfermeira eram bem definidos, assim como as desigualdades de poder e hierarquias eram mais explícitas (CARAPINHEIRO, 1993).

Dubar (2005), em seu estudo com enfoque em uma “sociologia das profissões”, abordou sobre a questão das identidades profissionais e lançou reflexões sobre a socialização no trabalho. Segundo o autor, Robert Merton, ao analisar a formação médica, identificou através da profissão médica, que a profissão passa de uma “profissão aberta” aos que sentem vocação para um ideal de serviço para se tornar uma “organização fechada”, provocando um “efeito perverso” de segregação

social. Passa, dessa forma, a se preocupar apenas com sua própria reprodução e a legitimar o poder interno à profissão por “cursos e diplomas de elite reservados a categorias específicas encarregadas da manutenção da ‘ordem simbólica da profissão’”. Esse mecanismo com foco na formação e na carreira é complementado por outro utilizado pelo grupo profissional, que é de multiplicar as regulamentações e privilégios para os seus membros (DUBAR, 2005).

De acordo com Dubar (2005), são três os mecanismos utilizados para fazer da “profissão médica” uma organização fechada. O primeiro deles é a própria divisão de tarefas. As tarefas são compartilhadas com outros profissionais de saúde e, com base em “relações relativamente estáveis”, todas as tarefas em torno do trabalho de cura são controladas pelos médicos. Outro mecanismo é designar porta-vozes oficiais da “profissão”, a fim de “ampliar vantagens jurídicas e estratégicas por meio de negociações com a autoridade soberana” e de persuadir o Estado e convencer a opinião pública de que a profissão merece ser mantida e deve se auto-regular. Além disso, um terceiro mecanismo diz respeito à criação e manutenção de redes de relações informais. Estas estruturam e hierarquizam a “profissão”, a partir dos segmentos da clientela. Tal papel é essencial para o reconhecimento das competências profissionais muito mais diversas e hierarquizadas (DUBAR, 2005).

Em diversos trabalhos acadêmicos e documentos oficiais, tanto naqueles produzidos por médicos quanto por “não-médicos”, argumenta-se sobre a existência de uma interdisciplinaridade na Atenção Primária, após a inserção de múltiplos agentes. A hierarquia entre os profissionais que existia no ambiente do hospital permanece, porém hoje, nesta nova configuração, *essa liderança médica é apenas mascarada por uma aparente horizontalidade no subcampo, que permanece em disputa entre os agentes. As relações de poder encontram-se ocultas na Atenção Primária.* São mascaradas por meio de concepções como a de interdisciplinaridade e de trabalho em equipe, além da criação de espaços de decisão aparentemente horizontais.

Entretanto, a divisão entre médicos e “não-médicos” é mantida pelos interesses do grupo dominante no campo: o dos médicos. Ela é naturalizada e propagada algumas vezes de forma simbólica e outras de forma explícita e serve à reprodução da desigualdade social interna ao campo da Saúde. A separação dos profissionais de saúde da Atenção Primária em dois “lados” aparece em diversos contextos e de diferentes maneiras e é fundamental para a compreensão das relações sociais no campo.

Da mesma maneira, o enfoque biologicista também não foi superado, de forma que as consultas são cada vez mais rápidas, objetivas, clínicas e medicalizadoras, em prol daquilo que é chamado de “acesso universal”. Discutirei todas essas questões mais detidamente nos tópicos seguintes.

### 3.2.1 Manuais, cursos e eventos

O livro é amplamente direcionado para a atenção fornecida pelos médicos. Isso não sugere que outros profissionais, especialmente enfermeiros, tenham pouca responsabilidade na atenção primária. Ao contrário, a tese é baseada na suposição, geralmente considerada precisa para as nações industrializadas, que **o médico é que tem a responsabilidade de enxergar a totalidade da atenção primária. Outros profissionais podem assumir responsabilidade por alguns de seus aspectos, mesmo por alguns dos mais centrais, mas é o médico que deve supervisionar todos os seus aspectos.** O reconhecimento da importância de outros tipos de profissionais vem na forma do uso da palavra *profissional de saúde* ao longo do livro [grifos meus]. (STARFIELD, 2002, p. 12)

Este trecho foi retirado de um manual voltado para leitores médicos, que “ensina” o que é e como deve ser vista a Atenção Primária. O subtítulo do livro “Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia” representa o que se espera deste subcampo da Saúde Pública: um uso “racional” da tecnologia e dos serviços prestados por profissionais de saúde, em especial de consultas médicas. Por mais que pelo título não se saiba que o livro é voltado a médicos, ele apresenta uma circulação restrita ao meio médico: é vendido em congressos e simpósios voltados a esses profissionais. Mesmo que esteja presente em outros tipos de eventos, ele estará próximo a outros livros voltados a médicos, ou apresentará um vocabulário próprio, de modo que “não-médicos” codifiquem que não são materiais que lhes são cabíveis. Percebe-se que desde o surgimento da Atenção Primária são criados e transformados vários conceitos, de acordo com os interesses de médicos e “não-médicos”.

Chamo agora a atenção para a seguinte parte da citação do livro: *“Outros profissionais podem assumir responsabilidade por alguns de seus aspectos, mesmo por alguns dos mais centrais, mas é o médico que deve supervisionar todos os seus aspectos”*. Esta frase compila o que iremos notar em todos os exemplos: os “não-médicos” estão “livres” para desenvolver sua atuação, dentro do seu campo profissional, porém o médico deve saber de tudo o que acontece (*“enxergar a totalidade da Atenção Primária”*) e a atenção dos “não-médicos” deve ser limitada pelas regras ditadas pelos médicos.

Este foi só um exemplo, mas *a mesma ideia se manifesta da mesma maneira em todos os outros manuais que são direcionados para leitores médicos, a divisão entre médicos e “não-médicos” é explícita nestes espaços*, diferentemente de outros materiais, daqueles voltados aos “profissionais de saúde” em geral ou às profissões “não-médicas” específicas, onde ou acontece de forma simbólica ou é omitida.

Como exemplo disso, trago um trecho presente em um dos manuais dos “Cadernos da Atenção Básica” publicados pelo Ministério da Saúde, chamado “Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família”. O livro é direcionado aos profissionais “não-médicos” que atuam no NASF. O primeiro parágrafo do manual, presente na seção “Apresentação”, faz uma referência à autora do trecho do mesmo livro citado acima voltado aos médicos, porém omitindo a questão de *“o médico é que tem a responsabilidade de enxergar a totalidade da atenção primária”* como ela havia escrito no livro voltado a médicos. No manual voltado aos “não-médicos” se fala em *“coordenação da atenção dentro do sistema”*, mas não fala quem deve ser o responsável por isso. Segue referido trecho do material elaborado pelo Ministério da Saúde.

A Atenção Primária à Saúde (APS) representa um complexo conjunto de conhecimentos e procedimentos e demanda uma intervenção ampla em diversos aspectos para que se possa ter efeito positivo sobre a qualidade de vida da população. Na definição já clássica de Bárbara Starfield, APS representa o primeiro contato na rede assistencial dentro do sistema de saúde, caracterizando-se, principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária e da competência cultural dos profissionais. São

assim estipulados seus atributos essenciais: o acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, a continuidade e a integralidade da atenção, e a *coordenação da atenção dentro do sistema*. [grifo nosso] (BRASIL, 2009)

Os manuais, portanto, refletem as desigualdades de poder e as reproduzem, de modo que as regras do campo encontram-se nestes materiais produzidos pelo grupo dominante.

Existem, dessa maneira, livros e outros materiais que tratam da Atenção Primária que são veiculados somente no meio médico e outros que são abertamente direcionados aos outros profissionais de saúde. Esta diferenciação se dá pelo fato de que nos escritos que apresentam circulação restrita aos médicos, são utilizados um vocabulário e uma abordagem diferentes daqueles que são voltados para os “não-médicos”. Em geral, “não-médicos” não leem materiais direcionados explicitamente a médicos, pois entendem que o que está escrito ali diz respeito a questões específicas do trabalho médico. Porém, eles são muito mais do que isso: ali estão as regras do campo da Atenção Primária, *de como devem ser vistos os “não-médicos” pelos médicos* e de como deve ser a organização do trabalho na configuração, onde médicos devem permanecer os dominantes e os “não-médicos”, os dominados.

Durante muito tempo a única “residência” que se conhecia era a médica. Tratava-se de um curso realizado logo após a finalização da graduação de medicina, onde o recém-formado médico se iniciava nas suas atividades profissionais em hospitais-escola. Em 2005, quando comecei meus estudos em uma das primeiras “residências multiprofissionais” do país, lembro das indagações de médicos, “não-médicos” e da população em geral sobre este conceito novo de “residência”, que era algo até então visto como próprio da área médica e que remetia ao ambiente hospitalar. Era algo novo para os médicos, que se adequaram rapidamente à nova configuração. Na época, abriu edital da residência multiprofissional da Universidade Federal do Paraná para os cursos de nutrição, odontologia, farmácia, enfermagem e medicina. Os trabalhos já haviam começado, quando fomos informados de que nosso colega médico havia sido realocado para a residência médica, pois a residência multiprofissional não seria reconhecida como válida pelo Conselho Federal de Medicina.

Inicialmente, na criação das residências multiprofissionais a intenção dos “não-médicos” parecia ser de que nelas fossem recrutados igualmente todos os profissionais de saúde que atuassem na Atenção Primária. A reforma sanitária que vinha acontecendo desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde abria cada vez mais espaços para profissionais “não-médicos”, através do Programa Saúde da Família (PSF), que previa a atuação de “equipes multiprofissionais” na Atenção Primária. Estava entre os interesses dos “não-médicos” uma ampliação do mercado para os mesmos neste subcampo da Saúde Pública no Brasil, assim como uma busca por melhores posições sociais no campo. Após a disseminação das residências multiprofissionais por todo o país, várias iniciativas foram tomadas pelos médicos com o intuito da *manutenção da reserva de mercado e das posições sociais já conquistadas*.

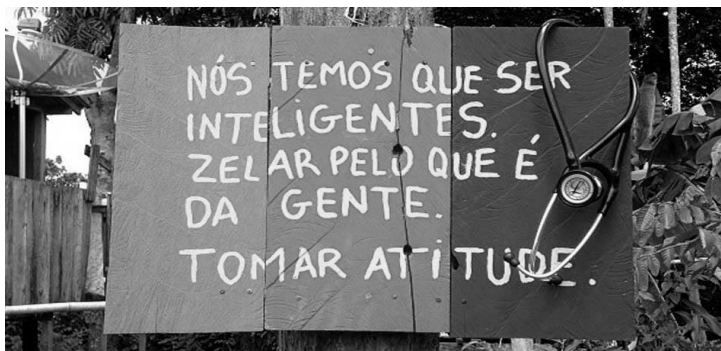


Figura 2 – “O que a faculdade esqueceu de te contar”. Fonte: Fan page “Academia Médica”, 2014.

A figura acima foi publicada na *fan page* do Facebook chamada “Academia Médica”, voltada a médicos e estudantes de medicina e apresenta o lema “*O que a faculdade esqueceu de te contar*”.

A placa de madeira, com um estetoscópio no canto superior direito e com os dizeres “Nós temos que ser inteligentes. Zelar pelo que é da gente. Tomar atitude” faz referência à urgência dos médicos manterem uma liderança de mercado de trabalho que está sendo ameaçada, que se eles não forem “inteligentes” e não “tomarem atitude” podem perder. Por isso a “necessidade” de se afirmar a Medicina de Família e Comunidade como uma especialidade médica no subcampo da Atenção Primária e, *principalmente, de resguardar e reafirmar o papel*

*central do médico também nessa nova configuração da Saúde Pública global.*

A figura vinha acompanhada da seguinte pergunta, como legenda: “*Você sabe quais são as 11 principais características do Médico de Família e Comunidade?*”. A resposta foi retirada da WONCA (World Organization of Family Doctors) sobre “Médico de Família e Comunidade” e os 11 requisitos que seriam necessários para o profissional:

A WONCA, em 1997, estabeleceu a seguinte definição para o Médico de Família e Comunidade; “*É o profissional responsável de proporcionar atenção integral e continuada a todo indivíduo que solicite assistência médica, podendo mobilizar para isto outros profissionais da saúde, que prestarão seus serviços quando for necessário. Aceita qualquer pessoa que solicite atenção, ao contrário de outros profissionais ou especialistas, que limitam a acessibilidade de seus serviços pela idade, sexo e/ou diagnóstico dos pacientes. Atende o indivíduo no contexto da família e a família no contexto da comunidade de que faz parte. É competente clinicamente para proporcionar a maior parte da atenção que necessita o indivíduo, considerando sua situação cultural, sócio-econômica e psicológica*”.

Apesar de ser esta uma definição muito completa, deixa de incluir a todos aqueles pacientes que *sem solicitar atenção médica, são rastreados, diagnosticados e atendidos pelo médico de família e comunidade através de técnicas e terapias de intervenção individual ou coletiva*, tal como ocorre com a intervenção de pacientes detectados com enurese de maneira ocasional ou através de uma consulta a seus pais; violência ou abandono na comunidade; busca de contatos enfermidades transmissíveis, rastreamento de doenças oncológicas, crônico-degenerativos ou simplesmente através das campanhas de vacinação.



Que características tem a Medicina de Família e Comunidade?

Das definições anteriores surgem as características próprias da *especialidade*: 1. Primeiro contato (...) 2. Segundo contato, referência interna (...) 3. Acessibilidade, continuidade e longitudinalidade (...) 4. Relação médico-paciente (...) 5. Gestão de recursos (...) 6. Modelo centrado na pessoa (...) 7. Tomada de decisões (...) 8. Características dos problemas de saúde (...) 9. Dimensão da abordagem de problemas (...) 10. Trabalho em equipe (...) 11. Níveis de prevenção (...). [grifos nossos] (ARIAS-CASTILLO et al, 2010, p. 2)

A própria definição do “Médico de Família e Comunidade” já nos mostra que o modelo pretende continuar sendo médico-centrado na Atenção Primária, sendo que o médico *pode ou não “mobilizar para isto outros profissionais da saúde” quando (e se) achar necessário*. A mera inserção de múltiplos agentes no subcampo não significa que o modelo se tornou horizontal.

Com a Atenção Primária, a inovação nos mecanismos de controle e correção ocorreria por meio da ida do “complexo médico-industrial” até os indivíduos, antes mesmo de eles procurarem os serviços de saúde: *“sem solicitar atenção médica, [os indivíduos] são rastreados, diagnosticados e atendidos pelo médico de família e comunidade através de técnicas e terapias de intervenção individual ou coletiva”* (ARIAS-CASTILLO et al, 2010, p. 2).

O lema do site acima, “O que a faculdade esqueceu de te contar”, dita as regras de como os médicos devem se comportar, ver o subcampo e se relacionar com os outros profissionais. O artigo foi produzido a partir do trabalho “Perfil do Médico de Família e Comunidade – Definição Iberoamericana” que define estas regras. O documento traz ainda as seguintes informações:

A Medicina de Família e Comunidade como especialidade clínica *é a disciplina com melhores capacidades para liderar a aplicação da estratégia da Atenção Primária em Saúde*, dado o objeto de trabalho do dito enfoque médico, as

estratégias, tecnologias e técnicas que desenvolveram e que lhe são próprias e seu enfoque na prevenção de riscos, na atenção contínua, na integralidade e no humanismo. O presente documento (...) se enquadra nas respostas a esse chamado ao coincidir com ele *na certeza da necessidade de retomar com urgência a Atenção Primária à Saúde e definir o perfil de seus principais executores* (...) Definir o perfil (...) não é um processo acabado, mas sim uma necessidade imperiosa, como contribuição ao trabalho das Escolas de Medicina que os estão formando e aos serviços de saúde que os estão recrutando e acolhendo. (ARIAS-CASTILLO et al, 2010, p. 1)

Antes da criação das residências multiprofissionais, o médico que atuava na Atenção Primária era chamado de “médico geral”. Em 2002, 19 residências multiprofissionais em saúde da família foram criadas com financiamento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a). Justamente neste ano, a nomenclatura da área médica “Medicina Geral Comunitária” muda para “Medicina de Família e Comunidade” (MFC), acompanhando as mudanças advindas com o Programa Saúde da Família.

Medicina de Família e Comunidade (MFC) é uma *especialidade médica* caracterizada pela atenção integral à saúde e por levar em consideração a inserção do paciente na família e na comunidade. Reconhecida desde 1981 pelo Ministério da Educação, por intermédio da Comissão Nacional de Residência Médica, com o nome de Medicina Geral e Comunitária, no ano de 2002, em atenção à proposta da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) ganhou nova nomenclatura por intermédio de uma resolução conjunta do Conselho Federal de Medicina, Associação Médica Brasileira e Comissão Nacional de Residência Médica. (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2009, p.2)

A descrição acima da “nova área” é difundida em todo o espaço virtual. Foi retirada do site da Câmara dos Deputados, mas é reproduzida em uma diversidade de locais, como sites de cursos de universidades (UCPEL, UFTM, UFJF), além de outros, como jornais eletrônicos (Jornal livre, Tudo Rondônia, etc.), sites do meio médico (Sociedade Brasileira de MFC, associações estaduais de MFC). Na maioria destes locais, a definição acima era complementada terminando com a seguinte frase: “*apesar da resistência corporativista de algumas áreas*”. Além disso, este conceito de MFC é difundido por meio de artigos produzidos por médicos para leitores médicos:

A Atenção Primária à Saúde, termo difundido mundialmente, vem sendo fortalecida no Brasil, o que leva ao aumento da produção científica e da importância do ensino nessa área. Cada vez mais, *são citados termos a ela relacionados, como Atenção Básica e Medicina de Família e Comunidade*. Cada termo está envolto em um significado epistemológico, construído ao longo do tempo e influenciado pela história e cultura de cada local.

No contexto brasileiro de organização da Atenção Primária à Saúde, muitos termos que antes não eram usados se tornaram corriqueiros nos meios médicos. *Eles não são propriamente novos, mas muitos estavam em "estado latente" ou foram introduzidos em outra época, com outro significado*. Por exemplo, a especialidade atualmente chamada Medicina de Família e Comunidade (MFC) foi reconhecida em 1981 como Medicina Geral Comunitária. Nessa época, ainda se discutia se o "generalista" deveria se formar na graduação ou durante a residência médica<sup>1</sup>. Hoje, já está difundido e aceito que essa especialidade deve ser contemplada na graduação, *mas a formação completa do médico de família e comunidade deve se dar na pós-graduação, de preferência em residência médica*. [grifos meus] (GUSSO et al, 2012, p. 94)

Uma das principais razões desta mudança de nomenclatura está diretamente relacionada à valorização do médico que atua nesta área do mercado, que antes, com o nome de “médico geral”, era de certa forma

menos valorizado por não ser considerado um *especialista*: por isso a noção da MFC como uma especialidade. Diante da apresentação da área com “novo nome”, os mesmos médicos, com a mesma formação, passaram a ser considerados como especialistas (antes eram “médicos gerais”) para se defender de modo estratégico diante da “*resistência corporativista de algumas áreas*”.

Das 54 especialidades reconhecidas pela Associação Médica Brasileira (AMB) a Medicina de Família e Comunidade (MFC) é a única especialidade clínica que tem como campo de prática e estudo todas as pessoas de todas as idades e ambos gêneros, de maneira continuada e integral resgatando a relação médico-paciente prejudicada pela grande fragmentação decorrente da ultra-especialização da medicina.

(...)

A instituição do “Dia Nacional do Médico de Família e Comunidade”, é portanto, uma justa homenagem e reconhecimento público aos especialistas que tanto contribuem para a garantia das condições de saúde e vida da população brasileira. (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2009, p.2)

No meio acadêmico *também existe uma divisão entre médicos e “não-médicos”* nos estudos relacionados à Atenção Primária. Para isso, existe uma área intitulada “Saúde Coletiva”, que englobaria todos os profissionais de saúde. Porém, separadamente são realizados cursos e eventos que são direcionados somente para os médicos. Não que eles não existam também em cada uma das categorias “não-médicas”. A diferença essencial entre os dois casos é que *nos materiais, cursos e encontros produzidos pelos médicos encontram-se não só especificidades da profissão, mas as regras do subcampo da Atenção Primária*.

Para que tais regras sejam espalhadas também entre os “não-médicos”, os médicos precisam estar presentes no contexto da “Saúde Coletiva”. Apesar de as normas da Atenção Primária surgirem nos espaços exclusivos dos médicos, elas são compartilhadas por todos os profissionais no subcampo. Um dos exemplos onde isto se manifesta é na ocupação de cargos de discentes e docentes de pós-graduação no


contexto da Atenção Primária. Encontram-se médicos entre os alunos e entre os professores da área “Saúde Coletiva”, porém *não se veem “não-médicos” na área “Medicina de Família e Comunidade” – espaço onde são decididas questões norteadoras importantes da Atenção Primária*, que dizem respeito a todos os profissionais e atividades deste subcampo da Saúde Pública no Brasil.

Esta divisão não é de hoje, apenas manifesta transformações conceituais. Em 1979 quando foi formada a instituição ABRASCO – na época intitulada Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva –, havia também, de um lado, a pós-graduação de Saúde Pública e, de outro, a de Medicina Social, na mesma lógica que venho discutindo até o momento, a separação entre “Saúde Coletiva” e “MFC”.

A mesma divisão também pode ser observada nos eventos da área. Há aqueles da “Saúde coletiva”, de caráter mais geral, direcionados aos “profissionais de saúde”, como é o caso dos eventos organizados pela ABRASCO, e há aqueles voltados exclusivamente aos médicos. Há portanto uma divisão onde há, de um lado, a área “MFC”, na qual são veiculados escritos, eventos, cursos e cargos direcionados aos médicos e, de outro, uma área mais “geral” que abre espaço para todos os profissionais de saúde.

Os eventos organizados pelas profissões “não-médicas”, que tratam de assuntos específicos das suas áreas correspondentes ou da grande área da “Saúde Coletiva”, não apresentam a mesma relevância em termos de regras gerais do subcampo da Atenção Primária. Por outro lado, os eventos, assim como os manuais produzidos por médicos, abrangem decisões que vão além das atividades médicas, que dizem respeito às regras da Atenção Primária como um todo, inclusive com relação à atuação dos profissionais “não-médicos”. Cito aqui como exemplo o evento regional “III Congresso Nordeste de Medicina de Família e Comunidade”, realizado neste ano em Salvador-BA. Apesar de aparentemente ser direcionado apenas a médicos, *em todos os 14 temas do evento encontram-se assuntos que interessam a todos os profissionais de saúde*. Um dos temas, inclusive, aborda as residências multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (APS), sendo que as mesmas são cursadas somente por “não-médicos”.

SALVADOR - BAHIA



## III CONGRESSO NORDESTE DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

**11, 12 e 13  
SETEMBRO | 2014  
PROGRAMA-SE!**

**Hotel Pestana Bahia**  
Rua Fonte do Boi, 216  
Rio Vermelho.


---

APRESENTAÇÃO | TEMAS | PROGRAMAÇÃO | FICHA DE INSCRIÇÃO | COMISSÕES

**:: TEMAS ::**

- Atenção Primária à Saúde na Graduação
- Pesquisa na Atenção Primária
- Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade e Residência Multiprofissional na APS
- Educação Permanente em Saúde e Formação Profissional
- Telessaúde na APS
- Provisão e Fixação na APS
- Medicina de Família e Redes de Atenção à Saúde
- Cuidado à Populações Rural, Quilombola e Indígenas.
- Atenção Domiciliar
- Uso e Abuso de Alcool e outras Drogas
- Principais Problemas Clínicos na APS
- Práticas Integrativas e Complementares
- Medicalização da Saúde e da Vida
- Educação Popular em Saúde.

**:: FICHA DE INSCRIÇÃO ::**



SAIBA MAIS 

**:: TRABALHOS CIENTÍFICOS ::**




Figura 3 – Folder do “III Congresso Nordeste de Medicina de Família e Comunidade. Fonte: SBMFC, 2014.

Nesta relação entre dominantes e dominados, o Estado parece apoiar as decisões tomadas pelos primeiros. O poder do discurso acompanha as relações de poder no campo, de forma que muitas das regras da Atenção Primária que surgem nos espaços médicos são disseminadas por meio de diversos documentos produzidos por instituições governamentais. Exemplos são os sequenciais materiais produzidos pelo Ministério da Saúde, não só nos Cadernos da Atenção Básica, no exemplo que citei acima, mas também nos manuais e normas publicados desde a criação do SUS e do PSF, como as NOAS-SUS, NOBs 91, 93 e 96 e Pacto pela Saúde, dentre outros, além dos materiais gerados pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Da mesma forma, a divisão entre médicos e “não-médicos” se manifesta no cotidiano do CS Morro da Ilha e de outras unidades de saúde. Esta separação é mascarada por discursos a favor de uma “interdisciplinaridade” entre médicos e “não-médicos” e pela promoção de espaços aparentemente horizontais de decisão, que dão a sensação de um ambiente igualitário e democrático, ausente de conflitos.

### 3.2.2 Greves, almoços e colegiados gestores

Para dar conta da implementação de todas as ações necessárias e da complexidade de coordenar uma unidade com *quatro* [número fictício] equipes de ESF foi necessário implantar um novo sistema de gestão, a Gestão Colegiada. Quinzenalmente, às quintas-feiras, das 16:00 às 17:00, os representantes das equipes da ESF e a coordenadora reúnem-se, com pauta elaborada em conjunto, para discutir os problemas trazidos. *Os temas são escolhidos pelas próprias equipes* e alternam-se num prazo de aproximadamente três meses. Todos podem e devem participar (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, odontólogos, auxiliares de odontologia e agentes comunitários de saúde) [Grifos meus]. (Relatório da “Oficina de Avaliação” do “Prêmio de Boas Práticas em Saúde” do CS Morro da Ilha, 2012)

O colegiado gestor e as reuniões mensais são apontados como os principais espaços de decisão do CS Morro da Ilha. O trecho acima foi escrito por uma enfermeira, que no momento do evento, possuía o cargo de coordenadora do CS Morro da Ilha.

“Estamos tentando gestão colegiada há anos...” – disse um dos médicos em uma das reuniões mensais com todos os profissionais do Centro de Saúde. No cotidiano, poucos profissionais participam do “colegiado gestor”.

Fica subentendido que só podem participar os profissionais que não estejam ocupados no momento da reunião. Pretende-se que se reúnam os integrantes das Equipes de Saúde da Família (EqSF) – médicos, enfermeiras, odontólogos, técnicos e ACS, que tenham disponibilidade de participar.

Apesar disso, a horizontalidade desses espaços é desvelada em vários momentos. Um deles são as conversas informais com enfermeiras do CS Morro da Ilha. Eles têm sua presença legitimada nos colegiados gestores. Em uma das saídas diárias do centro de saúde para o almoço, uma das enfermeiras me disse durante uma conversa informal: “Eles fazem de conta que está sendo decidido as coisas na hora, mas na verdade é já pré-estabelecido”. *Isto acontece porque apesar de parecer*

*um espaço de decisão, na verdade trata-se de uma oportunidade de dizer aos profissionais como as coisas devem ser.*

O trecho anterior havia enunciado que “os temas são escolhidos pelas próprias equipes”. Entretanto, parece que as questões ou problemas levados às reuniões do “colegiado gestor” pelos profissionais são respondidas ou resolvidas conforme as regras do subcampo.

O discurso dos profissionais é moldado pelas tendências globais de “*Primary Care*” como nova configuração da Saúde Pública. “O problema é que tinha que ser questionado esse perfil, mas não é. Acho que é porque o pessoal mais velho criou essas regras, e foi ficando...”. No CS Morro da Ilha, médicos e algumas enfermeiras que enxergam neste novo modelo um campo promissor são os responsáveis pela disseminação das novas regras. Elas são vistas como essenciais para a manutenção das posições sociais e da visão desejada do grupo. Estas são ensinadas nos diferentes espaços de comunicação formal e informal: nas reuniões periódicas mensais e semanais, nas conversas por e-mail, whatsapp e googletalk e nos colegiados gestores.

Desta forma, estes espaços servem mostrar como as coisas devem ser vistas no CS Morro da Ilha. Isso acontece porque *por mais que existam estes espaços aparentemente democráticos, as decisões são tomadas conforme as regras ditadas no subcampo no âmbito global.* Tais normas são determinadas conforme a concepção de “*Primary Care*” que é veiculada nos eventos médicos.

*“Este acesso universal é que estraga tudo. (...) Eles viajam pelo mundo e querem trazer coisas de outros lugares, mas lá é outra coisa, não é porque funciona lá que vai funcionar aqui”.* Este trecho é da fala de uma técnica de enfermagem em um dia movimentado do centro de saúde. Esta é uma das diversas ocasiões onde indivíduos que não têm poder de decisão se manifestam através da fofoca. Esta questão já foi maior aprofundada anteriormente.

Dessa forma, *em alguns momentos e espaços as aparentes interdisciplinaridade e horizontalidade são desveladas.* Outro exemplo onde isto acontece são nos quadros de greve. São momentos nos quais as relações de poder entre médicos e “não-médicos” ficam mais evidentes. Anualmente, no período da “data-base” são apresentadas propostas aos gestores, elaboradas coletivamente nas Assembleias Gerais dos trabalhadores da área da saúde, educação e outras da prefeitura de Florianópolis. *Não é incomum que “não-médicos” participem destes espaços e que médicos se organizem separadamente para negociar com os gestores.* Na greve de 2013, houveram críticas públicas no CS Morro da Ilha dos médicos direcionadas às enfermeiras,



no sentido de que as mesmas teriam “abandonado” seus postos de trabalho ao se deslocar para as assembleias.

Raramente médicos saem para almoçar com os “não-médicos” no CS Morro da Ilha. Perto do meio-dia, pequenos grupos vão se formando para ver quem almoça com quem, e o local onde vão. De maneira geral, os médicos almoçam juntos quase todos os dias, em um restaurante considerado pelos profissionais como “mais longe, mas muito bom”. Outro grupo comum é formado pelas enfermeiras e mais um ou outro “não-médico” de outra categoria profissional, como farmacêuticos ou odontólogos. Esporadicamente um dos médicos acompanha este grupo. Os técnicos de enfermagem almoçam entre eles, geralmente dentro do centro de saúde.

Nos almoços surgem temas sobre o centro de saúde, porém com a sensação de maior liberdade para falar sobre uma não concordância com as regras. Algumas críticas e lamentações que não são manifestadas dentro do CS Morro da Ilha, mesmo nos espaços considerados mais horizontais, surgem durante os almoços.



#### 4 ESPAÇO FÍSICO COMO INDICADOR DE CONFLITOS E SOCIAÇÕES

(...) independentemente de critérios técnicos de organização do espaço hospitalar eles revelam-se sujeitos a apropriações sociais, instrumentos de produção da ordem social (...). As disposições espaciais dos lugares, para além de traduzirem a supremacia do grupo social dominante, (...) traduzem também a organização do controle social, é o que se pode concluir pela posição estratégica de certos lugares, autênticos postos de vigilância de comportamentos dos doentes. Assim as salas de trabalho dos enfermeiros situam-se sempre em frente das enfermarias. (CARAPINHEIRO, 1993, p. 104)



Figura 4 – Enfermaria de um hospital brasileiro inaugurado na década de 1930 (Hospital Augusto Oliveira de Camargo, Indaiatuba-SP).

Graça Carapinheiro (1993) demonstrou como as dimensões de organização do espaço podiam contribuir para a compreensão das relações sociais dentro do hospital, enquanto um espaço de socialização caracterizado pela divisão hierárquica do trabalho. Ela via a oposição entre “comando” e “execução” como o princípio dominante da divisão do trabalho. Este princípio, aliado à organização do espaço físico e respectivos elementos simbólicos, denotaria que a relação entre médicos e enfermeiras desenvolve-se mais a partir de dominação-subordinação do que de uma relação de cooperação (CARAPINHEIRO, 1993).

Durante muito tempo, ao longo da história da saúde, médicos e enfermeiras se dirigiam até os “pacientes” em suas camas, a exemplo das antigas enfermarias, e depois de um tempo dos quartos individuais hospitalares.

O modelo Biomédico “entra” com grande força dentro das faculdades de medicina dos EUA, gerando inclusive o fechamento de diversas faculdades que não se adequavam aquele padrão de formação. Ao final da década de 40 do século XX, os estudantes de Medicina não tinham quase nenhum contato com professores médicos que exerciam a “clínica geral”, e sua formação era completamente realizada dentro de um hospital. Assim, *a formação estava mais distante do contato com as enfermidades que os indivíduos apresentavam em sua vida cotidiana*. Enquanto mais de dois terços das queixas dos pacientes envolvem enfermidades mais prevalentes e menos graves, que não chegam ao atendimento hospitalar, os estudantes tinham contato com doenças graves e mais raras, durante seus estágios na graduação (CAPRA). A prevalência das doenças passava a ter uma visão distorcida dentro dos hospitais universitários, com uma experiência reduzida dos problemas comuns em saúde, estudados distantes da comunidade, onde o contexto social do paciente era praticamente ignorado. Os estudantes, assim, se concentram apenas nos aspectos biológicos das doenças, considerando o Hospital o ambiente ideal para a prática da medicina especializada e orientada pelo complexo médico industrial (hospitais, indústria farmacêutica, de exames complementares, altamente especializado). [grifos nossos] (MORELLI, 2014, p. 3)

O trecho acima foi retirado de artigo escrito por um “médico de família e comunidade”, o qual foi publicado no site do CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde). O autor argumenta no sentido de que a formação dos médicos ainda hoje se encontra com um foco hospitalar. O estudo em hospitais os distanciaria das “*enfermidades que os indivíduos apresentavam em sua vida cotidiana*”.

Junto ao apelo do “Social” surgiu a concepção de “ir até o doente”. Ou seja, em vez de aguardar que as pessoas fiquem doentes e cheguem até as macas dos hospitais, médicos e enfermeiras passaram a ir até as comunidades. A formação e atuação dos profissionais com foco no modelo hospitalar deixou, aos poucos, de fazer sentido, principalmente por dois motivos: vinha-se apresentando altos custos por internações hospitalares e muitas das doenças mais graves que matavam muitas pessoas com rapidez e facilidade haviam sido criadas vacinas ou se tornaram de fácil tratamento.

Além destas mudanças, houve muitas outras no que se refere ao espaço físico no modelo da Atenção Primária, como a criação de consultórios próprios para as enfermeiras, a inclusão de sala para reuniões, dentre outras. Acredita-se aqui que muitas das características do espaço físico do CS Morro da Ilha têm relevância do ponto de vista sociológico, para compreender a nova configuração social no modelo assistencial atual de Atenção Primária. Nesse sentido, Elias (2001) argumentou que:

Nem todas as unidades sociais ou formas de integração dos homens são, ao mesmo tempo, unidades de habitação ou moradia. Mas todas elas podem ser caracterizadas segundo determinados tipos de configuração espacial. De fato, sempre são *unidades de indivíduos* relacionados entre si, ligados uns aos outros. E mesmo que o modo ou o tipo dessas relações nunca possa ser expresso essencialmente, em última instância, por meio de categorias espaciais. Pois a todo modo de agrupamentos humano corresponde uma determinada configuração do espaço *onde* aqueles indivíduos de fato estão ou podem estar reunidos, todos juntos ou divididos em unidades menores. Assim, a expressão de uma unidade social no espaço, o tipo de sua configuração espacial é uma

representação tangível e – literalmente – visível de suas particularidades. (ELIAS, 2001, p. 67)

Tomo aqui como exemplo, para explicar como o espaço físico pode servir para entender as sociações dentro de um centro de saúde, um recorte da planta do CS Morro da Ilha. A figura ilustra a disposição espacial das salas dos médicos e das enfermeiras. Na planta abaixo (Figura 6), aparecem os consultórios de duas das “equipes” de Saúde da Família, ou seja, de médicos e enfermeiras, que são os profissionais que têm seus próprios consultórios. Representados pelas letras “e” são os consultórios das enfermeiras e pela letra “m” dos médicos, estão seguidos do número da “equipe” da qual fazem parte<sup>15</sup>.

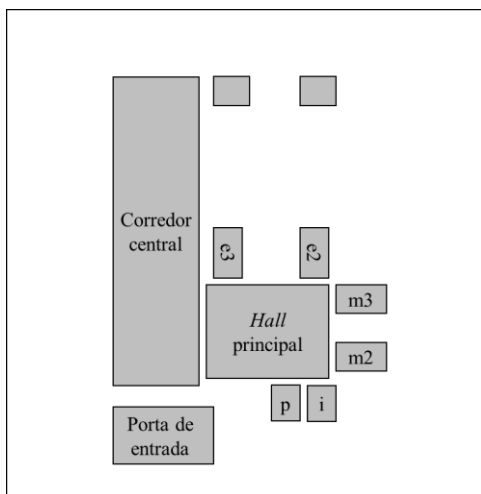


Figura 5 – Recorte da planta do CS Morro da Ilha – Porta de entrada e hall principal

Verificamos, primeiramente, nesta disposição que as salas das enfermeiras ficam sempre próximas às dos médicos da mesma “equipe”. O *Hall principal* é o espaço compartilhado pelas pessoas que esperam pelo atendimento de algum destes profissionais, e com aquelas que aguardam serem atendidas pelos procedimentos de enfermagem (“p” =

<sup>15</sup> Os números das equipes aqui colocados são fictícios.

sala de procedimentos e “j” = sala de aplicação de medicamentos injetáveis).

Quando o “usuário” não tem uma consulta agendada, ele passa pela dinâmica do acolhimento, na qual, em sua grande maioria, são atendidos inicial ou somente pelas enfermeiras. Mas o “acolhimento”, apesar de se concentrar na primeira hora do período matutino e na primeira hora do período vespertino, ele se dá ao longo de todo o dia: todas as pessoas que procuram o centro de saúde passam pela enfermeira, ou no mínimo pelas técnicas de enfermagem.

Apesar de não haver um padrão, a dinâmica principal acontece de modo muito semelhante na abordagem dos “usuários” que procuram por atendimento no CS Morro da Ilha. Os técnicos de enfermagem acabam sendo considerados no campo da Saúde Pública como os profissionais “menos qualificados”, por não serem graduados e receberem salários bem abaixo do que aqueles dos profissionais de saúde com nível superior. Seria como os “peões” da dinâmica de trabalho. Isto não é dito, ocorre de forma velada. Refere-se a uma igualdade, à noção de equipe, de que todos são iguais. Entretanto, os próprios técnicos sabem desta distinção e ela aparece nas atividades que são realizadas no centro de saúde e na ocupação dos espaços físicos.

Os técnicos de enfermagem, dentre os profissionais de saúde, são os que mais se deslocam pelo CS Morro da Ilha ao longo do dia. Além disso, não apresentam um posto de trabalho fixo, nem mesmo uma cadeira própria para descanso, caso seja possível. Eles podem ser encontrados em diversos locais pelo centro de saúde: na sala de procedimentos de enfermagem, na sala de aplicação de medicamentos injetáveis, na sala de vacinas, na farmácia, na sala de esterilização. Porém, na maioria das vezes, serão facilmente encontrados em movimento, pelos corredores, na região da recepção ou nos *halls* de espera. Raramente, quando não estão nem em movimento, nem nas salas realizando os procedimentos, podem ser vistos em pé, no final do *corredor central* (Figura 6), à espera de “usuários” que demandem seu atendimento.

Já os médicos são sempre encontrados em seus consultórios. Muito dificilmente serão vistos fora de seus consultórios, a não ser para buscar as receitas que saem das impressoras (uma delas fica em um dos *halls* e a outra na recepção, na entrada do CS Morro da Ilha). É neste momento que as enfermeiras e outros profissionais “aproveitam” a sua disponibilidade para dialogar sobre determinados “casos”, isto é, sobre certas demandas de “usuários” que surgiram no dia em questão. As enfermeiras, apesar de no CS Morro da Ilha todas elas terem seu próprio

consultório, são vistas com frequência em suas atividades transitando pelo centro de saúde.

As enfermeiras saem muito mais dos seus consultórios do que os médicos. São frequentemente solicitados por meio dos técnicos de enfermagem ou dos próprios “usuários”. Não só para os atendimentos de enfermagem, mas também e principalmente para o seu papel de intermediários entre os médicos e os “usuários” – por este motivo, seus consultórios ficam próximos aos dos médicos que compõem a mesma “equipe”. Quando alguma ação não está “ao alcance” de atuação da enfermeira (de acordo com as regras que norteiam os limites profissionais) – como o ato de prescrever certos medicamentos ou de fornecer atestados – a enfermeira “adianta” o serviço para o médico, preenchendo os receituários ou as folhas de atestado e, depois, bate na porta do consultório do médico para que ele assine tais papéis. Dessa forma, funciona como “filtro” para que o tempo do médico para consultas não seja “desperdiçado”, poupando-o de assuntos “desnecessários”, ou seja, aqueles que julga-se que outros profissionais possam resolver.

Tal sistema de “filtro” parece ser muito semelhante ao que Norbert Elias identificou ao analisar a sociedade do Antigo Regime da França por meio da formação social que podia qualificá-la – a corte:

Tudo que vinha das vastas possessões reais, de todas as partes do reino, tinha que passar pelo filtro da corte antes de chegar ao rei; e tudo o que vinha do rei tinha que passar pelo filtro da corte antes de chegar ao país. (ELIAS, 2001, p. 67)

O papel de intermediar a relação entre médicos e a comunidade é realizado não só por “não-médicos” como também pelos Agentes Comunitários de Saúde. Estes apresentam um papel importante dentro do CS Morro da Ilha, à medida que argumentam em prol das solicitações de indivíduos da comunidade com médicos e enfermeiras, servindo como porta-vozes, já que fazem parte, ao mesmo tempo, da comunidade e do centro de saúde. A posição que os ACSs ocupam nas relações de poder e na tomada de decisões chamou-me a atenção durante a pesquisa, porém, encontrei alguns desafios éticos para abordar determinadas questões relacionadas a esse tema. Seria, portanto, necessária uma análise mais profunda do papel dos ACSs dentro do centro de saúde Morro da Ilha.



## 4.1 Disputas pelas salas

Os centros de saúde de Atenção Primária se tornaram na nova configuração o principal espaço para a atuação dos profissionais de saúde, pois os levaram para perto da comunidade. Nestes novos locais, os profissionais estão envolvidos em novas hierarquias e ocupação dos espaços físicos, de forma que não mais se dirigem até os doentes, como ocorre nos hospitais, mas são os indivíduos, doentes ou não, que se deslocam até eles, no centro de saúde do seu bairro. O foco deixou de ser o tratamento das doenças de evolução rápida e de evitar estas mortes, e se tornou mais as doenças que se desenvolvem lentamente, vistas como evitáveis por meio de mudanças de estilos de vida, como o diabetes, a hipertensão e o câncer.

Havia uma crença na Saúde Pública que, estando mais próximos ao local de moradia das pessoas, os profissionais poderiam obter o controle do surgimento e da evolução de tais doenças. Disto emanou o discurso de “promoção à saúde” e “prevenção ou agravamento de doenças”, assim como o surgimento e justificativa da criação da própria Atenção Primária como nova configuração. Nesta nova lógica, apesar de algumas hierarquias se manterem, certos aspectos dos espaços físicos se transformaram.

Fiquei chocada ao chegar aqui e ver que o enfermeiro tinha seu próprio consultório. (Trecho da fala de uma residente médica, durante reunião geral dos profissionais de saúde do CS Morro da Ilha, 2014)

Nesta nova configuração da Saúde Pública, durante muito tempo as enfermeiras permaneceram sem um lugar físico próprio, assim como acontecia nos hospitais. Grande parte de seu tempo, as enfermeiras eram vistas à beira dos leitos dos pacientes, ou mesmo junto aos técnicos de enfermagem, organizando o serviço.

Existe nos centros de saúde um lugar para cada tipo de procedimento. Dessa forma, mesmo nos centros de saúde, durante muito tempo as enfermeiras ainda se dirigiam até os “pacientes” de acordo com a atividade a ser realizada: vacinas, aplicação de medicamentos injetáveis, exames preventivos, dentre outras.

Com o passar do tempo, a maioria destas atividades passou a ficar ao encargo das técnicas e auxiliares de enfermagem e as enfermeiras

foram se tornando cada vez mais responsáveis por atividades organizativas e burocráticas dos centros de saúde, assim como passaram a focar mais no atendimento clínico do profissional de enfermagem graduado. Esta realidade continua em transformação, de modo que hoje no CS Morro da Ilha e em alguns centros de saúde, as enfermeiras passaram a possuir os seus próprios consultórios.

O centro de saúde Morro da Ilha, em vários aspectos, funciona como uma extensão da casa dos médicos, sendo que a organização do seu espaço mostra muito de como os profissionais de saúde relacionam-se entre si, e as relações de poder e dominação envolvidas nestes ambientes<sup>16</sup>. Assim como pode se ver em algumas outras configurações, uma unidade de Atenção Primária pode ser interpretada como um desmembramento do formato de dominação masculina. Há um senhor da casa, o qual é responsável por tomar as decisões importantes, tem o seu domínio, gerencia seus recursos. A organização espacial mostra como as questões se manifestam no plano material em centros de saúde, como refletem as relações sociais entre profissionais de saúde e entre eles e os indivíduos da comunidade que frequentam estes estabelecimentos.

A forma como se relacionam médicos e enfermeiras é verificada na disposição de seus consultórios. Eles se localizam lado a lado ou em frente separados por um *hall*, o consultório do médico e da enfermeira que compõem uma mesma “equipe de saúde da família” (EqSF). Dessa forma, a enfermeira fica facilmente à disposição do médico da sua equipe, para filtrar “os casos importantes”, e para fazer o trabalho mais “árido”, de exames físicos, limpeza, ordem, além da “humanização” e “bem-estar” do atendimento da equipe, como analisarei mais adiante.

A maior parte das coisas no centro de saúde Morro da Ilha acontece no andar térreo. É onde se localizam todos os consultórios dos médicos, enfermeiras e dentistas, onde são realizados todos os *procedimentos* de enfermagem, a entrega dos medicamentos e as vacinas. Existem ainda outros dois andares: no primeiro andar fica a *sala da marcação*, onde são agendadas as consultas com especialistas e os exames, a *sala da coordenação*, os consultórios da assistente social e da psicóloga e o *auditório*, que é o espaço mais amplo do centro de saúde, onde acontecem as reuniões e os atendimentos em grupo. No subsolo, existe um salão onde são feitos os atendimentos de acupuntura,

---

<sup>16</sup> Fenômeno semelhante foi reconhecido por Norbert Elias ao analisar a “Sociedade de Corte” do *Ancien Régime*. Cf. ELIAS (2001).

a garagem e uma pequena sala, que fica na passagem, onde os agentes comunitários se reúnem e realizam algumas de suas atividades.

É comum que os profissionais que trabalham próximos se sociabilizem mais do que com outros que estão mais distantes. No caso da proximidade dos consultórios do médico e da enfermeira há uma intencionalidade, pois eles trabalham muito próximos, não só no espaço, mas na relação com o “usuário”. A atuação das enfermeiras em um consultório próprio é recente na história. Isso só é possível por existirem hoje os técnicos em enfermagem, que realizam os *procedimentos*, muitos deles no início da profissão, e durante muito tempo, era realizado pelas próprias enfermeiras. No CS Morro da Ilha, as enfermeiras geralmente não permanecem em um local fixo, em seu consultório ou outro local, de forma que se deslocam entre a sala de procedimentos, a sala da coordenação, consultórios médicos e os *halls* de espera (é comum ver as enfermeiras circulando pelos centros de saúde e sendo abordados pelos “usuários”).

Neste e em vários sentidos, as enfermeiras se assemelham muito à profissão de *maid*. Na sociedade de corte estudada por Norbert Elias os *maids* eram os responsáveis pelo “*cuidado com a ordem e o bem-estar da residência e a supervisão dos outros criados*”. Constituíam-se em um dentre aqueles profissionais que propiciavam um menor deslocamento dos seus senhores:

É claro que as mudanças de localização freqüentes estavam em estreita conexão com a possibilidade de cada uma dessas damas e desses senhores de ter à disposição um grande contingente de serviçais. Dos intendentess e *maids* – a quem cabia a administração dos rendimentos, **o cuidado com a ordem e o bem-estar da residência e a supervisão dos outros criados** – até os cocheiros e lacaios encarregados do transporte, o poder de mando sobre muitos servidores constituía **a condição para essa mobilidade específica e limitada**. [grifos meus] (ELIAS, 2001, p. 69)

Um site atual de empregos da França descreve quais as características que são esperadas do profissional *maid* no contexto dos restaurantes. Parece ser um consenso no contexto da empregabilidade, pois as mesmas características foram encontradas

também em outros sites de empregos. Irei descrever aqui, pois acredito que pode-se ver algumas semelhanças nas funções e atividades exercidas pelas enfermeiras do CS Morro da Ilha com a que os *maîtres* desenvolvem.

**O *maître d'hôtel* coordena diferentes atividades visando a provisão do acolhimento da clientela. Ele também recebe os pedidos.**

O *maître d'hôtel* é responsável pelo acolhimento do cliente. Ele lhe indica uma mesa, ele recebe os pedidos fornecendo sugestões, notadamente sobre o vinho mais apropriado.

O *chef de rang* e os servidores estão sob sua responsabilidade.

O *maître d'hôtel* transmite o pedido do cliente ao *chef de rang* e garante sua execução. Durante a refeição, ele garante que o cliente esteja satisfeito.

Às vezes, ele faz os preparativos para o cliente como flambar, cortar a carne, etc. Após o serviço, ele garante a preparação do local para o serviço seguinte.

Ele também pode promover uma gestão e promoção do estabelecimento. É também o *maître d'hôtel* que recruta e treina a equipe de funcionários.

Em geral, o *maître d'hôtel* está sob a responsabilidade do diretor do restaurante ou de seu proprietário.

As condições de trabalho são cansativas, fisicamente e mentalmente: em pé, numerosos deslocamentos até uma sala, muitas vezes com ruído ao redor. Os horários são pesados e, frequentemente irregulares, horários cortados ou contínuos em dois turnos (manhã, noite).

As qualidades necessárias para o exercício da profissão são a diplomacia, a psicologia, a destreza, a facilidade e auto-controle. Também deve haver evidência de uso, capacidade de comando, cortesia, sentido comercial e disponibilidade.

**As qualidades necessárias para o exercício desta profissão são: a diplomacia, a psicologia, a destreza, a agilidade e auto-controle. É**

**necessário também demonstrar amabilidade, capacidade de comando, de cortesia, de sentido comercial e de disponibilidade.** [grifo meu][Traduzido para o português] (CIDJ, 2014)

No caso da enfermeira, ela é a profissional encarregada de promover a gestão dos “pedidos” feitos pelos “usuários” dentro de um centro de saúde. Ela também é responsável pela coordenação dos agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem e auxiliares de limpeza. No caso dos agentes comunitários e auxiliares de limpeza, as enfermeiras coordenam e cobram suas atividades rotineiras (de acordo com as normas previstas pelo Ministério da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde). Com relação aos técnicos de enfermagem, as enfermeiras são responsáveis pela qualidade do serviço prestado por estes à comunidade, tanto no sentido “técnico” como no que tange as considerações do “Código de ética” da profissão.

Outra questão é que as qualidades exigidas do *maître d’hôtel* para o exercício da sua profissão parecem ser muito próximas àquelas valorizadas da enfermeira na Atenção Primária. Principalmente neste modelo assistencial em evidência, com o foco no “acolhimento”. Esta noção de gestão dos outros profissionais que trabalham no sistema de “filtro” para chegar até o médico pode ser verificada na fala de uma das enfermeiras do CS Morro da Ilha durante uma entrevista, na qual demonstra esta preocupação com uma “harmonia” nas ações de todos os envolvidos e com a satisfação dos “usuários”:

(...) Como o trabalho é em equipe, existem as equipes de saúde da família, então o trabalho é, tipo, tem que tá bem engajado, tem que tá bem é... como eu posso dizer... a equipe tem que falar a mesma língua, tanto agentes de saúde, enfermeiro, técnico de enfermagem, médico, tem que tá todo mundo na mesma sintonia. E, a comunicação quando a equipe tá bem estruturada, aí a comunicação é boa é... Boa assim, porque a gente consegue agilizar bastante coisa com as interconsultas com o médico, o técnico de enfermagem pode avaliar o paciente antes de passar o paciente pra gente, o agente de saúde também conhecendo as patologias eles conseguem também saber qual vai ser nossa conduta e poder

orientar o paciente também. Então, é bem importante. E tem as reuniões de equipe onde a gente tenta, é... deixar isso claro né, pra todo mundo saber como é que a gente trabalha, e como é que a gente vai atender a população da área. (Fala de uma das enfermeiras em concessão à entrevista para esta pesquisa)

Quando não estão sendo atendidos, a maior parte das pessoas que frequentam o centro de saúde Morro da Ilha permanecem sentados em *halls* destinados à espera. Existem três *halls*: um que fica logo após a entrada pela porta principal, à direita – o *hall principal* e os dois *halls* na parte detrás.

O *hall principal* é destinado à espera para o atendimento nos *consultórios* com médicos e enfermeiras das áreas violeta e verde-musgo e, dos técnicos de enfermagem, que trabalham nas *salas de procedimentos*. Os atendimentos aqui são chamados de procedimentos, devido à como são vistos e espera-se que sejam feitos: operações técnicas, manuais, que não envolvem sociabilidade ou abstração intelectual. Ali são feitos curativos, aplicação de medicamentos injetáveis, nebulizações, aferições de pressão arterial, entre outros. É entre a *porta de entrada principal* e o *hall principal* que muitas coisas acontecem. É ali que é feita a distribuição das senhas no *acolhimento* no início da tarde e da manhã. É dali que a fila de pessoas que demandam atendimento se desfaz e as cores guiam para diferentes locais e profissionais.

As cadeiras da sala de espera estão organizadas em forma de círculo para facilitar a comunicação entre todos. Espera-se que esta configuração, que permite a troca de olhares, promova a solidariedade e a empatia. Colocar-se no lugar do outro, ao invés de somente esperar pelo seu próprio atendimento, pode motivar a todos pela responsabilização coletiva dos problemas e priorizar o atendimento de quem mais precisa. (Relatório da oficina de avaliação do Prêmio de Boas Práticas em Saúde do CS Morro da Ilha, 2012)

A parte detrás costuma ser muito menos movimentada do que a da frente. Seguem até o final do corredor quem já foi selecionado para ser atendido por médicos, dentistas e enfermeiras. Em geral, no fim do corredor ficam em pé dois técnicos de enfermagem, à espera de “usuários” que lhes façam perguntas ou lhes demandem certas ações. Estes técnicos servem como filtros para a procura de médicos e também das enfermeiras.

O único atendimento em que os indivíduos aguardam em pé é o da farmácia. Trata-se do único atendimento em que não precisa ser avisado ou agendado com antecedência: é só chegar. Também é o único em que todas as pessoas têm certeza de que serão atendidas. O motivo principal de elas esperarem em pé é o fato de que não vale a pena sentar, pois o atendimento é muito rápido. O atendimento na farmácia é diferente, por exemplo, do das enfermeiras, onde o contato inicial pode gerar conversas longas, afetivas e “subjetivas”. O que se espera da farmácia é exatamente o oposto: tratamento objetivo e pouca conversa, já que o que havia para ser compartilhado e decidido já foi feito anteriormente com um médico, dentista ou enfermeira. Sorrisos aqui não fazem muita diferença, já que não há tempo para intimidades, aprofundar relações. A entrega de medicamentos é chamada de *dispensação*, pois os profissionais de saúde entendem que este nome envolve a entrega junto com a orientação sobre os medicamentos.

Desde que se iniciou a implantação dos NASFs (Núcleos de Apoio à Saúde da Família) nos centros de saúde, conflitos surgiram com relação à infra-estrutura e à definição da forma de trabalho. O “matriciamento” foi sendo incorporado, em substituição aos papéis e pastas de encaminhamentos sobre as mesas.

Um ponto nevrálgico no que tange a relação entre profissionais do NASF e MFC é o debate sobre “o direito às salas”. Há poucas salas e um aumento crescente de profissionais. A decisão sobre a distribuição das salas passa por uma hierarquia, através das posições no campo e relações de poder. Em geral, médicos obtêm uma preferência pelos consultórios nestes tipos de conflito.

Por mais que não se diga, fica implícito que as salas devem ser priorizadas para os médicos. O primeiro fator relacionado a esta implicação é de que há uma preferência da população aos médicos, em detrimento de outras profissões devido à valorização da medicina na sociedade. Isso é verificado pelo fato de que a população procura nos centros de saúde muito mais os médicos, dá mais atenção à palavra do médico do que de outros profissionais, falta menos nestas consultas, dentre outros exemplos que trabalharei mais tarde. Está muito presente

em algumas profissões “não-médicas” sua manifestação quanto à busca por uma maior “valorização” no campo da saúde, em busca de maior espaço no mercado de trabalho e de posições sociais mais favoráveis no campo, como é o caso da nutrição, farmácia e educação física.

#### 4.2 Questões de gênero, espaços e expectativas de papéis

É... Desde criança eu sempre... minhas brincadeiras eram relacionadas ao cuidado, com o cuidado com a pessoa. Nesse momento, assim, eu pensava em fazer Medicina, daí que eu fiz, ah vou fazer técnico de enfermagem pra eu ter um maior contato com a área da saúde pra ver se é isso mesmo que eu quero. E daí trabalhando como técnica de enfermagem, vivendo né, convivendo com o mundo da Medicina e mais no mundo da Enfermagem, daí eu percebi que o que eu queria era o cuidado e não o diagnóstico e tratamento né, como é a linha médica. Aí eu escolhi ficar na Enfermagem mesmo, e por isso que eu graduei. (Trecho de entrevista concedida à pesquisa por uma das enfermeiras do CS Morro da Ilha)

Há um aumento crescente no número de mulheres formadas em medicina e no de homens em profissões “não-médicas” com forte relação com o “cuidado”, como a enfermagem e o serviço social. Apesar deste fato, certas particularidades e desigualdades de gênero ainda prevalecem em virtude da maioria ser de homens (no caso da medicina) e de mulheres (na enfermagem e no serviço social) preponderantes nestas profissões. A enfermagem constituiu a primeira profissão feminina universitária no Brasil (APERIBENSE & BARREIRA, 2008). Apesar disso, dentro da própria medicina existe uma divisão de acordo com as especialidades, sendo que aquelas mais próximas ao cuidado, como a pediatria e a medicina sanitaristas, apresentam um espaço maior reservado às mulheres. Na medicina, a mulher ocupou gradativamente a profissão por meio de especialidades específicas (CHIES, 2010).

Nos manuais que norteiam a profissão, os médicos são considerados como os responsáveis pelas equipes das quais ele faz parte. É visto como o que organiza o trabalho geral da sua equipe e do centro de saúde como um todo. Entretanto, em documentos e materiais acadêmicos na área da enfermagem o principal responsável pela organização do cuidado e das equipes de saúde é a enfermeira:



A execução competente e responsável dos processos de trabalho do enfermeiro requer habilidades que transcendem as dimensões técnica e científica e abrangem muitos aspectos atitudinais<sup>(1)</sup>. Aptidões emocionais básicas como flexibilidade para lidar com as discordâncias existentes entre os membros de uma equipe e harmonizar o ambiente de trabalho, sensibilidade para reconhecer e administrar talentos e determinação para conduzir o grupo em direção aos resultados esperados consistem num diferencial profissional valorizado pelo mercado e que pode promover mudanças drásticas e benéficas para as organizações<sup>(2)</sup>. Essas competências são adquiridas na formação profissional e desenvolvidas a posteriori a partir dessa base, razão pela qual se deve aprofundar o conhecimento sobre o ensino da liderança em enfermagem.

Para atender à demanda do mercado de trabalho cada vez mais competitivo e às expectativas de excelência no atendimento aos clientes, o enfermeiro deve estar apto a assistir, administrar, ensinar, pesquisar e participar politicamente, utilizando a liderança como ferramenta imprescindível para a execução de todos estes processos<sup>(3-5)</sup>.

(...)

Considerando a excelência no cuidado prestado como um dos principais objetivos do enfermeiro e de sua equipe, e a Sistematização da Assistência de Enfermagem como o caminho a ser percorrido para alcançá-lo, *liderar é fundamental para que esse profissional possa ser não apenas um supervisor, mas um facilitador desse processo, capaz de planejar a assistência junto com a equipe, a família e o paciente, identificar prioridades assistenciais, prever intercorrências, conduzir o grupo e delegar com responsabilidade*<sup>(10)</sup> [grifos meus]. (NEVES; SANNA, 2012, p. 1)

Percebe-se, portanto, nestes materiais que as enfermeiras também se consideram como as profissionais com o olhar geral sobre a atenção à saúde e como as principais responsáveis pela organização das atividades e das equipes de saúde. Já nos manuais médicos, como vimos nos capítulos anteriores, o médico é visto como o principal responsável pela coordenação geral da Atenção Primária.

Fato semelhante, que pode servir a fins comparativos, foi verificado em uma pesquisa do IBGE de 2000<sup>17</sup>, a qual procurou saber quem eram os responsáveis pelos locais de moradia no Brasil, se seriam homens ou mulheres. O resultado da pesquisa foi de que em 75,1% dos casos os homens eram considerados os responsáveis pelos domicílios.

Entretanto, historicamente, as mulheres há algum tempo se veem como as responsáveis pela casa, porém no que tange à sua organização e limpeza. Ao passo que as mulheres se consideram as responsáveis pela organização da casa, isso se dá apenas no aspecto físico – de limpeza e ordem –, porque elas e eles declaram para a sociedade os homens como os verdadeiros responsáveis pela casa. Dos 24,9% restantes que consideram as mulheres como responsáveis, sendo que se apontou que um terço são casas de mulheres viúvas e grande parte das demais é de mulheres divorciadas ou mães solteiras.

Uma comparação com a enfermagem pode surgir desta análise, visto que assim também é vista a enfermagem deste seu início: a profissão surge em sua totalidade por mulheres e ganha destaque justamente pela redução de mortes de aumento da sobrevivência de pacientes, devido ao papel desempenhado pelas enfermeiras no que tange a limpeza e a ordem nos hospitais. Ainda hoje a proporção de homens na enfermagem, apesar de crescente, encontra-se ainda muito baixa (APERIBENSE & BARREIRA, 2008).

---

<sup>17</sup> Cf. IBGE (2000).

### 4.2.1 Limpeza, ordem e cuidado

Têm-se detectado níveis altos de ruído em diversos ambientes hospitalares, como Pronto-Socorro, Centro Cirúrgico e Enfermarias<sup>(3)</sup>, porém as UTIs fornecem um ambiente único para que o excesso e permanência de ruído possam ser prejudiciais<sup>(4)</sup>.

O ruído é caracterizado por diferentes sons com diferentes frequências, que causam efeitos inesperados às pessoas expostas a ele, prejudicando sua saúde<sup>(5)</sup>. Ou seja, *é um som indesejável, desagradável e potencialmente perigoso à saúde*<sup>(2)</sup>.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconheceu que o ruído pode causar danos à saúde das pessoas expostas a ele, como: perturbar o trabalho, o descanso, o sono, a comunicação dos seres humanos, prejudicar a audição e *causar reações psicológicas, fisiológicas e patológicas nos indivíduos expostos*<sup>(6)</sup>. Entre vários danos fisiológicos, o ruído pode provocar distúrbios cardiovasculares, redução da saturação arterial de oxigênio, perda auditiva, aumento de secreção gástrica, estimulação da hipófise e adrenal, alteração do sono fisiológico, imunossupressão e redução da cicatrização<sup>(7)</sup> [grifos meus]. (DUARTE et al, 2012, p. 286)

No trecho acima, extraído de um artigo acadêmico escrito e veiculado no meio da enfermagem, o ruído aparece como sendo danoso à saúde, para justificar a prática do silêncio em ambientes de saúde. Até hoje se encontram frases imperativas pelos centros de saúde, que denotam pedidos de ordem e silêncio nestes locais, como: “Proibido passar por aqui”, “Aguarde ser chamado”, “Não aborde os profissionais no corredor” ou a imagem do pedido de silêncio, vinculado à imagem das primeiras enfermeiras. A ordem sempre foi um princípio dentro destes estabelecimentos.



Figura 6 – Foto ilustrativa da imagem simbólica do “Pedido de Silêncio”.

Assim como a mulher é a responsável pela limpeza e ordem das casas, em um centro de saúde isso não acontece de forma diferente. A história da enfermagem mostra que a profissão era inicialmente exercida totalmente pelas mulheres. À medida que a higiene foi apontada como o principal caminho para a cura das doenças, a limpeza e a ordem se tornaram operações fundamentais.

## 5 CONSIDERAÇÕES SOBRE O APORTE SOCIOLÓGICO

Ao fim desta pesquisa, senti necessidade de situar melhor certas categorias teóricas as quais foram trabalhadas ao longo do texto. Início com a “sociologia da forma” proposta por Georg Simmel e finalizo com algumas considerações sobre as concepções de “*figuration*” de Norbert Elias e de “dádiva”, de Marcel Mauss.

### 5.1 A sociologia da forma simmeliana

Um olhar sociológico voltado para a sutileza com que as relações são finamente tecidas: parece estar aí a contribuição diferencial de Georg Simmel para a Sociologia. Separar forma de conteúdo nos moldes propostos por Simmel, o qual influenciado foi pela filosofia kantiana, pode ser interessante para a compreensão de sutilezas nas relações sociais no plano microssociológico. Certos aspectos da vida cotidiana podem ser manifestados de modo semelhante em mais de uma instituição ou organização. Nos termos de Simmel, há formas de sociação entre indivíduos, de agrupamento e segregação, de aproximação e afastamento, as quais são reproduzidas em ambientes diversos (SIMMEL, 1983).

Simmel (1983) argumenta que, mesmo que mudem os indivíduos – o conteúdo, existem características gerais que são comuns sempre que surge uma interação entre eles: daí a sociologia da forma ou formal simmeliana. A sociologia formal visa a abstrair os conteúdos da sociação entre indivíduos, diferenciando-se da sociologia geral e da sociologia filosófica (SIMMEL, 1983). Apresenta o objetivo de constituir uma disciplina não tomando a sociedade como substrato inicial na qual os indivíduos seriam os produtos, mas sim uma que leva em conta as formas de ação recíprocas entre os indivíduos, onde a dinâmica é menos a causa e mais a sociação em si mesma. Vanderberghe (2005) explica que a sociologia geral estaria relacionada ao holismo metodológico, na qual predomina uma análise macrossociológica e histórica, a sociologia filosófica seria marcada por uma filosofia da sociedade e, por fim, a sociologia formal objetivaria a realização de estudos microssociológicos e a-históricos.

A forma, ao mesmo tempo em que é produto, é também produtora do conteúdo. Este se trata de tudo que tem o potencial de mobilizar as ações dos indivíduos, podem ser crenças, interesses ou

instintos. A sociedade se forma a partir desses indivíduos em interação, relação onde existe influência recíproca, que pode ser de competição ou de cooperação (SIMMEL, 1983).

A sociologia da forma se mostra útil na contemporaneidade na medida em que propõe entender as formas de interação ou sociação entre indivíduos e grupos: instituições podem ser compreendidas em detalhes, ao verificar que há fatores que lhe são próprios – aqueles peculiares da organização ou dos indivíduos e ainda outros que se reproduzem em diferentes realidades sociais, referentes à forma. Estudar a forma proporciona um entendimento sociológico das interações entre os indivíduos no plano micro (SIMMEL, 1983).

O conhecimento adquirido sob este viés de análise simmeliano, aliado a um contexto de pesquisa macrosociológico permite que se possa realizar uma ponte entre uma determinada realidade social e as discussões mais amplas que envolvem um tema a ser estudado. Para Elias (2000), utilizar uma pequena unidade social para estudar problemas que são encontráveis em diversas unidades sociais possibilita explorar minuciosamente estes problemas. Durham (1986) coloca que a comunidade mantém com a sociedade uma relação metonímica e, devido a isso, torna-se relevante para compreender a sociedade ou a cultura, embora, certamente, o conhecimento assim produzido seja considerado incompleto. Talvez o caminho proposto por Georg Simmel de separar forma de conteúdo, assim como, de certa maneira, valorizar o plano microsociológico separando-o do macro, parecem ser maneiras úteis de se compreender a sociedade.

## **5.2 *Figuration* e Dádiva na Atenção Primária: de Elias à Mauss**

É possível traçar aproximações nos conceitos da **dádiva** de Marcel Mauss e de ***Figuration*** de Norbert Elias (PONTES, 1999). Mauss com a obra *Ensaio sobre a Dádiva* e Elias com *A sociedade de corte* e *O processo civilizador* têm em comum o seu período de criação: 1924 e 1930, respectivamente. Ambos os autores partem de questões centrais semelhantes, com a preocupação em introduzir nova forma de enxergar as relações humanas na sociedade. Tanto nas obras de Mauss, quanto nas de Elias, havia a crença da existência de uma reciprocidade simbólica dos indivíduos entre si (PONTES, 1999). Nesta seção procuro demonstrar de que maneira uma aproximação destes dois conceitos centrais na abordagem destes autores pode contribuir para a compreensão das relações sociais entre seres humanos no presente

estudo. Para isto, parto do pressuposto de que as ações individuais e dos grupos sociais em uma *Figuration* – uma unidade de Atenção Primária, como o CS Morro da Ilha – envolveriam atos obrigatórios e interessados, que se encontram inseridos no contexto de uma formação social com características específicas e particulares.

Alguém que entre com uma visão mais cuidadosa em um centro de saúde provavelmente experienciará um ambiente com algumas peculiaridades específicas. Certamente a visão de quem procura atendimento não é a mesma das pessoas que trabalham em unidades de saúde. Mesmo internamente entre estes indivíduos, as opiniões divergem, notado que suas motivações, trajetórias e funções se estratificam, hierarquizam e entram em disputa, em muitos aspectos, em sua grande parte.

A Atenção Primária configura-se em um espaço social que é palco de conflitos de diversas ordens. Discursos e comportamentos estruturam e são estruturados diariamente a partir de interesses dos diferentes grupos de indivíduos, relacionados de modo interdependente. Pessoas que não trabalham em unidades de saúde podem imaginar que há um conjunto homogêneo de profissionais de saúde: o próprio uso do jaleco contribui para esta noção. Pode-se também pressupor que existe um objetivo comum entre estes profissionais, os quais trabalhariam devido a uma “vocação”, de modo que todos estariam ali prontos para servir às populações, em um trabalho cooperativo visando este “bem comum” consensuado pelo povo. Entretanto, nestes espaços há uma heterogeneidade de papéis sociais, interesses e agentes. Muitos dos conflitos estão presentes em questões “não ditas” – em predisposições ou comportamentos – ou mesmo nos próprios discursos.

Entender o subcampo da Atenção Primária como uma figuração social onde há uma rede de interdependências permite compreender as relações sociais estabelecidas no cotidiano entre os diferentes grupos profissionais, em sua dinâmica e reciprocidade. Na formação social a qual Elias dá o nome de *Figuration*, os indivíduos estão ligados entre si, de modo interdependente. As ações dos indivíduos modulam e também são moduladas como que em um jogo. Interesses e conflitos coexistem de maneira que há uma frequente preocupação dos indivíduos e grupos com relação ao equilíbrio das tensões que emanam do jogo social no qual estão todos inseridos (ELIAS, 1970).

Nesse sentido, a dádiva proporciona o estabelecimento e a manutenção de alianças, sejam elas religiosas, matrimoniais, econômicas ou políticas. A troca de gentilezas, amabilidades, sorrisos, convites para almoços ou festas, fazem parte do contrato social que

envolve os indivíduos e grupos (MAUSS, 2003). Para o presente estudo, proponho ver estas ações inseridas em uma configuração social específica, no domínio da Atenção Primária. Em diversos momentos, podemos ver as relações entre as profissões envolvidas como uma aparente aliança, única e homogênea. Em certos momentos do jogo social até podem ser, quando lhes for conveniente: nos momentos em que se considera necessária uma união entre os profissionais para uma defesa frente aos “usuários” dos serviços, por exemplo. Entretanto, em outros, como nos momentos de greve, as relações de poder e interesses de certos grupos de profissionais vêm à tona, desmascarando assim a suposta homogeneidade nas relações e o suposto sentimento geral de “bem comum” entre os profissionais.

A dádiva, como um fenômeno social que oculta os interesses, atua na atenuação dos conflitos existentes em uma determinada comunidade. Ela seria a responsável pelo apartamento das brigas, por permitir que os indivíduos “não se matem”.

(...) Em primeiro lugar, não são indivíduos, são coletividades que se obrigam mutuamente, trocam e contratam; as pessoas presentes ao contrato são **pessoas morais – clãs, tribos, famílias** [grifo nosso] – que se enfrentam e se opõem, seja em grupos frente a frente num terreno, seja por intermédio de seus chefes, seja ainda dessas duas maneiras ao mesmo tempo. (MAUSS, 2003, p. 14)

Os conflitos entre estas “tribos” existiriam dentro das comunidades e seriam, portanto, apartados por meio de contratos sociais, pelos quais os indivíduos e grupos morais se obrigam de forma recíproca. Nesse sentido, traço aqui uma aproximação com a obra “Os estabelecidos e os *outsiders*”, de Norbert Elias (2000). Nela, Elias demonstra empiricamente que o poder de um grupo de indivíduos com posições de prestígio (os estabelecidos) se fundamenta no fato de se constituírem um “modelo moral” para os demais, ao passo que os *outsiders* constituem um grupo heterogêneo com laços sociais menos intensos, de membros que não fazem parte da “boa sociedade”. Estes grupos se opõem dentro de uma configuração social de acordo com os interesses de um ou de outro grupo. Considerando que há este conflito, elabora-se um conjunto de regras a partir do próprio conflito entre os



pares, onde logicamente os estabelecidos norteiam a grande maioria, senão todas as regras do jogo social (ELIAS, 2000).

Vejo, portanto, a partir desta aproximação entre Elias e Mauss, que a dádiva enquanto compreendida dentro de uma dada configuração social, pode ser vista como *o ato obrigatório e interessado que mascara os interesses que emanam do jogo social*. Olhar para a reciprocidade simbólica que está presente nas relações sociais dos indivíduos e coletividades, é tanto para Norbert Elias quanto para Marcel Mauss um caminho para compreender as nuances destas relações. A dádiva, enquanto ação social dos indivíduos e grupos, aparentemente voluntária e gratuita, é na verdade obrigatória e pode ser responsável por atenuar conflitos e “não deixar que os indivíduos se matem”. Portanto, dádiva e *Figuration* podem ser noções complementares para o entendimento das relações entre os profissionais de saúde no subcampo da Atenção Primária.



## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Transformações ocorreram no campo da Saúde Pública no Brasil nas últimas décadas. Estas levaram a um novo formato de atendimento e a novas características nas relações sociais entre profissionais de saúde e comunidades, assim como acarretaram mudanças nos espaços físicos e nas relações entre os indivíduos e grupos de diferentes profissões. Entretanto, velhas hierarquias e desigualdades sociais persistiram, porém não da mesma maneira, nem de modo tão explícito.

No antigo modelo assistencial de saúde, no qual os atendimentos à população eram concentrados nos hospitais, os papéis e as hierarquias dos profissionais de saúde eram mais bem definidos. Tanto para quem olha de fora, como para os próprios profissionais. O trabalho das enfermeiras e técnicas era claramente dependente e subordinada à atuação dos médicos. As primeiras ficavam responsáveis principalmente por aspectos como a limpeza e a manutenção da ordem nos ambientes hospitalares, e por aspectos do cuidado com o “paciente”, porém acatavam ordem dos médicos, pois era dele sempre a decisão final. Faziam parte da configuração social essencialmente médicos e enfermeiras, além de auxiliares e técnicas de enfermagem. Os “doentes” se deslocavam até os hospitais quando já estavam tomados por alguma enfermidade. O foco, portanto, era de tratar as doenças, amenizar sintomas clínicos ou ainda de prolongar o tempo de sobrevivência dos indivíduos.

Com a incorporação do *Primary Care* no Brasil, houve diversas mudanças nestes aspectos, até chegar ao formato atual de Atenção Primária, que permanece em transformação. O novo modelo é resultante de uma série de fatores sócio-históricos, dentre eles a criação do SUS e movimentos sociais, como o da “Reforma Sanitária”. Todas estas transformações repercutiram no que é hoje o cotidiano do centro de saúde Morro da Ilha.

O CS Morro da Ilha incorporou o mais novo modelo de Atenção Primária, considerado de destaque, aquele pautado no “acolhimento”. Ainda são minoria os centros de saúde que aderiram a tal modelo no Brasil.

Apesar de nesta mais nova configuração social de Atenção Primária haver uma multiplicidade de profissionais, principalmente de “não-médicos”, a interdisciplinaridade e horizontalidade ainda são vistas como uma meta no horizonte, mas de difícil aplicação. Persistem

desigualdades de direitos, de salários, de poder. A coordenação do cuidado prestado ao “usuário” é vista por todos (tanto pelos médicos quanto pelos “não-médicos”) ainda como de responsabilidade do médico.

A categoria “não-médicos” encarada como tal permite enxergar como se dão as relações na Atenção Primária, e a posição ocupada por todas as profissões no campo. De um lado, há uma busca por reconhecimento e valorização do trabalho destes profissionais na Atenção Primária, dentro de espaços institucionais de cada categoria e naqueles unificados como os da área da “Saúde Coletiva”. Entretanto, todos os profissionais, exceto os médicos, são tratados no subcampo como “não-médicos”, nos mais diversos espaços: a cada atendimento prestado a um “usuário” deve-se registrar no sistema informatizado como “consulta de profissionais de nível superior (exceto médico)”, para facilitar para os gestores contabilizar o número de consultas realizadas por médicos e, de outro lado, por todos os outros profissionais. Além disso, nos manuais médicos e nas produções acadêmicas voltadas para os médicos, o termo “não-médicos” é usado com frequência e de forma explícita. Além disso, é destes manuais que surgem as regras sociais de todo o subcampo, sendo disseminada posteriormente para as outras profissões.

Na atual configuração social de Atenção Primária no Brasil, não mais só atuam médicos e enfermeiras. Foi inserida uma multiplicidade de novos agentes “não-médicos”. Uma série de profissões passaram a fazer parte deste subcampo da Saúde Pública no Brasil. Com o foco na promoção à saúde e prevenção de doenças, profissionais como educadores físicos, psicólogos, assistentes sociais e nutricionistas foram incorporados à Atenção Primária. Além disso, também são parte deste novo quadro os Agentes Comunitários de Saúde, desde a criação do PACS.

Não tão comum em outros países, a multiplicidade de profissionais de saúde “não-médicos” é uma característica da adaptação brasileira do *Primary Care*. Ela se concretizou principalmente após a disseminação de Residências Multiprofissionais em Saúde Coletiva e em Saúde da Família pelo país. Porém, esta multiprofissionalidade característica do subcampo não garante uma igualdade de posições e status social: fatores como o espaço físico, quadros de greve, diferenciação de salários e benefícios, assim como o direito ao uso de salas dentro de um centro de saúde mostram como a desigualdade entre médicos e “não-médicos” persiste.

Parece ter ocorrido uma redivisão dos papéis e funções com a inserção dos novos profissionais, mas há uma reprodução social das desigualdades que já existiam em outras configurações sociais ao longo da história da Saúde Pública. Inclusive as questões de gênero, notadas as funções dos profissionais no centro de saúde e, apesar de terem ocorrido mudanças, ainda há grande quantidade de mulheres em profissões “não-médicas”, principalmente nas relacionadas ao “cuidado”, como a enfermagem, a assistência social e a psicologia.

Desde sua implantação no Brasil, decorrente de outras experiências ao redor do globo, o *Primary Care* vem passando por muitas transformações. A mais nova versão do modelo, que se encontra no momento em destaque, tem seu foco na atividade de “acolhimento”. Esta atividade hoje é a que desencadeia basicamente todo o funcionamento dos centros de saúde que vem aderindo a este modelo, senão até de todo o sistema de saúde brasileiro.

O “acolhimento”, em termos gerais, trata-se de uma espécie de “filtro”, que é realizado por profissionais de saúde da Atenção Primária, principalmente por enfermeiras e técnicas de enfermagem. É feita uma seleção dos casos que serão encaminhados para os médicos, e aqueles que não. Neste modelo, a enfermeira tem um papel semelhante ao de um *maître d’hôtel*, pois assim como ele ela também “coordena diferentes atividades visando a provisão do acolhimento da clientela” e é responsável pela limpeza e bem-estar do ambiente, assim como pela supervisão dos demais funcionários (ACSSs, auxiliares administrativos e técnicas de enfermagem).

O funcionamento do centro de saúde com o “acolhimento” como atividade central serve, segundo os agentes que ditam as regras no subcampo, para promover uma maior “resolutividade” dos serviços de saúde. Na visão dos gestores e profissionais, esta seria uma forma de otimizar as consultas médicas, já que chegariam até o médico somente os casos considerados necessários. No “acolhimento”, é feita uma seleção por “risco”, são selecionados os casos menos complicados para serem “agilizados” por meio de outros profissionais (enfermeiras, técnicas de enfermagem ou mesmo ACSSs) para evitar que seja utilizado “desnecessariamente” o tempo de consultas médicas agendadas.

Nesta atividade, é feito um atendimento de forma mais objetivada, utilizando-se do que se chama no subcampo de uma “comunicação clínica”. Esta se trata de uma ferramenta para realizar uma escuta “qualificada” e “técnica”, se comunicando de forma dirigida ao “usuário” de forma a coletar as informações consideradas relevantes, segundo este método. O foco é direcionado para a queixa principal do

“usuário” no momento do atendimento, visando uma maior “resolutividade”, de modo que o profissional que ouve “filtra” as “subjetividades” ou outras informações consideradas como “não relevantes” para a “resolução” da queixa.

As habilidades requeridas dentro da Atenção Primária enquanto instituição são semelhantes àquelas já apontadas por Richard Sennet (2009) como sendo próprias da “nova cultura do capitalismo”. A “resolutividade”, segundo os profissionais estabelecidos e gestores, só é alcançada graças a um perfil diferenciado dos funcionários do centro de saúde, que devem conter como características individuais a flexibilidade, a agilidade e a proatividade, dentre outras, se despreendendo assim das garras rígidas da burocracia (SENNET, 2009). Estas “habilidades” são sempre lembradas em diversos espaços, como nas reuniões gerais mensais, nas reuniões semanais por equipe, assim como nos materiais escritos distribuídos tanto internamente dentro do CS Morro da Ilha, como nos documentos e produções que circulam o subcampo. Tais habilidades são ressaltadas quando se deseja fazer elogios individuais ou a um determinado grupo.

A chamada “*Health for all*” que culminou no princípio da universalidade da lei de criação do SUS e o posterior intitulado “acesso universal” trouxe algumas contradições junto à sua implementação. Por meio do modelo assistencial centrado no “acolhimento”, um maior número de indivíduos obtém “acesso à saúde”, já que o atendimento dura poucos minutos e quase todas estas pessoas retiram medicamentos. Este modelo, associado ao controle dos ACSs sobre todas as pessoas que habitam o território ao redor do centro de saúde, permitem uma renovação de dispositivos biopolíticos nesta nova configuração social. O Estado mantém seu monitoramento sobre uma grande quantidade de corpos, inclusive daqueles que ainda não estão diagnosticados como “doentes”, devido ao enfoque da promoção à saúde na Atenção Primária.

## REFERÊNCIAS

ADAM, P.; HERZLICH, C. **Sociologia da doença e da medicina**. Tradução de Laureano Pelegrin. Bauru, SP: EDUSC, 2001.

APERIBENSE, P.G.G.S.; BARREIRA, I.A. Nexos entre Enfermagem, Nutrição e Serviço Social, profissões femininas pioneiras na área da Saúde. **Rev. esc. enferm.** USP, São Paulo, 2008, 42(3) 474-482.

ARANTES, A. **A guerra dos lugares**. Mapeando zonas de turbulência. In: Antonio Arantes, Paisagens paulistanas. Transformações do espaço público. Campinas: editora da Unicamp, 2000.

ARIAS-CASTILLO et al. **Perfil do Médico de Família e Comunidade**: Definição Iberoamericana. Wonca. Santiago do Cali, Colômbia, 2010.

BARATA, R. C. B. **A historicidade do conceito de causa**. In: CARVALHEIRO, J. R. (org.). Textos de apoio: Epidemiologia 1. Rio de Janeiro: PEC-ENSP/ABRASCO, 1985. p. 13-27.

BRASIL. **Decreto nº 80.281**, de 5 de setembro de 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. 1977. Disponível em: <[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)>. Acesso em: 03/08/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**. Cadernos da Atenção Básica. Série A. Normas e Manuais Técnicos, n.28, volume I, Brasília, 2011.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Diretrizes do NASF**: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Cadernos da Atenção Básica. Brasília, 2009.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Lei 8.080/90**: Lei Orgânica de Saúde. Brasília, 1990a. Disponível em: <[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)>. Acesso em: 03/03/2013.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **ABC do SUS**: doutrinas e princípios. Brasília, 1990b.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, 2013.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2006b. Disponível em: <[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)>. Acesso em: 12/04/2013.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília, 2006a. Disponível em: <[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)>. Acesso em: 08/05/2013.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Condicionalidades**. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/condicionalidades>>. Acesso em: 09/01/2015.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Projeto de lei nº 5.888-B, de 2009: institui o Dia Nacional do Médico de Família e Comunidade**. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/731555.doc>>. Acesso em: 04/01/2015.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Tradução de Mana Thereza Redig de Carvalho Barrocas. 6.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CARAPINHEIRO, G. **Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares**. Porto: Afrontamento, 1993.

CARRICABURU, D. ; MÉNORET, M. **Sociologie de la santé : institutions, professions et maladies**. Paris : Armand Colin, 2012.

CHIES, P.V. Identidade de gênero e identidade profissional no campo de trabalho. **Rev. Est. Fem.** [online]. 2010, vol. 18, n.2, pp. 507-528.

CIDJ. **Maitre d'hôtel**. Disponível: <http://www.cidj.com/article-metier/maitre-d-hotel>. Acesso em: 03 jan 2015.

CNS. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf)>. Acesso em : 20 mar 2014.



COHN, A. Caminhos da reforma sanitária. **Lua Nova**, São Paulo, n. 19, nov. 1989. Disponível em : <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-64451989000400009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64451989000400009)>. Acesso em : 08 dez 2013.

DUARTE, S.T. et al. Praticando o silêncio: intervenção educativa para a redução do ruído em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v.65, n.2, abr. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672012000200013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000200013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 01 ago 2014.

DUBAR, C. **A socialização**: construção das identidades sociais e profissionais. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

DURHAM, E. R. **A pesquisa antropológica com populações urbanas**: problemas e perspectivas. In CARDOSO et al. *A Aventura Antropológica: teoria e pesquisa*. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1986.

ELIAS, N. **A sociedade de corte**: investigação sobre a sociologia da realeza e da aristocracia de corte. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

ELIAS, N. **Introdução à sociologia**. Lisboa: Edições 70, 1970.

ELIAS, N. **Os Estabelecidos e os Outsiders**. 1. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2000.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. O nascimento da Medicina Social. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

GUSSO, G. et al. Terminologia da Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Vol. 36. RJ jan-mar/2012.

HERZLICH, C. « Type de clientèle et fonctionnement de l'institution hospitalière », **Revue Française de Sociologie**, XIV, 1973, p. 41-59.

IBGE. **Perfil das mulheres responsáveis pelos domicílios no Brasil**. 2000. Disponível

em:<<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfildamulher/apresentacao.shtm>>. Acesso em 23jan2014.

LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians: a working document.** Minister of Supply and Services Canada, 1981.

LEMCO, J. **National health care: lessons for the United States and Canada.** Ann Arbor: University of Michigan Press, 1994.

LOPES NETO, D.; NÓBREGA, M.M.L. Holismo nos modelos teóricos de enfermagem. **Rev. Bras. Enf.** , 52(2):233-42, abr.-jun. 1999.

MAUSS, M. Ensaio sobre a dádiva: forma e razão da troca nas sociedades arcaicas. **Sociologia e antropologia.** São Paulo: Cosac Nayf, 2003.

MAUSS, M. Ensaio sobre a dádiva. **Coleção Perspectivas do Homem.** Lisboa: Edições 70, 1988.

MELLO, G.A. et al. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde: origens e diferenças conceituais. **Rev. APS**, vol. 12, n.2, p. 204-213, abr./jun. 2009.

MORELLI, T.C. **Atenção Primária em Saúde enquanto instrumento de luta pela transformação da sociedade.** Disponível em: <<http://cebes.com.br/site/wp-content/uploads/2014/07/Aten%C3%A7%C3%A3o-Prim%C3%A1ria-enquanto-instrumento-de-transforma%C3%A7%C3%A3o-da-sociedade.pdf>>. Acesso em: 24jul2014.

NEVES, V.R.; SANNA, M.C. Ensino da liderança em enfermagem: um estudo bibliométrico. **Acta. paul. enferm**, [online]. 2012, vol. 25, n.2, pp. 308-313.

NUNES, J.M.M. **Comunicação em contexto clínico.** Lisboa, 2010.

PONTES, H. Elias e Mauss: uma aproximação desejável. In: WAIZBORT, L. (org.). **Dossiê Norbert Elias**, São Paulo, 1999, Edusp, pp.20-26.

SBMFC. **Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Disponível em : <<http://www.sbmfc.org.br/>>. Acesso em : 02 fev 2013.

SENNET, R. **A corrosão do caráter**. 14. ed. Rio de Janeiro : Record, 2009.

SENNET, R. **A nova cultura do capitalismo**. Rio de Janeiro : Record, 2006.

SIMMEL, G. O problema da sociologia. In MORAES FILHO, E. **Simmel**. São Paulo: Ática, 1983, p. 59-78 (Coleção Grandes Cientistas Sociais, n.34).

SOUSA, J. Sistemas de anotação clínica. In : **MGF 2000**. Disponível em : <[http://csgois.web.interacesso.pt/MGFV001MASTER/textos/12/10\\_texto.html](http://csgois.web.interacesso.pt/MGFV001MASTER/textos/12/10_texto.html)>. Acesso em : 12 jul 2014.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, E. Reflexões sobre o paradigma holístico e holismo e saúde. **Rev.Esc.Enf.USP**, v.30, n.2, p. 286-90, ago. 1996.

TESSER, C. D. Medicalização social (II) : limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 10, n. 20, p. 347-362, jul-dez 2006.

VANDERBERGHE, Frédéric. Sociologia e epistemologia. **As sociologias de Georg Simmel**. São Paulo: Edusc, 2005, p.77-100.

VIEIRA, Evaldo Amaro. Políticas sociais e direitos sociais no Brasil. **Jornal da Usp**, seção Opinião, ano 12, n.357, 5-11 ago 1996. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/comueduc/article/view/36299>>. Acesso em: 25 Jul. 2014. doi:<http://dx.doi.org/10.11606/issn.2316-9125.v0i9p13-17>.

WHO. **Declaration of Alma-Ata**. International Conference on Primary Health Care. URSS, 6-12 september 1978.



## **APÊNDICES**

### **APÊNDICE A**

#### **ROTEIRO DE ENTREVISTA – PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

- 1) De onde você veio e há quanto tempo mora em Florianópolis?
- 2) O que te levou a escolher o seu curso de graduação?
- 3) Por que você escolheu a Atenção Primária e não outro campo de atuação profissional?
- 4) Como você vê o trabalho entre profissionais de diferentes formações neste centro de saúde?
- 5) Como você vê a comunicação entre diferentes profissionais aqui? E com relação à linguagem com os usuários que frequentam o centro de saúde?

## **APÊNDICE B**

### **ROTEIRO DE ENTREVISTA – AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

- 1) De onde você veio e há quanto tempo mora em Florianópolis?
- 2) Há quanto tempo você trabalha neste centro de saúde?
- 3) Por que você decidiu trabalhar no centro de saúde?
- 4) Como você vê o trabalho entre os diferentes profissionais no centro de saúde? Você acha que mudou alguma coisa desde que você começou a trabalhar aqui?
- 5) Como você vê a comunicação entre os profissionais? E com relação à linguagem com os usuários que frequentam o centro de saúde?

## APÊNDICE C

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_, estou plenamente de acordo em participar da pesquisa sobre a comunicação entre os profissionais de saúde e usuários do centro de saúde.

A pesquisa empírica será realizada utilizando as técnicas de entrevistas semi-estruturadas, análise documental e observação participante. Os dados serão analisados por meio de análise de conteúdo.

Estou à disposição para responder o que me for perguntado na entrevista, tendo conhecimento de que ela estará à minha disposição em momento posterior.

Sei que poderei ser acompanhado(a) em algumas das minhas atividades de rotina a fins de observação. Assim como, também, atas e materiais apresentados em reuniões podem ser analisados.

Sei que tenho liberdade de, a qualquer momento, me recusar a participar, sem nada sofrer.

Sei dos benefícios desta pesquisa de fornecer subsídios para reflexão a respeito da comunicação entre profissionais e usuários, através da análise da linguagem utilizada pelos profissionais no centro de saúde.

Sei que há o risco de eu ser analisado durante minha atuação, porém ele se restringe à linguagem utilizada por mim na relação com os usuários, não sendo objeto desta pesquisa avaliar os serviços prestados ou minha conduta profissional.

Tenho conhecimento também de que estará garantido o sigilo e que meu nome será identificado por código e não constará nos documentos finais; sei também que não tenho que pagar e nem receber nada por participar desta pesquisa e que está sendo respeitada a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de autonomia, não maleficência, e respeito à dignidade humana.

Sei que serão tomadas providências a fim de evitar danos. Sei que terei direito à assistência imediata, ou seja aquela emergencial e sem ônus de qualquer espécie ao participante da pesquisa, em situações em que este dela necessite. Assim como também tenho direito à assistência integral, no que se refere às complicações e danos decorrentes da pesquisa.

Sei que se vier a sofrer qualquer tipo de dano resultante da participação na pesquisa, previsto ou não no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tenho direito à indenização, por parte do pesquisador, do

patrocinador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa.

Sei que tenho a garantia de que receberei uma cópia deste “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”.

O projeto será aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH), da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Florianópolis, ...../...../2014.

Sujeito da pesquisa:

---

**CEPSH – Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos**

Universidade Federal de Santa Catarina

Pró-Reitoria de Pesquisa

Localização: Biblioteca Universitária Central - Setor de Periódicos  
(térreo), atrás dos arquivos deslizantes

Telefone: (48) 3721-9206

**Pesquisadora responsável: Débora Previatti**

<deborapreviatti@gmail.com>