

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social

**Saúde e democracia: discursos e práticas de acolhimento em
uma unidade de Atenção Primária em Saúde de Porto Alegre**

Lucenira L. Kessler

Orientador: Carlos Alberto Steil

Porto Alegre
2012

Lucenira Luciane kessler

Saúde e Democracia: Discursos e práticas de acolhimento em uma unidade de Atenção Primária em Saúde de Porto Alegre

Tese de Doutorado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como parte dos requisitos necessários à obtenção da título de Doutor em Antropologia Social.

Orientador: Carlos Alberto Steil

Aprovada em 13 de novembro de 2012

Banca Examinadora

Prof. Dr. Emerson Merhy

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Octavio Bonet

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Profa.Dra. Paula Sandrine Machado

Universidade Ferderal do Rio Grande do Sul

NOVEMBRO, 2012

A todos aqueles que fazem do trabalho no Sistema Único de Saúde seu “horizonte utópico”: via de fabulação e construção de outro modo de cuidar em saúde, pautado pela possibilidade de diálogo, encontro e solidariedade.

A meu pai, por tudo de precioso que me ensinou e que, agora, diante da sua ausência, ganha novos coloridos e se reafirma.

Agradecimentos

Ao professores do PPGAS/UFRGS, especialmente à Cláudia Fonseca, por ter me acompanhado parte do caminho e por ter me ensinado sobre etnografia.

Ao Carlos Steil, por sua aposta no meu “modo de olhar”, em minha perspectiva. Aposta esta sem a qual este texto não seria possível.

Aos funcionários do PPGAS/UFRGS, especialmente à Rosemeri Feijó.

Às agências financiadoras CAPES e CNPQ que tornaram possível a realização deste doutorado.

Ao Octavio Bonet, Emerson Merhy e Paula Sandrine pela disponibilidade de interlocução.

À Patrícia Fasano, um dos encontros que tive na Antropologia.

À Roberta Grudinski que no início de meu doutorado sonhou: “Havia sido chamada para ajudar no parto de meu bebê, o parto fora difícil, mas depois de certo risco, o bebê nasceu”. À Heloísa Paim por sua generosidade e disponibilidade. Ao Júnior pelas “andanças e conversas” que reverberam no capítulo 4 desta tese. Ao Rodrigo Toniol e Fernanda Heberle pela interlocução em um momento “divisor de águas”.

Às equipes de saúde do Serviço de Saúde Comunitária do GHC, nas quais realizei minha pesquisa. Especialmente à da unidade Colombina que me acolheu como pesquisadora em seu cotidiano. Aos usuários e lideranças comunitárias desses serviços.

Para a minha “rede de segurança afetiva” da Saúde Coletiva, que me permite andar na “corda bamba” entre saberes disciplinares: Lizia e Manu, por reinventarmos juntas “o que é ser psicóloga”, a partir da RIS; à Márcia Colombo por seu “coração de manteiga” e sua falta de paciência com o que não pode ser levado a sério, com o que já se tornou “uma palhaçada” no sistema público de saúde; à Flávia Costa, por sua intensidade e alegria; ao Manoel Mayer, por ter me ensinado sobre política há muito tempo e por ter se transformado em Mano; à Rose Mayer, pelo laço que temos reforçado a cada dia; ao Khaled “meu amigo de fé, irmão, camarada”! À Christianne Oliveira de Souza, pela escuta e disponibilidade quando o caminho era “escuro e nebuloso”; e também pela Martina. À Daniela Tietzmann por seguirmos compartilhando o “essencial”. À Carol Beier que como o mar, vai e vem, e, na última vinda, trouxe um menino em sua barriga.

À equipe do CRRD da ESP/RS, em especial à Rose Mayer, Jualiano Kreutz, Paula Adamy, Simone Alves, Alessandra Alberti, entre tantos outros, por permitir que sigamos equipe, transversalizando tempos e espaços; à Rafaela Riggoni, por, entre outras coisas, ter compartilhado o “ser doutoranda” comigo.

À equipe da pesquisa FIOCRUZ (especialmente ao Rafael Gil, Fátima, Oswaldo, Maurício) por ter sido continente em um momento crítico; ao Belchior Amaral pela escuta em diferentes momentos e lugares.

À Eliana Mello, por sua disponibilidade em trocar experiências, aprender e também por sua generosidade; à Thaís Leite, que mesmo à distância, demonstra uma profunda conexão comigo e com este trabalho; à Thaís Bennemam, Marina Sanes e Ana Celina pelo “devir residente” que nos une; à Daniela Dallegrove pelo “reencontro” e por abrir as portas de sua casa, quando foi necessário; ao Christofer Balen por ter feito parte, de modo tão generoso, da rede de cuidados de meu pai; à Cristina Estima por sua presença.

De forma geral, a todos meus amigos por nos levarmos para onde formos sempre “no lado esquerdo do peito”!

Em especial, à Ingrid Stoll, Andréia Proença e Patrícia Jacobsen Guerra, pelo amor sempre feliz e entusiasmado a cada reencontro! À Fernanda Gassen e Michel Zózimo pela ajuda em distintas questões “operacionais”, pela amizade e pelo humor que nos liga.

À Alba por por me acompanhar em minhas Odisséias cotidianas: entre Ulisses e Penélopes, bruxas e madrastas (nem tão) malvadas e princesas (nem tão) indefesas, guerreiras destemidas e onças pintadas, príncipes e poções de encantamento, sereias e medusas... Enfim, entre tantas narrativas e imagens dos múltiplos e mutáveis personagens que me habitam...

A minha família, especialmente à minha mãe; aos meus irmãos por termos estado juntos na despedida de meu pai e por estarmos nos reinventando como família; às minhas sobrinhas e sobrinhos por fazerem parte do que dá cores à minha vida; em especial a meu irmão Baltazar e minha sobrinha Natalya, por nossas “infâncias compartilhadas”.

A meu pai que gostava de ouvir música e de dançar!

(...) Que ilha desconhecida, perguntou o rei, disfarçando o riso, como se tivesse na sua frente um louco varrido, dos que têm a mania das navegações, a quem não seria bom contrariar logo de entrada, A Ilha Desconhecida, repetiu o homem, Disparate, já não há ilhas desconhecidas, Quem foi que te disse, rei, que não há mais ilhas desconhecidas, Estão todas nos mapas, Nos mapas só estão as ilhas conhecidas (...)

José Saramago

RESUMO

Esta etnografia descreve o cotidiano de uma unidade de Atenção Primária em Saúde-APS localizada em Porto Alegre e integrante do Serviço de Saúde Comunitária-SSC, pertencente à estrutura institucional do Grupo Hospitalar Conceição- GHC. O ponto de partida é a prática do acolhimento realizada por seus integrantes e dirigida a seus usuários. Tal ação em saúde, neste contexto, acaba por acionar discursos e práticas relativas à participação: de seus trabalhadores, assim como de seus usuários, que aparecem reunidos sob a denominação *comunidade*. São descritas as segmentações que produzem conflitos e assimetrias entre os integrantes da equipe de saúde. Neste grupo, pautado por um discurso de participação igualitária entre seus membros, há uma tensão constante entre hierarquia e horizontalidade. Além disso, múltiplos sentidos e práticas de *participação comunitária* são apontados por atores com posições distintas neste cenário. As diferentes perspectivas, desde as quais os diferentes atores significam e ensejam práticas de participação são, então, assinaladas. Por fim, as percepções dos usuários acerca do acolhimento são colocadas em primeiro plano, e, deste modo, torna-se perceptível que o sistema de saúde, assim como as distintas concepções e práticas do que seja saúde, não estão constituídos de forma acabada: são processos e não estados. Esta etnografia aborda, portanto, diferentes dimensões políticas que estão imbricadas na tecitura cotidiana e eminentemente relacional do Sistema Único de Saúde.

Palavras- Chave: Acolhimento; Sistema Único de Saúde; Democracia; Etnografia; Antropologia da Política.

ABSTRACT

This ethnography describes the daily life of a Primary Health Care unit located in Porto Alegre and a member of the Community Health Service – this latter being part of the institutional structure of the Conceição Hospital Group. This study takes as its starting point the practice of reception accomplished by members of the Primary Health Care unit, and directed to its users. In this context, such a practice ultimately prompts up discourses and practices relating to participation: of their employees, as well as of its users, who appear grouped under the heading *community*. Further, this work describes the segmentation and asymmetries that come up as sources of conflict among members of the healthcare team. In this group, which is guided by a discourse of equal participation among its members, there is evidence of an ongoing tension between hierarchy and horizontality. In addition, multiple meanings and practices of community participation are highlighted by actors who hold different positions in this scenario. The different perspectives from which the different actors convey meaning, as well as give rise to practices of participation are then marked. Finally, users' perceptions regarding reception are placed in the foreground, thus making it noticeable that the health system, as the different concepts and practices of what health is, are not at all an accomplished, unimprovable product, for, they are processes, not states. Therefore, this ethnography addresses the different political dimensions that are embedded in the everyday, distinctively relational fabric of the Unified Health System.

Key Words: Reception; Unified Health System; Democracy; Ethnography, Anthropology of Politics.

LISTA DE ABREVIATURAS

AB: Atenção Básica
ACS: Agente Comunitário de Saúde
AMBACO: Associação de Moradores do Bairro Colombina
APS: Atenção Primária em Saúde
CF: Constituição Federal
CLS: Conselho Local de Saúde
CSE- Murialdo: Centro de Saúde-Escola Murialdo
CRRD: Centro de Referência e Assessoramento em Redução de Danos
CTA-Caio Fernando Abreu: Centro de Testagem e Aconselhamento Caio Fernando Abreu
ENSP: Escola Nacional de Saúde Pública
ESP/RS: Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul
GHC: Grupo Hospitalar Conceição
HC: Hospital Conceição
HCPA: Hospital de Clínicas de Porto Alegre
MFC: Medicina de Família e Comunidade/ Médico de Família e Comunidade
MGC: Medicina Geral Comunitária/ Médico Geral Comunitário
MOVA: Movimento de Alfabetização de Adultos
OMS: Organização Mundial da Saúde
OP: Orçamento Participativo
OPAS: Organização Pan-Americana de Saúde
PSF: Programa de Saúde da Família
R1: Residente de primeiro ano
R2: Residente de segundo ano
RIS: Residência Integrada em Saúde
SMT: Secretaria Municipal de Transportes
SSC: Serviço de Saúde Comunitária
SUS : Sistema Único de Saúde
UFRGS: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Sumário

Inícios e entrecruzamentos de caminhos.....	12
Aviso aos navegantes: os capítulos desta tese	17
Capítulo 1	24
A Unidade de Saúde Colombina.....	24
1.1 Preâmbulo ou “plano de fundo”: O Serviço de Saúde Comunitária	25
1.1.2 A criação do SSC	27
1.1.3 Uma rede articulada de serviços	32
1.2 Distintas inserções nas equipas de saúde.....	35
1.3 Primeiro Plano do Cenário: Unidade de Saúde Colombina.....	37
1.3.1 Para se chegar à unidade Colombina.....	37
1.3.2 Adentrando o espaço da unidade Colombina.....	39
1.3.3 Os integrantes da Agremiação Colombina.....	47
1.3.3.1 Para além dos números e critérios classificatórios	50
1.3.4 O terreno compartilhado com a AMBACO.....	51
1.3.5 Os usuários deste serviço de saúde	52
Capítulo 2	54
<i>O Acolhimento é bandeira de toda equipe e foi.....</i>	<i>54</i>
<i>construído junto com a comunidade!</i>	<i>54</i>
2.1 A atmosfera sentida e os rumores ouvidos: narrativas e práticas relativas à participação de trabalhadores e usuários no funcionamento da unidade de saúde	57
2.2 Acolhimento como dispositivo de participação	59
2.3 Cenas do acolhimento	62
2.4 Primeiras impressões do acolhimento	68
Capítulo 3	70
<i>Bandeira de toda a equipe: o todo é feito de partes.....</i>	<i>70</i>
3.1 Nem tudo são flores: a irrupção do conflito	71
3.2 Ritualização do conflito: a escala dos acolhedores.....	76
3.3 Habilidades que os acolhedores precisam ter... ..	82
3.4 “Ciranda” da escala do acolhimento: Entradas e saídas de categorias profissionais	86
3.5 Do conflito da escala às eleições para assistente de coordenação.....	91
3.6 <i>Os médicos, os médios e os outros.....</i>	<i>94</i>
3.7 O que faz uns “mais iguais” que outros?	96
Capítulo 4	98
<i>Construído junto com a comunidade: sentidos e práticas de participação comunitária na</i> <i>Unidade Colombina.....</i>	<i>98</i>
4.1 A perspectiva da equipe de saúde	103
Marta.....	104
4.2 Alternando a perspectiva: narrativas da <i>comunidade</i>	106
Walter e Celina	106
Amara	108
Rosana	109
4.2.1 A relação da AMBACO com a unidade Colombina	110
4.2.2 Momento atual da relação entre AMBACO e unidade Colombina	115
4.3 Sentidos e estilos de participação.....	118
Capítulo 5	125
Perspectivas acerca do acolhimento.....	125

5.1 Da equipe para a <i>comunidade</i>	126
5.2 Na sala de espera: dissensos sobre o acolhimento.....	132
5.3 Acolhimento na unidade Colombina: a produção de “espaços entre”	137
5.4 Na sala de espera: início e fim de um percurso de pesquisa	143
Do acolhimento à democracia:	146
apontamentos acerca da deriva entre distintas perspectivas	146
Entre horizontalidade e hierarquia: segmentação a partir das diferentes categorias profissionais	149
Dos sentidos e práticas de <i>participação comunitária</i>	152
As várias dimensões da política e a tecitura cotidiana do Sistema Único de Saúde.....	154
Referências.....	156

Inícios e entrecruzamentos de caminhos...

Minha pesquisa de campo aconteceu em duas unidades de Atenção Primária em Saúde (APS), situadas em bairros da zona leste e norte de Porto Alegre e que integram o Serviço de Saúde Comunitária-SSC, pertencente ao Grupo Hospitalar Conceição- GHC. Essas unidades de saúde são, em linhas gerais, na estrutura atual do sistema público de saúde no Brasil, aqueles equipamentos (serviços) que estão localizados próximos à moradia de seus usuários e são geralmente de pequeno porte. Isso se comparadas aos serviços regionalizados (ambulatórios e centros de saúde) ou centralizados (hospitais), representando uma espécie de nível local do sistema de saúde.

Tal como definido na Declaração de Alma-Ata, documento resultante da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde ocorrida na antiga URSS, em 1978, serviços deste tipo: "(...) Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde"¹. (BRASIL, 2001:16). No Brasil, são aqueles serviços de saúde conhecidos por *postos* ou *postinhos*, modos como usualmente são chamados por alguns usuários e trabalhadores do sistema público de saúde, e em algumas situações pela imprensa. Em sua forma diminutiva, pode apontar aspectos de proximidade, familiaridade, vizinhança, tal como o previsto no ideário dos cuidados primários

¹ As palavras ou expressões usadas em sentido figurado ou que não tenham um sentido unívoco, assim como breves citações de autores que não sejam dispostas na forma de recuo de texto serão utilizadas por mim entre aspas. As falas, expressões das pessoas que compõem o universo desta pesquisa, por sua vez, figurarão em itálico

em saúde; mas também pode assinalar sentidos pejorativos, apontando para a possível insuficiência, falta, carência tecnológica ou técnica desses serviços, se, comparados, por exemplo, às possibilidades de cuidado atribuídas aos hospitais.

Dentre os motivos que me levaram a realizar a pesquisa de doutorado acerca do cotidiano de serviços pertencentes ao Sistema Único de Saúde-SUS posso elencar, dentre outros motivos, a minha trajetória como trabalhadora (e militante) deste mesmo sistema, anterior e concomitante à minha formação como antropóloga. No ano de 2002, recém-formada na graduação em Psicologia na Universidade Federal do Rio Grande do Sul- UFRGS, começo a cursar a Residência Integrada em Saúde- RIS na ênfase Atenção Básica em Saúde Coletiva. A RIS é uma modalidade de educação profissional pós-graduada de caráter multiprofissional, destinada a diversas áreas (psicologia, enfermagem, terapia ocupacional, serviço social, nutrição, artes plásticas, educação física, dentre outras...) que, através da modalidade formação em serviço, objetiva a formação de recursos humanos dentro da lógica do SUS. Esta é uma iniciativa desenvolvida mediante a parceria entre a Escola de Saúde Pública- ESP/RS e instituições de saúde.

É no contexto de tal formação que passo a desenvolver práticas de saúde em um bairro periférico da zona leste de Porto Alegre, conhecida como Morro da Cruz, em uma unidade de saúde pertencente ao Centro de Saúde Escola Murialdo- CSE Murialdo². Neste momento, entre em contato com o ideário do Sistema Único de Saúde, e passo a realizar uma série de atividades que se desdobram dessa nova lógica de atenção à saúde. Por exemplo, realizei desde uma atenção mais individualizada e pautada na recuperação da saúde mental, já que sou psicóloga, até o conhecimento do território no qual o serviço de saúde estava inserido, o que significava conhecer as características sociais, geográficas, epidemiológicas, assim como os diversos modos de viver ali presentes... E é diante da alteridade inegável presente nos “distintos modos de viver” percebidos naquele bairro periférico de Porto Alegre, que algo em

² O CSE- Murialdo existe desde 1976 como centro formador de profissionais em Saúde Pública. Na época de minha residência, ele era constituído de equipes multiprofissionais que atuavam em sete unidades de saúde na ênfase Atenção Básica em Saúde Coletiva.

mim começa a se mover em outras direções... A procura de novas ferramentas...

Em 2004, desenvolvo um projeto destinado aos adolescentes de tal localidade que tinha como objetivo “acompanhá-los” nos lugares em que corriqueiramente estavam: as esquinas do Morro da Cruz. E chamava esse “estar junto” de promoção da saúde. E foi nesse contexto de trabalho que li algumas etnografias, tais como: Sociedade de esquina de Foot-White, Cartografias da Cultura e da Violência e Itinerários de Corpos Juvenis de Glória Diógenes. Da Saúde Coletiva fui chegando à Antropologia: em 2006, fui aprovada na seleção para o mestrado no Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da UFRGS e, em certa continuidade com a experiência que havia tido junto aos adolescentes do Morro da Cruz, acabei desenvolvendo uma etnografia acerca do graffiti e da pichação em Porto Alegre, nominando tais práticas de apropriações visuais do espaço da cidade (KESSLER, 2008).

Ao término do mestrado, um duplo sentimento: um desejo de me apropriar mais profundamente do método (etnografia) e do referencial teórico da antropologia, mas também uma necessidade de retornar ao campo (Saúde Coletiva) e ao contexto (Sistema Único de Saúde) que havia me levado ao fazer antropológico. O campo teórico e de atuação da Saúde Coletiva é para mim um território eminentemente político: as formas de produzir o cuidado em saúde são também produções de ordem política em constante disputa no interior do SUS. E das discussões da antropologia (da) política fui levada de volta ao sistema público de saúde, movida pelo desejo de interrogar aquilo que me era já familiar e também precioso (o fazer política no cotidiano dos serviços da rede pública de saúde) desde as ferramentas metodológicas e teóricas construídas ao longo da história da disciplina antropológica. Dito de forma simples, tratava-se da operação básica da antropologia nas sociedades contemporâneas de “estranhar o familiar” (VELHO, 1978). Esta tese é, portanto, resultado de um exercício de “rotação de perspectiva” que, ao olhar para o contexto do Sistema Único de Saúde desde a antropologia, acabei por experimentar.

A deriva entre lugares e perspectivas

No Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, assim como no CSE- Murialdo em convênio com a ESP/RS, se desenvolve a Residência Integrada em Saúde³ e a Residência de Medicina de Família e Comunidade⁴. Desde minha experiência como residente, percebia que os lugares de formação eram “espaços férteis” para captar tensões e disputas relativas ao processo de implementação do SUS, já que essas duas Residências estão vinculadas à formação de recursos humanos para o trabalho no SUS. Por outro lado, ao contrário do contexto do CSE-Murialdo, não conhecia o dia a dia destes serviços de atenção primária em saúde, nem estas formações em serviço no GHC. Com esta escolha eu acreditava que conseguiria observar movimentos no sentido da implementação de outras formas de fazer saúde pública, além de me colocar em um ambiente de trabalho e de formação em saúde pública que me era desconhecido, assim como uma parte da cidade na qual raramente havia circulado até então- a Zona Norte. Ou seja, de imprimir mínimos elementos de alteridade na pesquisa planejada.

Início por volta de outubro de 2009 efetivamente a pesquisa de campo em uma das unidades do SSC, chamada aqui de Arlequim⁵, e em março do ano seguinte me desloco para outra das unidades, a Colombina. Tal deslocamento foi motivado pelo fato de que nesta última unidade havia acolhimento. Dito forma bastante simplista esta é uma prática em saúde que pretende humanizar e democratizar o acesso dos usuários ao sistema de saúde. E, desde minhas experiências no SUS, podia dizer que eram raros os

³Formação multidisciplinar, abrangendo as áreas de enfermagem, fisioterapia, psicologia, serviço social, farmácia, nutrição, odontologia, terapia ocupacional e fonoaudiologia. Projetos vinculados ao fato de o GHC ser uma instituição voltado para o ensino e pesquisa, estando relacionados à formação de trabalhadores em gestão e assistência, assim como a realização de pesquisas voltadas para as necessidades do SUS. Disponível em: <http://www.ghc.com.br/default.asp?idMenu=2&idSubMenu=5>. Acesso em 30 de setembro de 2009.

⁴ É um dos curso de pós-graduação “lato sensu” (Residências Médicas) que visa a formação de especialistas, através de programa de treinamento, desenvolvido em ambiente médico-hospitalar e ambulatorial. Pretende qualificar o processo de formação e conferir título de especialista a médicos residentes, que anualmente são inseridos no mercado de trabalho, fundamentalmente no SUS. Disponível em: <http://www.ghc.com.br/default.asp?idMenu=2&idSubMenu=5>. Acesso em 30 de setembro de 2009.

⁵ Os nomes utilizados para as unidades aqui são fictícios, recurso que acreditei ser necessário para para preservar a confidencialidade relativa à obtenção das informações, justamente por estar pesquisando serviços que integram uma mesma rede de relações.

serviços que efetivamente haviam implementado tal forma de acesso a seus usuários. Foi, então, “querer ver mais de perto” a prática de tal ação em saúde que me levou até a Colombina e que lá me fez ficar como pesquisadora até fevereiro de 2012. A prática de acolhimento na unidade Colombina é o pretexto, a “porta de entrada” para este texto.

Para Goldman (2006) a diferença entre o saber antropológico e o saber *nativo*, não está apoiado no fato de que o primeiro seja mais objetivo, totalizante ou verdadeiro que o segundo, mas sim que a antropologia confere, a priori, o mesmo valor a todas as histórias, às todas as posições. E a partir de tal “porta” (o acolhimento na unidade Colombina) me foi possível construir certa deriva entre as distintas perspectivas (dos integrantes da equipe, dos usuários, da *comunidade*) acerca do que venha a ser a participação nessa unidade de saúde pertencente ao Sistema Único de Saúde. Deriva esta que podemos qualificar como simbólica (entre distintas posições, perspectivas e significados), mas que se constrói a partir de deslocamentos literais: da sala do acolhimento para a sala onde ocorriam as reuniões de equipe, para a sala de espera e demais espaços da unidade Colombina... E para fora da unidade: para a sede da Associação de Moradores e para as casas das *lideranças comunitárias* e de volta à sala de espera...

Aviso aos navegantes: os capítulos desta tese

O ponto de partida desta tese, o seu primeiro capítulo, intitulado **A Unidade de Saúde Colombina**, trata da apresentação e da descrição do contexto mais amplo, do “plano de fundo”, ao qual tal unidade de saúde está vinculada: O Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. Torna-se necessário, então, retomar a criação do SSC articulada ao movimento de cunho internacional conhecido como Saúde Comunitária, relacionada à necessidade de formação de médicos com outro modo de atuar: os então médicos gerais comunitários. Na medida em que o SSC amplia-se, ao se desdobrar em distintas unidades, localizadas principalmente em bairros da zona norte de Porto Alegre, e compor uma rede articulada de serviços, o nome da “especialidade” médica, a partir de muitas disputas no interior do “campo”

muda e agora os médicos que caracterizam o cenário de tal Serviço passam a chamarem-se médicos de família e comunidade. Donnangelo (1976) e Knauth (1991) fazem-se aqui fundamentais: a primeira ajudando a compreender a Saúde Comunitária em seu escopo mais amplo e a segunda retratando o SSC do GHC no início dos anos 90. E a etnografia de Bonet (2003) nos ajuda a compreender “desde dentro” as peculiaridades de tal fazer médico, assim como as inúmeras disputas no interior do campo, que resultam na troca do nome de tal “especialidade médica”.

Só nos é possível chegar ao “primeiro plano” do cenário da pesquisa (a unidade Colombina), então, se estivermos situados nessa imbricação entre Saúde Comunitária, e os elementos contra hegemônicos com relação ao campo da saúde pública vigente no Brasil no final dos anos de 1970, e a atual Medicina de Família e Comunidade. E assim situados, é possível percorrer o caminho que leva à unidade Colombina. A continuidade do capítulo constitui-se então de uma apresentação desta última: seu espaço físico, seus integrantes, sua “vizinhança” com relação à Associação de Moradores do Bairro Colombina-AMBACO e seus usuários. Este é, portanto, o capítulo de “chegada” ao contexto de minha pesquisa.

No capítulo 2, a apresentação feita é de outra ordem e complementar. O acolhimento, forma de acesso ao SUS teorizado por Merhy *et al* (1999) e atualmente previsto na Política Nacional de Humanização deste sistema de saúde, é narrado como uma espécie de “cartão de visitas” de tal equipe, como elemento distintivo com relação às outras unidades do SSC. Além disso, descrevo a “atmosfera sentida”: esse cotidiano está marcado por uma discursividade pautada pela participação igualitária de seus integrantes. As perguntas que organizam esta parte da tese poderiam ser: De que forma os integrantes de tal equipe se caracterizam como “grupo”? E de que forma certa discursividade sobre o acolhimento é acionada em certa atmosfera de “igualdade” e (busca) de democracia entre os distintos atores que compõem esse cenário? E é na medida em que o acolhimento na Colombina acaba por acionar discursos e práticas relativos à participação de seus integrantes (*bandeira de toda a equipe*) e de seus usuários (*e foi construído junto com a comunidade*), é possível certo desencaixe com relação ao que poderia ter sido o objeto desta tese: essa ação em saúde não será analisada aqui apenas em

sua dimensão de “atenção à saúde”, em termos das relações e das intervenções em saúde que possibilita nas situações específicas de acolhimento.

A prática desta ação em saúde na unidade Colombina, para além da dimensão de produção do cuidado em saúde, torna-se “porta entreaberta” a partir da qual “olhar” para os diferentes sentidos e práticas de participação neste contexto, uma espécie de “cais” ou “porto” do qual partimos e iniciamos a deriva (entre diferentes perspectivas) que irá tomando forma nos capítulos decorrentes. Meu objeto de pesquisa é construído, então, na imbricação da produção de cuidado e da política: das cenas de acolhimento à multiplicidade de sentidos e práticas relativos à participação. Assim, torna-se pertinente transformar em título deste capítulo a narrativa hegemônica sobre essa prática em saúde: ***O acolhimento é bandeira de toda equipe e foi construído junto com a comunidade.***

Dos “encontros” entre usuários e integrantes da equipe ocorridas na sala de acolhimento torna-se possível captar relativa flexibilização dos modos formalizados de trabalho. No acolhimento na Unidade Colombina as deliberações, as decisões tomadas são “contextuais” e dialogam, jogam com as regras formalizadas pela equipe, não as seguindo necessariamente de forma absoluta. Assim, a prática do acolhimento nessa equipe torna-se espelho capaz de refletir as relações entre seus distintos integrantes, mediante seus engajamentos nessa ação em saúde. Ainda mais quando se trata de uma prática em saúde que tem como um de seus ideais: reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este se desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional- a equipe de acolhedores (MERHY *et all*, 1999).

A partir deste ponto então chegamos ao capítulo 3, ***Bandeira de toda a equipe: o todo é feito de partes.*** O foco são as relações entre os distintos integrantes da equipe, pautadas por um discurso de participação igualitária de seus integrantes, mas também marcadas por uma constante tensão entre simetria e hierarquia. As reuniões são os “palcos” privilegiados para a “irrupção” dos conflitos, das disputas entre as categorias profissionais. Utilizando-me da abordagem antropológica contemporânea do ritual, analiso as reiteradas explicitações de conflitos ocorridos nas reuniões como momentos de intensificação do que é usual em determinado contexto, ou seja, como

momentos rituais (PEIRANO, 2001; COMMEFORD, 1999) de explicitação de clivagens, hierarquias que conformam as relações deste grupo. São elementos etnográficos, ainda, narrativas relativas à historicidade desse grupo e do processo de implementação do acolhimento. Através das várias narrativas apresentadas por distintos atores, que às vezes pretendem contar como o acolhimento começou, e em outras assumem um tom “casual” como se aquele que as conta não tivesse nenhuma pretensão ou deixasse “escapular” um segredo, algumas das clivagens, a partir das quais se dá a participação das distintas categorias profissionais ou de pertença à equipe no processo de trabalho do acolhimento, vão ficando visíveis em um cenário supostamente igualitário.

Assim como, em operações de reversão de significados e posições, os membros dessa equipe as colocam em risco. Clivagens essas que podem ser interpretadas a partir da noção de capital cultural de Bourdieu, relativa ao grau de escolarização, nível de formação profissional dos diferentes integrantes da Colombina. Segmentações relativas às práticas de acolhimento, que podem ser úteis para a compreensão de como, de modo mais amplo e geral, se dá a participação e acontecem os processos decisórios na unidade Colombina, de como neste contexto funciona a democracia, seguindo Goldman (2006) em sua perspectiva etnográfica da política.

E então, após essa espécie de mergulho no cotidiano de relações entre os membros da equipe, vamos em direção à *comunidade*. Um dos princípios da Saúde Comunitária, conforme assinalado no capítulo 1, é a *participação comunitária*. Na história do Serviço de Saúde Comunidade a categoria *comunidade* ganha relevos especiais. O SSC, no entanto, é um conjunto de distintas unidades de saúde, cada uma com certo contexto de implementação, composta por uma específica equipe de saúde, atuante em um bairro ou localidade específicos da cidade. Neste sentido, a *participação comunitária* precisa ser compreendida contextualmente, e a *comunidade* ao invés de homogênea torna-se múltipla e contextual, composta de distintos atores que mobilizam distintas práticas (e táticas) de participação. Na unidade Colombina, por exemplo, é possível perceber, à primeira vista, uma “relação de vizinhança, de parceria”, entre unidade de saúde e Associação de Moradores.

Relação esta estabelecida no período de criação da unidade de saúde e mantida até o momento atual. A unidade de saúde inicialmente ocupou a primeira sede da associação e foi criada pela mobilização dos integrantes desta. Há uma proximidade física entre a sede da associação de moradores e da unidade de saúde, estão situadas no “mesmo terreno” e em diversas atividades a unidade de saúde utiliza-se do espaço da associação para realizá-las. Neste contexto, Associação de Moradores confunde-se com a *comunidade*, nos discursos de integrantes da equipe e da Associação. A prerrogativa de *participação comunitária* tão preciosa à Saúde Comunitária reafirma-se, é ressaltada, assim como ganha novas perspectivas e possibilidades, nas narrativas de criação desta unidade, nas de implementação do acolhimento, assim como na justificativa para realização de atividades como as *Oficinas de Planejamento Participativo*. O quarto capítulo, intitulado **Construído junto com a comunidade: sentidos e práticas de participação comunitária na Unidade Colombina**, por sua vez, partindo da discursividade relativa ao acolhimento, vai em direção aos distintos sentidos e práticas relativos à *participação da comunidade*, apontados pelos distintos atores em suas trajetórias: Sejam eles integrantes da equipe, integrantes da comunidade ou aqueles que, assumindo uma posição híbrida nesse cenário, são integrantes da equipe e também da *comunidade*. Seguindo as direções apontadas por Côrtes (2009) e Goldman (2006), não se trata aqui de avaliar o quanto as práticas participativas são consonantes ou não com os ideais de participação cidadã presentes no ideário da democracia participativa, e sim de assinalar a partir de qual posição - que permite forjar determinada perspectiva – os diferentes atores apresentados ao longo deste capítulo significam e ensejam práticas de participação.

O último capítulo aborda as diferentes concepções e “avaliações” que integrantes da equipe, pessoas da *comunidade* e usuários têm dessa forma de acesso, daí seu título: **Perspectivas acerca do acolhimento**. Assim, tornamos a olhar desde a “porta de entrada” que nos permitiu a construção do percurso até aqui: o acolhimento na unidade de saúde Colombina. Seguindo, em um primeiro momento, as percepções dos “personagens” apresentados no capítulo anterior (integrantes da equipe e da *comunidade*), chegamos à sala de espera, a fim de acessar as perspectivas dos usuários, que estavam esperando para

passar pela sala de acolhimento. De forma geral, podemos perceber uma avaliação positiva do acolhimento (e de seus efeitos no modo de organizar o funcionamento desse serviço de saúde). Os critérios para as percepções positivas e negativas, no entanto, são variáveis de acordo com aquele que as enuncia. Aprovação aqui de forma alguma significa unanimidade. Aspectos distintos de tal prática em saúde vão sendo assinalados, colocados em relevo por esses usuários, que compõem um cenário heterogêneo e complexo relativo: a quem são, ao que vieram buscar ali (necessidades em saúde que engendram diferentes concepções de saúde-doença) e de que forma o acolhimento se encaixa em seus percursos em busca de saúde. A noção de itinerários terapêuticos utilizada por Bonet (2010) serve de chave analítica: Não há aqui uma oposição entre o território do vivido nesses serviços, nesse território das micro-práticas, e o terreno macro das políticas. O sistema de saúde, assim como as distintas concepções e práticas do que seja saúde, não estão constituídos de forma pronta e acabada: são processos e não estados.

A noção de diálogo terapêutico (intercultural) de Bonet e acolhimento como prática intercessora de Mehry (1997;1999) confluem, encontram-se nessa dimensão cotidiana, relacional do fazer saúde, a partir da descrição da cena de acolhimento de uma usuária específica da unidade Colombina. Em tal cena, podemos conhecer o percurso entre distintos serviços de saúde que a levava até ali; a negociação com os integrantes da equipe com relação ao que viera buscar; assim como a mudança que ocorre em sua percepção (avaliação) com relação a esta mesma prática em saúde. O encontro, o espaço de relação com o médico deixou de assumir, no entanto, o formato de uma consulta individual com o profissional médico, sendo considerada uma consulta dia, e tornou-se um “espaço entre” vários atores: a usuária, que figura no texto como Fernanda, a agente comunitária de saúde, o médico e podemos considerar também ali a presença da pesquisadora. É no espaço “inter” das relações ali estabelecidas que assistimos à “publicização” da negociação entre usuária e médico da equipe. O acolhimento, então, torna-se dispositivo potente para a produção de “espaços entre” (ou inter) os distintos atores que “habitam” esse cenário.

Para aqueles que agora “partem rumo” à leitura desta tese, eu espero que “bons ventos” os conduzam na deriva entre múltiplas perspectivas, que compõem o cenário da Unidade de Saúde Colombina. Deriva esta, aliás, construída a partir de inúmeros espaços “inter” ou “entre”, tendo em vista que esta tese resulta dos inúmeros encontros e desencontros que vivenciei em meu processo de investigação. Boa viagem!

Capítulo 1

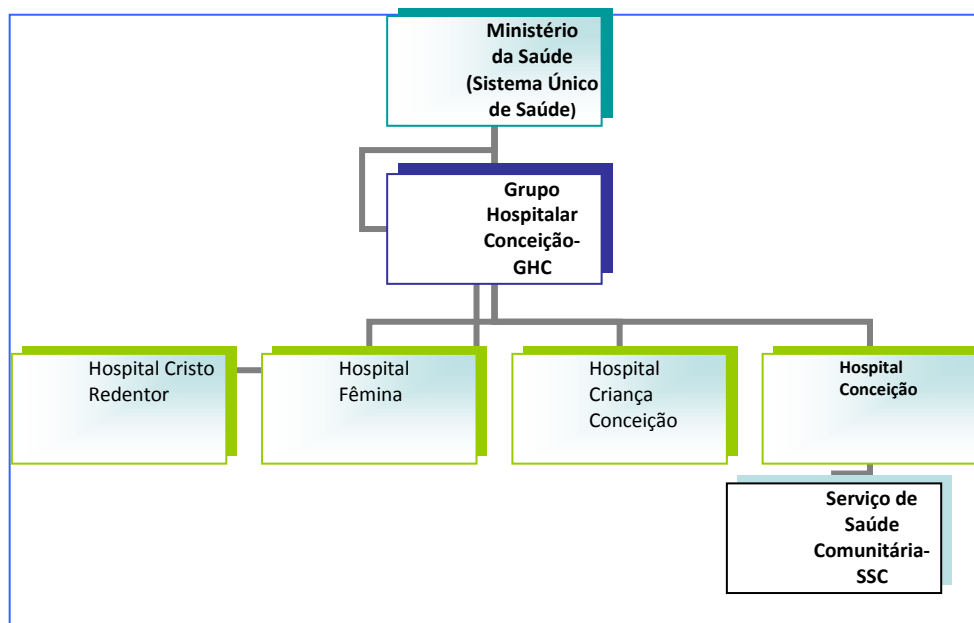
A Unidade de Saúde Colombina

1.1 Preâmbulo ou “plano de fundo”: O Serviço de Saúde Comunitária

O Serviço de Saúde Comunitária- SSC, pertencente ao Grupo Hospitalar Conceição- GHC, é constituído por um conjunto de 12 unidades de saúde, dentre as quais estão as duas unidades nas quais realizei minha pesquisa de campo. O GHC⁶, por sua vez, é atualmente vinculado ao Ministério da Saúde, e é totalmente subsidiado pelo Sistema Único de Saúde, ou seja, não há convênios estabelecidos com a iniciativa privada, é o que é chamado *de atendimento 100% SUS*. As unidades que compõem o SSC fazem parte da rede de serviços de Atenção Primária/Básica⁷ do município de Porto Alegre, mas não são gerenciadas pelo governo municipal e sim pela gerência do Serviço de Saúde Comunitária, uma das diversas gerências do Hospital Conceição, que é, por sua vez, um dos integrantes da estrutura institucional do Grupo Hospitalar Conceição. Esta estrutura hierárquica pode ser melhor compreendida, a partir do esquema gráfico a seguir.

⁶ O Grupo Hospitalar Conceição é integrado pelos hospitais Fêmina, Criança Conceição, Nossa Senhora da Conceição (chamado correntemente apenas de Conceição), Cristo Redentor e pelo Serviço de Saúde Comunitária, como será detalhado a seguir.

⁷ É possível se fazer uma distinção entre APS e Atenção Básica no tocante ao entendimento do trabalho a ser feito nas unidades de saúde. Este é um dos inúmeros pontos de disputas no interior do SUS. Para uma discussão mais aprofundada ver, dentre outros, RIGHI (2002) e CAMPOS (2010).



Deste modo, embora, as unidades do SSC dividam a atenção à saúde de populações que vivem nas zonas noroeste, eixo norte-baltazar e leste de Porto Alegre com serviços de atenção primária/ básica sob a administração da prefeitura desta cidade, não estão sob a chancela deste poder e sim ao do Grupo Hospitalar Conceição, que tem vínculo direto com o Ministério da Saúde, e mais especificamente à gerência do SSC, que é um dos componentes do organograma do Hospital Conceição.

Então, ao mesmo tempo que compõem junto com os serviços municipais uma rede de cuidados à saúde, também se diferenciam destes em múltiplos aspectos, seja em termos do nível de governo a que esteja vinculado (federal ou municipal), dos fluxos de referência e contrarreferência e das características destes serviços. Os usuários das unidades do SSC acessam mais facilmente os recursos disponíveis no Hospital Conceição e dos outros hospitais que integram o GHC. Por outro lado, os trabalhadores destas unidades reclamam que as consultas para as especialidades médicas e outras disponíveis aos seus usuários são em número menor do que as disponibilizadas para usuários dos serviços municipais. Além disso, as unidades do SSC tem construído uma lógica de atenção à saúde pautada na atuação multidisciplinar, possuindo médicos de família e comunidade (MFCs), assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros, odontólogos, e em certas unidades terapeutas ocupacionais, nutricionistas, dentre outros... Ou seja, há

uma maior multiplicidade de profissionais da saúde, o que permitiria uma maior integralidade na atenção à saúde, se comparada com a atenção prestada pelos serviços municipais. As unidades do SSC são *locus* de formação de inúmeros estudantes e profissionais da áreas da saúde, através de estágios e das Residências de Medicina de Família e Comunidade (MFC) e Residência Integrada em Saúde (RIS) na ênfase Saúde da Família, que permitiria um constante repensar e atualizar a ação em saúde.

Assim, pode-se dizer que entre a rede de serviços de atenção primária (ou básica) municipal e as unidades do SSC há uma certa composição, cooperação, agir conjunto, mas também tensões, dissonâncias e concorrências. Pode-se dizer que a os serviços de atenção primária que compõe o SSC acabam por constituir uma espécie de “ilha” apartada, não totalmente integrada à rede municipal, sendo conhecidos como *os postos do Conceição*. Bárbara Raupp, assessora de Apoio Técnico em Planejamento & Gestão do Serviço de Saúde Comunitária, em material organizado por ela e destinado aos trabalhadores do SSC afirma que:

A política do SSC vem se construindo em sua história e na dinâmica entre diferentes atores sociais, isto é, profissionais de saúde, população, gestores do SSC, GHC e SUS. A relação do GHC com o Sistema Municipal de Saúde vem evoluindo de uma total independência para uma aproximação progressiva, apesar da dificuldade de formalização de convênio que regule o Sistema de Atenção Primária na cidade de Porto Alegre. (RAUPP, 2008:163 e 164)

1.1.2 A criação do SSC

O Serviço de Saúde Comunitária tem sua história associada ao surgimento, no interior do Hospital Conceição, de um programa de Residência em Medicina Geral Comunitária, que atualmente conformou-se como Residência em Medicina de Família e Comunidade. A partir de 1980, começa no interior da Residência em Medicina Geral no Hospital Conceição, sob a liderança de um médico chamado Carlos Grossman e atuação de alguns dos residentes desse programa, certa movimentação que levará ao credenciamento pela Comissão Nacional de Residência Médica do Programa de Residência em Medicina Geral Comunitária do Hospital Conceição em 1983, após a criação de uma Unidade de Medicina de Família, localizada, ainda, dentro do Hospital

Conceição. A partir desta primeira unidade, localizada inicialmente em espaço hospitalar⁸, nas décadas de 1980 e 1990, a partir de um movimento centrífugo de afastamento do espaço hospitalar, mais outras 12 serão criadas em diversas *comunidades* de Porto Alegre, localizadas em linhas gerais da Zona Norte da capital. Atualmente, no entanto, esse serviço é composto de 12 unidades, já que a localizada em outra região da cidade, junto a um serviço municipal, intitulado Pequena Casa da Criança⁹, foi fechada.

Deste modo, pode-se dizer que a “origem” do SSC está associada à criação de um espaço para a formação médica, como conclui Antônia, formada nesse Serviço e trabalhadora há 20 anos em uma das duas unidades nas quais realizei a pesquisa de campo: *Então, todo o serviço foi montado em cima da residência médica [Geral Comunitária]. Em um primeiro momento, era um serviço centrado na figura do médico. Era um serviço formador de médicos*¹⁰. Médicos Gerais Comunitários a princípio e, recentemente, Médicos de Família e Comunidade.

Knauth (1991), por sua vez, desenvolveu sua etnografia junto aos moradores da Vila Dique e profissionais de saúde vinculados ao Posto de Saúde da Vila Floresta, integrante do Serviço de Saúde Comunitária. A antropóloga está interessada em etnografar as diferenças entre os sistemas de representações/ práticas acerca de saúde, corpo, doença e cura entre os profissionais de saúde, especialmente os médicos que aí trabalham, e daqueles que são alvos de suas práticas, os moradores desta *comunidade*. Embora o foco de Knauth (estudo dos sistemas de representações sociais relativas ao corpo, doença, saúde e cura) seja bastante distante do meu, torna-se importante retomar sua etnografia, pois esta oferece elementos para comparação e compreensão diacrônica do cenário no qual realizei minha etnografia: sua pesquisa realiza-se no período inicial do Serviço de Saúde Comunitária.

Bonet (2003) em sua etnografia intitulada “Os médicos da pessoa. Um estudo comparativo sobre a construção de uma identidade profissional”

⁸ Esta unidade atualmente localiza-se fora do hospital. Paradoxalmente, chama-se Unidade Hospital Conceição e está situada na Rua Álvares Cabral, 429 - Bairro Cristo Redentor.

⁹ Localizada na Vila Conceição, conhecida como Vila Maria Degolada.

¹⁰ A Residência Integrada em Saúde (RIS), que prevê a formação de outros profissionais, tais como enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, dentre outros, na ênfase Saúde da Família só ocorreu em 2004.

compara as formações de médicos de família no Brasil e na Argentina. Com relação ao nosso país, ele descreve e analisa as disputas relativas às concepções/práticas do que seja essa especialidade médica que levaram à troca do nome nesse campo de atuação médica: de Médico Geral Comunitário para Médico de Família e Comunidade. Processo esse que levou também à mudança na forma de denominar também o programa de residência médica, não mais Residência em Medicina Geral Comunitária e sim Residência em Medicina de Família e Comunidade. A etnografia de Bonet (2003) nos permite compreender que a troca do nome dessa especialidade médica está vinculada, no Brasil, à criação de novos postos de trabalho a partir da implementação, por parte do Estado, do Programa de Saúde da Família, os PSFs, atualmente chamado de Estratégia de Saúde da Família.

Bonet (2003) e Knauth (1991), embora separados pelo tempo e por distintos objetos de pesquisa, acabam por assinalar algumas dos princípios de atuação ou epistemologia (BONET, 2003) desta nova especialidade médica, pautada por um outro discurso e pela possibilidade de novas práticas e que acaba por ocupar uma “posição dominada no campo médico” (KNAUTH, 1991). Knauth (1991) diz que a posição do Médico Geral Comunitário acaba sendo periférico no campo médico: essa especialidade médica acaba tendo menor reconhecimento no campo médico, mas também é a que se propõe a operar rupturas no fazer médico. Bonet (2003), por sua vez, ressalta que a nova epistemologia apresentada pela Medicina de Família e Comunidade, buscaria retomar princípios da atenção integral à saúde¹¹, rompendo com a medicina flexiriana, caracterizada pela lógica das especialidades e exercida nos hospitais.

De acordo com Donnangelo (1976), a Saúde Comunitária é um desdobramento da Medicina Comunitária, projeto de “reforma médica” surgida nos anos de 1960 nos Estados Unidos e vinculada à política deste país nesta época e relativa a programas assistenciais destinadas à pobreza. De um lado, podemos percebê-la como um projeto de extensão da assistência médica a populações até então excluídas do cuidado, barateando seus custos mediante estratégias tais como dispensar a utilização de tecnologias a nível

¹¹ Importante observar que a integralidade é um dos princípios do Sistema Único de Saúde.

especializado e à participação da comunidade. Por outro lado, seguindo a trilha aberta pela Medicina Integral e Medicina Preventiva, postula a determinação social do processo saúde-doença, rompendo com dicotomias entre os aspectos orgânicos e psico-sociais, entre práticas preventivas e curativas e entre indivíduo e coletivo. Saúde passa a ser concebida como um direito e via de desenvolvimento social:

Em uma de suas dimensões, essas propostas incidem sobre o princípio da “participação da comunidade” como forma de superação de problemas sociais identificados e formalizados através desse específico aparato conceitual. Extensão de serviços médico através de uma “simplificação-ampliação¹²” das técnicas em jogo, com a participação da comunidade, são os termos que compõem basicamente o campo da Medicina Comunitária (DONNANGELO, 1976: 73).

Na América Latina, a difusão do ideário da Saúde Comunitária é estimulada por agências de cooperação internacional (Organização Mundial da Saúde – OMS, Organização Pan-Americana de Saúde- OPAS e Fundação Kellog) e formalizada na Conferência Internacional Sobre Atenção Primária em Saúde em Alta- Ata, em 1978. (RESENDE, 2007). De tal documento, poderíamos assinalar o seguinte trecho:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade (BRASIL, 2001:16) .

Embora haja um modelo, uma configuração específica sendo pautada pelas agências internacionais, é preciso que se esteja atento à configurações particulares que a Medicina Comunitária assume em diferentes formações sociais (DONNANGELO, 1976). E aqui estamos assinalando as releituras feitas a nível local de um modelo que se pretende global. A seguir quadro elaborado a partir da etnografia de Knauth (1991) que sintetiza os princípios de atuação do Serviço de Saúde Comunitária, que pautava uma nova proposta de organização dos serviços de saúde, contrapondo-se ao modelo dominante no

¹² Simplificação no sentido de abrir mão do aparato tecnológico especializado e ampliação no sentido da inclusão dos determinantes sociais do processo saúde-doença.

sistema de saúde em vigor no país, naquele final da década de 80. E neste cenário surge um novo espaço, cenário para as práticas em saúde que opõe-se ao hospital, como espaço hegemônico do cuidado em saúde, o *posto de saúde*, que atualmente denomina-se unidade de saúde.

Modelo Dominante	Modelo SSC
Ênfase na atenção secundária (aspecto curativo da doença)	Ênfase na atenção primária (atividades preventivas e educativas em saúde)
Dissociação dos aspectos físicos, psicológicos e sociais na saúde/doença	Descentralização dos serviços para atendimento em postos de saúde para atender as <i>comunidades</i> (determinada população, delimitação de uma área geográfica específica de atuação)
Ênfase na formação de especialistas	Médico Geral e de Família + equipe multiprofissional
Atendimento descontínuo e fragmentado	Atendimento integral e contínuo
Difícil acesso decorrente da centralização dos serviços (hospitais)	Fácil acesso
As necessidades e opiniões das <i>comunidades</i> não eram consideradas	<i>participação comunitária</i>

De acordo com Resende (2007), no Brasil, ocorreu a incorporação crítica do ideário da Saúde Comunitária. Sanitaristas com uma posição progressista realizaram uma releitura da Medicina Comunitária, buscando justificar e subsidiar a criação de projetos contra-hegemônicos relativos ao cuidado em saúde, tais como ocorreu em Montes Claros, Paulínia, Sobradinho, Londrina, Niterói e Campinas, a partir da segunda metade da década de 1970. O Serviço de Saúde Comunitária, no período de sua criação, está, então, em consonância com outros atores coletivos e movimentos sociais em saúde que, mediante à crítica ao modelo de saúde então vigente, tensionam para a reformulação da saúde pública no Brasil e contribuem, cada qual a seu modo, para a implementação do Sistema Único de Saúde no Brasil¹³. Atualmente, este Serviço traz consigo duas pautas específicas em sua posição dentro do

¹³ Pode-se assinalar o início da implementação deste sistema, a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988 e, mais especificamente, da lei n° 8080, de 19 de setembro de 1990, que “Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes (...)”. In: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf> acessado em 30 de agosto de 2011.

SUS: A Medicina de Família e Comunidade e a Atenção Primária em Saúde-APS¹⁴.

1.1.3 Uma rede articulada de serviços

A estrutura atual do Serviço de Saúde Comunitária, surgida a partir desta primeira unidade e resultante de distintos processos nessas quase três décadas de história, pode ser vista no diagrama a seguir. Em linhas gerais, o nome de cada uma das unidades coincide com o nome do bairro ou *comunidade* em que está localizada.



¹⁴ De acordo com a concepção de Bárbara Sterfield (2002), os princípios da APS são: **Primeiro Contato:** Seja mais acessível à população, em todos os sentidos, e que com isso seja o primeiro recurso a ser buscado; **Continuidade do cuidado longitudinalidade:** a pessoa atendida mantém seu vínculo com o serviço ao longo do tempo, de forma que quando uma nova demanda surge esta seja atendida de forma mais eficiente; **Integralidade** — o nível primário é responsável por todos os problemas de saúde; ainda que parte deles seja encaminhado a equipes de nível secundário ou terciário, o serviço de Atenção Primária continua co-responsável. Além do vínculo com outros serviços de saúde, os serviços do nível primário podem lançar mão de visitas domiciliares, reuniões com a comunidade e ações intersetoriais. Nessa característica, a Integralidade também significa a abrangência ou ampliação do conceito de saúde, não se limitando ao corpo puramente biológico. **Coordenação do cuidado** — mesmo quando parte substancial do cuidado à saúde de uma pessoa for realizado em outros níveis de atendimento, o nível primário tem a incumbência de organizar, coordenar e/ou integrar esses cuidados,

O Serviço de Saúde Comunitária, embora apareça graficamente como o centro do diagrama acima, é, na verdade, resultante de uma rede articulada composta por, atualmente, doze serviços de atenção primária em saúde (doze unidades de saúde). Se, no entanto, considerarmos a gerência do SSC, componente do organograma do Hospital Conceição e, inclusive, localizada dentro deste hospital, esta sim poderia assumir um papel centralizador e aglutinador. Cabe à Gerência do Serviço de Saúde Comunitária pautar (ou tentar) os modos de fazer saúde nessas unidades. Esta instância também tem papel de mediação entre os desígnios do Ministérios da Saúde, do Grupo Hospitalar Conceição e o cotidiano local e diverso de trabalho em cada uma dessas equipes. Cada uma dessas equipes que compõem o SSC possui características específicas, dando forma a uma articulada, complexa e heterogênea rede. Além disso, pode-se dizer que o SSC, assim como sua gerência, acaba por ocupar uma posição periférica na complexa estrutura do Grupo Hospitalar Conceição (como pode ser visto no primeiro diagrama, localizado na p. 2). De acordo com Kanuth(1991) a criação e permanência depende das relações que o Serviço (e eu complementar que a Gerência de tal Serviço) estabelece com os representantes do Grupo Hospitalar Conceição:

Estas relações são bastante complexas e envolvem interesses e representantes de diferentes campos, tais como o campo político e o campo médico. Assim, se em alguns momentos, o Serviço de Saúde Comunitária consegue fazer com que a direção do Grupo hospitalar Conceição, por interesses políticos, se coloque ao lado de sua proposta (...) em outros momentos os representantes desta direção podem se posicionar contrários ao Serviço de Saúde Comunitária, em decorrência da posição que ocupam no campo médico [e político] e de interesses próprios a esta posição – como por exemplo no caso da defesa da privatização dos serviços de saúde (KNAUTH, 1991: 128)

De acordo com os profissionais das unidades de saúde, há uma considerável distância entre a lógica de atenção à saúde pautada pela lógica hospitalar e a pautada pela lógica da atenção primária à saúde. A posição marginal seria efeito de ser um serviço com uma outra lógica de atenção à saúde dentro de um contexto de hegemonia da lógica hospitalar. Posição essa experimentada pelos trabalhadores do SSC de formas diversas: para alguns “estar à margem” seria uma espécie de injustiça e desvalorização, que se refletiria no menor investimento financeiro e reconhecimento simbólico com

relação a outros profissionais do Grupo; para outros seria justamente a posição periférica que permitiria ações em saúde “desviantes” da lógica hospitalar e a experimentação de outras formas de fazer saúde pública, pautada pela proximidade dos modos de viver do usuário e pela integralidade¹⁵.

Então, o SSC é uma rede de serviços com realidades e modos distintos de colocar em prática o que seriam os princípios da APS e do SUS. São equipes com números distintos de trabalhadores e usuários; que atendem populações bastante diferentes entre si; que são constituídas por profissionais formados há mais ou menos tempo; que têm modos distintos de entender e praticar o cuidado em saúde... Assim, cada uma dessas unidades (ou equipes) teve um momento e um contexto particular de implementação. As narrativas acerca desses distintos processos, no entanto, têm um elemento geralmente compartilhado, que é a participação dessas diferentes *comunidades*, a *participação popular*, no surgimento das equipes do SSC:

Na concepção do Serviço de Saúde Comunitária, o papel desempenhado pelas entidades representativas da comunidade é determinante até mesmo para a instalação dos Postos de Saúde nestes locais. É a partir da reivindicação da comunidade deste tipo de serviço de saúde que vão ser acionados os mecanismos legais para a sua implementação (KNAUTH, 1991: 144).

Geralmente, estabelecia-se uma espécie de convênio, acordo ente o GHC, via SSC, e essas populações: à essa instituição de saúde cabia o fornecimento dos profissionais, enquanto as *comunidades* (geralmente na figura de determinadas *lideranças* ou *representações* do lugar) *cediam* o espaço físico nos quais essas novas equipes do SSC funcionariam. Então, o GHC, via SSC, entrava com os trabalhadores, e as *comunidades* com os espaços físicos. Por exemplo, uma das unidades em que realizei a pesquisa de campo, iniciou em um espaço pertencente à determinada associação de moradores existente no bairro. Atualmente, a unidade, que cresceu consideravelmente, ocupa espaço próprio, mas segue dividindo o terreno com esta associação, que também aumentou de tamanho.

¹⁵ Knauth (1991) diz que a posição do Médico Geral Comunitário acaba sendo análoga à essa: essa especialidade médica acaba tendo menor reconhecimento no campo médico, mas também é a que se propõe a operar rupturas no fazer médico. Bonet (2003), por sua vez, ressalta que a nova epistemologia apresentada pela medicina de família e comunidade, buscaria retomar princípios da atenção integralidade à saúde, rompendo com a medicina flexiriana, caracterizada pela lógica das especialidades e exercida nos hospitais.

A natureza das relações e das pactuações entre Serviço de Saúde Comunitária e as distintas *comunidades* que integraram a criação de seus distintos serviços parece, no entanto, não caber dentro de uma fórmula de pactuação e de consenso apenas. Assim como a noção de *comunidade* pode ser tornada mais múltipla, apontando para a heterogeneidade em sua composição, como nos mostra Knauth(1991). Além disso, outro aspecto importante de ser ressaltado é a dinamicidade dessa rede articulada e heterogênea que compõe o Serviço de Saúde Comunitária, é como se ela se mantivesse “aberta”. Por exemplo, em 1984 havia um *Projeto de Ampliação do Sistema de Cobertura Integral à Saúde da Comunidade*. Neste documento, espécie de plano de ação deste Serviço, era explicitada a intenção *de abertura de novos postos de saúde e a extensão do SSC para outros bairros e municípios da região da grande Porto Alegre*. No início dos anos de 1990, no momento da etnografia de Knauth, haviam sido criadas as seguintes unidades, além da Unidade Conceição, relacionada à fundação do SSC: em 1985, a unidade Vila Floresta e Vila Dique; em 1986 a unidade Divina Providência, conhecida como *Valão*; e em 1990 a unidade SESC.

Já houveram 13 unidades de saúde, atualmente, no entanto, são 12 (como pode ser visto no esquema gráfico da página 7). Este texto, por sua vez, desdobra-se da minha experiência de pesquisa em duas dessas unidades, chamadas aqui de Arlequim e Colombina.

1.2 Distintas inserções nas equipes de saúde

Minha inserção em campo iniciou em uma tarde do dia 25 de maio de 2009, na unidade Arlequim. Realizei pesquisa de campo de forma intensiva nesta equipe por um breve período: de outubro¹⁶ deste ano até fevereiro do ano seguinte. Esta experiência acabou, no entanto, por se configurar como uma inserção de caráter exploratório no Serviço de Saúde Comunitária. Em realidade, é no cotidiano da unidade Colombina que acabo por me inserir efetivamente, durante um período de aproximadamente dois anos (março de

¹⁶ Entre o primeiro contato com a equipe (maio de 2009) e o efetivo início da pesquisa de campo (outubro deste ano) transcorreu o processo de aprovação de meu projeto de pesquisa junto ao Comitê de Ética, vinculado à Gerência de Ensino e Pesquisa – GEP do Grupo Hospitalar Conceição.

2010 a fevereiro de 2012), alternando entre períodos de maior proximidade e distância.

Foi em uma conversa com Luíza¹⁷, em fevereiro de 2010, que começou o processo de deslocar-me de um serviço para o outro. Ela havia sido minha colega na Residência Integrada em Saúde e havia se transformado em amiga, a partir de nossa formação compartilhada nas unidades de saúde do Centro de Saúde Escola Murialdo- CSEM. No momento de nossa conversa, Luíza era trabalhadora do Serviço de Saúde Comunitária do GHC, atuando como psicóloga em outra das 12 unidades do Serviço de Saúde Comunitária. Assim, minha amiga e ex-colega na formação/ trabalho em saúde pública apresentava-se, então, como interlocutora importante em minha pesquisa que se iniciava. Ela, como integrante de uma das equipes, estava situada neste contexto e foi elencando, de acordo com seu ponto de vista, as unidades que julgava interessante. Dentre as equipes referidas, Luíza falou de forma entusiasmada da unidade de saúde Colombina: *Esta equipe é interessante, porque o planejamento das ações em saúde foi feito em conjunto com a comunidade e nesta equipe tem acolhimento*¹⁸.

E foi justamente a prática desta ação em saúde -o acolhimento – que me fez permanecer pesquisando nesta equipe, durante o tempo seguinte e, deste modo, acabei por não voltar ao cotidiano da unidade Arlequim. Esta tese abordará, então, de maneira central o cotidiano da unidade Colombina, tendo como “pretexto” a prática do acolhimento realizada por seus integrantes e dirigida a seus usuários. Por outro lado, é importante dizer que minha breve estada na unidade Arlequim figurará como pano de fundo para eventuais comparações. Além disso, foi justamente o trânsito de uma equipe à outra que me permitiu perceber, de um lado, o quanto essas equipes são distintas entre si e, por outro, o quanto estão conectadas, articuladas em uma rede chamada Serviço de Saúde Comunitária.

¹⁷ Os nomes atribuídos aos participantes dessa pesquisa são fictícios, estratégia usada para garantir os requisitos éticos de sigilo e confidencialidade com relação às informações concedidas por essas pessoas à pesquisadora.

¹⁸ Em linhas gerais, o acolhimento é uma prática em saúde vinculada ao acesso dos usuários aos serviços

1.3 Primeiro Plano do Cenário: Unidade de Saúde Colombina

1.3.1 Para se chegar à unidade Colombina...

Uma das rotas principais de acesso às unidades Arlequim e Colombina é em sua maior parte coincidente: para se chegar à segunda utiliza-se, assim como para chegar à primeira, de carro ou de ônibus uma importante avenida¹⁹ de Porto Alegre, que liga a zona leste à norte da cidade. Para chegar à Colombina, no entanto, seguimos adiante pela referida avenida. Vemos, então, a entrada principal da sede campestre de um clube destinado a comerciantes. Se da unidade Arlequim vemos apenas o muro “eloquente” que define os fundos desse clube, ao nos deslocarmos à Unidade Colombina, temos a oportunidade de ter uma outra “vista”: vemos a entrada frontal e oficial desse espaço de lazer, que após uma espécie de pórtico de entrada, segue definindo as fronteiras desse amplo terreno, mediante um muro que estende-se, agora, por essa importante avenida de Porto Alegre. Praticamente, ao mesmo tempo em que esse muro termina, saímos de tal avenida e entramos à esquerda, em uma estreita e sinuosa avenida que recorta um tradicional bairro da zona norte da capital.

A paisagem inicial é composta de inúmeros blocos de prédios, mas rapidamente o cenário muda e parece que adentramos em um outro tempo: conjuntos de singelas casas de alvenaria vão se repetindo pelo espaço dessa rua sinuosa, com pequenos detalhes que as singularizam, fazendo com o que parece ter sido um “conjunto habitacional para trabalhadores” perder parte de sua feição homogeneizada e serializada. Há também aí, parece-me, uma espécie de apagamento de vestígios relativos ao passado desse espaço. Entre os blocos de prédios e o conjunto de casas de alvenaria, nesta “zona de fronteira” está localizada uma terceira unidade de saúde do SSC. Seguimos adiante... A partir de um determinado ponto, as casas deixam de ocupar o lado direito da rua na qual seguimos. Agora, compõem a paisagem neste lado da rua amplos terrenos, que vão seguindo-se uns aos outros, espécies de praças e quadras de futebol. Não parecem usadas, “habitadas” por aqueles que por

¹⁹ O nome de tal via de acesso foi suprimido por questões de sigilo e confidencialidade.

ali vivem, estão sem contornos definidos. Em alguns deles, o mato é soberano, deixando a impressão de abandono.

Na quadra seguinte, já podemos avistar uma inversão: as casas fazem-se presentes no lado direito. No esquerdo, atrás de uma parada de ônibus, há uma praça. Esta sim com bancos para as pessoas sentarem e com brinquedos (escorregador, balanços...) para as crianças brincarem. Em alguns momentos, vi pessoas ocupando esse espaço que também convive com um capim alto. E desta praça já avistamos as “costas” da unidade de saúde situada em mais um desses amplos terrenos: uma pequena edificação de alvenaria pintada de branco, que destaca-se na paisagem de uma espécie de “descampado”. A calçada neste lado da rua é inexistente, o capim tapa nossos pés. Do outro lado da rua, casas também de alvenaria, mas estas amplas, de dois andares, cercadas por muros e com calçadas bem definidas.

Em frente à unidade Colombina, há um alpendre com bancos: espaço utilizado, principalmente, pelos usuários para esperar atendimentos ou proteger-se da chuva, em dias de mau tempo. Além dos bancos, podemos perceber também a existência de múltiplos cartazes, informativos destinados aos usuários: números de consultas disponíveis naquele turno, campanhas publicitárias do Ministério da Saúde, relativas à prevenção da saúde... Diante desse alpendre, próximo às escadas que dão acesso a ele, há floreiras com distintas folhagens e flores.

Se olhamos deste alpendre para a frente, enxergamos uma espécie de “galpão” de alvenaria, de forma retangular, que dá a impressão de ser maior que a unidade de saúde. É a sede da Associação de Moradores do Bairro Colombina- AMBACO. Nos primeiros tempos de minha pesquisa de campo, a fachada desse galpão era pintado com diversos graffitis, e um deles havia a pergunta: Pra que(m) serve o teu conhecimento? Já havia visto graffitis semelhantes em diversos espaços da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Ao fundo desse terreno, podemos ver alguns carros estacionados.

1.3.2 Adentrando o espaço da unidade Colombina

O espaço físico deste serviço de saúde é bem maior do que podemos depreender, ao olharmos de fora aquela pequena casa de alvenaria, pintada de branco. As primeiras vezes em que estive nesse espaço, a sensação foi de que estava em uma espécie de “labirinto”, que ia se desdobrando em distintos corredores, repletos de salas laterais. Além disso, era visível o seu aspecto de “bricolage”, a partir da qual o espaço ia sendo composto a partir de distintos materiais, e tendo as divisórias de eucatex como uma espécie de estratégia coringa de reconfiguração do espaço. Por ali, parecia que cada nova parte ia se “acomodando” às pré-existente em um clima de improviso.

A sala de espera é o primeiro espaço que acessamos no interior da unidade de saúde, quando passamos a porta que está localizada no alpendre. Neste espaço, há fileiras de assentos individualizados feitos de fibra de plástico, que estão dispostas em sua maioria com a frente virada para a televisão, que está suspensa no alto de uma das paredes. Há ainda grandes bancos estofados pretos que também servem para os usuários sentarem, enquanto aguardam. Em algumas das paredes mais murais com informativos da equipe de saúde. Próximo à parede em que está a televisão, está o administrativo, onde as auxiliares administrativas trabalham, às vezes acompanhadas de estagiários, diante de computadores que dão acesso ao sistema GHC, perto de telefones e com o conjunto de prontuários das famílias ali atendidas, organizados em prateleiras, nas suas costas.

Atualmente, a estrutura do administrativo é fechada por um vidro, que tem uma abertura inferior, pela qual integrantes da equipe e usuários interagem. A existência deste vidro é recente, passou a vigorar, a partir da reforma pela qual a unidade passou no final de 2010. João Francisco, que era então assistente de coordenação, quando o entrevistei, disse-me que as auxiliares administrativas não gostaram da inovação, estavam se sentindo desconfortáveis de trabalhar daquele jeito, como em um *aquário*. Ao lado deste setor, atrás de uma porta que está sempre fechada, o módulo de odontologia. Na direção oposta do módulo de odontologia, está a sala de enfermagem separada daquele por um pequeno corredor, no qual está um bebedouro e copos e que passa por entre os bancos da sala de espera. Neste

corredor também está situado, diante da porta que dá acesso ao administrativo, um diminuto banheiro, destinado aos usuários.

A sala da enfermagem está sempre com a porta aberta, é um espaço amplo, subdividido em pequenos espaços: uma espécie de espaço de recepção, com cadeiras e material para medir a pressão arterial, um computador sobre uma mesa com cadeira, onde os auxiliares de enfermagem acessam informações; um espaço mais reservado, com a possibilidade de ser fechado com uma cortina, no qual são realizados curativos, aplicações de injeções... Há também uma salinha para a dispensação de medicamentos, na qual há um telefone, utilizado pelos trabalhadores da equipe, para contatos com usuários, familiares, outros serviços e ligações de caráter pessoal; e um último espaço no lado contrário ao espaço para guardar as medicações, com uma grande pia de inox ali, que serve para esterilizar materiais. Saindo da enfermagem, seguimos por outro pequeno corredor que leva, no lado contrário a esta sala, à sala de vacinas, toda decorada com motivos infantis e separada dos outros espaços por paredes de eucatex. As crianças são vacinadas ai. Deste lugar, também, tal como na unidade Arlequim, volta e meia ouvem-se choros infantis.

Estamos de volta ao pequeno corredor e, seguindo, nos deparamos com uma porta e aqui está um “divisor de águas”. Minha percepção é de que esta porta dividi o espaço da unidade Colombina em dois: um onde há predominância dos usuários, outro no qual há a predominância dos integrantes da equipe. Nosso percurso desenrolava-se até agora no espaço de espera dos usuários, de acesso “mais livre” a estes e no qual sua presença é predominante. Ao passarmos por esta porta, estaremos em uma parte de “acesso restrito”, que os usuários só acessam, de forma geral, se acompanhados por algum integrante da equipe, já que ai estão os espaços de atendimento e de permanência dos integrantes da equipe. E, assim, deste outro lado da porta pode-se dizer que a presença predominante é a dos integrantes da equipe.

Antes de passarmos à descrição dessa parte da unidade na qual se dá uma predominância dos integrantes da equipe e que é, em linhas gerais, “de acesso mais restrito aos usuários” é preciso dizer que no espaço justamente posterior a essa porta, em um diminuto corredor, ocorre uma concomitante e

intensa circulação de usuários e integrantes da equipe: Um “entra e sai” de pessoas, em uma sucessão de encontros que bagunça minha separação tão estrita entre “território dos usuários” e “território da equipe”. Talvez certo borramento de fronteiras entre os espaços destinados a uns e a outros ocorra aí, pois este é justamente um ponto de passagem entre um “território” e outro. Esta porta é o dispositivo que, ao mesmo tempo, permite a separação e a conexão entre esses distintos espaços. Experimentei aí, no início de minha pesquisa de campo, momentos de uma divertida confusão, de estar como que perdida naquele pequeno corredor existente depois da porta, entre um vai e vem de pessoas que não conseguia ao certo diferenciar: seriam integrantes da equipe ou usuários?

Além dessa intensa circulação de usuários e de integrantes da equipe, nesse ponto é possível também observar momentos de sociabilidade entre os integrantes da equipe. Entre saídas e chegadas de seu ambiente de trabalho, entre uma ação em saúde e outra reúnem-se em pequenos e efêmeros grupos: sorriem, conversam, se abraçam, fazem brincadeiras entre si, combinam a realização de ações em saúde conjuntas, e, em muitas situações, de forma discreta *discutem casos*, podendo solicitar ao colega o atendimento de determinado usuário; podem acontecer neste lugar também tensionamentos entre os membros da equipe ou conversas com a pesquisadora... Nesses momentos, trabalho e sociabilidade estão imbricados, em um clima que é, de forma geral, de alegria e de afetividade. E enquanto esses pequenos grupos (de trabalhadores) se reúnem e se dispersam, os usuários passam por ali, entrando e saindo de seus atendimentos e, em algumas situações, sorriem e cumprimentam os integrantes da equipe com um abraço, beijos e apertos de mão....

Logo atrás dessa porta, então, localiza-se uma espécie de “ponto nevrálgico” de circulação de membros da equipe e de usuários: quem está na unidade, seja trabalhador ou usuário em algum momento provavelmente passará (e se encontrará com alguém), justamente aí. Esse é o ponto no qual se dá o encontro dos distintos e possíveis fluxos de usuários e membros da equipe. Ao lado desse lugar “de encontro das águas”, utilizando-me de uma licença poética, está cozinha, na qual está localizado o ponto eletrônico. Os

trabalhadores contratados²⁰ da equipe, ao chegar ou ao sair, precisam passar seu cartão-ponto neste pequeno aparelho, que registra a frequência dos funcionários do Grupo Hospitalar Conceição. E, ao passar por ali em suas chegadas e saídas, esses trabalhadores parecem fazer desse momento de obrigatoriedade de comprovação das horas trabalhadas, também uma oportunidade de encontro e de sociabilidade com seus colegas e também com os usuários desse serviço de saúde.

A cozinha, que está ao lado desse pequeno, mas movimentado espaço da equipe de saúde, está com sua porta de forma geral fechada. E se há pouco falávamos de momentos de sociabilidade dos integrantes da equipe deixados à mostra para os usuários, a cozinha parece-me ser o espaço que simboliza aquilo que os trabalhadores não gostam de compartilhar com os usuários: seus tempos das refeições. Nesse serviço de saúde, a cozinha parece-me ser o espaço compartilhado no qual há o maior zelo com relação à manter-se a porta fechada. (Claro, aqui não estou considerando as portas dos consultórios nos momentos das consultas, que estão sempre fechadas). O espaço da cozinha é diminuto, se comparado ao tamanho da equipe: não são raras as situações nas quais há falta de bancos e de espaço na mesa para que os que estão por ali possam almoçar... Além de uma mesa que ocupa quase todo o espaço da cozinha, há um fogão, microondas, pia, filtro de água, alguns murais com informações acerca dos funcionários ou do GHC, um ventilador que não resolve o problema do calor nesse espaço, quando os meses de verão vão chegando e um relógio de parede que pendurado na parede acima da mesa e fica à vista de todos. Há ao lado, uma espécie de fosso de luz coberto, no qual a comida para os funcionários é disposta na hora do almoço, serve de espaço complementar à diminuta cozinha e aí está posta uma geladeira também.

Diante da porta da cozinha, no outro lado do pequeno corredor, está um pequeno banheiro, em cuja porta há uma plaquinha com a palavra FUNCIONÁRIOS. Durante quase todo o período de minha pesquisa de campo, não percebi a existência de tal identificação e como, diferentemente da

²⁰ As diferentes vinculações dos membros da equipe serão discutidas adiante neste capítulo.

unidade Arlequim²¹, este banheiro não estava chaveado julguei que ele fosse usado por integrantes da equipe e usuários. Ao final do período de campo, no entanto, fui testar tal hipótese e perguntei às integrantes do administrativo sobre isso. Elas me responderam que não, o banheiro destinado aos usuários era apenas aquele localizado diante da porta deste “setor” da equipe. Os outros banheiros existentes naquele serviço de saúde eram destinados aos seus funcionários. A separação de espaços aqui não necessitava do ato vigilante de chavear a porta de um dos banheiros, mas apenas de uma plaquinha indicativa de a qual grupo aquele espaço estava destinado.

Ao lado deste banheiro, uma cadeira preta estofada - local no qual usuários aguardam para agendar consultas na sala do acolhimento, ao sair de seus atendimentos, sem precisar entrar em nenhuma fila ou pegar nenhuma outra ficha. Para o fundo, há uma pequena sala que têm uma porta aberta para a rua, eventualmente. E, quando isso acontece, da rua podemos ver as moças dos serviços gerais, conversando após o almoço. Então, acredito que seja uma espécie de despensa dos materiais de limpeza e lugar de “descanso” dessas trabalhadoras.

Ao lado desta sala, há um primeiro consultório e a partir deste “estendem-se”, o longo de um extenso e estreito corredor de eucatex, inúmeras pequenas salas, que em sua maioria são consultórios. Os 5 consultórios são utilizados (e muitas vezes disputados) ora por médicos, ora por enfermeiros, sejam estudantes, residentes ou profissionais contratados da equipe. A segunda sala desta “fileira de salas”, no entanto, é a sala do acolhimento, que será descrita em detalhes no próximo capítulo.

A seguir vem a sala chamada observação com a estrutura básica de um consultório: maca, armário para materiais, mesa, cadeiras, pia e baldes para lixo e é um espaço, no qual, geralmente os usuários que “não estão passando bem” ficam. Mas ali também acontecem outros tipos atendimentos ou situações, se os outros consultórios já estiverem ocupados: por exemplo, já realizei parte de entrevistas e já tive conversas com a atual assistente de coordenação neste espaço.

²¹ Nessa unidade um dos banheiros destinados aos integrantes da equipe está sempre chaveado. A chave que dá acesso a esse espaço, por sua vez, fica pendurada em um prego, localizado em uma das paredes da sala de estudos, que de forma geral tem sua porta fechada e só é frequentada pelos integrantes da equipe.

Há, então, um consultório que é normalmente utilizado pelos enfermeiros e mais três normalmente utilizado por médicos, mas essa divisão não é absoluta, e as pessoas vão se acomodando, na medida do possível, nos consultórios disponíveis. Um dos médicos de família e comunidade da equipe, em função desse constante trocar de salas, organizou, em uma caixa colorida de papelão, que carrega consigo em cada atendimento, os materiais necessários à uma consulta (receituários dos mais diferentes tipos, seu carimbo, canetas...). Para ele, essa caixa é seu *consultório*, sua *sala*. Por outro lado, pode-se perceber que há certa diferenciação entre essas salas com relação à pequenos detalhes que a decoram: na sala das enfermeiras, por exemplo, há um mural com os horários de cada uma delas, e adesivos nas paredes, que essas integrantes da equipe escolheram; nos consultório utilizados mais frequentemente pelos médicos da equipe há ar condicionado; na sala compartilhada pela psicologia e pelo serviço social há, ao invés de macas, poltrona e cadeiras e brinquedos e jogos... Fica a impressão de que mesmo com certa alternância e flexibilidade no uso desses consultórios, há também divisão desses espaços entre seus integrantes pelas diferentes categorias profissionais aí presentes, pautada também por hábitos e preferências e, na medida possível, a utilização rotineira do mesmo espaço para a realização dos atendimentos.

No outro lado do corredor, estão localizados a sala de estudos e um pequeno consultório em seu final. A sala de estudos, aqui na Colombina, ao contrário da Arlequim²², está sempre com a porta aberta. Há, em muitos momentos, um clima agitado e certa desorganização e improvisação naquele espaço pequeno para “tanta gente”: há a discussão de casos entre estudantes e residentes e seus preceptores, (geralmente os médicos); conversas, risos, planos futuros da equipe e preocupações com relação ao trabalho são ali compartilhadas. Outro dos espaços nos quais o trabalho vem crescendo de dimensões da sociabilidade e o trabalho compartilhado ganha forma. E de novo tenho a impressão de que o “fazer saúde” nessa equipe fica à mostra aos usuários que circulam pelo corredor, saídos dos distintos consultórios.

²² Na unidade Arlequim a sala de estudos tinha uma posição mais interna no espaço físico da unidade e uma das regras de sua ocupação é que sua porta fosse mantida sempre fechada.

No final deste corredor, há um armário, no qual “os que estão de passagem na equipe” (estagiários, residentes, visitantes, a pesquisadora...) deixam seus pertences. Este armário, ao contrário de outros dois que estão localizados em pontos diferentes deste corredor, no qual aqueles que são “fixos” ou têm uma permanência mais longa na equipe guardam suas coisas, é aberto, não tendo cadeado ou chaves. Aos lados e sobre este armário, uma porção de materiais produzidos na equipe, tais como banners e pôsters para apresentações sobre o trabalho desenvolvido ali nos mais distintos fôruns. E, deste ponto, avançamos para a última parte da unidade Colombina, dobrando à esquerda no final do corredor, percorrendo um último, curto e estreito corredor.

Nesta última parte deste serviço de saúde, está: a sala compartilhada pela psicologia e pelo serviço social e outro banheiro, este maior que o outro destinado aos integrantes da equipe. Há, ainda, a sala de grupos, espaço com a presença de inúmeras cadeiras estofadas azuis, que são dispostas, de acordo com a atividade que ali irá se desenrolar e onde acontecem algumas atividades grupais e as reuniões dos integrantes da unidade Colombina; há também um quadro branco para anotações; duas janelas; uma porta que está geralmente fechada, que pode dar acesso à rua e às paredes do módulo de odontologia.

E assim chegamos ao final de nosso percurso pelo espaço físico da unidade Colombina e podemos perceber o quanto aquela casa de alvenaria vista de fora vai desdobrando-se em múltiplos espaços, organizados a partir de uma divisão do trabalho em saúde pautada pelo fazer das distintas categorias profissionais: há o espaço dos auxiliares administrativos, a sala da enfermagem, os consultórios dos médicos, a sala das enfermeiras, a sala compartilhada entre psicologia e serviço social. E entre esses “territórios” mais definidos, estão as “zonas de mistura”: a sala de estudos, o corredor próximo à cozinha, a cozinha - espaços nos quais a sociabilidade parece também trazer consigo certo borramento das fronteiras entre as distintas categorias profissionais.

Por fim, importante assinalar os detalhes desse espaço físico que o tornam colorido e “habitado” (praticado, apropriado) pelos membros desta equipe em saúde. As portas de cada um dos diferentes espaços são decoradas com espécies de “placas” que indicam que espaço é aquele. Antes da reforma

de 2010, por exemplo, na porta da cozinha havia uma imagem da Hello Kitty, cercada de comida; na da sala da enfermagem e do administrativo, estavam reproduções do urso pooh e sua turma; a sala do acolhimento era indicada por flores e a palavra acolhimento feitas com diversas cores de E.V.A.

Além disso, no longo corredor, nos intervalos entre uma sala e outra, há uma série de elementos que ajudam organizar o trabalho por ali e que, em sua maioria, possuem detalhes coloridos: por exemplo, há uma pequena tabela, na qual figuram as gestantes que estão sendo acompanhadas no pré-natal²³, e quando o bebê nasce, é colocado uma etiqueta rosa ou azul, dependendo do sexo do recém-nascido, com seu nome; há um mapa do *território de abrangência* desta equipe, composto por sub áreas de cores diferentes, representando as *micro áreas de vigilância*²⁴; há também caixas de madeira, fixadas nas paredes, nas quais são colocados os prontuários das pessoas que serão atendidas pelos médicos, há então uma para cada médico contratado da equipe, que são identificadas com os nomes em E.V.A colorido; há um mural de patchwork, uma espécie de porta-retratos da equipe, feito por uma das médicas: estão dispostas fotos de diversos integrantes da equipe e que, juntando as palavras bordadas em suas laterais, pode-se ler: *A MARAVILHOSA AGREMIAÇÃO COLOMBINA*.

Importante esclarecer que, entre os integrantes desta equipe, parece ser partilhada a idéia, com certa dose de orgulho, satisfação e rompanes de vaidades de que todos os que a compõem ou que já fizeram parte de seu cotidiano são *igualmente integrantes do grupo (de tal agremiação*²⁵)!

²³ Programa de acompanhamento às gestantes, que prevê acompanhamento ao longo de toda a gestação.

²⁴ As *micro áreas*, que resultam da subdivisão da *área de abrangência* total da equipe, ficariam sob a responsabilidade de micro equipes, criadas a partir da divisão dos integrantes da equipe em pequenos grupos. Essa estratégia permitiria que esses pequenos grupos da equipe pudessem deter-se de forma mais específica na atenção à saúde dessas populações definidas em menor escala.

²⁵ Em função do sigilo este é um apelido fictício. Procurei no entanto manter o espírito de coletividade, associação, união entre iguais da alcunha utilizada em realidade por esse grupo.

1.3.3 Os integrantes da Agremiação Colombina

A equipe da unidade Colombina é apresentada à *comunidade*, por ocasião da abertura das *Oficinas de Planejamento Participativo*²⁶ em novembro de 2010. São mostradas à “platéia” (usuários e trabalhadores da unidade de saúde, representantes da gerência do Serviço de Saúde Comunitária, a pesquisadora...) duas tabelas, na forma de lâminas de Power Point projetadas em um telão e reproduzidas a seguir. Olhemos, então, para a primeira das tabelas apresentadas pela equipe, que trata do número de *profissionais contratados* por categoria profissional.

Tabela 1: Número de profissionais contratados/categoria

Médicos	6	Auxiliar Administrativo	3
Enfermeiros	3	Técnica em saúde bucal	1
Dentistas	2	ACS	7
Assistente Social	1	Serviços gerais	3
Psicólogo	1	Vigilantes	2
Terapeuta Ocupacional	1	Auxiliar de Enfermagem	8
		Total:	38

Já a segunda tabela, apresenta o número de *residentes e estagiários* por categoria profissional, presentes na equipe naquele momento.

²⁶ De acordo com a equipe de saúde, esse seria o momento de planejamento conjunto entre equipe de saúde e comunidade das ações em saúde a serem implementadas. Essas oficinas acontecem de dois em dois anos.

Tabela 2: Residentes e estagiários

Residentes		Estagiários	
Medicina	3	Medicina	3
Enfermagem	2	Enfermagem	0
Odontologia	1	Odontologia	2
Serviço Social	2	Serviço Social	0
Psicologia	1	Psicologia	1
Total:	9	Nutrição	1
		Fonoaudiologia	6
			13
		Total:	

Este modo da equipe apresentar-se explicita duas clivagens básicas (e recorrentes) na organização desse grupo: a primeira delas coloca em relevo o critério **categoria profissional** e permite perceber que as profissões que têm o maior número de representantes na equipe são: auxiliares de enfermagem, agentes comunitárias de saúde e médicos²⁷. Já a segunda tabela, mantendo a diferenciação entre o número de integrantes por categoria profissional, explicita outro critério de segmentação dentro do grupo, aquele que separa *profissionais contratados* de *residentes e estagiários*. Este seria um critério de separação pautado pela **relação** que determinado integrante da equipe possui com esta: se de **trabalho** ou de **formação**. O critério que separa uns e outros integrantes neste caso é se tal integrante possui um vínculo empregatício com a equipe (os *contratados* são funcionários públicos na categoria celetista e não estatutários) ou se sua estada ali se refere a um período de formação e/ou especialização (*estagiários e residentes*).

Com relação aos que estão na Colombina em formação, a cada ano, a equipe de trabalho da unidade Colombina, assim como de muitas outras do Serviço de Saúde Comunitária, se reconfigura: saem e entram residentes e estagiários de diversas áreas da saúde (medicina, serviço social, enfermagem, psicologia, odontologia, nutrição...) a tempos distintos. Por exemplo, os residentes, que já são graduados em diversas áreas da saúde, permanecem

²⁷ Importante ressaltar aqui que todos são médicos de família e comunidade (MFC). Deste modo, a pertença a tal “especialidade” fica implícita ao longo deste texto: todos os integrantes das unidades do SSC de tal categoria profissional que vierem a ser citados no texto possuem tal formação.

na equipe por dois anos, a fim de especializar-se em Medicina de Família e Comunidade (no caso dos médicos) ou em Saúde da Família (no caso das outras profissões). Sua inserção na equipe e relação com os usuários, entretanto, muda consideravelmente no segundo ano de residência, quando estes profissionais passam a realizar estágios em outros serviços da rede pública de saúde. No primeiro ano, são chamados de R1s e no segundo de R2s, siglas resultantes das abreviaturas de Residente de 1º Ano e Residente de 2º, concomitantemente.

Já os estagiários, que são ainda graduandos das áreas da saúde, podem ficar por três meses (como no caso dos estudantes de medicina, que têm uma denominação específica e distinta dos outros estagiários, são chamados de doutorandos) ou um ano (estudantes de nutrição e psicologia)... Há, portanto, um “segmento” temporário (residentes e estagiários) na equipe, relativo àqueles que, ao realizarem ações em saúde, também estão em formação. Esse engajamento temporário de parte da equipe traz consigo duas consequências. De um lado, pode causar uma flutuação no número de integrantes da equipe: Por exemplo, em março de 2011, uma das auxiliares de enfermagem afixou no mural da cozinha uma tabela, intitulada *atuais tripulantes da nave*, na qual constavam 59 tripulantes. Este novo número relacionava-se a um número inferior de estagiários presentes na equipe neste momento, se comparado ao existente no período das *Oficinas de Planejamento* (novembro de 2010). De outro, coloca no cotidiano dessa equipe reiteradamente novos atores, que podem trazer “ao cenário” novas questões/tensões.

Mesmo com certa flutuação no número de seus integrantes, esse serviço de saúde tem uma equipe bastante numerosa (em torno de 60 integrantes), se comparada à outras unidades do SSC. Por exemplo, a unidade Arlequim era composta por em torno de 30 pessoas, entre profissionais contratados, residentes e estagiários.

1.3.3.1 Para além dos números e critérios classificatórios

Daniela, uma moça jovem, em torno dos 25 anos, recém formada em Serviço Social na PUC, iniciava agora o seu segundo ano (R2) na Residência Integrada em Saúde da Família e Comunidade na unidade Colombina, quando me “apresentou” o funcionamento deste serviço de saúde, após o aceite da equipe com relação à realização de minha pesquisa ali, em março de 2010. Logo em nossos primeiros encontros, pude perceber que a aparência, o modo de vestir de Daniela destacava-se entre os integrantes daquela equipe: seu cabelo na altura do ombro e cortado de modo assimétrico, pintado de um vermelho vivo contrastava com a tez morena. E suas roupas (saias compridas, camisetas no estilo baby look, bermudas, pulseiras e brincos coloridos do tipo piercing) ajudavam a compor um visual colorido e marcante entre, digamos assim, o hippie e o pós punk.

Daniela arriscava outros modos de se apresentar como profissional, como trabalhadora em uma serviço de saúde: nada de cores sóbrias, neutralidade, discrição ou a brancura do jaleco (que tradicionalmente está presente em serviços de saúde e torna-se símbolo do espaço hospitalar). Aliás, o vestir-se de modo menos formal, mais simples e despojado era compartilhado pela maior parte dos integrantes dessa equipe. Só que os demais integrantes da equipe geralmente usavam cores mais sóbrias e básicas... Mas o jaleco branco raramente era visto por ali.

Em certa ocasião, elogiei o vestido roxo que a médica Tatiana estava usando, feito de algodão, comprido, inteiro, sem decote e cheio de bolsos. O vestido era simples, mas os diversos bolsos e a cor marcante davam um tom de informalidade e criatividade à sua vestimenta. Ela sorriu e respondeu ao elogio, explicando-me que, como não usavam jaleco na Medicina de Família e Comunidade, aqueles bolsos serviam para colocar os inúmeros instrumentos de seu trabalho: carimbo, canetas e até mesmo os receituários.

Adentrar o cotidiano dessa unidade de unidade de saúde significou acessar concepções e práticas relativas a outra forma de exercer a medicina, mediante uma especialidade que atualmente chama-se de Medicina de Família e Comunidade e também, de forma mais ampla, a outras formas de ser profissional da área de saúde. Foi possível ver mais de perto algumas

tentativas exitosas (mas também alguns fracassos) de tentar romper com algumas barreiras e fronteiras que possam impedir a proximidade com o usuário do serviço, com suas lógicas, seus modos de viver... E o não uso do jaleco é uma medida concreta, uma estratégia que se coloca como um dos dispositivos de aproximação com esse usuário e a alteridade que representa. Assim como o modo informal, inventivo e colorido de Daniela vestir-se já é uma outra forma de apresentar-se, de mostrar-se como profissional de saúde.

1.3.4 O terreno compartilhado com a AMBACO

Do alpendre, em frente a unidade de saúde, podemos avistar a Associação de Moradores do Bairro Colombina- AMBACO. Deste modo, associação comunitária e unidade de saúde compartilham o espaço desse terreno. Há ainda uma cancha de bocha pertencente à AMBACO, situada nos fundos da unidade. E também o espaço no qual já houve uma horta comunitária, mais para o fundo do terreno, depois do espaço em que os carros ficam estacionados. Logo que iniciei a pesquisa de campo, uma residente de enfermagem, contou-me que a unidade de saúde havia iniciado no lugar que anteriormente era a associação de moradores. Fato que seria explicado pela espécie de “convênio” que o Serviço de Saúde Comunitária estabelecia com as *comunidades* interessadas na criação de uma unidade de saúde vinculada a este Serviço em determinada região.

Como um dos frutos dessa *cedência* por parte da associação de moradores, relacionada à criação e existência deste serviço de saúde, e da proximidade física parece-me que o espaço da unidade Colombina acaba por estender-se ao da associação comunitária. E há ai, ao menos à primeira vista, uma “relação de vizinhança” estabelecida desde a criação da unidade de saúde²⁸. Muitos grupos em saúde são realizados na área física desta última e não na sala de grupos do serviço de saúde. Além disso, a sede da AMBACO serve de “palco” para a realização de bazares e feiras, nos quais são comercializados produtos feitos por usuários desses grupos, de comemorações

²⁸ O Capítulo 4 desta tese abordará aspectos de tal relação, assim como os distintos sentidos e práticas de *participação comunitária* neste contexto.

da unidade de saúde e em “parceria” com a AMBACO e das *oficinas de planejamento participativo*.

O espaço interno da AMBACO é um tanto surpreendente. Às vezes em que olhei aquela espécie de “barracão” ou “galpão” de alvenaria com sua estrutura retangular de fora, não imaginava certa imponência, acompanhada também de simplicidade, que marca seu interior. Quando entramos, a sensação que temos é que somos pequenos, diante do amplo salão e do pé direito alto. Além do teto, o chão, as grandes mesas e as muitas cadeiras são todos de uma madeira clara. Logo que entramos, há uma estante envidraçada com livros, que constituem a inicial biblioteca desta associação. No fundo, há uma “estrutura” para a preparação de refeições: há uma espécie de balcão que demarca o final do “salão” e o início do espaço da “cozinha”. Atrás deste “balcão” há geladeira, freezers, pias amplas de alumínio, churrasqueira... Há ainda dois pequenos banheiros, em alvenaria, um masculino e outro feminino. As janelas, assim como as portas, são amplas. Assim como a unidade de saúde, a AMBACO passou por uma reforma no final de 2010. Sua fachada externa não é mais branca, nem tem mais graffitis multicoloridos. É agora de um verde claro, piscina...

1.3.5 Os usuários deste serviço de saúde

É no contexto da implementação do Sistema Único de Saúde que os serviços de saúde passam a operar sobre uma base territorial, ou seja, os serviços de saúde passam a ser responsáveis pelos cuidados de saúde de uma população que vive em determinada área geográfica do espaço da cidade. Os espaços das cidades são divididos em *territórios*, *áreas de abrangência* ou *áreas adstritas* correspondentes a determinados serviços de saúde. No caso do SSC, então: *A atenção à saúde é organizada em doze territórios- áreas de abrangências, nas zonas noroeste, eixo norte-baltazar e leste da cidade*²⁹.

E, em muitas situações, uma mesma região, parte da cidade é recortada em distintos *territórios* pertencentes a distintos serviços de saúde. Na região contígua à unidade Colombina, ou no caminho que leva a esse serviço, há a

²⁹ Raupp, B (org). Planejamento e gerência de unidades de atenção primária/básica do SUS: Referenciais conceituais, metodológicos e operacionais. Porto Alegre, abril de 2008.

presença de duas outras unidades pertencentes ao SSC. E os *territórios*, as *áreas de abrangência* dessas três equipes, também são contíguos, “vizinhos”, fazem fronteira entre si: onde um termina, começa o outro.

Da mesma forma que a equipe da unidade Colombina apresentou os números relativos aos integrantes da equipe na primeira das duas *Oficinas de Planejamento Participativo*, em outras das lâminas de Power Point mostradas ao “público” trouxe o número relativo à população sob responsabilidade sanitária deste serviço de saúde: em torno de 10.832³⁰ pessoas que vivem em sua *área de abrangência*. Isso não significa que esta equipe atenda esse número de pessoas. Mas refere-se à população estimada de moradores *no território, área de abrangência* ou *área adstrita* dessa unidade de saúde. Ou seja, o número de pessoas que estão sob a responsabilidade sanitária deste serviço. O número de usuários deste serviço, por sua vez, refere-se às pessoas registradas nos prontuários, forma de credenciamento destes usuários nestes serviços. Além disso, nessa mesma lâmina, a equipe descreve o perfil da população que está sob sua responsabilidade, a partir das seguintes características:

Classe média baixa

Famílias ampliadas

Maior parte com ensino fundamental

Trabalho formal

Por outro lado, estar no cotidiano da unidade Colombina me permitiu perceber também a diversidade e pluralidade em termos dos usuários deste serviço. A observação da sala de espera, por exemplo, assim como dos distintos espaços da equipe, nos quais os usuários circulam “abrem o leque” de possibilidades para descrevê-los.

³⁰ Número este retirado do censo do IBGE de 2000, tendo em vista que os integrantes da equipe ainda não haviam tido acesso ao número atualizado, que resultaria do censo de 2010 do IBGE.

Capítulo 2

***O Acolhimento é bandeira de toda equipe e foi
construído junto com a comunidade!***

Em 10 de março de 2010, fui à unidade de saúde Colombina conversar com Daniela, residente de segundo ano (R2) do Serviço Social, que estava inserida na equipe desde o ano anterior (2009). Nesta situação, Daniela tinha a incumbência de “apresentar-me” o funcionamento deste serviço. Ela falou por mais de uma hora tendo como tema central uma das ações em saúde praticadas ali, e minha percepção foi que as “linhas mestras” de seu discurso poderiam ser sintetizadas do seguinte modo: *O acolhimento é a bandeira da equipe! Tem relação com rever a porta de entrada*³¹. *É uma implementação conjunta com a comunidade. O acolhimento não é uma bandeira apenas dos residentes, mas de toda a equipe! No acolhimento surgem questões que não surgem nos consultórios individuais. Os médicos contratados não participam da escala.*

Desde minha experiência como trabalhadora no SUS³², compreendia que o acolhimento é uma ação em saúde que pretende alargar as concepções e as práticas com relação à “recepção” e ao acesso do usuário ao sistema de saúde. O atendimento daquele que busca o serviço de saúde passaria a ser organizado mediante a ação da equipe em escutar suas “necessidades em saúde”³³, para além de um “sim” ou “não” com relação à disponibilidade de consultas (“fichas”). Deste modo, procura-se ampliar e qualificar as

³¹ “Porta de entrada” é sinônimo para as formas pelas quais o usuário acessa os serviços do sistema de saúde.

³² Sou psicóloga, graduada pela UFRGS no ano de 1999. Fui residente de 2002 a 2005, na Residência Integrada em Saúde- RIS da Escola de Saúde Pública- ESP/RS. Na experiência da RIS, tive a oportunidade de conhecer o funcionamento de distintos serviços da rede pública de Porto Alegre (unidade básica Morro da Cruz, Sanatório Partenon, CTA- Caio Fernando Abreu, Emergência Psiquiátrica do Centro de Saúde da Cruzeiro do Sul, dentre outros...). Neste período, realizei também o curso de Sanitarista da ESP/RS em convênio com a Escola Nacional de Saúde Pública- ENSP. Coordenei a Política de Saúde Mental em Santa Maria/RS no ano de 2005 e, no final de 2007, fui consultora no Centro de Referência para o Assessoramento e a Educação em Redução de Danos- CRRD da ESP/RS.

³³ A expressão está colocada entre aspas, pois na Saúde Coletiva é alvo de inúmeras disputas, não havendo um consenso. Alguns teóricos do SUS e da Saúde Coletiva, tais como os da corrente em defesa da vida, tensionam no sentido de poder alargar a concepção dessas necessidades para além da perspectiva biomédica, concebendo-as a partir de elementos do social e da subjetividade do usuário do sistema de saúde. Além disso, a antropologia também exigiria a constante relativização e contextualização de tais necessidades construídas como de saúde. Nesse sentido, haveria uma confluência entre o entendimento antropológico e de algumas correntes da Saúde Coletiva.

possibilidades de acesso ao serviço, pois mesmo que não haja mais “fichas”, por exemplo, aquele que busca o serviço será escutado e suas “necessidades em saúde”, mesmo que não de forma imediata, serão incluídas no fluxo de trabalho da equipe ou referenciadas a algum outro serviço da rede pública. Assim, o acolhimento traria consigo possibilidades de humanizar as relações entre trabalhadores e usuários, no sentido de que estabelece como princípio a escuta e o diálogo, tendo como consequência a ampliação e a democratização do acesso ao sistema, assim como uma maior resolutividade das ações em saúde.

Por outro lado, percebi, por meio dessa mesma experiência e pelos diversos locais que passei que essa forma de “recepção” e acesso dos usuários não se faz presente de forma hegemônica no cotidiano dos serviços da rede pública de saúde. Sua existência parece assumir um caráter mais de exceção, do que de regra. Deste modo, a sua implementação pode trazer consigo um caráter de inovação e experimentação de outros modos de fazer saúde pública. Pode ocorrer, também, que práticas (burocratizadas) de recepção e acesso dos usuários mantenham-se sob nova roupagem, recebendo a denominação “acolhimento”.

Daniela, residente do Serviço Social, em nossa conversa defende a *bandeira* da equipe e com um discurso entusiasmado me apresenta o acolhimento ali praticado em toda a sua positividade e potência. Na Unidade Colombina, esta prática em saúde é apresentada por seus trabalhadores como um diferencial com relação às outras unidades vinculadas ao Serviço de Saúde Comunitária. Lembremos que também foi referenciado por Luiza como um dos elementos distintos da equipe: ... e *nesta equipe tem acolhimento*. Ao perguntar a Pietra, R2 de medicina, sobre a realização de acolhimento em outras unidades do SSC, ela me respondeu que achava que apenas a Unidade Jardim Leopoldina também tinha acolhimento. Além disso, a equipe da unidade Colombina também serve de referência para equipes do SSC e outras que queiram incorporar o acolhimento em seu cotidiano de trabalho, e as agentes comunitárias de saúde ganharam o prêmio David Capistrano³⁴ na Rede Unida³⁵

³⁴ Importante sanitarista brasileiro. Mais informações em: <http://www.cebes.org.br/interna.asp?idSubCategoria=22>

³⁵ De acordo com site da Rede Unida: “A Associação Brasileira Rede Unida (...) reúne projetos, instituições e pessoas interessadas na mudança da formação dos profissionais de saúde e na

em 2010 por pôster apresentado sobre sua atuação nesta forma de acesso dos usuários.

Por outro lado, também pude perceber na fala da residente certo paradoxo: Sendo essa prática em saúde *bandeira de toda equipe*, por que os médicos contratados não integravam sua escala? Por ora, no entanto, deixemos essa pergunta reverberando... Para este momento, o mais importante é ressaltar que nos primeiros tempos de minha presença na Colombina, acessei certa narrativa marcada por uma aparente unanimidade, apresentada em uma fórmula simples, mas eficiente. Essa espécie de narrativa hegemônica (ou uma espécie de “mito de origem”) sobre o acolhimento, que parecia ser partilhada na equipe e recorrentemente narrada à pesquisadora, poderia ser expressa em uma rápida sentença: *O acolhimento é bandeira de toda a equipe e foi construído junto com a comunidade!*

2.1 A atmosfera sentida e os rumores ouvidos: narrativas e práticas relativas à participação de trabalhadores e usuários no funcionamento da unidade de saúde

Ao estarmos na Unidade de Saúde Colombina é possível deparar-se com uma série de narrativas e práticas que apontam para outra forma de gerir a organização de um serviço de saúde. Nas “conversas de corredor” de seus trabalhadores, nas movimentadas reuniões nas quais se pode ouvir uma profusão de vozes, nas brincadeiras feitas na cozinha na hora do almoço, entre outras situações, parece ser partilhada a idéia, com certa dose de orgulho e satisfação, de que todos ali, sejam médicos ou agentes comunitários de saúde, são igualmente integrantes da equipe. No que se refere às relações entre seus trabalhadores, poderia ser apontada a identificação com uma organização do trabalho marcada pela horizontalidade, simetria entre as diferentes categorias (posições) profissionais que compõem essa equipe.

As formalizações no modo de trabalhar assumem um caráter de *combinações coletivas*: as regras vão sendo *pactuadas* e oficializadas a partir dos diversos fóruns de que dispõe a equipe (reuniões de equipe, reuniões de acolhedores, reuniões dos Grupos de Trabalho, reuniões do Colegiado de

Gestão...). Nesses distintos espaços de discussão, é possível ver, entre outras coisas: uma auxiliar administrativa contrapondo-se a uma médica, e esta última silenciando diante da argumentação da primeira (o que nas disposições hierárquicas dos serviços de saúde não é muito habitual); Ou acompanhar, ainda, por volta de maio de 2010, esse coletivo de trabalhadores não cumprindo simplesmente a normativa do Ministério da Saúde acerca da vacinação em massa com relação à gripe H1N1, mas discutindo e encontrando seu próprio modo de engajar-se em tal estratégia - vista por esses trabalhadores como de eficácia um tanto duvidosa.

Na Colombina, a forma de gestão do trabalho é *colegiada*, o que na concepção de uma das enfermeiras da unidade: *é uma gestão em que todos participam, opinam e decidem*. A gestão do funcionamento da unidade seria feita a partir de Grupos de Trabalho (GTs)³⁶: Os coordenadores do GTS mais o assistente de coordenação compõem o que se chama o Colegiado de Gestão, que é a instância deliberativa máxima, digamos assim, na equipe.

Em 2010, João Francisco, auxiliar de enfermagem, exercia o papel de assistente de coordenação na equipe. Ele podia ocupar tal lugar na equipe, pois, apesar de exercer uma função de nível médio, era graduado em enfermagem. No SSC só pode candidatar-se ao cargo de assistente de coordenação, nas eleições que ocorrem anualmente, aqueles funcionários que tenham nível superior completo. Na unidade Colombina, seguindo a lógica da gestão colegiada, tal cargo não seria equivalente a figura de chefia ou coordenação desse “coletivo” de trabalhadores. João Francisco, certa vez, ficou bastante insatisfeito comigo, porque eu, em tom jocoso, havia me referido a ele como chefe. Contrariado ele me diz: *Chefe não, Lu! Chefe é o cara mau! Eu sou apenas o João Francisco*. E, em diversas ocasiões, fez questão de deixar-me claro de que seu papel ali não era de *chefia*, mas de representante das pactuações e decisões tomadas pelo conjunto de integrantes da equipe. Neste e nos outros exemplos oferecidos anteriormente, percebemos no modo de gerir o trabalho em saúde referências ao modo de governo democrático, pautado pela participação e representação.

João integra a equipe desde 2002, quando foi transferido do Hospital

³⁶ Os GTs existentes são Acesso e Humanização, Participação Popular e Eventos, Vigilância em Saúde, Ensino e Pesquisa e Administrativo.

Conceição e começou sua trajetória como trabalhador do Serviço de Saúde Comunitária. Ele é um dos integrantes da equipe que acompanhou o processo de implantação do acolhimento, ocorrido entre os anos de 2004 e 2005. De acordo com ele: *Em 2004 iniciou em termos do Ministério da Saúde a discussão acerca do acolhimento e da Gestão Colegiada. Essas discussões estavam relacionadas à criação da Política Nacional de Humanização- PNH, que atualmente encontra-se formalizada.* Aliás, O trabalho de conclusão da graduação em enfermagem na UFRGS de João Francisco foi uma revisão bibliográfica acerca do acolhimento, incluindo a revisão de tal política.

A PNH tornou-se conhecida como HumanizaSUS. No portal do Ministério da Saúde pode-se encontrar uma parte destinada especificamente a esta política, a seguir um trecho³⁷:

O HumanizaSUS tem o objetivo de efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde no cotidiano das práticas de atenção e de gestão, assim como estimular trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários para a produção de saúde e a produção de sujeitos. Queremos um SUS humanizado, comprometido com a defesa da vida e fortalecido em seu processo de pactuação democrática e coletiva.

2. 2 Acolhimento como dispositivo de participação

A equipe da unidade Colombina acabou por produzir sua própria Cartilha do Acolhimento. De acordo com Damiana, ex-residente de Serviço Social, que coordenou o acolhimento em 2009: *Foi construída coletivamente por toda a equipe e discutida ponto a ponto.* Neste material estão formalizadas algumas regras pactuadas pela equipe relativas a essa ação em saúde e, além disso, é narrado o processo de implantação dessa forma de acesso do seguinte modo: *As pessoas formavam grandes filas, desde a madrugada, para agendar consultas e, por vezes, retornavam para suas casas sem conseguir marcá-las. (...) Propôs-se então a realização de uma assembléia popular³⁸ em 2004, que culminou com a reestruturação do Conselho Local de Saúde e teve como principal problema apontado a questão do acesso ao serviço de saúde daquela localidade (...). No ano de 2005, foram elaboradas cinco oficinas para*

³⁷ Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=28288. Para maiores detalhes acessar também: <http://redehumanizasus.net>

³⁸ Atualmente são denominadas Oficinas de Planejamento Participativo, ocorrem de 2 em 2 anos.

discussões permanentes entre equipe de saúde e usuários, através do Conselho Local de Saúde, sobre os serviços de saúde oferecidos pela unidade. Surgiu, a partir de então, após muita discussão e estudo sobre o assunto, uma proposta de implantação do acolhimento. Esta estratégia operacional foi avaliada no início de 2006, em nova assembléia popular e desde então vem sendo implementada (...) juntamente com a equipe de saúde e os usuários.

E a definição de tal prática é retirada de um dos textos referência dessa proposta no SUS: *O acolhimento surge como estratégia de implementação de uma política de humanização das relações entre usuários e profissionais de saúde, numa perspectiva de reorganização do serviço de saúde, melhoria de acesso aos serviços, descentralizando o atendimento do médico e focando na equipe de saúde, tornando-o mais ágil e resolutivo. O acolhimento consiste na humanização das relações entre trabalhadores e serviço de saúde com seus usuários (Merhy et al, 1999).*

O texto utilizado como referência na Cartilha de Acolhimento da unidade Colombina relata a experiência de implantação dessa forma de acesso em uma unidade de saúde de Betim- MG, por volta de 1996. Um dos autores³⁹ do texto em questão, Emerson E. Merhy é uma das referências na Saúde Coletiva com relação ao tema acolhimento. Tive a oportunidade de entrevistá-lo em novembro de 2011, quando de sua vinda a Porto Alegre. O tema da entrevista girou em torno do processo de construção do conceito de acolhimento⁴⁰, a partir de suas experiências junto aos serviços da rede pública de saúde de cidades Mineiras. Com relação a tal texto Merhy conta que este teria sido o primeiro sistematizado, mas em realidade resulta também de outras experiências ocorridas anteriormente em Belo Horizonte:

As experiências de Betim e de Belo Horizonte estão “casadas”, estão no bojo de um mesmo movimento de relações com grupos da esquerda sanitária de Minas Gerais, que uma parte está indo para o governo de Betim, outra está indo para o governo de Belo Horizonte, iniciando ali a experiência na ousadia de fabricar o SUS. O que era uma grande ousadia nos anos de 1990 (Merhy, 2011, comunicação pessoal).

³⁹ Os outros autores em questão são Wanderlei Silva Bueno e Túlio Batista Franco.

⁴⁰ Importante fazer uma ressalva: em nossa entrevista Merhy refaz o percurso a partir do qual noções como de acolhimento, tecnologias (que compõem o trabalho em saúde) e trabalho vivo em ato vão sendo criadas de modo interconectado. De modo a não perder de vista o eixo principal deste texto (o acolhimento na unidade Colombina) procurei reproduzir os elementos de sua narrativa que tratavam das experiências que foram sistematizadas no texto utilizado como referência pela equipe da unidade Colombina.

O que leva à construção da noção de acolhimento foi sua experiência junto aos trabalhadores da rede municipal de Belo Horizonte, por volta de 1994, que tinha o objetivo de construir um mapeamento, das formas de recepção aos usuários nas “portas de entrada”. O termo acolhimento ainda não havia surgido. Para ele, nos cotidianos dos serviços de saúde de Betim e de Belo Horizonte vai ficando evidente que, quando os usuários chegam às unidades, não são apenas os profissionais de nível superior e muito menos os médicos os únicos a fazer clínica, a estabelecer práticas de cuidado. Os vigilantes, os porteiros, por exemplo, também podem fazer clínica: Dependendo da abordagem que o porteiro, o vigilante realiza na fila, ele cria categorias para saber quem precisa ser atendido primeiro, raciocina em termos das diferentes necessidades dos usuários e das ações em saúde que são ofertadas por determinado serviço e desse modo acaba por estabelecer redes, conexões no sentido de que o usuário acesse o que veio buscar no serviço de saúde. A construção do cuidado opera então no encontro (entre o porteiro, vigilante e os usuários que estão na fila, por exemplo). Essa relação que se estabelece e essa capacidade de raciocinar a partir das necessidades dos usuários deixam de ser consideradas como recepção e passam a ser concebidas como acolhimento. Merhy conta:

E começo a fazer a discussão nas redes de Betim e de Belo Horizonte: Nós vamos montar é uma cartografia, um mapeamento das formas de acolhimento na rede. E, então, montamos lógicas de compreensão juntamente com os trabalhadores relativas ao: O que é acolher?

O texto utilizado como referência na Cartilha do Acolhimento na unidade Colombina resulta então como uma (primeira) sistematização das experiências junto às unidades de saúde das cidades mineiras. E nele figura a seguinte definição de acolhimento: propõe inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, partindo dos seguintes princípios: a) atender⁴¹ a todas as pessoas que procuram o serviço de saúde, que significa o

⁴¹ Importante ressaltar, no entanto, que atender no item a não tem o sentido restrito de atendimento em consulta com algum profissional da área da saúde - sentido que foi construído a partir da modalidade de atendimento individual por algum profissional da saúde - mas tem seu sentido ampliado à ação da equipe de saúde em receber, escutar e esforçar-se em equacionar as necessidades em saúde daquele que busca o serviço de saúde e o que a equipe pode oferecer.

serviço de saúde assumir sua função primordial de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população; b) reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este se desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional- a equipe de acolhedores; 3) qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e de cidadania. (MERHY *et al*, 1999).

No contexto de minha pesquisa, a unidade de saúde Colombina, o acolhimento acaba por acionar discursos e práticas relativas à participação: seja de seus trabalhadores (*bandeira de toda a equipe*), assim como de seus usuários, que aqui aparecem reunidos sob a denominação comunidade (*e foi construído junto com a comunidade*). E é por esse motivo que se torna “porta de entrada”, não só dos usuários nesse serviço de saúde, mas também desta etnografia.

2.3 Cenas do acolhimento

No dia 30 de março de 2010, a porta da unidade Colombina havia sido aberta, já havia se passado alguns minutos das duas da tarde... Era possível perceber a movimentação dos trabalhadores “rumo a seus postos” de um jeito fluído, “sem pressão”... Movimentação que se iniciava lentamente e ainda meio disforme... A população também chegava a ritmo suave: ao abrir a porta da unidade, poucas pessoas ocuparam os bancos da sala de espera. Passei pela sala do acolhimento, que estava com a porta aberta, e pude ver uma mulher muita alta e magra, com um vestido comprido e solta no corpo, de sandálias rasteiras, cabelos claros e bem curtos, organizava alguns papéis sobre a mesa. Esta mulher me recebeu muito cordialmente, quis pegar uma cadeira para eu sentar, mas eu disse que ficaria muito bem em uma das poltroninhas que já estavam ali. Depois de nos apresentarmos e conversarmos rapidamente, esta mulher, uma guria jovem e eu saímos da sala do acolhimento e fomos para a sala de espera.

Ao abriremos a porta que dá para o local no qual esperam por atendimento os usuários, nos deparamos com um “mundo de gente”: uma sala

cheia de pessoas sentadas à espera de atendimento, trabalhadores saindo de pequenas salas contíguas e circulando de um lado a outro, de um jeito acelerado e “desordenado”. Agora, o espaço estava reconfigurado por outro tempo: o turno de trabalho efetivamente começara! E diante da sala de espera cheia, a acolhedora alta e magra se apresenta: *Eu sou Maria*. E com um gesto com a mão aponta para a jovem, que diz: *Eu sou Andréia, estagiária de Nutrição*. E depois aponta na minha direção: *Eu sou Lucenira, doutoranda da Antropologia Social da UFRGS*. E Maria completa nossa apresentação: *Nós vamos fazer o acolhimento hoje. A ficha laranja nº1, por favor...*

Antes de seguirmos a descrição de meu primeiro turno de inserção no acolhimento, no entanto, é necessário que eu faça uma pequena ressalva: Estão previstos (ou prescritos) três distintos fluxos dos usuários nesse serviço, e esses são identificados por distintas fichas de madeira: para quem quer passar pelo acolhimento, é preciso pegar uma ficha de cor laranja em uma caixinha disposta no guichê do administrativo; para quem deseja resolver questões junto ao setor administrativo passa direto no guichê ou, se tiver fila para esse atendimento, pega uma ficha de madeira pintada de azul; e para ir à sala da enfermagem pega uma das que estão sem pintura, penduradas na parede próxima à televisão. Como contraponto posso trazer a forma de acesso dos usuários na unidade Arlequim: todo o usuário que chegava precisava passar pelo setor administrativo, que ali assumia a forma de um balcão de recepção. Era uma imagem contundente: ao adentrarmos a sala de espera, em uma posição central deste espaço, estava o balcão da recepção, atrás do qual estavam os trabalhadores do setor administrativo. Todo o usuário que chegava à unidade passava por ali, dizia o que vinha buscar na unidade, e era o funcionário do administrativo como “porta-voz” das decisões da equipe a quem cabia dizer se era possível atender tal necessidade ou não.

Já na unidade Colombina, os fluxos previstos estão descentralizados. O setor administrativo, que antes da implantação do acolhimento, chamava-se RECEPÇÃO, não é a única via de acesso às ações de saúde. Tal como narrado por Merhy, passamos do “terreno” da recepção para o “terreno” das práticas de acolhimento: Há aqui certo alargamento com relação às formas de acesso do usuário às diferentes ações em saúde ofertadas. O usuário pode chegar e ir até o balcão do administrativo (se precisar renovar receitas, pegar

encaminhamentos para consultas especializadas, fazer seu cadastramento na unidade...) ou ir até a sala da enfermagem (se precisar pegar medicamentos, fazer curativos, fazer uso de medicações injetáveis, ser vacinado, medir a pressão arterial...) ou ir até a sala do acolhimento se precisar uma consulta para o turno em questão ou, ainda, se tiver uma demanda menos específica. De acordo com suas necessidades e também com sua “iniciação” com relação ao funcionamento deste serviço de saúde, os usuários buscam esses distintos espaços para a resolução de suas necessidades em saúde.

Naquela tarde de terça-feira, então, mais de vinte e cinco pessoas passaram pela sala do acolhimento: Homens e mulheres idosos, mulheres e homens jovens ou já nem tanto assim, crianças e adolescentes acompanhados por seus pais e mães, mães e pais acompanhados de seus filhos, que foram à unidade de saúde por (também) diversos motivos e que podiam ser de acordo com suas palavras: *febre à noite, tosse de cachorro, falta de apetite, respiração diferente à noite, falta de ar; caroço no braço; dor diferente de contração que persistia há dias; tosse seca há 20 dias; renovar receitas, mostrar exames...* De acordo com as regras da equipe: *O número de atendimentos (escuta) no acolhimento por turno é organizado através das fichas laranja, totalizando, se necessário, 40 atendimentos por turno.*

A sala do acolhimento é pequena, parece ter sido em outro momento um consultório, mas se diferencia destes por ser, digamos assim, mais colorida e não ter macas. As cores, assim como a disposição deste ambiente mudou ao longo de minha pesquisa de campo, em função da reforma já referida. Os móveis, no entanto, são praticamente os mesmos. Atualmente, parte desta sala é pintada de roxo, com adesivos de joaninhas sobrepostos; no outro lado, está uma mesa com uma cadeira, que tem outra cadeira próxima (que será utilizada pelo outro acolhedor, já que uma das regras do acolhimento é que este seja realizado por uma dupla de integrantes da equipe); Ao lado da mesa, encostadas na parede, ficam dispostas duas cadeiras (na qual a pessoas que serão acolhidas e seu possível acompanhante poderão sentar-se), há, ainda, uma pequena pia, uma estante (com as agendas dos profissionais e outros materiais e livros informativos de saúde) e na parede ao fundo da sala há poltronas com estampa floral, para que outros participantes eventuais dos acolhimentos (familiares dos usuários de saúde, profissionais de saúde, a

pesquisadora...) possam acomodar-se; atrás destas poltronas, uma pequena janela basculante e, no teto, há um ventilador.

Aos poucos fui entendendo certo fluxo de trabalho no acolhimento: o usuário chega e os *acolhedores* perguntam algo mais ou menos desse tipo: *Em que a gente pode te ajudar? O que te traz aqui?* As pessoas falam o que estão sentindo ou o que vieram buscar na unidade, e, a partir disso, há uma avaliação destes trabalhadores (os *acolhedores*) e um encaminhamento para as solicitações do usuário, de acordo com fluxos já formalizados do trabalho na equipe. Neste dia, a acolhedora mais jovem, Andréia, estava sentada à mesa, preenchendo a planilha do acolhimento, enquanto Maria, agente comunitária de saúde - ACS, fazia a circulação entre a sala de espera, o setor administrativo (para pegar os prontuários e solicitar a emissão do boletim de atendimento), os consultórios dos médicos (para discutir os casos que chegavam) e a sala do acolhimento. Em vários desses acolhimentos, pude acompanhar a agente comunitária de saúde em sua circulação entre os diversos espaços desse serviço de saúde. Aliás, posso dizer a partir de minhas várias inserções no *acolhimento*, que esta é uma divisão relativamente habitual do trabalho: enquanto um dos *acolhedores* fica em uma posição mais de relação com o usuário que está sendo acolhido, estabelecendo o diálogo com este e preenchendo a planilha, o outro se ocupa mais da relação com os outros espaços/trabalhadores da unidade.

Observemos, então, as cenas a seguir e acompanhemos mais “de perto” o acolhimento praticado na unidade Colombina:

Sebastiana, 78 anos, chegou mais para o final do turno e mostrou um *caroço no braço*. Acompanhei Maria quando ela foi falar com a *Dra. Tatiana*, médica responsável pelas *consultas dia*⁴² naquele turno, com relação a passar aquela senhora ou não para esta modalidade de atendimento. Tatiana, então, que expressou já estar *cansada e estressada*, comenta conosco que acabara de atender um menino que cortara a cabeça na escola e que fizera os pontos na unidade, e fora atendido sem ter passado pelo acolhimento. A médica de família e comunidade chamou a atenção de Maria, dizendo: *Tu estás muito ansiosa hoje*. E olhando para mim perguntou: *Será que é porque ela está junto?* Tatiana, apesar das repreensões feitas à Maria, foi até a sala de acolhimento para ver o *carocinho* no braço da senhora. Acabou indicando compressas mornas e disse- lhe que esperasse sua consulta com o médico dermatologista do Hospital Conceição que já estava agendada.

⁴² Pietra, R2 de MFC, me explicou que o médico responsável pela *consulta dia*, chamado pelos trabalhadores de *médico do dia*, é, na verdade, responsável pela supervisão de doutorandos e residentes de medicina em seus atendimentos naquele turno. Esse profissional contratado não necessariamente atende diretamente os usuários que buscam o serviço.

Sebastiana, ao longo de seu acolhimento, também referiu que já tinha há bastante tempo aquele *carocinho*, não lhe causando dor ou algum outro desconforto e, dentro de poucos dias, teria consulta com o médico especialista (dermatologista) no Hospital Conceição. Tendo em vista que a *consulta dia* (o atendimento médico oferecido no turno), é nas palavras de Maria *para coisas que tem que ser resolvidas na hora*. Acredito que o caráter de não urgência foi um dos elementos decisivos para que senhora não fosse *passada* a um atendimento deste tipo. Assim, no cotidiano de trabalho desta equipe, a *consulta dia* parece estar destinada àquelas situações de saúde consideradas pontuais, agudas e /ou graves, em contraponto às em que os problemas de saúde não necessitem uma resolução imediata ou precisem de maior tempo para investigação/tratamento, geralmente relacionadas às doenças crônicas. Estas últimas são acompanhadas nas *agendas*, pois, garante uma atenção à saúde mais aprofundada, individualizada e continuada.

Ernesto, 61 anos, negro e “bem arrumado” (camisa, calça e sapato social) com uma pasta fininha de couro nas mãos de onde tirou exames, receitas e documentos... Conta que havia tido um infarto e diz: *Trato-me com o Dr. Pedro! Mas com o seu afastamento, com sua doença, ele me encaminhou para o Instituto de Cardiologia*. Queria renovar as receitas das medicações que tomava para seu problema cardíaco, pois já estava ficando sem medicação. No Instituto de Cardiologia tinha direito a uma consulta a cada seis meses, e já havia feito a consulta deste semestre. Apresenta então, no mínimo, duas receitas (da unidade de saúde e do serviço especializado) com prescrições distintas... Eu e Maria vamos novamente falar com *Dra. Tatiana*. A agente comunitária de saúde explica a situação do homem, Tatiana então afirma que ele deveria ser acompanhado mais sistematicamente. As receitas seriam renovadas naquele dia, mas o homem deveria marcar uma consulta no dia do agendamento para obter um acompanhamento sistemático. Retornamos à sala do acolhimento, Maria diz que as receitas seriam renovadas naquele dia, mas esclarece que ele precisaria marcar uma consulta no agendamento para retomar o acompanhamento na unidade. As receitas foram renovadas então por Lauro, R2 de medicina.

A *renovação de receitas* a princípio segue os seguintes passos: o usuário deve deixar suas últimas receitas no setor administrativo. As pessoas que trabalham no setor administrativo encaminham as receitas mais o

prontuário daquele que requisitou a renovação para o médico responsável por seu atendimento. E após cinco dias úteis este usuário pode retirar as receitas atualizadas no mesmo local. Esta ação em saúde é indispensável para aqueles que fazem uso continuado de determinadas medicações (hipertensos, diabéticos, usuários de medicação psicoativa, pessoas com problemas cardíacos...). No caso de Ernesto, no entanto, parece ter havido uma flexibilização da equipe, diante de seu caso específico.

Lúcio, homem, 45 anos, suspeita de dengue, traz os exames de sangue para um médico que não está na unidade naquele turno olhar... A agente de saúde faz uma espécie de peregrinação pela unidade, que acompanho em parte, para ver se encontra algum médico que possa olhar os exames do homem. Lauro, R2 de medicina, se nega. Diz: *Maria, eu estou em agenda. Só dei aquela forcinha antes, mas agora estou em agenda!* Acho que Tatiana estava em consulta... Maria consegue que Roberto, saindo “esbaforido” do consultório e indo à sala de espera, dê uma olhadinha. Ele afirma que está tudo bem nos exames. Maria informou então Lúcio que estava tudo bem em seu exame.

Mostrar exames, ao que entendi, é uma prática que deve ser feita nas *agendas* ou no *retorno dia*. Percebi, entretanto, no acolhimento vários momentos em que esta regra foi flexibilizada, como na seguinte cena: Sabrina, 21 anos, gestante, paciente de Roberto. Traz novo exame de urina, pois o *outro havia dado ruim*. Adriana, enfermeira contratada, vem até a sala do acolhimento, *olha o exame* e diz que está tudo bem.

A partir desta primeira inserção, comecei a compreender algumas das categorias de ações em saúde que organizam o funcionamento deste serviço de saúde (*consulta dia, retorno dia, renovação de receitas, agenda, mostrar exames...*), assim como suas regras. Regras essas que são acionadas (e flexibilizadas) no momento em que o usuário de saúde é *acolhido* e explicita sua *demand*a - item que é preenchido a partir da resposta dada por aquele que está sendo *acolhido* à pergunta dos acolhedores: *Em que a gente pode te ajudar? O que te traz aqui?* Assim, o acolhimento na unidade Colombina configura-se como um espaço complexo de encontros e desencontros entre trabalhadores e usuários, assim como entre os trabalhadores da equipe e por isso em um fértil espaço de pesquisa etnográfica.

2.4 Primeiras impressões do acolhimento

A partir das breves (e talvez simples) situações descritas⁴³, poderíamos falar do *acolhimento*, em certos sentidos, como um espaço de tradução do que as pessoas buscam no serviço de saúde (que pode ser imensamente variado) conforme as categorias que organizam o trabalho em saúde desta equipe: as necessidades daqueles que buscam a unidade Colombina vão sendo respondidas, em linhas gerais, de acordo com as categorias de ações em saúde listadas acima, seguindo os fluxos de trabalho formalizados na equipe. E, em um sentido complementar, poderíamos falar do *acolhimento* como um processo de “educação”, “iniciação” das pessoas que buscam o serviço de saúde com relação a essas mesmas categorias.

Pode-se dessas cenas depreender, também, relativa flexibilização dos modos formalizados de trabalho: a receita feita naquele turno para Ernesto (e não no prazo de cinco dias úteis); o exame de Lúcio conferido por Roberto em sua circulação do consultório à sala de espera, sem a menor formalidade; a ida de Tatiana até a sala de acolhimento para olhar *o carocinho* no braço de Sebastiana, mesmo que não houvesse indicação para um atendimento na *consulta dia*. Não parece haver consenso e homogeneidade com relação aos princípios para as deliberações tomadas no acolhimento, ao contrário do que é sugerido nas regras apontadas anteriormente neste texto com relação às categorias *consulta dia*, *retorno dia*, *renovação de receitas*, *agenda*, *mostrar exames...* Deste modo, começa a surgir a hipótese de que no acolhimento na Unidade Colombina as deliberações, as decisões tomadas são “contextuais” e dialogam, jogam com as regras formalizadas pela equipe, não as seguindo necessariamente de forma absoluta. E, em um de seus aspectos, poderia dizer que são “contextuais”, de acordo com o usuário concreto que está sendo acolhido (com certas condições de vida, certa história, certa relação com esta equipe de saúde, certa situação de saúde-doença...). E, neste sentido, poderíamos falar do acolhimento praticado nesta equipe como uma ação em saúde usuário-centrada, termo cunhado na Saúde Coletiva para definir um modo de fazer saúde pautado pelas necessidades daquele que busca o serviço.

⁴³ Ao longo desta tese, outras situações de acolhimento serão descritas e analisadas.

Além disso, tais flexibilizações nos permitem observar a uma série de relações que vão sendo tecidas ao longo do turno de trabalho entre os distintos integrantes da equipe, pertencentes a distintas categorias profissionais e posições no fluxo de acolhimento. Por exemplo, nas cenas descritas anteriormente, pudemos observar as movimentações (e as negociações) realizadas por Maria ao longo desta tarde: as conversas com a *Dr. Tatiana* relativas às tomadas de decisão com relação aos casos de Sebastiana e Ernesto, a “peregrinação” pela equipe para conseguir que algum médico conferisse o exame de Lúcio, a tentativa de negociação com Lauro e a obtenção de seu objetivo junto a Roberto. Ao longo de cada turno, então, a cada acolhimento são gerados distintos “circuitos de acolhimento”, compostos pelos mais diferentes membros da equipe: acolhedores, médico do dia, auxiliares administrativos, auxiliares de enfermagem, enfermeiros...

Nas palavras de Marta, médica na equipe, o acolhimento é: *Espaço de chegada de todas as demandas a uma unidade de saúde. Tudo o que chega a unidade de saúde, passa por ali: às vezes é a coisa mais complexa do mundo, às vezes uma banalidade, uma pequena informação. Tu podes resolver um monte de coisas para as pessoas [usuários] por ali. Além disso, o acolhimento serve para discernir o papel da equipe como um todo. Nem tudo que chega ali é demanda médica: se não é demanda médica, é demanda de quem? Que outras categorias profissionais que estão aqui que podem dar conta das necessidades em saúde dessas pessoas, que não a categoria médica? Compreender que uma equipe é composta de vários profissionais com distintas potencialidades e que às vezes as demandas são melhores resolvidas por umas e não por outras. E que umas [categorias profissionais] não se sobrepõem às outras. Será que a gente consegue identificar isso de uma maneira equânime entre todas, sem superioridade de uma sobre as outras?*

Assim, a prática do acolhimento nessa equipe torna-se espelho capaz de refletir as relações entre seus distintos integrantes, mediante seus engajamentos nessa ação em saúde. Ainda mais quando se trata de uma prática em saúde que tem como um de seus ideais a *reorganização do processo de trabalho*. E é na direção dessa discussão que avançamos rumo ao próximo capítulo.

Capítulo 3

Bandeira de toda a equipe: o todo é feito de partes...

3.1 Nem tudo são flores: a irrupção do conflito

No início de abril de 2010, me deslocara até a unidade Colombina para acompanhar os *acolhimentos* que seriam realizados naquela tarde. Chego um pouco antes do início do turno, em torno das 13 horas e 30 minutos, e logo fico sabendo que estão todos na *reunião extraordinária dos acolhedores*⁴⁴. No corredor, a enfermeira Teresa passa correndo por mim e faz o seguinte convite: *Vamos lá ver a reunião, está uma confusão!* Adentramos então a sala de grupos: está cheia e lá dentro ouve-se um alarido de vozes e posições com relação ao momento atual da prática desta ação em saúde. Há tensão no ar.

Já havia observado algumas *reuniões de equipe*⁴⁵ na unidade Colombina: as cadeiras eram organizadas de modos diversos (às vezes enfileiradas, às vezes em uma disposição mais circular), as pessoas movimentavam-se (iam buscar café na cozinha, iam ao banheiro...) e falavam livremente pelo espaço, enquanto questões concernentes ao seu trabalho eram levantadas, refletidas, discutidas e decisões eram tomadas. Lembro-me que a primeira destas *reuniões* que observei, recém chegada da unidade Arlequim, me surpreendeu positivamente: havia descontração, movimentação, barulho, uma aparente desorganização naquele espaço-tempo. Era em um “clima animado”, de “livre expressão” de “todos” que acontecia a discussão e a

⁴⁴ A reunião de acolhedores ocorre normalmente quinzenalmente nas sextas-feiras, do horário após o almoço (13 horas) até o início do turno da tarde (14 horas). Esta ocorria, entretanto, na sexta-feira de intervalo entre as reuniões ordinárias.

⁴⁵ Ocorrem segundas e quartas-feiras das 13 às 14 horas.

deliberação acerca dos temas elencados como pauta da reunião. Era bom, divertido estar ali.

Naquela sexta-feira na unidade Colombina, no entanto, posso dizer que para além do clima habitual de entusiasmo, alegria e “construção coletiva” do trabalho, o conflito, a disputa, o descontentamento, as tensões estavam sendo descortinadas, pela primeira vez, aos olhos daquela recém chegada pesquisadora, que pode ouvir, ainda sem familiaridade para identificar o autor de cada fala, entre outras coisas:

Jogar quem chega no acolhimento sem informação é para queimar filme de quem chega e dos acolhedores também.

Eu sinto o acolhimento indo pelo ralo.

Acabam sobrecarregando algumas categorias [profissionais], outras não.

Chega de tapar furo na escala. Faltam pessoas para a escala do acolhimento e acaba acontecendo de ficar [no acolhimento] pessoas que não entendem os seus princípios [residentes e estagiários que estão se inserindo no cotidiano de trabalho]...

Pelo visto, havia chegado no “ponto alto” da reunião e fiquei um tanto surpresa: nas semanas anteriores em que acompanhara o cotidiano desta equipe, participando de *reuniões de equipe* e observando as práticas de o *acolhimento* de Maria e Andréia, não percebera sinais de tais tensões na equipe. Perto do final da reunião alguém, na contramão do que vinha sendo dito, fala: *O acolhimento tá andando bem!* Era Laura, psicóloga da equipe, que acabara de voltar de suas férias. A reunião se desfez rapidamente, como muitas outras, pois já era 14 horas, momento de iniciar o atendimento do turno da tarde. E então, parecendo-me haver um deslocamento do foco de tensão, deliberou-se que seria preciso *retomar as combinações sobre o acolhimento: rever a cartilha e disponibilizar as informações sobre o acolhimento para quem chega à equipe* (estagiários e residentes).

Naquela semana, as enfermeiras contratadas haviam saído da *escala do acolhimento* em função da campanha de vacinação da gripe H1N1, preconizada pelo Ministério da Saúde – o que teria gerado um problema *pontual na escala*. Após a reunião, encontrei Liliane, ACS, sozinha na cozinha e perguntei a ela: O problema do acolhimento é a falta de gente para compor a

escala? E ela me diz de forma um tanto constrangida, depois de um tempo de silêncio: *É a falta de pessoal contratado. E antes as agentes [comunitárias de saúde] tapavam buraco, agora não mais...* Lembremos que além dos profissionais contratados, essa equipe é composta por integrantes que estão ali em formação e por um período específico de tempo: estagiários e residentes. Ela explicou-me também que, além dos médicos contratados, as auxiliares de enfermagem, os dentistas contratados e os R2s não compunham a *escala* de tal prática em saúde.

Comeford (1999) em “Fazendo a luta: sociabilidade, falas e rituais na construção de organizações camponesas” aborda o que poderia ser considerado temas “marginais ou menores”, tais como as brincadeiras, os usos diferenciados da palavra *luta*, as reuniões, as falas e os gestos dos dirigentes durante seus discursos, a partir de suas pesquisas realizadas junto a trabalhadores rurais vinculados a sindicatos e a associações. As reuniões, observadas em si mesmas e em seus procedimentos, puderem ser percebidas nestes contextos como momentos de sociabilidade e de ritualização, para além de seu caráter de fórum participativo e de tomada de decisões. A sociabilidade presente nessas reuniões permite a consolidação de redes de relações que perpassam a estrutura formal de tais organizações e que estabelecem referências às disputas pelo poder no interior de tais grupamentos; enquanto a dimensão ritualizada de tais momentos propicia a construção ritualizada de símbolos coletivos relativos às distintas concepções acerca das organizações, dos dirigentes e da própria categoria que estes pretendem representar (trabalhadores rurais sem terras). Nesse duplo aspecto, as reuniões, no caso dos trabalhadores sem terra, são elementos importantes na construção desse universo social.

De modo geral e retrospectivo posso dizer que a pesquisa de campo me permitiu acessar outras narrativas e práticas com relação ao *acolhimento* para além do discurso hegemônico nesta equipe - *o acolhimento é bandeira de toda equipe e foi implementado junto com a comunidade*. Pude ouvir versões distintas para os mesmos fatos e presenciar a explicitação de disputas e conflitos que conformam as práticas de acolhimento neste serviço. E os espaços-tempos das reuniões (principalmente, as *de equipe* e *de acolhedores*) foram “palco privilegiado” para tais explicitações. Vamos situar brevemente a

especificidade de cada um desses espaços. As *reuniões de equipe* são espaços para tratar questões relativas ao processo de trabalho de forma total, enquanto as *reuniões de acolhedores* seria um dos espaços específicos para abordar questões relativas ao *acolhimento*⁴⁶. A primeira acontece duas vezes na semana e deveria contar com a presença de todos os integrantes da equipe. A segunda acontece duas vezes ao mês e é aberta a toda a equipe, mas geralmente é freqüentada principalmente pelos *acolhedores*, que são aqueles integrantes da equipe (pertencentes a determinadas categorias profissionais) que ocupam alguns turnos de seu trabalho cobrindo a *escala do acolhimento*, ou seja, recebendo os usuários que estão com as fichas cor de laranja na sala do *acolhimento*. As duas reuniões prevêm a existência de pautas *administrativas* e de *educação permanente em saúde*. No primeiro tipo de pauta, estariam em questão os elementos operacionais e organizativos do serviço ou dessa prática em saúde, já no segundo estaria em questão os modos de trabalhar, seria uma oportunidade ao aprendizado e à mudança no modo de executar o trabalho, a partir da troca de experiências.

Interessante observar que em termos de objetivos formais, tanto as reunião do Movimento Sem Terra, quanto as de integrante da unidade de saúde na qual realizei minha pesquisa, semelhanças podem ser apontadas. De acordo com Comerford (1999), as reuniões do MST são, em muitas situações, pensadas por aqueles que as organizam (assessores e dirigentes) como momentos fundamentais de *participação*, de *democracia* e de organização e ainda um espaço para o *aprendizado* e para a *conscientização*. E assim, tal como na unidade Colombina, as reuniões tornam-se elementos fundamentais na concepção ou modelo democrático, pautado pela igualdade e participação.

Na unidade Colombina, a partir de minha inserção nas reuniões de equipe e de acolhedores, pude constatar que longe de estar assegurada, garantida esta é uma ação em saúde que está em constante disputa na equipe. Ou seja, no caso de minha pesquisa, as reuniões me permitiram acessar sentidos menos unívocos com relação à prática do acolhimento nesse serviço. Em diversas situações, as pessoas narravam as tensões vividas nas reuniões e comentavam: *Não sei se o acolhimento vai seguir na equipe*, dando certa

⁴⁶ GT Acesso e Humanização

impressão, de que de tempos em tempos, esta ação em saúde estava “por um fio”! E esses “eventos” constituem parte dos dados que me fizeram perceber que, nesta equipe, as práticas do *acolhimento*, para além de abrir outras possibilidades com relação ao acesso dos usuários deste serviço e servir para refletir acerca das relações entre usuários e membros da equipe, versam sobre as relações entre as distintas categorias profissionais que a compõem. Estou me referindo aqui a alianças, tensões, disputas e jogos, todos relativos aos ganhos e perdas de poder dentro do espaço de trabalho compartilhado. Um constante fazer e refazer das fronteiras hierárquicas, tendo, em muitas situações, o processo de trabalho relativo ao *acolhimento* como dispositivo ou disparador.

Esta etnografia me permitiu, portanto, acessar alguns dos critérios para o estabelecimento de clivagens relativas à participação dos diferentes atores que compõem essa *equipe*, esse grupo, quer seja no processo de trabalho relativo ao acolhimento e, de maneira mais ampla, nos processos decisórios que aí acontecem. Assim, pretendo discutir em certos aspectos como a participação, a democracia é praticada pelos trabalhadores da unidade Colombina, pertencente ao Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição.

Goldman (2006) em sua etnografia “Como funciona a democracia: uma teoria etnográfica da política” dedicou-se a descrever como integrantes de distintos blocos-afros da cidade de Ilhéus engajavam-se na política municipal, tendo o carnaval como um elemento aglutinador de suas ações políticas. As vivências nas diferentes situações de campo do etnógrafo apontam para outras práticas e significações no tocante ao político que se afastam, desviam, jogam e, inclusive, reinventam os modos de fazer política, tensionando os ideais de participação cidadã presente no ideário da democracia participativa. De forma geral, podemos dizer que as análises realizadas de forma corrente com relação às organizações/práticas políticas que se diferenciam do prescrito no ideal democrático (tais como, por exemplo, as percebidas nas relações clientelistas) são usualmente caracterizadas pela ótica da falta, da ausência de algum elemento fundamental: “racionalidade e informação do cidadão, tradição e organizações partidárias, eficiência governamental, etc”. (GOLDMAN, 2006).

Goldman em “Como funciona a democracia” afasta-se da perspectiva

que poderíamos chamar universalista, sendo construída “de fora”, “de longe” e “de cima”, para, diante das experiências de campo, formular uma perspectiva da política “de dentro”, “de perto” e “de baixo”, qual seja: trata-se de captar o político a partir “do ponto de vista nativo”, descrevendo e analisando os modos pelos quais determinada organização política é concebida, mas também feita, praticada (GOLDMAN, 2006:20).

Nossa tarefa [como etnógrafos] consiste, assim, não em apenas em abordar abstratamente as conceptualizações nativas, mas em apreendê-las em ato, ou seja, no contexto em que aparecem e segundo as modalidades concretas de sua atualização e utilização, levando o esforço de restituição das dimensões êmicas das noções até as últimas conseqüências (GOLDMAN, 2006:41).

3.2 Ritualização do conflito: a escala dos acolhedores

De tempos em tempos, as tensões, os conflitos com relação à execução do acolhimento reapareciam nas reuniões. Por exemplo, aproximadamente um mês depois da “confusão” descrita acima, por volta de junho de 2010, Pietra, R2 de MFC, conta-me por email outro tensionamento que havia ocorrido com relação à *escala* do acolhimento, mas agora na reunião de equipe: Uma das pautas desta reunião tratava da obrigatoriedade de se ter um farmacêutico para a dispensação de medicamentos nas unidades de saúde. Toda a enfermagem do serviço (auxiliares e enfermeiros) teria uma reunião na quinta-feira seguinte para tratar desta questão. Teresa, enfermeira, perguntou se alguém poderia ficar no acolhimento no lugar dela, para que ela pudesse ir. Ninguém se manifestou e começou a tensão. A seguir o relato da residente de medicina:

As agentes comunitárias de saúde Tânia e Rosa protestaram: É sempre assim! Se não têm agentes de saúde para cobrir os furos da escala do acolhimento, ninguém mais o faz. Já a Laura (psicóloga) e a Tânia (terapeuta ocupacional) foram frontalmente contrárias a isso, dizendo que não era uma questão de categoria profissional, que isso não tinha nada a ver! A Laura ainda acrescentou: a escala do acolhimento está indo muito bem, este é um fato isolado! Deu para identificar bem nessa discussão que as ACS têm batido frequentemente nessa questão, e que o pessoal acaba não dando a atenção

merecida para o fato.

A escala foi uma pauta recorrente na reunião de acolhedores (assim como em algumas situações nas reuniões de equipe). De forma geral, no entanto, não se tratava da problematização ou discussão das tensões relativas às categorias que compõem e às que não compõem a escala, mas de sua composição, sua “montagem”: ou seja, estabelecer quais os integrantes da equipe ficariam responsáveis por cada turno do acolhimento em determinado período de tempo (geralmente, a escala era organizada por quinzenas). Esta seria a dimensão administrativa da reunião de acolhedores, que, ao que pude observar acabava se sobrepondo ao aspecto de educação permanente em saúde.

Em reunião do GT Acesso e Humanização, que é o *núcleo de coordenação do acolhimento na equipe*, tal sobreposição foi explicitada. Laura, psicóloga, explica: *A reunião dos acolhedores a princípio era destinada à Educação Permanente em Saúde, era um espaço para se compartilhar os sentimentos de estar no acolhimento e depois assumiu um caráter administrativo, de organização da escala.* Mauro, dentista contratado, confirma: *É, passou a servir à confecção da escala. Continua sendo o nó a escala.* E Tânia, terapeuta ocupacional: *O espaço da educação permanente em saúde sempre foi engolido pela escala...*

E... Reiteradamente, a organização da escala se fazia *nó aparente, se transformava em tensão nos espaços das reuniões*, diante da impossibilidade de alguma categoria profissional (a enfermagem, por exemplo, como no caso das “irrupções de conflito” descritas anteriormente) ou algum integrante isoladamente de cobrir seu turno na escala do acolhimento. Vinícius, R1 de medicina de família e comunidade, fez uma poesia, diante de mais um *desentendimento* da equipe, diante da montagem da escala, em uma reunião de equipe em abril de 2011. Enviou a poesia por email à lista de discussão da unidade, com um breve preâmbulo: *Colegas essa poesia foi feita logo após o término da reunião do dia 27/04, de onde sai perplexo com a falta de entendimento de nossa equipe, talvez por normalmente as desavenças não chegarem ao ponto aonde chegaram neste dia... Serve para reflexão de nossa convivência e do quanto que podemos nos desentender para montar uma escala onde todos os profissionais da unidade estão comprometidos...*

E agora um fragmento da poesia⁴⁷:

Acolhimento é feito de acolhedores
E quem acolhe as dores alheias
São meus colegas, senhoras, senhores,
Dispostos para tal a enfrentar peleias
E peleando hoje estamos novamente
Desta vez não pelo paciente
*Haja paciência pra **tanta briga minha gente***
Fecha aí o acolhimento do paciente
Meu verso hoje é verso brabo
Fala junto com os outros seu canto
Nessa reunião onde meu desencanto
Se perde no ar do desentendimento
Essa equipe é boa, eu sei
 (...)

Acima de tudo nos enfrentamos
Disputamos espaços, idéias e o tempo⁴⁸
 (...)

Assim, considero que as reuniões conformam nesse serviço de saúde espaços-tempos para a ritualização de tensões e disputas que estão presentes neste cotidiano e que, atualmente, tem no *nó da escala* um “detonador”. De acordo com Peirano (2003), ao retomar na história da antropologia as discussões relativas ao ritual, a compreensão do que seja um ritual em determinado grupo não pode ser definido a priori, mas a partir das vivências/experiências do pesquisador em campo, segundo as quais este conseguirá definir quais neste grupo específico são os eventos que são considerados ou fazem-se especiais. O que no cotidiano de determinado grupo está sendo indicado como único, excepcional, crítico, diferente?

Em minha experiência de campo, os conflitos explicitados, muitas vezes através das falas das agentes comunitárias de saúde, nas reuniões de acolhedores e de equipe, destacavam-se no cotidiano desse serviço de saúde. Conflito surgido como “evento”, como “irrupção” de uma tensão que abala, “bagunça” a percepção da ordem ordinária, narrada como da qualidade das relações democráticas e horizontais entre os diferentes atores em sua organização do trabalho. “Evento” que é produzido ciclicamente, mas que sempre traz uma sensação de “algo inesperado”, “surpreendente”, que deixa o ambiente tomado de emoção e tensão: as pessoas saíam das reuniões um

⁴⁷ Os trechos omitidos permitiriam a identificação de qual é esta equipe pertencente ao SSC.

⁴⁸ Destaques meus.

tanto atônitas, com uma sensação de que não esperavam e não entendiam ao certo o que acontecera ali, assim como podemos depreender da poesia de Vinícius ou da descrição que eu mesmo faço com relação a primeira dessas reuniões que assisti e que chamei de a “irrupção do conflito”. Os integrantes da equipe, mesmo que fossem os autores das falas indignadas, experimentavam a sensação de que não se esperava o que ocorrera ali e que, de algum modo, certos limites haviam sido excedidos de forma não prevista e desejada.

De acordo com Peirano (2001), a abordagem antropológica contemporânea do ritual passa pelo deslocamento analítico que permite conceber os ritos como momentos de intensificação do que é usual em determinado contexto: “o que se observa no fragmento do ritual (quer seja a resolução de conflitos, à Turner; transmissão de conhecimentos, como queria Leach; ou o vínculo entre ação social eficaz e cosmologia, seguindo Tambiah) também se revela em outras áreas de comportamento que o pesquisador investiga”. (PEIRANO, 2001: 27,28.)

Comerford (1999), seguindo, assim como Mariza Peirano, autores que conformam a abordagem contemporânea acerca do ritual, analisa as *reuniões* do MST também como momentos rituais:

Esses eventos são particularmente interessantes para identificar alguns aspectos ou dimensões da própria vida social que são postos em relevo e representados pelos e para os atores, abrindo janelas por assim dizer, que permitem visualizar valores e representações socialmente construídas como importantes no universo social em questão (COMERFORD, 1999: 15).

Em uma das últimas reuniões de *acolhedores* que observei, ocorrida em abril de 2011 Luciane, ACS, perguntou: *Por que algumas categorias não fazem parte da escala do acolhimento?* Pareceu-me que esta agente comunitária de saúde transformava em pergunta agora pública, o que há dois anos atrás Liliane, também agente comunitária de saúde, havia me dito quase em tom de confissão íntima na cozinha: *o problema do acolhimento é a falta de pessoal contratado para compor a escala.* E a seguir, em maio de 2011, Roberta, R2 de psicologia, contou-me que em reunião de equipe, algumas pessoas

explicitaram: *Quem está tocando o acolhimento são as agentes comunitárias de saúde e os residentes.*

Deste modo, parece-me que nas reuniões da Colombina são explicitadas algumas clivagens, tal como a estabelecida entre categorias profissionais que compõem a escala do acolhimento (acolhedores) e as que não compõem, que perpassam as relações desse grupo - a *Agremiação Colombina*. Para Peirano (2003), “o ritual expande, ilumina e ressalta o que já é comum a determinado grupo” (p. 10). Seguindo, ainda, em companhia de Comerford (1999) podemos fazer paralelos entre as reuniões dos trabalhadores sem terra e os integrantes da unidade de saúde Colombina. De forma semelhante esses dois grupos, assentam suas cosmologias sobre valores que estão imbricados, mas que não são facilmente equacionáveis em seus cotidianos: de um lado, a pertença é construída a partir do ideal de participação (incentivo à participação nas reuniões, fomento das discussões e explicitações das distintas opiniões presentes no grupo, a fim de se chegar a um consenso coletivamente pactuado); de outro, a pertença é construída a partir da idéia de união, o que no caso da Colombina significa ser uma *equipe agregada, unida*.

Um dos médicos contou-me que houve outro tempo da equipe em que o grupo era totalmente *desagregado*, e ele criou o apelido para a equipe (*Agremiação Colombina*) e, de acordo com sua percepção, este foi um dos elementos que permitiu a equipe *se agregar, se unir* e, atualmente, terem orgulho de serem todos (igualmente) membros de tal *agremiação*. As reuniões, por sua vez, seriam os espaços-tempo protegidos pelo isolamento ritual que, de acordo com Comerford (1999):

(...) evitaria que “ali dentro” as divergências adquirissem o sentido de trocas de ofensas e/ou desrespeito às hierarquias da coletividade (e, portanto, a própria coletividade como tal) e comprometessem tanto a convivência cotidiana como a imagem de *união* que o grupo deveria ter não apenas para si, como também diante da sociedade (COMERFORD, 1999: 70) (grifos do autor).

Clivagens explicitadas, nomeadas nos espaços ritualizados que não reverbera no “modus operandi” do grupo. Isso sempre me intrigou: a falta de profissionais contratados para compor a escala, ser recorrentemente explicitada e isso não reverberar em mudanças na organização do trabalho. Afinal, não eram todos ali *igualmente integrantes da equipe*? E o acolhimento não era *bandeira de toda a equipe*? Diante de minha surpresa, Ana Clara, R2 de enfermagem, me disse com um ar de quem não se surpreendia: *As agentes [comunitárias de saúde] colocam as coisas, mas outras pessoas, por terem um discurso mais articulado, acabam por se sobressair à fala das agentes*. E aí percebe-se claramente as diferenças entre ser do grupo e não ser: Ao contrário de mim, *para Ana Clara* era da ordem do óbvio porque as “reivindicações” dos *acolhedores* (subgrupo composto principalmente pelas agentes comunitárias de saúde, dentre as categorias de profissionais contratados⁴⁹) não tinham escuta no grupo de forma mais ampla, de modo a reverberar no conjunto de suas relações. Tais falas eram silenciadas diante daqueles que tinham um *discurso mais articulado*.

Entre os integrantes do MST, de modo análogo, embora haja um incentivo à participação de todos os membros, nas reuniões promovidas por associações e sindicatos, acaba ocorrendo um predomínio daqueles que *sabem falar* ou que *falam bem*. Claro, aqui não podemos dizer que os critérios de distinção entre os tipos de fala, de discurso sejam os mesmos. No caso do grupo etnografado por Comerford (1999), a distinção constrói-se a partir do domínio prático, por parte de alguns integrantes do grupo, de uma modalidade de fala pública. No caso da unidade Colombina, é esse entendimento que está em vias de ser construído nesta etnografia. A residente de enfermagem me fornece uma pista (*alguns têm um discurso mais articulado*) acerca dos possíveis critérios que organizam as clivagens, as hierarquias nesse grupo. E é na direção de seguir adensando a descrição e a análise desses conflitos “iluminados, ressaltados, intensificados” pelos momentos rituais das reuniões que agora avanço, às vezes falando em termos de presente etnográfico, às vezes retomando elementos da historicidade deste grupo.

⁴⁹ Lembremos que, de acordo com o explicitado nas reuniões, além das ACS, residentes e estagiários tinham papel fundamental na execução do acolhimento, mas não fazem parte do subgrupo contratados, ou seja, não integram a parcela “fixa” da equipe: estão ali em formação e constituem a equipe por período determinado de tempo.

3.3 Habilidades que os acolhedores precisam ter...

Minha inserção na unidade Colombina permitiu-me perceber que, para além do engajamento de outras categorias profissionais e de pertença⁵⁰ a este grupo, quem efetivamente *toca o acolhimento*, integrando o maior número de turnos na escala, são as agentes comunitárias de saúde, os residentes de primeiro ano e os estagiários. E, desde minha primeira inserção na sala do acolhimento, chamou minha atenção as capacidades que o integrante da equipe que assume a posição de acolhedor precisa ter: a) mediante um saber que vai sendo construído na prática, avaliar “corretamente” os casos que chegam e só passar para *consulta dia* os casos *realmente necessários*, que possam ser resolvidos no “enquadre” deste tipo de ação em saúde, ou seja, fazer o que poderia ser considerado como classificação de risco⁵¹; b) de discutir e “barganhar” com o médico, responsável pela *consulta dia*, a inclusão ou não das pessoas neste tipo de atendimento; E desta última capacidade, decorre uma terceira: c) conseguir transitar de forma fluída entre os distintos “setores” e integrantes da equipe que compõem os “circuitos de acolhimento” em cada turno. Deste modo, o acolhedor acaba desempenhando um papel de mediador entre usuário e equipe de saúde, como pudemos perceber nas cenas descritas anteriormente, nas quais pode-se perceber o trânsito de Maria e seus esforços em conseguir atender as necessidades de distintos usuários a partir de suas interações com integrantes da equipe.

Em reunião de acolhedores, acontecida em fevereiro de 2011, Roberta, residente de psicologia que recém entrara na equipe, perguntou acerca dos *critérios para a inclusão de usuários na consulta dia*. A discussão sobre o tema trouxe à tona o dissenso. Roberto, por exemplo, o único médico contratado presente na reunião, diz: *É muito difícil uniformizar critério, os três médicos da*

⁵⁰ Aqui estou me referindo a dois tipos de pertença: 1) integrar de forma mais permanente a equipe, mediante algum vínculo empregatício ao Serviço de Saúde Comunitária que o torna profissional contratado ou 2) integrar o grupo por um tempo determinado de tempo e com o objetivo de aprendizagem, formação: estagiários e residentes de diversas áreas da saúde.

⁵¹ De forma muito ampla, classificação de risco refere-se à avaliação da gravidade de determinado caso e nisso está envolvida a avaliação do tempo no qual determinado agravo deverá ser atendido. Essa noção será discutida adiante a partir de conceituações de pessoas pertencentes ao grupo pesquisado.

tarde têm critérios diferentes [para a inclusão de usuários na consulta dia]. A gente pode discutir critérios, mas o acolhimento é algo em construção. Isso que é nomeado pelo médico como critérios diferenciados para a inclusão de usuários na consulta dia, é percebida pelos acolhedores como uma maior ou menor facilidade de diálogo, de discussão dos casos, de negociação com relação à inclusão do usuário na consulta dia com aquele que ocupa a posição de médico do dia em determinado turno. De acordo com os acolhedores, é mais fácil ou mais difícil estar no acolhimento, dependendo de qual médico está na consulta do dia, na *retaguarda*.

Aqui é preciso fazer uma ressalva. Os médicos contratados, aqueles que vão ocupar a posição de médico do dia, estão na *retaguarda* do processo de acolhimento: não compõem a escala, mas diante de sua capacidade de avaliar a gravidade ou não dos casos, das necessidades em saúde que chegam até a unidade de saúde, tendo em vista a sua formação de nível superior na área da saúde e sua experiência já como profissionais, poderiam dar *supervisão*, suporte técnico, se necessário, aos acolhedores com relação à avaliação dos casos. Essa é uma das dimensões das constantes discussões de caso entre acolhedores e médicos do dia. E aqui poderíamos fazer um contraponto com relação às agentes comunitárias de saúde, que ingressam no campo da saúde sem necessariamente ter formação ou experiência na área, mas sim por uma pertença comunitária⁵² e realizando uma seleção que exige formação de nível médio, assim como com os estagiários e residentes, que estão ainda em processo de formação no campo da saúde. É preciso sublinhar que, enquanto, os médicos contratados da equipe têm um saber formal com relação à classificação de risco dos casos que chegam, os acolhedores, seja pela diferença de formação ou falta de experiência, vão desenvolvendo tal saber de forma prática, a partir do estar acolhedor.

Acompanhemos a cena a seguir: Era sexta-feira à tarde, em maio de 2010, Liliane, agente comunitária de saúde, estava no acolhimento, Roberto era o *médico do dia*. Ao contrário do habitual, aquela estava sendo uma tarde *muito movimentada* na Colombina, muitos usuários estavam passando pelo acolhimento. Javier, então, um adolescente de 14 anos chega à sala do

⁵² Para ser agente comunitário de saúde é necessário morar na área adscrita de determinado serviço de saúde.

acolhimento, acompanhado de seus pais, com *dor no tornozelo*. A agente comunitária de saúde vai *falar* (discutir o caso e negociar) com o doutor Roberto, para ver com ele se *passará* ou não o menino à *consulta dia*. Acompanho a conversa. Liliane coloca a situação do adolescente, Roberto dá a seguinte resposta: *Pode passar na consulta dia, a gente dá uma olhadinha. Hoje é sexta-feira, não vamos deixar o guri com dor*. Liliane, parecendo agradecida, responde, sorrindo: *Por isso, eu gosto de fazer acolhimento com o senhor, doutor Roberto*. Acredito que a resposta da agente comunitária referia-se a uma postura “mais porosa” deste médico com relação à discussão dos casos e à inclusão de usuários na consulta dia.

Na medida em que os critérios podem variar, de acordo com o médico que ocupa a posição de *médico do dia*, como salientou Roberto na reunião, abre-se em muitas situações um espaço de tensão e “barganha” dos *acolhedores*, diante do poder do médico em concordar ou não com a inclusão do usuário na consulta dia. Além de estar *em construção*, o acolhimento parece ser algo em constante negociação! E a ação dos acolhedores desdobra-se em uma zona de conflito, de tensão: entre a necessidade em saúde construída como necessidade de consulta médica e os *critérios* do médico que ocupa a posição de *médico do dia*; entre seu saber que está se construindo e o já formalizado dos médicos contratados; entre a possibilidade de pautar o trabalho dos médicos contratados, ao incluir mais uma consulta em seu turno de trabalho e a possibilidade de ter seu diálogo com os usuários pautado pelas normas da triagem médica... Capacidades de negociação e de barganha dos *acolhedores* com o *médico do dia*, ao desempenharem seu papel de mediação das relações entre os usuários e equipe de saúde de modo geral e, mais especificamente, entre saberes e posições assimétricas: dos acolhedores e dos médicos do dia.

Assim, o fato de os critérios para a inclusão de usuários na consulta dia serem variáveis, de acordo com o médico que está acompanhando o acolhimento em determinado turno, abre um espaço para que o profissional médico assuma em muitas situações, para além de um papel de interlocutor capacitado tecnicamente, um lugar central no processo decisório que envolve o acolhimento de cada usuário específico (Será atendido hoje? Deverá agendar consulta? Será encaminhado para outro serviço?). E deste modo, a partir das

práticas de acolhimento na unidade Colombina, é possível perceber uma relação hierárquica entre médicos do dia e acolhedores. Aliás, no processo de implementação do acolhimento, a criação da Cartilha do acolhimento foi, de acordo com Marcela, ex residente e ex integrante da equipe uma tentativa de uniformizar critérios para as práticas de acolhimento, uma tentativa de equiparar as assimetrias de posição na equipe, nas suas palavras: - *O objetivo da Cartilha era que todo mundo fizesse aproximadamente igual, até para não colocar as agentes [comunitárias de saúde] em saia justa, do tipo faz esse favorzinho prá mim...*

Em certo sentido, não é a *consulta dia* que é disponibilizada no acolhimento, mas sim o contrário: o acolhimento acaba sendo um espaço centrado em certa disputa com relação àquela modalidade de atenção em saúde. E a partir disto não poderíamos nos perguntar: a ação em saúde na unidade Colombina não segue médico-centrada? Conforme conceituação presente na Cartilha e inspirada em Mehry (1999), um dos princípios desta forma de acesso é justamente: *Descentralizar o atendimento do médico focando na equipe de saúde*, ou seja, esta prática em saúde permitiria tirar o médico, seu saber e sua atuação do centro das ações em saúde, alterando deste modo certa distribuição desigual de poder entre médicos e não médicos.

Interessante observar que na experiência de Betim- MG, sistematizada no texto referenciado acima, a posição dos médicos no processo de acolhimento é análoga ao que observamos na unidade Colombina, tal categoria profissional ocupa também a posição retaguarda: “O trabalho destes profissionais foi organizado de tal forma que eles ficaram, às vezes, na retaguarda (consultas aos usuários encaminhados pela equipe de acolhimento) e, outras vezes, na equipe de acolhimento” (MEHRY et al, 1999: 349). E como consequência dessa inserção no processo de acolhimento na unidade de saúde mineira, os autores levantam a seguinte questão: “Por que não se conseguiu incorporar o profissional médico a esse processo, a ponto de a sua participação específica causar impacto na solução dos problemas de saúde da população usuária?” (MEHRY et al, 1999: 349: 352).

Na unidade Colombina, a hierarquia entre médicos e não médicos (acolhedores) parece não ser subvertida pela prática do acolhimento, mas, de forma sutilizada, mantida. Claro, o diferencial do processo de trabalho nessa

unidade de saúde é que esta hierarquia está sempre sendo friccionada e até mesmo colocada em risco, a partir das interações entre acolhedores e médicos do dia nas práticas de acolhimento: Alguns médicos estão mais abertos ao diálogo e à negociação, assim como alguns acolhedores tem uma maior capacidade de barganha...

3.4 “Ciranda” da escala do acolhimento: Entradas e saídas de categorias profissionais

A posição dos médicos contratados da equipe para a não presença de sua categoria na escala do acolhimento é de que estão fora *simplesmente por questões operacionais*, como me disse Renato, médico de família e comunidade, demonstrando certa irritação diante de minha pergunta acerca desse tema. Ele reafirmava certa posição corrente na equipe de que se o médico contratado estivesse na escala do acolhimento, faltaria médico para dar contas das *consultas dia* ou das *agendadas*. O critério aqui é numérico, quantitativo. Ou seja, ao ocupar algum de seus turnos de trabalho, saindo do consultório e experimentando-se na posição de acolhedor, deixaria de realizar consultas médicas. Atualmente, há 6 médicos contratados na equipe, o dobro existente quando está ação em saúde foi implementada na equipe. Mas, mesmo diante da duplicação do número de integrantes, esses profissionais mantêm-se fora da escala do acolhimento. Certa vez, enquanto observava um residente em seu turno de acolhimento, comentei com ele a não presença dos médicos contratados na escala, e ele me disse então: *É, os médicos fazem parte do acolhimento na retaguarda. Este termo, esta linguagem é estranha, parece que estamos falando de uma guerra!*

O outro argumento que está presente na equipe, e é compartilhado não só por médicos, mas por membros de outras categorias profissionais, é a de que a presença do médico contratado na sala do acolhimento acabaria por direcionar a interação entre usuários e acolhedores para o enquadre de uma consulta médica, e isso tornaria o acolhimento *médico-centrado*. Por exemplo, Marcela, enfermeira contratada da equipe, dá a sua opinião com relação à presença dos médicos na sala do acolhimento: *Médicos e doutorandos acabam tendo um olhar mais clínico naquele espaço, cortando caminho, contribuindo para a medicalização do atendimento. Tudo pode se resolvido com consulta*

médica, com exame, com remédio...

Marta, que fora médica nesta equipe no período entre 1993 e 2011, justifica do seguinte modo a posição da categoria médica no processo de trabalho no acolhimento: *Difícilmente os médicos contratados, que estão ali há muito tempo, conseguiriam estar ali na sala do acolhimento e não dar uma consulta médica, até pela própria exigência da população: Ah! Doutor, o senhor vai olhar meu exame e não vai me dizer o que eu tenho... Além disso, o fato de você [o médico do dia] estar disponível para a demanda do dia, ou disponível para o debate com as situações do acolhimento, ajudaria a ter uma maior resolutividade das situações de acolhimento. E essa questão de recursos humanos mesmo: há uma grande demanda médica, e deslocar um profissional para estar na consulta dia, outro para estar no acolhimento e outro para a consulta agendada, faltaria gente.*

Marcela, profissional contratada nessa equipe, fora residente justamente no período de implantação do acolhimento. Ao narrar tal processo, sua ênfase recai sobre a intensa discussão que houve na equipe acerca de quais categorias profissionais estariam capacitadas para acolher. Esta temática teve uma oficina⁵³ destinada a sua discussão, intitulada *Quem acolhe?* Segundo a ex-residente e atual contratada da equipe, no entanto, não foi possível se chegar a um consenso em tal fórum: *A equipe não conseguiu definir junto com a comunidade isso, tiveram que decidir isso em uma reunião de equipe.*

Segundo Marcela, o acolhimento era entendido naquele momento pela equipe como classificação de risco, que foi definido por ela como ter a capacidade técnica para distinguir a urgência ou não de determinado caso: esse [caso, paciente] *precisa ser atendido hoje, esse pode esperar uma semana, esse pode esperar um mês.* E a partir de tais classificações, estabeleceram-se algumas modalidades de atendimento: *Daí, a gente definiu a consulta do dia, a consulta breve e a consulta programada.* Naquele momento na unidade Colombina (final de 2004) tal classificação, que poderia ser chamada também de *triagem* era atributo da *enfermagem* [leia-se aqui auxiliares, técnicos de enfermagem e as enfermeiras]. *Em vários modelos de*

⁵³ O processo de implementação de acolhimento na equipe foi disparado mediante a realização de cinco oficinas realizadas entre equipe de saúde e *comunidade*. Isso será discutido em maior profundidade nos próximos capítulos desta tese.

acolhimento que a gente conhece, definia isso: que era a enfermagem quem fazia o acolhimento, nessa lógica de classificação de risco. Hoje em dia já tem outras coisas escritas, mas naquela época, tinha só isso.

Um das tensões surgidas na equipe, então, dizia respeito justamente a qual categoria profissional faria o acolhimento: Seria a enfermagem a única categoria responsável pela “porta de entrada”, acesso dos usuários, ao realizar a classificação de risco? Nas palavras de Marcela, *a enfermagem não queria fazer, porque entendia que isso aumentaria muito sua demanda de trabalho, entendiam que não iam conseguir acolher todo mundo. Eles lá [enfermagem] seguraram que não, que teria que ser todo mundo [todas as categorias profissionais].* Outra tensão que se desdobrava de tal temática dizia respeito à inclusão ou não no acolhimento de uma categoria que recém chegava na equipe: as agentes comunitárias de saúde. Marcela conta: *E a tal da polêmica se as agentes comunitárias podiam ou não podiam acolher. A princípio elas [ACS] não tinham capacitação formal para a classificação de risco*⁵⁴. *Eu me lembro que foi muito complicado. A gente discutiu muitas vezes, às vezes a portas fechadas [discussão restrita às enfermeiras]. Eu me lembro que era muito as enfermeiras que estavam aqui que queriam que não fosse as agentes comunitárias e fosse a enfermagem [auxiliares, técnicos de enfermagem].*

Aqui há uma diferenciação importante que precisa ser feita: Na fala de Marcela, podemos perceber às vezes uma reunião entre auxiliares, técnicos de enfermagem e profissionais de nível superior da enfermagem, sob o núcleo *enfermagem*, mas em outros momentos *enfermeiras* e *enfermagem* constituem-se em categorias distintas: a segunda composta dos técnicos e auxiliares de enfermagem e sob a supervisão técnica da primeira (profissionais da enfermagem de nível superior) acaba por ocupar em algumas situações um lugar hierarquicamente inferior. Mas essa distinção hierárquica em tal serviço de saúde não está dada, não é experimentada de modo consensual, está sempre em disputa e produz tensões que reverberam até o momento atual. O

⁵⁴ Para ser ACS é preciso ser selecionado em concurso que exija o ensino médio concluído, não é preciso nenhuma formação de nível técnico (como no caso dos auxiliares e técnicos de enfermagem, por exemplo) ou superior nas áreas da saúde (como enfermagem, medicina, psicologia dentre outros...).

que pode ser percebido em parte pelas descrições relativas ao período das eleições, que virá a seguir. Aliás, a assistente de coordenação que sucedeu João Francisco, auxiliar de enfermagem, era enfermeira.

Neste momento, no entanto, trata-se de abordar o processo pelo qual as agentes comunitárias de saúde passam a integrar a escala do acolhimento, sigamos então a narrativa de Marcela: *Só a enfermagem participando, não daria conta da escala. Botando toda a equipe na escala, excluindo apenas médicos, dentistas e auxiliares administrativos (sempre foi pequeno o número de trabalhadores nesta categoria) e retirando as agentes comunitárias da escala, não conseguiriam fechar todos os turnos de tal escala, tendo em vista que o acolhimento seria feito em duplas em todos os turnos*⁵⁵. *Mesmo indo para a votação de equipe, para ver se elas participariam ou não, a gente já tinha se dado conta de que não seria possível fazer sem elas.* Marcela diz então que esse critério quantitativo [a necessidade de incluir também as agentes comunitárias na escala para dar conta de preencher todos os turnos da escala] *era o único argumento possível naquele momento para romper com a resistência de alguns membros da equipe com a relação à inclusão da categoria agentes comunitárias de saúde na composição da escala do acolhimento.*

Segundo Marcela, alguns membros da equipe se abstiveram de votar em tal reunião, pois *tal votação era uma sinuca de bico: as enfermeiras baforando no cangote de algumas pessoas para votarem contra a participação das agentes comunitárias na escala e, ao mesmo tempo, as pessoas se dando conta de que não teria como executar tal ação sem inclusão desta categoria na escala. Para mim, por exemplo, era questionável que elas não tivessem capacidade, porque hoje em dia eu digo que elas fazem acolhimento melhor que qualquer um.*

Deste modo, vemos distintos integrantes da equipe acionando o mesmo critério quantitativo (números de integrantes na equipe, número de profissionais por categoria) para produzir efeitos distintos: os médicos para manterem certo lugar já ocupado na hierarquia (no final das contas, são esses profissionais que dão a última palavra com relação a quem passará à *consulta dia* ou não), a

⁵⁵ Seriam necessários 20 pessoas para cobrir todos os turnos da semana.

manterem no centro do processo de trabalho o que, neste contexto, lhes define como categoria profissional - a consulta médica; as auxiliares administrativas, manterem-se focadas no outro fluxo de acesso dos usuários, relativo ao balcão da recepção; as agentes comunitárias de saúde para subirem na hierarquia, assumindo a capacidade (que não é da ordem da educação formal, da técnica, mas do saber-fazer, de um saber que vem da prática). No caso das agentes de saúde, então, o que atualmente aponta para um lugar subalterno na hierarquia – integrarem a escala do acolhimento, assumir a posição de acolhedoras – em outro momento significou ascender no processo de trabalho da equipe.

Em conversa informal com uma ex-residente da unidade Colombina, que coordenava o acolhimento, ela traz outros motivos, para além da *questão operacional*, para a não presença dos médicos contratados na escala do acolhimento: *Para os médicos da unidade Colombina estar na sala do acolhimento, na posição de acolhedor é não fazer clínica médica, é não ser um bom médico. Esta foi uma pactuação da categoria na época de implementação do acolhimento. Além disso, ser acolhedor significa interferir no trabalho de quem é o médico do dia em determinado turno. Imagina eu avaliando no acolhimento um paciente que será atendido por meu colega? Imagina eu dizendo quem meu colega deve atender?* Assim, para além do critério quantitativo, parece que a não presença dos médicos contratados na escala do acolhimento está relacionada às concepções do que seja, neste contexto, a prática médica na medicina de família e comunidade: e esta não incluiria a escuta mais ampla e integral prevista nas práticas de acolhimento? E vincula-se a questões corporativas: o argumento de caráter *operacional*, relativo ao número de médicos presente nessa equipe, seria uma espécie de tática (De Certeau, 1994⁵⁶) utilizado pelos integrantes de tal categoria profissional para não se colocar na zona de tensão que se estabelece entre acolhedor e médico do dia, para não se indisporerem entre si.

⁵⁶ Tática, de acordo com De Certeau (1994), está relacionada à capacidade de “jogar com os acontecimentos para transformá-los em ocasiões”. As táticas, de acordo com o autor, não assumem a forma de discursos, mas a inteligência envolvida nesse tipo de ação (prática) tem por forma “a própria decisão, ato e maneira de aproveitar a ocasião.” (DE CERTEAU, 1994: 47)

3.5 Do conflito da escala às eleições para assistente de coordenação

Na mesma reunião de acolhedores em que Luciane, ACS, aponta explicitamente a clivagem existente na equipe referente à composição da escala, perguntando por que algumas categorias profissionais não a integravam, Laura deslizou de sua posição habitual e juntou-se ao “coro dos descontentes”. A psicóloga respondeu ao questionamento da agente comunitária, afirmando que essa distinção entre as categorias profissionais que compõem a escala e as que não compõem é *uma questão gerencial*. Laura parecia irritada e chegou, ao contrário das outras vezes, mais para o final da reunião. Expressou tal opinião, assim que João Francisco chegou e, ao falar, olhou para ele. Minha hipótese é de a fala da psicóloga era endereçada ao então assistente de coordenação.

Após à reunião, João Francisco estava surpreso com o que assistira na reunião e falava-me em um tom de quem se justifica: *As pessoas estão exagerando!* Eu coloquei a ele a mesma opinião que havia colocado na reunião: Diante do fato de que apenas algumas categorias profissionais integram a escala, provavelmente vão faltar trabalhadores para compô-la, essa era, na minha perspectiva, uma questão de caráter “estrutural” na organização do trabalho. Ele me respondeu, então, como quem respondia à Laura e às agentes comunitárias de saúde: *É, mas essa foi uma pactuação da equipe. Foi a equipe que decidiu, ao longo do tempo, que essas categorias não entrariam na escala do acolhimento*. De acordo com João Francisco, as pessoas não poderiam reclamar por algo que foi *decidido em equipe* e muito menos cobrar do assistente de coordenação – do *representante dessas decisões* – a mudança de tal situação, tendo em vista que ele teria menos autoridade e legitimidade do que as *pactuações coletivas*.

Alguns dias depois dessa reunião de acolhedores, conversei com Laura sobre o ocorrido na reunião. A psicóloga deslizara de sua posição habitual (*a escala do acolhimento está indo muito bem, este é um fato isolado!*) e passa a ocupar uma posição diferente (*o problema da escala sempre foi estrutural, mas ele só aparece, quando dá furo na escala*). Em tal conversa, Laura questionou o fato de que as duas categorias profissionais mais numerosas na equipe não faziam parte da escala (as auxiliares de enfermagem (8) e os médicos (6)): Os

médicos contratados nunca estiveram na escala e as auxiliares de enfermagem se retiraram da escala do acolhimento há três anos. Lembremos que nesta época João Francisco, um dos auxiliares de enfermagem, era o assistente de coordenação, o *gerente*. Teria esse fato alguma conexão com a afirmação de Laura de que os problemas na escala eram uma *questão gerencial*? E afirma, ainda, que a disputa do poder com relação à *escala* é: *Cada um [cada categoria?] se defende para não estar.* Colocação esta que nos ajuda a corroborar a perspectiva de que são as categorias ou posições subalternas na equipe que integram o subgrupo acolhedores.

Parece-me bastante compreensível que as categorias entrem em disputas para não compor a escala do acolhimento, tendo em vista o que tem sido descrito até aqui. Estar no acolhimento, no lugar de acolhedor no contexto dessa unidade de saúde é colocar-se em um lugar tenso de mediação entre a necessidade, o desejo do usuário e a disponibilidade e os entendimentos da equipe de saúde e do médico do dia: é colocar-se na zona de conflito entre saberes profissionais assimétricos, como, por exemplo, o de sua categoria profissional e o do médico que está na *retaguarda* do acolhimento.

Há algum tempo vinha ouvindo alguns “marulhos” acerca *do poder da enfermagem na equipe*. Por exemplo, em 2010, no início de minha pesquisa de campo na Colombina, comentei com certo integrante da equipe⁵⁷ que, no caso da unidade Arlequim, certa médica exercia seu poder de forma “silenciosa” naquela unidade. Eu percebera que tal médica, mesmo não se pronunciando nas reuniões de equipe, exercia sua autoridade de forma eficaz (e silenciosa) no cotidiano de trabalho. Meu interlocutor então respondeu: *O poder silencioso aqui é a enfermagem*, referindo-se às auxiliares de enfermagem. E parece que há um núcleo do poder *na enfermagem*, ele está depositado ou centralizado, de acordo com alguns destes trabalhadores, em determinada auxiliar de enfermagem, que *tem o poder de tirar pessoas da equipe*. Há uma narrativa na equipe que versa sobre a demissão de duas enfermeiras da unidade, a partir de um conflito que estas tiveram com uma das auxiliares de enfermagem.

⁵⁷ A supressão de maiores detalhes acerca do sujeito em questão, tais como categoria profissional, gênero, trajetória será utilizado ao longo deste texto como estratégia necessária ao sigilo e confidencialidade, tendo em vista que as informações publicizadas poderiam trazer prejuízos a pessoa em questão, se identificadas pelos outros membros da equipe.

Mas... É no período das eleições⁵⁸ para o cargo de assistente de coordenação entre abril e maio de 2011, que o suposto *poder velado* da enfermagem começa a ser narrado, por parte de integrantes vinculados às categorias com formação superior, de forma mais evidente para a pesquisadora: *Com João Francisco [os auxiliares de enfermagem] se sentiram no topo do poder.* João Francisco, por sua vez, na entrevista que realizamos disse que considerava que seus dois mandatos (em 2009 e 2010) como assistente de coordenação havia possibilitado *uma maior horizontalidade na equipe.*

Estamos aqui diante de algo que não é habitual nos serviços de saúde, o suposto poder atribuído a uma categoria tradicionalmente tida como subalterna nos serviços de saúde - os auxiliares de enfermagem, que desponta nesse cotidiano de trabalho como uma das que detém poder: esses trabalhadores conseguiram se retirar da *escala* do acolhimento há três anos, a este núcleo profissional é atribuído a demissão de duas enfermeiras em 2007. Lembremos que o assistente de coordenação da equipe em 2010 e 2011 foi João Francisco, auxiliar de enfermagem. A *maior horizontalidade* na equipe, apontada por ele como consequência de suas duas gestões, pode ser vista, então, como espécie de tática (De Certeau, 1994) para lidar com as “engenharias hierárquicas” atuantes neste contexto marcado por um discurso de democratização, resultando em horizontalidade relativa, na medida em que há um aumento do poder dessa categoria (e talvez de outras) que habitualmente ocupa um lugar inferior nas hierarquias das equipes de saúde.

⁵⁸As eleições para o cargo de assistente de coordenação ocorrem anualmente no Serviço de Saúde Comunitária, aliás em 2011, a votação para tal cargo ocorreu no dia 1 de maio. O processo eleitoral para tal cargo, assim como a gestão colegiada nesta equipe parecem-me ser importantes elementos etnográficos que talvez possam complementar os dados trazidos pela execução do acolhimento nesta equipe com relação a esse eixo analítico hierarquia-horizontalidade ou, de forma mais ampla, ao que poderíamos chamar de prática da democracia entre esses trabalhadores.



Em fevereiro de 2011, estava eu na cozinha da unidade fazendo anotações de campo, e Fernanda, uma das auxiliares de enfermagem, entrou e começou a me contar a seguinte história, mais ou menos com essas palavras: *Sabe que há um tempo, em uma reunião de equipe, foi proposta uma dinâmica de grupo na qual deveríamos fazer um desenho de nossa percepção da equipe. Era um dia de verão, um dia muito quente, eu então fui até o módulo de odontologia, que tem ar condicionado, e acabei pegando no sono⁵⁹... Até que alguém veio chamar para voltar à reunião. Eu que não havia feito nenhum desenho, pois havia dormido, fiz um desenho bem rápido de três figuras humanas, aquelas de palitinhos, em tamanhos decrescentes, que representavam os médicos, os médios e os outros.*

Fernanda explicou-me que a categoria *médios* se referia aos técnicos de nível superior da equipe (como, por exemplo, psicólogos, enfermeiros, dentistas...) que não fossem médicos, já a categoria *outros* referia-se ao restante das categorias de trabalhadores daquela equipe que não tinham nível superior, aqueles que *não eram a elite* na equipe, como, por exemplo, as auxiliares de enfermagem, as auxiliares do administrativo, as agentes comunitárias de saúde. Mas, minha interlocutora, aponta para um novo fato nessa equipe, que subverte tais categorias. De acordo com ela, *toda enfermagem tem curso superior*. Nesta situação, ela está se referindo apenas

⁵⁹ Aqui é importante lembrar que as reuniões de equipe acontecem, às 13 horas, logo após o horário do almoço. E neste dia, por exemplo, que a auxiliar de enfermagem me contava essa história era igualmente um dia de verão e dentro da unidade fica um calor quase insuportável.

aos auxiliares e técnicos de enfermagem e não às enfermeiras (que pertenceriam à categoria *médios* de antemão, visto que o exercício dessa profissão exige formação superior).

Ela arrematou sua história em tom casual, mas que de casual não parecia ter nada, dizendo: *Com a formação de nível superior os outros passam a ser médios, o que abre para outras formas de trabalhar e permite maior horizontalidade na equipe.* Parece-me que a categoria *médios* da auxiliar de enfermagem serve para fazer uma espécie de trocadilho com a categoria *médicos*, os *médios* seriam justamente essa categoria intermediária na hierarquia: estão entre os *médicos* e os *outros*. Fernanda, no entanto, adverte: Mas a auxiliar de limpeza e as agentes comunitárias de saúde que não tem curso superior, por exemplo, seguem sendo da categoria *outros*.

Dentre as graduações que os integrantes da enfermagem possuem estão psicologia, enfermagem, administração e teologia. Fernanda, por exemplo, é formada em psicologia e João Francisco, com já foi dito, em enfermagem. Interessante observar que nenhum dos membros da *enfermagem* exerce suas profissões de nível superior. Mesmo tendo a possibilidade de trocar de profissão ou de local de trabalho, seguem sendo auxiliares de enfermagem na unidade Colombina, pertencente ao Serviço de Saúde Comunitária do GHC.

Parece que neste caso, como afirmou Fernanda, as graduações de nível superior serviram a esses integrantes da equipe para a ascensão na hierarquia. O fato de quase todos⁶⁰ os integrantes desta categoria profissional (auxiliar de enfermagem) possuir formação de nível superior pode ser elencado como um dos elementos que lhe permite atualmente certo poder na equipe? Poder que intimida integrantes de outras categorias com formação de nível superior e que lhes garante estar fora da escala do acolhimento? O critério distintivo parece estar aqui associado ao fato de se ter ou não formação de nível superior, o que está em questão aqui parece ser se a trajetória de formação profissional incluiu ou não uma formação de nível superior, mesmo que tal formação não esteja diretamente relacionada com a atuação específica neste serviço de saúde.

⁶⁰ Apenas uma integrante não tem.

3.7 O que faz uns “mais iguais” que outros?

Ao longo deste capítulo, descrevi algumas segmentações que perpassam as relações do grupo constituído pelos integrantes da unidade de saúde Colombina, tendo como via de acesso privilegiado o processo de trabalho relativo ao acolhimento. A primeira clivagem que desponta é aquela constituída a partir das categorias profissionais que compõem e as que não compõem a escala do acolhimento, e aqui vemos surgir um subgrupo dentro da equipe: os acolhedores. Tendo em vista que, com relação à escala do acolhimento, *cada categoria se defende para não estar*, parece-me que aquelas que a constituem o fazem por ter menor capacidade de negociação, ou em outras palavras, por experimentarem na equipe uma posição subalterna. Dentre os acolhedores, destaca-se a presença das agentes comunitárias de saúde de saúde, os residentes e os estagiários. A subalternidade das primeiras estabelece-se a partir do critério de categoria profissional, já os outros tal posição relaciona-se a outro critério, que é o tipo de vínculo, de pertença ao grupo: estão ali de forma temporária e para completar sua formação profissional. E aqui o médico contratado assume papel central no processo decisório que envolve as práticas de acolhimento.

Nas descrições que levam do trabalho no acolhimento para “fora” dele (o processo eleitoral para o cargo de assistente de coordenação, assim como a estória contada pela auxiliar de enfermagem) é possível vislumbrar o critério que parece costurar essas diferentes segmentações e distintos jogos com relação às hierarquias: o grau de escolaridade, o nível de formação profissional, que transforma diferenças em assimetrias (ABHU-LUGHOD, 1991). Esse critério de clivagem e de hierarquização nesse grupo aparece de diversas formas: seja mediante um *discurso mais articulado*, de ter ou não o saber formal acerca da classificação de risco, a realização de um curso de nível superior para deixar de ser *outro* e passar a ser *médio*, ficando mais próximo da categoria que está no topo da hierarquia: os médicos.

Esse critério de desigualdade no grupo, relativo ao grau de escolarização, nível de formação profissional das diferentes categorias pode ser interpretado a partir da noção de capital cultural de Pierre Bourdieu: capital para este autor, diferenciando-se da abordagem marxista, amplia-se para além de sua dimensão econômica e desdobra-se em outros tipos, tais como o social, político, simbólico, cultural. De forma bastante ampla, capital seria “o princípio da diferenciação que permitiria reengendrar teoricamente o espaço social” (BOURDIEU, 2005: 49), ou seja, a detenção em maior ou menor grau dos diferentes tipos de capital tem a capacidade de estabelecer clivagens, hierarquias em diferentes contextos. O capital cultural no contexto dessa unidade de saúde, pautado por um discurso de participação igualitária de seus integrantes, parece ser o elemento que torna alguns “mais iguais” do que outros, uns com mais direitos que outros de decidir acerca dos processos de trabalho.

Assim, foi possível perceber algumas das clivagens a partir das quais se dá a participação das distintas categorias profissionais ou de pertença à equipe no processo de trabalho do acolhimento, assim como, em operações de reversão de significados e posições, os membros dessa equipe as colocam em risco. Acredito que as segmentações relativas às práticas de acolhimento possam ser úteis para a compreensão de como, de modo mais amplo e geral, se dá a participação de seus integrantes e acontecem os processos decisórios na *Agremiação Colombina*, como aí funciona a democracia.

Capítulo 4

Construído junto com a comunidade: sentidos e práticas de participação comunitária na Unidade Colombina

Como pudemos ver, conforme descrito no capítulo 1, a história do Serviço de Saúde Comunitária está impregnada por narrativas e práticas do que é denominado *participação comunitária*, ou seja, pelo o que poderia ser caracterizado por certa ingerência e protagonismo de quem (distintos grupamentos sociais) até então era apenas o “destinatário” das ações em saúde: às vezes chamados de pacientes, às vezes chamados usuários dos serviços de saúde. A concepção de saúde está aqui vinculada às condições de vida: Há um alargamento no que tange à compreensão do processo saúde-doença, que passa a ser compreendido também a partir de sua determinação social e não apenas biomédica. Saúde deixa de ser compreendida apenas como ausência de doenças e passa a ser considerada a partir das condições de vida. Essa compreensão ampliada de saúde acaba por informar a definição de saúde do SUS, presente em sua legislação (CF e lei 8080). Nesse sentido, abre-se a possibilidade para uma gama variada de novas práticas em saúde, assim como de relações (nem sempre cordiais) entre equipe de saúde e a população moradora em sua área de abrangência. A categoria *comunidade*, assim, ganha relevos especiais.

Knauth (1991) descreve como tal categoria informa uma gama variada de ações em saúde, colocadas em prática pelos profissionais de duas unidades do Serviço de Saúde Comunitária na década de 1980. No então chamado Posto da Vila Dique, entre tais ações estão: visitas domiciliares, o mapeamento e identificação de lideranças da Vila, mas especialmente a realização de reuniões com a *comunidade*, em conjunto com a Associação de Moradores, a fim de discutir os problemas de tal localidade, tais como as condições de

saneamento. Já na Vila Floresta, uma das Associações de Moradores surge a partir de reuniões realizadas por membros da equipe de saúde com um grupo de moradores que tinha por objetivo obter um local para a instalação do Posto; assim como movimento para o calçamento de algumas ruas do bairro, inicia em um grupo para hipertensos realizado pela equipe de saúde. Aqui ações em saúde ou por saúde podem disparar movimentos relativos a outras dimensões da vida social: sejam elas da ordem da melhoria das condições de vida ou da ordem da organização associativa e da representação política. E nesse sentido pode-se perceber que a produção de saúde está associada a questões de cidadania.

Além disso, Knauth (1991) afirma que: “A importância atribuída por estes profissionais de saúde à *comunidade*, deve-se também ao fato de que a própria existência do Serviço [de Saúde Comunitária] está subordinada à ‘vontade’ desta *comunidade*”. E, além disso, o *apoio da comunidade* pode inclusive vir a justificar a própria existência de tal Serviço, diante da direção do Grupo Hospitalar Conceição, que nem sempre estabelece uma relação de aliança com aquele.⁶¹ (Knauth, 1991:142). Por outro lado, tanto a categoria *comunidade*, quanto a de *participação comunitária* devem ser compreendidas a partir de contextos singulares nos quais são acionadas. Lembremos que o Serviço de Saúde Comunitária é um conjunto de distintas unidades de saúde, cada uma com certo contexto de implementação, composta por uma específica equipe de saúde, atuante em um bairro ou localidade específicos da cidade. Assim, a *comunidade* ao invés de homogênea torna-se múltipla e contextual, composta de distintos atores que mobilizam distintas práticas (e táticas⁶²) de participação.

E nem todas as relações entre *comunidade* e equipes do SSC são de caráter “permanente” ou “cordial”... Knauth (1991), também, descreve em sua etnografia as relações entre a equipe do Posto de Saúde da Vila Dique e a *comunidade*. Relação esta que se inicia mediante o processo de implantação deste serviço de saúde em tal região. A criação do Posto de Saúde da Vila Dique ocorreu mediante a solicitação do presidente da Associação de Moradores da Vila Dique de criação de um serviço de saúde naquele bairro da

⁶¹ Grifos da autora.

⁶² Entendida aqui no sentido de De Certeau (1994) conforme já explicitado no capítulo 3.

cidade. O presidente da Associação de Moradores da Vila Dique fez o pedido e o vice-presidente de tal associação ofereceu uma de suas casas para servir de espaço físico para o serviço de saúde. Aconteceu, entretanto, que o até então vice-presidente desta associação acabou por ser eleito presidente de outra associação (Associação de Moradores e Amigos da Vila Dique) criada no período de eleições para governador em 1986. Cada um dos presidentes de cada uma das associações vinculava-se a partidos políticos distintos. A equipe de saúde mesmo tentando manter uma posição de *neutralidade* no conflito acabou por colocar-se no centro do conflito: havia sido criada mediante o pedido de uma das *lideranças* e estava situada em um imóvel pertencente à outra *liderança*. Diante de ameaças de agressão física por parte do presidente da primeira associação existente, a equipe se retira do local e vai dividir o espaço com outra unidade de saúde, localizada em bairro contíguo e também objeto da etnografia de Knauth, o Posto da Vila Floresta.

No contexto de minha etnografia, que se desdobrou entre os anos de 2009 e 2012 em duas outras unidades deste Serviço, é possível observar relações bastante distintas entre equipes de saúde e as diferentes *comunidades*. A unidade Arlequim não mantinha vínculo estreito com nenhuma organização associativa existente no bairro. Leila, psicóloga da Arlequim, certa vez disse-me que era bastante complicado realizar atividades de saúde em locais da *comunidade*, pois não havia nenhuma associação comunitária com a qual mantivessem uma *boa relação*. As associações existentes por ali estavam mais *interessadas em competir entre si, em reverter para si os benefícios das ações realizadas em conjunto com a equipe de saúde*. A equipe naquele momento (final de 2009 e início de 2010) mantinha relação mais estreita com algumas *lideranças* individuais da *comunidade*, que haviam sido protagonistas na implementação da unidade, há 20 anos. Apenas uma dessas lideranças integrava o Conselho Local de Saúde - CLS daquela unidade. Os CLS, dito de maneira bastante genérica, são colegiados previstos pela legislação do SUS para a participação de seus usuários⁶³.

⁶³ De acordo com a lei 8142, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, o Conselho de Saúde tem caráter permanente e deliberativo, é um órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância

Já na unidade Colombina, Como pontuei nos capítulos 1 e 2, é possível perceber, à primeira vista, uma “relação de vizinhança, de parceria”, entre unidade de saúde e Associação de Moradores. Relação esta estabelecida no período de criação da unidade de saúde e mantida até o momento atual. A unidade de saúde inicialmente ocupou a primeira sede da associação e foi criada pela mobilização dos integrantes desta. Há uma proximidade física entre a sede da associação de moradores e da unidade de saúde, estão situadas no “mesmo terreno” e em diversas atividades a unidade de saúde utiliza-se do espaço da associação para realizá-las.

Neste contexto, Associação de Moradores confunde-se com a *comunidade*, nos discursos de integrantes da equipe e da Associação. A prerrogativa de *participação comunitária* tão preciosa à Saúde Comunitária reafirma-se, é ressaltada, assim como ganha novas perspectivas e possibilidades, nas narrativas de criação desta unidade, nas de implementação do acolhimento, assim como na justificativa para realização das *Oficinas de Planejamento Participativo*.

O presente capítulo, por sua vez, vai em direção aos distintos sentidos e práticas relativos à *participação da comunidade*, apontados pelos distintos atores que compõem esse cenário: Sejam eles integrantes da equipe, integrantes da comunidade ou aqueles que, assumindo uma posição híbrida nesse cenário, são integrantes da equipe e também da *comunidade*. A intenção aqui é apreender as nuances, as diferentes perspectivas relativas de tal “relação de vizinhança, de parceria” entre equipe de saúde e *comunidade*.

correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. <http://www.saude.al.gov.br/lein8142de28dedezembrode1990-17-11-2009> Acesso em 17 de agosto de 2012. Interessante observar que a existência de fóruns de participação em saúde é condição necessária para que estados e municípios recebam recursos financeiros da esfera federal (Ferla *et al*, 2009).

4.1 A perspectiva da equipe de saúde

Seguindo a perspectiva dos integrantes da equipe de saúde acerca da *participação da comunidade*, podemos retomar uma narrativa que me parece representativa do discurso partilhado na equipe de forma hegemônica com relação a esse tema. A unidade de saúde Colombina teria iniciado em uma pequena casa branca de alvenaria com quatro cômodos, que era então a primeira sede da Associação de Moradores. Esta casa foi cedida pela AMBACO em 13 de janeiro de 1992 para o GHC adaptar o posto de saúde.

A partir da colocação de divisórias, transformou-se em um pequeno serviço de saúde, que abrigava dois consultórios, a sala de recepção, a sala de enfermagem e um banheiro⁶⁴. Nesta primeira sede da Colombina trabalhava uma equipe bem menor que a atual: 3 médicos e 2 médicas, 2 enfermeiras, 2 auxiliares de enfermagem e *trabalhadores voluntários da comunidade*. O formato atual desta unidade foi construindo-se processualmente, a partir de ampliações e reformas ocorridas na pequena casa de alvenaria ao longo dos anos, o que nos remeteria à idéia “bricolagem”, como assinalai no capítulo 1, ou da construção de inúmeros *puxadinhos*, como seus trabalhadores chamam seus diferentes espaços. Em 1994, houve a primeira ampliação do posto de saúde *com total apoio da associação*. No ano de 2000, outra pequena ampliação e reformas em 2006 e 2010.

Por ocasião do aniversário de 15 anos da unidade Colombina, foi construído um vídeo por um dos integrantes da equipe que termina com a seguinte afirmação: *A comunidade e os trabalhadores da Unidade de Saúde Colombina sentem-se honrados de fazer parte dessa história que já rendeu bons frutos nesses 15 anos. Gostaríamos muito de agradecer a Associação de Moradores do Bairro Colombina que teve e continua tendo um papel fundamental nessa trajetória*. E termina por definir o estatuto da relação entre

⁶⁴ Esta organização espacial inicial pode ser ainda reconhecida, apesar de ampliações e reformas pelos quais já passou, no espaço de entrada da unidade onde, atualmente, estão a sala de espera, o administrativo, a sala da enfermagem e talvez a sala de vacinas.

unidade de saúde e a associação de moradores como *uma parceria que continua dando certo*.

Marta

Marta, médica de família e comunidade, trabalhou na unidade colombina de 1993 a 2011. Com relação ao seu período de graduação, Marta conta: *Na faculdade, em 1979, fiz a cadeira de medicina de comunidade, participei de movimento estudantil e acabei me direcionando para a área de Saúde Comunitária*. Entre o período de sua formatura em medicina na Universidade Federal de Pelotas (1984) e a entrada na unidade Colombina como contratada do SSC (1993), Marta fez a Residência em Medicina Geral e Comunitária, na única unidade existente no SSC (a unidade Conceição) e Mestrado em Educação na UFRGS. Sua escolha pelo mestrado e não pelo trabalho na rede pública de saúde é justificada do seguinte modo: *Termino a residência em 1987, em um período pré-SUS, onde o posto de saúde pagava muito mal*.

Com relação a seu mestrado, ela conta: *Entre no mestrado bem na época do movimento da Fazenda Anone, em 1985, uma grande ocupação de terras. Em 1987, saiu o primeiro assentamento, nos arredores de Porto Alegre. Tinha pensado em trabalhar com Educação em Saúde. Ao me deparar com o campo, minha investigação acabou sendo mais ampla e abordando a educação política. O que me levou para essa área foram as minhas primeiras leituras de Paulo Freire na faculdade. No mestrado trabalhei com Gramsci e sua idéia de intelectuais orgânicos e com as ideias de Paulo Freire*. Fez também formação em medicina do trabalho e atuou como médica no sindicato dos metalúrgicos. Depois de concluído o mestrado, trabalhou concomitantemente em uma unidade de saúde da prefeitura municipal de Porto Alegre e na Colombina, pertencente ao SSC do GHC. Segundo ela: *Toda a minha vida profissional foi trabalhando em unidade básica de saúde*. Atualmente, tem se deslocado da atenção para a educação em saúde: *Atua junto à Escola GHC⁶⁵, contribuindo para a formação dos residentes*.

⁶⁵ De acordo com definição do site da Escola: O Centro de Educação Tecnológica e de Pesquisa em Saúde - Escola GHC, é uma das unidades que compõem a rede de serviços do Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Tendo como eixos norteadores os princípios e diretrizes do SUS, busca desenvolver políticas e ações de ensino, pesquisa e extensão. Suas ações visam fortalecer a cooperação técnico-científica, produção e divulgação de informação científica e de inovação no campo da saúde. O objetivo é qualificar a atenção, a gestão, a formação e a participação social

A percepção de Marta é que há uma estreita relação entre a unidade colombina e a comunidade: *Sempre houve uma relação muito próxima com a comunidade. Desde o início da década de 90, a gente fazia, ao menos uma vez por ano, um planejamento participativo. Isso começou já faz muito tempo, acho que foi em 1996 nossa primeira ação de planejamento participativo, de tentar integrar algumas populações mais excluídas, como o pessoal dos cortiços⁶⁶, junto com as outras pessoas. A gente sempre teve essa ação conjunta com a comunidade, sempre teve muita parceria.*

Com relação às formas de acesso dos usuários ao serviço saúde, Marta também aponta para a dimensão participativa, existente já em período anterior às oficinas de implementação do acolhimento: *Houve diversos momentos, mas a marcação de consultas sempre foi algo discutido com a população: a gente elaborou, reformulou essas ideias em geral junto com a população. E essa é uma grande vantagem!* Há certa disputa com relação à memória na equipe: enquanto alguns membros consideram a criação do Conselho Local de Saúde como algo concomitante à implantação do acolhimento, outros afirmam que ele já existira em momento anterior. Marta integra este segundo grupo: *Em 1997, 1998 teve a primeira eleição do que a gente chamava Conselho Gestor Local⁶⁷ que durou três ou quatro anos. Como já tinha reunião mensal com a AMBACO, e as pessoas do Conselho eram as mesmas da associação, daí a gente achou que podia fazer tudo no mesmo lugar [na mesma reunião]. De 2000 a 2002, a gente ficou sem Conselho, mas sempre mantendo as reuniões mensais com a associação. O Conselho é reativado, agora já com o nome atual, por ocasião do processo de discussão do acolhimento como forma de acesso a esse serviço de saúde.*

no sistema de saúde e ampliar as possibilidades de inclusão e desenvolvimento social e econômico. A Escola está comprometida com a formação de cidadãos conscientes, com o desenvolvimento sustentável e solidário e com a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). <http://escola.ghc.com.br/index.php/a-escola-ghc> Acesso em 15 de agosto de 2012.

⁶⁶ Seriam habitações de caráter coletivo e precárias que conformam as áreas mais pobres do bairro. Para saber mais: Rodrigues, 1998.

⁶⁷ Nome que era dado aos atuais Conselhos Locais de Saúde.

4.2 Alternando a perspectiva: narrativas da *comunidade*

Walter e Celina

Em 1958, Walter e Celina, casados e com dois filhos pequenos, chegaram a Porto Alegre vindos de Imbituba- SC. Atualmente, ele tem em torno de 80 anos e ela em torno de 70 e moram em uma casa de alvenaria e de dois andares de onde é possível avistar a frente da unidade de saúde e a fachada lateral da Associação de Moradores. O primeiro emprego de Walter na cidade foi na prefeitura, mas em seguida passou a trabalhar como *consertador de mercadorias*⁶⁸ no porto da cidade, trabalho que exerceu até sua aposentadoria. Celina, por sua vez, sempre foi *dona de casa*, dividindo seu tempo entre cuidar da casa, dos filhos e do comércio (*o boteco, a tenda*) que montaram na frente de casa. O casal integrou o grupo de pessoas que fundou a AMBACO e que participou da criação da unidade Colombina. Atualmente, Celina integra a diretoria da associação e Walter, depois de já ter sido vice-presidente e tesoureiro, se retirou da diretoria, pois possui inúmeras críticas com relação ao modo como essa tem sido gerida, mantendo-se apenas como associado. Eles não têm utilizado os serviços da unidade de saúde há dois anos, a não ser em situações de emergência, conforme pontuou Celina⁶⁹.

A percepção de Walter com relação ao bairro é a seguinte: *Agora está tudo aplainado, com grama, mas isso aqui era um buraco, um banhado, um pântano. Foi tudo aterrado. Olha moça, aqui a gente já colheu de tudo. Feijão uma vez eu colhi 84ks. Plantávamos aipim também. Depois foi morrendo um, morrendo outro...* De acordo com material produzido pela equipe de saúde em 2002, o bairro Colombina, em seu início está associado à atividade agrícola: Era uma fazenda de arroz com 160 hectares recebido como herança por Osvaldo Rodrigues⁷⁰, que tinha a intenção de urbanizá-la. A intenção era fazer um loteamento que se chamaria Vila Colombina. De acordo com o material já citado: *Sua intenção era criar uma vila com urbanização para trabalhadores.*

⁶⁸ Ao que me explicou, era responsável por reparar os danos que as embalagens ou as mercadorias sofressem ao longo do transporte marítimo.

⁶⁹ A situação que levou a este afastamento com relação à unidade Colombina será descrita e discutida no capítulo 5.

⁷⁰ Nome fictício para manter a coerência em relação à confidencialidade dos participantes desta pesquisa.

Por volta de 1955, chegaram os primeiros moradores que eram humildes operários da Wallig⁷¹. A segunda fase de urbanização se instaurou ao mesmo tempo, mas a infraestrutura foi chegando aos poucos. O lazer era restrito, mas no início dos anos 60 foi inaugurado um cinema de lona, que hoje já não existe. E assim a Vila Colombina foi se desenvolvendo e se tornou bairro. Nasceu em 1951, sendo um bairro preferencialmente residencial, com um grande sentimento de vizinhança. Uma característica do bairro, desde sua origem, são os grupos organizados.

Atualmente, a partir de minha inserção no bairro e apoiada pelo já referido material produzido pela equipe de saúde, o bairro é eminentemente residencial, dispondo de pequeno comércio e serviços (farmácias, mercados de gêneros alimentícios e rede escolar). Embora as casas de alvenaria sejam predominantes, há também residências mistas e de madeira e também há áreas chamadas pela equipe de saúde de *cortiços*. As ruas em geral são pavimentadas (paralelepípedo ou asfalto). Todas as construções têm acesso à energia elétrica. O encanamento de água e a rede de esgotos abrangem praticamente a totalidade das residências. A existência de inúmeras praças no bairro, tal como citei no capítulo 1, é ressaltada do seguinte modo no material da equipe: *Embora sejam também locais de risco à noite, as praças são um recurso de lazer bastante utilizado pela comunidade durante o dia. Em número de dezessete, dão ao bairro muitos matizes de verde (...).*

Assim, o bairro Colombina, na perspectiva de uma lente “grande angular”, embora localizado na Zona Norte⁷² de Porto Alegre, lembra mais uma cidade do interior, do que um bairro da periferia urbana. Uma “cidade do interior” não idealizada, marcada pela desigualdade e também pela violência. De alguns anos para cá, o número de assaltos praticados aumentou consideravelmente. Esses assaltos são geralmente praticados por motoqueiros e suas vítimas são aqueles que esperam o transporte coletivo ou que circulam no bairro, principalmente ao anoitecer. Isso tem diminuído consideravelmente a circulação e a sociabilidade entre os que ali vivem. É, inclusive, citado por

⁷¹ A Wallig foi, neste período, uma proeminente fábrica de fogões do RGS, localizada na Av. Assis Brasil, importante avenida da Zona Norte da cidade. E talvez aqui esteja o ponto de partida para as casas que hoje se localizam no caminho de chegada à unidade de saúde, que, conforme descrevi no capítulo 1, lembram uma espécie de “conjunto habitacional para trabalhadores”.

⁷² Região industrial da cidade.

Celina como um dos motivos para uma participação mais restrita na associação.

Amara

Amara, 62 anos, vem de um bairro vizinho para o Colombina em 1974 em função de seu casamento. Como ela conta, era *dona do lar* e na incumbência de cuidar da casa e dos filhos, começou a participar ativamente do Círculo de Pais e Mestres – CPM da escola do bairro na qual seus três filhos cursaram todo o primeiro grau. Em 1978, quando a filha mais moça completou cinco anos, Simone, uma das *lideranças comunitárias* envolvidas na criação da Associação, lhe convidou para uma reunião. A partir de 1978, então, passa a aproximar-se da associação, conciliando as atividades com seus afazeres domésticos⁷³, e começa, conforme suas palavras, a se constituir *liderança comunitária* - o que lhe permitirá ser agente comunitária de saúde na unidade Colombina: *Naquela época [1994], para ser agente comunitária de saúde era necessário ser liderança comunitária. Hoje precisa ter segundo grau completo*. No momento de sua inserção na equipe de saúde, ela tinha apenas o primeiro grau completo.

Neste período inicial de sua inserção na Associação, foi também catequista. Separou-se um ano após (1995) ter entrado na unidade de saúde para atuar como ACS e continuou *trabalhando* na associação. Atualmente, desdobra-se entre as atividades de ACS, de integrante do Conselho Local de Saúde, representando os trabalhadores, e de integrante da diretoria da Associação, assumindo uma dupla posição: membro da *comunidade* e também da equipe. Amara relata transitar com fluidez entre as distintas posições que ocupa, mantendo a distinção entre elas: *Eu consigo conciliar ser da associação e ser da unidade de saúde. Eu saio daqui [unidade de saúde], vou para o Conselho Local de Saúde e bato o meu cartão [ponto] e vou ser secretária da diretoria da associação. Nesse momento, eu esqueço do posto de saúde um pouco, porque eu tenho que falar sobre as coisas da associação. E neste*

⁷³ Por exemplo, no período de criação da unidade de saúde, ela participa apenas de algumas reuniões ocorridas em horários diurnos, pois segundo ela: *Eram muitas reuniões e à noite era impossível eu sair por casa dos filhos e do ex marido..*

momento nos pensamos melhorias para a comunidade. As questões do posto, nós tratamos na reunião em conjunto com a unidade de saúde, na última quarta feira do mês, que é a reunião da saúde com a associação. Mas nesses momentos eu sou comunidade.

E se tiver que priorizar uma de suas pertencas, não hesita: *Eu visto a camiseta do posto e da associação há mais de vinte e cinco anos, mas a da associação tem um peso maior. Foi através da associação de moradores que eu entrei para o posto por ser liderança, que eu dei aula no MOVA⁷⁴ e que eu entrei para a pedagogia.* Sua inserção na AMBACO, entre outras coisas, lhe permitiu ser educadora do MOVA e se sentir motivada a entrar na faculdade. Tinha desejo de ser *Assistente Social*. Diante das dificuldades de acesso a uma vaga na universidade, no entanto, utilizou-se do fato de ter sido educadora no MOVA para acessar uma vaga na UERGS no curso de pedagogia, ênfase Educação Infantil e Jovem- Adulto, curso no qual atualmente é graduada.

Rosana

Já Rosana, 66 anos, chega ao bairro em 1982, aos 30 anos de idade. Viera para ali em função de uma relação amorosa que estabelecera com um morador do bairro. Nas suas palavras: *Vim para o bairro, porque conheci uma pessoa [um homem] que me ajudou a criar meus filhos, mas como ele não podia ter filhos, acabamos nos afastando.* Viera para Porto Alegre em 1962, vinda de São Joaquim – SC, para casar aos 16 anos. O marido, no entanto, de acordo com ela: *sumiu de casa em 1976 e não sei até hoje se está vivo ou se está morto.* Tinha dois filhos e começou então a trabalhar nos guichês de venda de passagens na rodoviária. Morava então na Rua dos Andradas. A seguir, vai trabalhar na Rádio Farroupilha com Sérgio Zambiasi⁷⁵ e, eventualmente, trabalha como copeira na Secretaria Municipal de Transportes-SMT, pois, segundo ela sempre teve *dois serviços*. Foi chamada a ocupar este

⁷⁴ Movimento de alfabetização de adultos.

⁷⁵ Radialista e deputado estadual. Seu programa de rádio na rádio Farroupilha (680 AM), emissora vinculada ao grupo RBS, chamado Comando Maior, tem uma das maiores audiências do estado do RGS, e é desde a posição de radialista que constrói sua elegibilidade em campanhas políticas.

O blog do deputado pode ser acessado em http://www.al.rs.gov.br/anais/50/BKP/deputados/zambiasi/curr%C3%ADculo_Zambiasi.htm

cargo por Elói Guimarães⁷⁶, que era então Secretário dos Transportes no Município de Porto Alegre. Conhecia Elói Guimarães desde sua chegada em Porto Alegre, ele era *cumpadre de um cumpadre* seu e conhecia Zambiasi, seu outro empregador.

E é em sua companhia que ela chega a uma das reuniões da Associação de Moradores, por volta de 1989. E, ao falar desse momento, Rosana me adverte: *Vou mexer em umas coisas políticas que às vezes aqui no posto eles não gostam que a gente fale*. O secretário dos transportes então iria a uma reunião da Associação de Moradores, cuja pauta seria a inclusão de um maior número de linhas de ônibus no bairro (apenas uma empresa era responsável pelo transporte coletivo naquela localidade). Elói Guimarães teria dito a ela: *Tu não és da Associação, mas é do bairro, e é uma pessoa que está ao meu lado. Então, tu vai comigo*. Simone, que neste período era então presidente da Associação, lhe fez o convite para associar-se. Ela teria lhe dito: *Já que tu tens bastante conhecimento no meio político, tu poderias fazer parte da associação. Daí, eu vim para a associação e hoje em dia faço parte da diretoria da associação*.

A primeira vez que veio à unidade de saúde foi para trazer sua filha, não tinha mais convênio de saúde, pois perdera o emprego (parece que está se referindo ao momento em que deixa de trabalhar na rodoviária e ainda não ingressou na Rádio Farroupilha). Atualmente, integra a diretoria da AMBACO, o Conselho Local de Saúde, representando os usuários da unidade de saúde, e participa do Grupo Aconchego e de Mulheres⁷⁷.

4.2.1 A relação da AMBACO com a unidade Colombina

De acordo com Amara, neste ano a Associação está completando 40 anos de existência. Conta que, quando chegou ao bairro em 1974: *Já havia movimentação dos moradores em torno da criação da Associação antes desse*

⁷⁶ Atualmente vereador da cidade.

⁷⁷ Grupos em saúde oferecidos pela unidade Colombina. Em material de divulgação dos grupos oferecidos pela equipe tais ações são apresentadas do seguinte modo: Aconchego- Destinado a pessoas que tenham interesse em trocar experiências através da confecção de artesanato. Com material compartilhado; Mulheres- Refletir sobre as questões do ser mulher, conflitos familiares e o papel da mulher na sociedade.

período. O irmão de seu marido, morador do bairro, era uma das pessoas que integravam tal movimentação. *Neste momento, não havia uma sede ainda, e as reuniões eram feitas na escola existente no bairro e nas casas dos moradores*. Já Walter e Celina, integrantes da AMBACO desde seu início, são precisos: A Associação surgiu em 1972. A primeira sede da Associação era uma pequena casa de alvenaria, *eram quatro pecinhas*, nas palavras de Celina.

É consenso, é da ordem de uma narrativa partilhada entre integrantes da equipe e da Associação, de que a criação da unidade de saúde Colombina tem relação direta com a reivindicação dos integrantes da AMBACO. Para Celina: *A gente que era da associação trabalhava de forma voluntária para conseguir uma coisa melhor para o nosso bairro. Íamos ao Conceição, solicitar a abertura do posto*. De acordo com Amara, após a obtenção da primeira sede da Associação, os integrantes da associação, homens e mulheres, começaram a mobilização em torno da criação de um posto de saúde: *O pessoal começou a se movimentar, a ir aos lugares para conseguir um posto de saúde. Não tinha essa associação grande ainda. Para que o pessoal pudesse entregar o espaço da primeira associação de moradores⁷⁸ para ser o posto de saúde, começaram então a construir a atual sede da associação. O pessoal se juntou, eram mais pessoas que se uniam mais: vários homens, várias mulheres faziam mutirão e conseguiram levantar a associação de moradores*.

Assim, podemos perceber que a criação da unidade de saúde coincide com a construção da segunda (e atual) sede da AMBACO, com um espaço físico bem maior. Neste momento, está sendo construída a sede que foi descrita por mim no capítulo 1. A seguir, haverá o envolvimento da AMBACO com o processo de ampliação da unidade de saúde (1994), como foi citado acima, a partir do vídeo que narra a história da unidade de saúde. Celina conta: *Quando as quatro peças já estavam pequenas, houve a reforma da unidade*. Todo o material de construção que seria utilizado para a ampliação da unidade ficou guardado em um dos cômodos da casa do casal. Antes da ampliação da unidade, aliás, eram feitas sessões de vídeo, promovidas pela equipe de saúde, na casa do casal, pois não havia espaço na unidade de saúde. Essas sessões de vídeo, segundo Celina, eram destinadas *aos associados, para as pessoas que precisavam do posto, que estavam inscritos para receber*

⁷⁸ Espaço que no vídeo descrito anteriormente é nomeado como *casa de ferramentas*.

atendimento no posto. Amara com um sorriso no rosto descreve: Após a conquista do posto, começou uma mobilização pela ampliação do espaço físico do posto. A gente chamava as pessoas do bairro para discutir essa questão, vinha em torno de 150 pessoas. Para reinauguração do posto vieram umas quatrocentas pessoas, tinha muita comida, o pessoal trouxe muita comida. Foi muito legal!

Neste ponto, é possível perceber uma relação próxima, estreita entre integrantes da Associação e a unidade de saúde. A impressão que se tem, a partir da fala de Celina e de Amara, é que as relações entre moradores do bairro e unidade de saúde eram intermediadas pela Associação de Moradores. Atualmente, no entanto, o cenário é outro: a unidade de saúde está bem maior, com uma equipe bem maior, com um número bem maior de usuários (que não são necessariamente vinculados à Associação) e há um concomitante esvaziamento da participação dos moradores do bairro na AMBACO.

Amara reclama: A gente continua batalhando pela questão da associação, mas a comunidade porque já ganhou um posto de saúde, acha que já ta tudo ganho. Eles esquecem que tem uma associação de moradores que luta por outras coisas. Não é só o posto de saúde que existe, existe uma rua sem calçamento, arroio que precisa ser limpo, a falta de sinaleiras, a falta de abrigos nas paradas de ônibus, a falta de segurança... As pessoas acabam priorizando a novela, o jornal, não querem sair a noite, que tem sido perigoso e frio. As pessoas estão mais acomodadas, porque acham que já conquistaram tudo. Daí ficam 6 ou 7 pessoas lutando pelas coisas. A gente cansa, temos também nossa vida pessoal. E Celina: Agora, as pessoas estão mais descuidadas, acham que é tudo do Conceição. As pessoas só querem ir ao posto, na associação não querem mais ir. Antes, havia jantares com baile e tudo mais. Era muito bom, todo mundo cooperava. Agora, ninguém mais quer cooperar. E seu Walter faz um prognóstico pessimista: A associação não levanta mais. Fazíamos ao menos um baile por mês.

De acordo com Walter e Celina, a AMBACO já teve em torno de 100 associados, atualmente há 15 (a maior parte integrando sua diretoria). As reuniões da associação eram semanais, mas agora tem acontecido quinzenalmente (se tiver quorum e pauta) e, em geral, só estão presentes, praticamente, as pessoas da diretoria. Assim, podemos nos perguntar,

percorrendo uma via contrária, o quanto a mobilização em torno da criação, assim como da ampliação da unidade de saúde, não teria aglutinado moradores do bairro em torno da Associação? E o quanto uma relação mais estreita entre Associação e equipe de saúde não servia para fortalecer a primeira? Walter retomando conta: *Quando Simone era empregada do Conceição [agente comunitária de saúde na unidade Colombina] e presidente da Associação, ela saía de casa em casa, chamando as pessoas para fazer parte da Associação. Já foi muito boa essa Associação!*

Leda Machado (1995) descreve e analisa em seu livro “Atores Sociais: Movimentos urbanos, continuidade e gênero” a gênese e o desenvolvimento de um movimento social surgido em São Paulo no final dos anos de 1970, intitulado Movimento de Saúde da Região Nordeste de São Paulo. Este movimento disparado por um grupo de mulheres moradoras de bairros de tal região, e acrescido do engajamento de outros atores sociais (igreja, estudantes e profissionais da medicina, assim como do nascente Partido dos Trabalhadores), de forma um pouco diferente da reunião de pessoas em torno da criação da AMBACO, está vinculado em um primeiro momento à criação de serviços de saúde nos bairros da região nordeste da cidade de São Paulo, pauta esta que com o passar do tempo será ampliada para a melhoria das condições de vida.

A primeira ação de tal Movimento foi lutar pela instalação de um Centro de Saúde. A inauguração do Centro de Saúde no Jardim Nordeste, em 1979, deu início a uma série de reivindicações apresentadas ao governo pela Comissão de Saúde. A seguir, a ação passou a ser, então, na direção da criação de um órgão, com poder fiscalizatório que “permitisse a participação direta da comunidade nos assuntos do próprio Centro” (MACHADO, 1995: 200). O Conselho de Saúde foi criado, então, e suas reuniões seriam realizadas mediante a presença de autoridades (diretor ou funcionários) e conselheiros eleitos pela população. Na primeira eleição para conselheiros, em 1979, 12 mulheres apresentaram-se como candidatas.

O Movimento de Saúde da Região do Jardim Nordeste, com o passar do tempo, amplia tanto a sua rede de relações, quanto a sua pauta de reivindicações. Passa a integrar, entre outros, o Movimento de Saúde da Região Leste de São Paulo, no qual tinha participação ativa e inclui entre suas

pautas a criação de um sistema público de saúde solidamente estruturado e comum a todos, ações contra serviços de saúde que visavam apenas o lucro e, atravessando as fronteiras de bairros e do setor saúde, engaja-se na luta pelas eleições diretas em todo o país e em todos os níveis. E nessa ampliação de seu pertencimento e de suas reivindicações, o Movimento de Saúde da Região do Jardim Nordeste, agora integrante do Movimento de Saúde da Zona Leste de São Paulo, é um dos inúmeros atores coletivos que contribuíram para certo projeto de saúde pública no Brasil, que tomou a forma do Sistema Único de Saúde na Constituição Federal de 1988.

E podemos ainda situar tais movimentos ao contexto mais geral de redemocratização do país no final dos anos de 1970. De acordo com Soraya Côrtes, em sua discussão acerca dos fóruns e mecanismos de participação da área de saúde no Brasil:

No final do regime militar, as pressões por mais participação afetavam todas as áreas de políticas públicas no Brasil (...) Já no final dos anos 70, identificava-se a formação de uma comunidade de política, muito articulada, que defendia a democratização do acesso a serviços combinada à democratização da gestão em saúde. Assim, é possível afirmar que os mecanismos de participação aqui analisados resultaram de processos gerais transeitoriais, de abertura de órgãos e instituições estatais ao escrutínio e demandas sociais, mas também, marcadamente na área da saúde, da ação de diversos atores sociais, estatais e do movimento sanitário, que reunia membros oriundos tanto da sociedade civil, quanto do Estado. (CÔRTEZ, 2009: 19 e 20).

Machado tem como foco a melhoria das condições de vida dos moradores do bairro. Amara define a Associação do seguinte modo: *Encontro, reunião entre pessoas que querem lutar pelo lugar onde moram, por educação, transporte, segurança. Onde a gente possa se reunir e batalhar todo mundo junto. Se a gente não tem essa união com o pessoal que mora aqui por perto, eu sozinha não consigo nada. Tem que ter um grupo de pessoas que tenha esse pensamento: vamos batalhar, vamos liderar, vamos fazer!*

E dentre as melhorias das condições de vida podemos apontar a criação de um serviço de saúde pertencente à rede pública e de acesso, a princípio, universal a todo àquele que more em sua área de abrangência e que esteja ali cadastrado. E parece-me que o momento de criação e ampliação de tal serviço – a unidade Colombina – acaba por coincidir com um momento de grande

capacidade aglutinadora da AMBACO. De acordo com uma das integrantes da equipe de saúde, que acompanhou o processo de implementação da equipe, unidade Colombina é uma *conquista da população por um lugar de saúde*.

4.2.2 Momento atual da relação entre AMBACO e unidade Colombina

Há algo que está conectado nas falas descritas acima: Enquanto a unidade Colombina cresce, há o aumento de seu espaço físico, de sua equipe e do número de seus usuários, há um concomitante esvaziamento da participação na Associação. E em algumas situações o encadeamento desses fatos nas narrativas, principalmente de Celina e de Walter, parece relacionar um a outro: enquanto a unidade de saúde crescia e ganhava expressividade em tal cenário, a Associação decrescia, esvaziava-se e perdia sua força. Walter de forma pessimista constata: *Agora, a associação não se levanta mais. Foi se acabando, acabando e agora está virada nisso ai...* Walter, inclusive, conta que, no momento de criação da unidade de saúde, *dois dos integrantes da associação eram contra a criação da unidade vinculada à associação. Um deles já faleceu, o outro como não venceu, está no meio [segue integrando a AMBACO]*. E dá sua opinião: *Eu acho que o posto deveria ser completamente separado da associação, mas eu não sou dono da verdade*.

Em 2010, quando me inseri como pesquisadora neste serviço de saúde pude intuir algum estremecimento nessa *parceria* entre equipe de saúde e Associação, a partir da seguinte situação, envolvendo a atuação de uma das agentes comunitárias de saúde, que na época, também era presidente da Associação, desde a posição de acolhedora: No primeiro dia em que observei Maria (e seus trânsitos na equipe, em função dos acolhimentos que realizava) percebi que Márcia, responsável pelas consultas do dia, e Lauro, R2 de MFC, não viam a atuação da agente comunitária de saúde com “bons olhos”. Márcia, por exemplo, me sugeriu que eu observasse outro dia da escala do acolhimento, pois Maria era muito *ansiosa*. Lauro, por sua vez, acrescentou à percepção da médica em tom de mistério: *Ela tem uma posição complicada na equipe*. Quando quis saber mais sobre sua afirmação, ele explicou-me que atualmente a unidade de saúde e associação de moradores não estavam tendo

tanta proximidade, como já tiveram no período anterior à constituição do Conselho Local de Saúde⁷⁹. Então, a posição complicada de Maria na equipe parecia estar relacionada à sua dupla posição na equipe: ser agente comunitária de saúde e integrante da diretoria da AMBACO.

Ao longo da pesquisa de campo, Maria comentou comigo duas tensões que experimentava com a equipe, justamente por ser presidente da AMBACO: Uma era relativa ao cumprimento, por parte da equipe de saúde, da agenda compartilhada entre Associação e equipe, nem sempre a equipe cumpria e em algumas situações marcava atividades no espaço da AMBACO em horário pertencente a esta. Essa tensão desdobrava-se em outra, tendo em vista que a forma atual de renda da Associação era o aluguel de seu espaço interno para a realização de eventos, às vezes ocorria de coincidir a data da realização de algum evento pelo qual a Associação receberia o pagamento pelo aluguel do espaço e a data de realização de alguma atividade a ser realizada pela equipe de saúde, que não gerava renda alguma à Associação.

Celina diz: *Depois, o posto foi aumentando e agora está na forma desse posto bem bom, e a associação é ocupada por todo mundo. E ninguém paga nada.* Como já foi dito em outros pontos deste texto, vários grupos em saúde são realizados no espaço da associação e, segundo o casal, esses grupos não pagam nada à associação pela utilização do espaço, pelo gasto de água, luz, enfim nenhuma forma de contribuição para a manutenção do espaço. O único grupo que faria contribuição, a partir da renda dos eventos promovidos (bailes e jantares), seria o grupo promovido pela unidade de saúde, chamado de Alegria de Viver, que Walter e Celina chamam de *Terceira Idade*, do qual eles são integrantes. Este grupo daria 10 por cento do valor obtido nos eventos à associação. Para seu Walter, isso não está certo: *Joaquim paga, Antônio não.*

Maria, no entanto, explicou-me que a princípio os integrantes dos grupos em saúde não poderiam pagar por fazerem parte dos grupos: esses são atividades de saúde promovidas por uma unidade de saúde que é integrante do sistema público de saúde – o SUS. Pagar para fazer parte desses grupos, de acordo com Maria, seria pagar por um atendimento que deveria ser público e gratuito, ou seja, seria algo até mesmo ilegal por parte da unidade de saúde,

⁷⁹ Lauro está considerando que o CLS foi criado concomitantemente ao processo de implantação do acolhimento na equipe.

exigir algum tipo de contribuição em dinheiro em função da inserção em alguma ação em saúde. Para ela, no entanto, a coincidência das agendas para a utilização da AMBACO traz sim grandes transtornos, pois em algumas situações a Associação deixa de ganhar dinheiro em função de não ter seu espaço alugado. Em certa situação, por exemplo, coincidiu a realização de uma festa de aniversário infantil, que já estava agendada e para a qual o espaço da Associação seria alugado, com um bazar organizado em uma parceria da unidade de saúde e do Conselho Local de Saúde. Maria, nesta ocasião, estava bastante tensa diante de tal situação, devido ao fato de que para garantir a renda e o cumprimento da agenda com o morador do bairro, teria que demarcar com a equipe de saúde o descumprimento da agenda. A tensão de Maria também dizia respeito ao fato de que teria que, desde o lugar de Agente Comunitária de Saúde, contrapor-se a uma determinada médica que estava organizando o bazar. Com relação à agenda partilhada entre AMBACO e unidade Colombina, Walter diz: *Eles têm uma agenda, mas não funciona como deveria.*

Já para Amara e Rosana a *parceria*, a proximidade entre AMBACO e unidade Colombina é algo positivo. Para a primeira, *a equipe de saúde trabalha pela melhoria do usuário. A equipe de saúde também tem que trabalhar nas questões que prejudicam a saúde dos moradores do bairro, da comunidade. Assim, a equipe e associação podem fazer parcerias para resolver os problemas da comunidade como, por exemplo, a limpeza do arroio, como já foi feito.* E para a segunda: *Há uma boa acessibilidade do posto para a associação e vice versa. Há uma boa convivência, e isso é raro. Em outros bairros, geralmente o posto está distante da associação. Não há tanta proximidade. Aqui parece uma família. Essa união é muito valiosa, para ambas as partes: tanto para o posto, quanto para a associação. Se algum ACS ou a gente como paciente precisa utilizar o espaço da associação não tem problema algum.*

Além disso, na fala de Amara podemos perceber uma diferenciação clara entre integrantes da associação e usuários da unidade de saúde, que aparece quando faço a ela a seguinte pergunta: *Comunidade é a mesma coisa que os usuários da unidade?* Ela responde negativamente e me explica: *Comunidade é estar junto com outras pessoas para conquistar coisas. Uma*

das coisas que foi feita foi o posto de saúde. A comunidade se reuniu e batalhou por um posto de saúde. Não adiantaria só os usuários quererem o posto de saúde, se não tivesse a associação. Comunidade então seria a união de moradores do bairro em torno da associação a fim da consecução de determinados objetivos.

E assim podemos retomar elementos das narrativas de Celina e Walter que apontam para outros motivos, para além das mudanças nas relações com a unidade de saúde, que teriam causado a diminuição da participação na AMBACO. Motivos esses que falam da própria história da associação e das diferentes formas de engajamento dos moradores do bairro com relação a tal entidade. Walter, utilizando-se do seu tom crítico e também sempre muito misterioso, aponta um homem em torno dos 40 anos que passa diante de nós caminhando pelo asfalto e me diz: *Esse menino, porque para mim ele é um menino, foi que acabou com a associação. Não alugava, mas cobrava. Ele acabou com a associação.* Quis saber mais sobre isso, e ele apenas repetiu a mesma frase... Celina, por sua vez, lamenta: *A Associação já foi muito boa, já teve muitas coisas boas. Uma das presidentes [Maria] trazia apresentações de teatro e outras coisas, relacionadas à descentralização da cultura. Mas as pessoas não valorizavam, não vinham. Não tinha audiência, não tinha público.*

4.3 Sentidos e estilos de participação

De acordo com Côtés (2009), os vários estudos que integram o livro *Participação e Saúde Brasil* estão orientados não para avaliar se os conselhos de saúde são deliberativos e se as relações entre os atores que os integram são igualitárias, mas sim, desviando de falsos dilemas, orientados a compreender as formas de participação (como participam?) os diferentes atores sociais e estatais e qual o papel desses fóruns na arena decisória setorial? Assim, esses pesquisadores estão interessados em apreender, para além do previsto no ideário normativo que fundamentou a implementação de tais mecanismos participativos, os processos sociais e políticos participativos

que neles ocorrem, já que é preciso que se considere que: “Existem outras influências normativas, além da legal e da administrativa; há a permanência de regras tradicionais de ação e de relação entre atores e há que se considerar que os atores envolvidos refletem sobre oportunidades abertas ou caminhos fechados para a defesa de suas propostas” (CÔRTEZ, 2009: 21).

Seguindo as direções apontadas por Côrtes (2009) e Goldman (2006), não se trata aqui de avaliar o quanto as práticas participativas são consonantes ou não com os ideais de participação cidadã presentes no ideário da democracia participativa, e sim de assinalar a partir de qual posição - que permite forjar determinada perspectiva - os diferentes atores apresentados ao longo deste capítulo significam e ensejam práticas de participação. Marta, por exemplo, concebe, de acordo com sua posição dentro da equipe de saúde, de forma específica o que seja a participação proposta àqueles que utilizam os serviços de saúde e fornece mais nuances à narrativa partilhada na equipe acerca do tema. Celina e Walter, assim como Amara e Rosana assumem diferentes posições no cenário de relações entre a população moradora no bairro (e também integrante da Associação) e a unidade Colombina: acabam por atribuir sentidos distintos e ter distintas práticas de *participação comunitária*, assim como acabam por significar as relações atuais da unidade de saúde e da AMBACO de maneiras distintas.

Além disso, podemos acompanhar, juntamente com as trajetórias dessas pessoas, a passagem do tempo e as mudanças transcorridas: no bairro, na AMBACO, na Colombina e na relação entre elas... O momento de criação da unidade, assim como sua ampliação, ocorre em um contexto de uma relação bastante próxima entre serviço de saúde e entidade de representação dos moradores do bairro, no qual determinados discursos e práticas de *participação comunitária* fortalecem as duas instâncias. Relação esta que ocorre de forma mais pessoalizada e talvez até mesmo personalista entre membros da equipe e certos integrantes da AMBACO, em um período que as categorias associados e usuários da unidade de saúde estavam indiferenciadas (como na descrição feita por Celina acerca das sessões de vídeo promovidas em sua casa). Ao longo do tempo, no entanto, houve uma separação, um distanciamento entre o serviço de saúde e a entidade de

representatividade dos moradores do bairro⁸⁰, assim como outros atores, outras entidades de representação (tais como o Conselho Local de Saúde e o Orçamento Participativo⁸¹) e outras possibilidades de relações foram tornando esse cenário mais complexo.

É possível perceber da trajetória de Marta a conexão de sua formação como médica de família e comunidade e seu engajamento a espaços, movimentos e referenciais teóricos relacionados ao que poderíamos caracterizar como “à esquerda” do cenário político brasileiro e que também estão imbricados à implementação do SUS no Brasil. Dito de maneira um pouco diferente e menos genérica, Marta vai fazendo-se médica na medida em que se insere e se vincula a determinados movimentos e referenciais teóricos que deslocam o fazer saúde de um campo biomédico para um campo político: Ser médica, no seu caso, estava relacionado à inserção em movimentos e espaços relacionados à participação de grupamentos sociais excluídos.

A partir do depoimento da médica de família e comunidade, podemos depreender que a “parceria” aqui se refere ao planejamento compartilhado das ações em saúde a serem disparadas pela equipe, que, de acordo com sua perspectiva, ocorrem desde os primeiros anos de existência da equipe de saúde. Assim como *participação comunitária* refere-se, para além de uma relação próxima com a Associação de Moradores, também à inclusão de outros grupamentos até então excluídos das ações em saúde (os moradores dos *cortiços*). Além disso, ela aponta para a utilização de algumas tecnologias ou dispositivos de participação, tais como o planejamento participativo e o Conselho Gestor de Saúde, já no período inicial dessa equipe, destoando um pouco da versão corrente atualmente na equipe de que essas são invenções recentes e que estão imbricadas à introdução do acolhimento como forma de “recepção” aos usuários.

⁸⁰ Por exemplo, diante da proximidade física entre elas minha primeira hipótese foi de que e a unidade de saúde ocupava um terreno que era pertencente à AMBACO . Em janeiro de 2012, no entanto, conversando com João Francisco, que fora assistente de coordenação nesta equipe, sobre este assunto, ele explicou-me: Esse espaço no qual estão a unidade de saúde, a associação de moradores e a horta comunitária foram cedidos pela prefeitura de Porto Alegre a AMBACO. Assim como o terreno ao lado, foi cedido para outra associação comunitária, que fez ali um campo de futebol. O espaço da unidade de saúde, no entanto, foi cedido pela prefeitura municipal ao GHC em 2010, deixou de ser uma cedência da Associação de Moradores à unidade.

⁸¹ Sistema de co-gestão com a participação da comunidade para a estruturação do orçamento da cidade, implantado em 1989. Damo (2006) realiza etnografia sobre o OP em Porto Alegre.

A trajetória de Amara confunde-se com a sua inserção na Associação e com sua atuação como integrante da equipe de saúde, nesse processo que ela mesma intitula de tornar-se *liderança*. Aos poucos, ela vai reinventando o ser *dona do lar*: começa sua participação em espaços extradomésticos, conciliando sua inserção nesses outros espaços com seus afazeres em casa: *cuidar dos filhos e do marido*. A posição de Amara nos informa sobre as possibilidades de exercitar, de alternar entre as diferentes perspectivas (ser da equipe, ser da *comunidade*) de uma forma fluída (mais do que o experimentado por Maria, outra agente comunitária de saúde e também integrante da diretoria da associação), mas sem esquecer sua pertença principal, já que para ela: *A associação sempre tem um peso maior!* Os sentidos de participação para ela estão relacionados a uma forma coletiva de *batalha*, de *luta* e estão conectados a uma discursividade assentada sobre a noção de representação política, como integrante da diretoria da associação, como *liderança*, ela representa os moradores do bairro: *As pessoas não estão se interessando muito em saber o que uma associação pode fazer. Eles dizem que a gente é uma panelinha. Não é verdade, a gente está batalhando pela vizinhança. As pessoas não vão às reuniões do Orçamento Participativo- OP, por exemplo, mas as lideranças vão. E só pode ir no OP quem é da associação. As pessoas não sabem disso. A gente vai às reuniões pela comunidade. Ganhamos uma creche comunitária, depois de muitos anos, via Orçamento Participativo. Foi uma batalha. E eu não preciso de creche comunitária, não tenho mais filhos ou netos pequenos, mas a gente faz.*

É possível perceber alguns pontos em comum da trajetória de Amara e de Rosana com as mulheres que fizeram parte do Movimento de Saúde da Região Nordeste de São Paulo. Segundo Leda Machado (1995), as mulheres que protagonizaram tal movimento conciliavam sua participação com suas tarefas domésticas: As reuniões, por exemplo, ocorriam em dias de semana à tarde para não atrapalhar os afazeres domésticos, a relação com os maridos e os cuidados com os filhos. Os recursos financeiros para o movimento eram obtidos a partir de rifas e vendas de objetos de utilidade domésticas, tais como panelas de pressão, garrafas térmicas. Para vender as rifas, as participantes se valiam da sua rede de relações entre mulheres donas de casa. Elas se ajudavam mutuamente no seu dia-a-dia, criando uma rede de apoio. De

acordo com a autora, o capital político aqui vai sendo construído a partir das relações de vizinhança⁸².

No caso de Amara, o tornar-se *liderança* permite-lhe uma dupla inserção: ser da Associação e ser da equipe de saúde. A aprendizagem necessária no percurso de Amara, *ao tornar-se liderança*, tem relação com uma incursão em distintas instâncias de atuação e participação (Círculo de Pais e Mestre na escola de seus filhos, a posição de catequista, o engajamento na AMBACO, ser agente comunitária de Saúde, ser professora do MOVA, acessar a educação de nível superior). Deste modo, Amara vai se retirando do universo doméstico e acessando uma rede de sociabilidade mais ampla, que tem sua força justamente em ela ter uma dupla relação com aqueles que também vivem no bairro (que em algumas situações assumem a denominação genérica de *comunidade*): sendo integrante da Associação e sendo Agente Comunitária de Saúde. Parece-me que é justamente o fato de ela saber separar as identidades, e fazer escolhas relativas à qual identidade acionar em determinada situação e lugar, transitando em um território que pode tornar-se perigosamente movediço, o que lhe permite manter e talvez aumentar seu capital político.

Rosana também vai se retirando do universo doméstico, com o desaparecimento de seu marido, e passa a acessar o mundo do trabalho e o mundo de relações e alianças com políticos ou pessoas públicas na cidade de Porto Alegre. Antes de Rosana fazer parte da AMBACO, ela começa a tecer uma rede de relações que a levará até aquela reunião em que foi em companhia do Secretário Municipal dos Transportes naquela ocasião. Em 1990, começa junto com outros usuários e familiares da Clínica Pínel a criação de uma Associação de Amigos e Familiares de Pacientes de tal instituição psiquiátrica. Frequentava tal serviço, pois acompanhava seu cunhado que: *era doente mental e frequentava a clínica. Através deles que eu comecei a frequentar reuniões* [grupos para familiares de usuários do serviço de saúde]. *Eles achavam* [os médicos psiquiatras que coordenavam o grupo] *que eu tinha um espírito de liderança, que eu podia ajudar, porque eu também trabalhava com um deputado* [Sérgio Zambiasi] *muito respeitado pela sociedade.*

⁸² A autora utiliza para caracterizar a liderança dessas mulheres a noção de carisma, discutida por March e Taqqu (1986).

Conhecia uma das médicas psiquiatras que coordenava o grupo de familiares e que estava incentivando a criação da Associação de Amigos e Familiares, através de Mendes Ribeiro⁸³, que era o pai dessa profissional. Fora através dele que Rosana conheceu Sérgio Zambiasi. É do lugar de familiar de um usuário de um serviço de saúde e da capacidade de acionar certa rede dotada de capital político e social que ela vai se movendo por novos espaços e posições: de dona de casa passa à trabalhadora em uma rádio de grande difusão na cidade de Porto Alegre; de acompanhante do cunhado em sofrimento psíquico ela passa a uma possível liderança na formação de uma entidade representativa de familiares e usuários de um serviço de saúde mental, em função de sua proximidade de Sérgio Zambiasi; em função de sua proximidade de outro político/ gestor da cidade, ela chega à outra posição no bairro em que mora, para além de usuária da unidade de saúde, também integrante da AMBACO. E é justamente no entrecruzamento entre ser usuária de determinado serviço e ser capaz de acionar redes dotadas de capital social e político que Rosana torna-se capaz de inserir-se em determinado circuito de participação: atualmente ela faz parte da diretoria da AMBACO e participa de dois grupos em saúde, oferecidos pela unidade Colombina.

Já a trajetória de Walter e Celina confunde-se com a história do bairro, assim como do apogeu e declínio da entidade representativa que eles ajudaram a criar. *Assistem* ao passar do tempo e às mudanças ocorridas com uma dose de melancolia e pessimismo, Walter me diz, misturando a história do bairro e a situação atual da AMBACO em uma única sentença: *Era um banhado, um pântano cheio de espinhos por ai a fora e foi se acabando, acabando e acabou-se... Agora, a associação não se levanta mais. Foi se acabando, acabando e agora está virada nisso ai...* E essas mudanças me parecem causadas pela entrada em cena de um número considerável de novos atores: Seja novos integrantes na equipe; seja a ampliação do número de usuários da Colombina e que extrapolam os integrantes da AMBACO; seja um maior diversidade de entidades associativas e representativas (CLS, OP, dentre outras). As relações parecem tornar-se menos personalizadas e a

⁸³ Mendes Ribeiro, assim como Sérgio Zambiasi, era radialista vinculado ao grupo RBS e também político, exercendo mandatos como deputado estadual e federal. Faleceu em julho de 1990.

comunicação entre integrantes da AMBACO e da equipe assumirá uma maior complexidade. A partir das narrativas de Walter e Celina, podemos depreender que a unidade Colombina era praticamente uma extensão da AMBACO ou a que a vizinhança, a *comunidade* podia se tornar uma ampliação do espaço da então diminuta unidade, como nas sessões de vídeo referidas por Celina. Parece-me que para eles participação assume um caráter de *trabalho voluntário* realizado por alguns moradores do bairro em prol de melhorias que atinjam a todos que ali vivem, assim como de *cooperação* entre vizinhos.

Por outro lado, não podemos fazer “ouvidos de mercador”. Na passagem do tempo e na reconfiguração das relações algo ocorreu e se inverteu: a unidade ganhou força e a Associação perdeu, e nessa inversão certa assimetria com relação à ocupação do espaço da AMBACO tem ocorrido: esse parece estar sendo mais um espaço no qual ocorrem atividades em saúde promovidas pela equipe de saúde, do que um lugar no qual ocorra *a reunião entre pessoas que querem lutar pelo lugar onde moram*, como me disse Amara em uma de suas definições da Associação de Moradores do Bairro Colombina.

Capítulo 5

Perspectivas acerca do acolhimento

5.1 Da equipe para a *comunidade*

Neste ponto, tornamos a olhar desde a “porta de entrada” que nos permitiu a construção do percurso até aqui: o acolhimento na unidade de saúde Colombina. Este capítulo aborda as diferentes concepções e “avaliações” que integrantes da equipe, pessoas da *comunidade* e usuários têm dessa forma de acesso. Para chegar ao agora, retrocederemos, entretanto, até o momento anterior implementação do acolhimento. Rafael, ex residente de medicina de família e comunidade e apontado por muitos como o principal agente na implantação dessa prática em saúde na Colombina, a partir da troca de emails⁸⁴, inicia sua narrativa pelo seguinte fato: *Estávamos com um problema muito sério naquela época [2004-2005] que era a presença/ausência de um preceptor médico de família. Ele era muito ausente no trabalho, estava sempre burlando o ponto e se ausentando do trabalho, o que sempre nos deixava desamparados [os residentes]. Conversando com a então Coordenadora do Serviço de Saúde Comunitária [que fora integrante da Colombina por vários anos] decidimos abrir um processo administrativo contra ele, o que resultou na sua saída. Acho que, sem a decisão dela naquela hora, não teríamos feito o movimento todo de tirá-lo. Deixaríamos a vida seguir seu rumo e concluiríamos a residência. Falo no plural porque, dos residentes*

84 Essa foi a forma possível de comunicação com ele, pois atualmente ele é médico em uma das equipes de Estratégia de Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro.

envolvidos, eu e outra colega também residente de medicina, estávamos liderando o processo dentro da unidade de saúde.

Além de tal movimentação em torno da saída do médico preceptor, Rafael elenca a dificuldade de acesso dos usuários como outro motivo que teria levado até a implantação do acolhimento: *Eu havia feito um levantamento sobre a dificuldade de acesso na unidade, tendo em vista que as portas do acesso eram extremamente fechadas na Colombina. Marcação de consultas quinzenais e ofertas limitadas para as consultas feitas no mesmo dia, que deveriam servir para o atendimento de urgências e muito pouca oferta de consultas. Fiz um levantamento sobre os atendimentos às demandas e como era feito o acesso dessas demandas aos profissionais. Isso serviu para aproximar os profissionais ao redor de um problema comum. Aproximá-los, porque estavam absolutamente afastados. Era uma época muito difícil de comunicação e conversa.*

Outros relatos que pude acessar em minha pesquisa de campo te matizavam esse momento da equipe, pré implantação do acolhimento: de acordo com Renato, por exemplo, que entra na equipe justamente para ocupar o lugar do médico que saíra em função do processo administrativo, era um momento no qual esse grupo estava muito *desagregado, desunido*. E, conforme já descrito no capítulo 3, o apelido que deu à unidade, *Agremiação Colombina*, foi estratégia utilizada para tentar aproximar o grupo. De acordo com Rafael: *Renato, ao entrar na equipe fez força na mesma direção de modificarmos o acesso, assim como as enfermeiras residentes Marcela e Francisca. Dessa forma, estávamos em 5 pessoas querendo provocar a mudança na equipe. Chamamos o Conselho Local de Saúde-CLS para fazer parte nas mudanças e conseguimos com isso sensibilizar a todos de que tínhamos primeiramente um problema e que deveríamos encará-lo. As oficinas [de implantação do acolhimento] surgiram como uma forma de colocarmos em prática a decisão e chamar a participação de todos. A idéia final era de que todos deveriam tomar parte no processo do acolhimento e que deveríamos abrir totalmente as portas da unidade.*

Assim, o acolhimento, através das palavras de Rafael emerge no contexto da unidade Colombina como resultado da mobilização de alguns de seus integrantes (principalmente residentes) em torno de mudanças na forma

de trabalhar (como pode ser visto no movimento em torno da saída do profissional *ausente*) e nas possibilidades de acesso dos usuários a esse serviço. O grupo lança mão das oficinas organizadas em conjunto com o Conselho Local de Saúde como meio de publicização de seu “projeto”. Sua narrativa nos permite apreender o momento no qual a discursividade relativa ao acolhimento ainda era contra hegemônica, assim como os elementos que a constituem atualmente hegemônica na equipe: *O acolhimento é bandeira de toda equipe e foi construído junto com a comunidade!* Além disso, na última frase do ex-residente de medicina da Colombina, podemos identificar uma concepção de acolhimento relativa à democratização do processo de trabalho e do acesso ao serviço de saúde, ou seja, uma concepção que coloca em relevo toda a potência de tal prática em saúde: *a idéia final era de que todos deveriam tomar parte no processo do acolhimento e que deveríamos abrir totalmente as portas da unidade.*

A descrição produzida em minha tese, no entanto, nos permite perceber que as práticas de acolhimento nessa equipe acionam, e também tensionam, hierarquias presentes nessa equipe, assim como, em linhas gerais, “abrem e fecham suas portas” de acordo com determinadas categorias de necessidades em saúde consensuadas pela equipe (consulta dia, consulta agendada, retorno, olhar exames, etc.). A potência do acolhimento, então, vai sendo “recortada” de acordo com as clivagens entre as distintas categorias profissionais e de acordo com as possibilidades de inclusão ou não de determinado usuário nas consultas dia. Embora bastante distantes do ideal pretendido por Rafael e o grupo do qual fazia parte naquele momento em que o acolhimento não era a forma de acesso à unidade de saúde; por outro lado, será que, mesmo não tendo se efetivado o “ideal”, a implantação do acolhimento faz diferença em termos do acesso dos usuários?

Marta, que foi médica durante muitos anos nessa equipe de saúde e cuja trajetória descrevi no capítulo anterior, diz que houve uma aprovação da comunidade com relação ao acolhimento e conta: *antes da implantação do acolhimento, a gente havia feito um desses encontros comunitários⁸⁵ problematizando o funcionamento do posto. E, nesta situação, me chamou a atenção o ponto de vista da população com relação ao acesso. Parecia que a*

85 Marta está se referindo ao Planejamento Participativo do ano de 2004.

equipe nunca dava acesso aos usuários. O que mais apareceu em todos os grupos de discussão era a dificuldade de acesso, vivenciada pela população. Depois da implantação do acolhimento, isso nunca mais aconteceu. O acesso nunca mais apareceu como ponto fundamental das discussões.

Em 2006 e em 2009, foram realizadas avaliações participativas dessa forma de acesso em oficinas que reuniam *trabalhadores e usuários*. Diante de um discurso de *aprovação do acolhimento pela população*, partilhado então de forma homogênea na equipe, eu questionei Marta acerca dos sentidos de *população*. Perguntei a ela: *População não estaria se referindo nesse caso a uma parcela específica dos usuários da unidade de saúde, relativa às lideranças comunitárias e vinculadas à associação de moradores? Ela, então, responde: Nem sempre, nessa primeira grande avaliação [2006] com certeza não. Tinham mais de cem pessoas, que foram mobilizadas pelas agentes comunitárias de saúde. Vieram pessoas que nunca tinham freqüentado um lugar como aquele, um lugar para discussão. Nessa outra também [ocorrida em 2009⁸⁶]. Tu faz um chamamento genérico, utilizando mosquitinho⁸⁷. Algumas virão, porque fazem mais parte do cotidiano do posto, freqüentam grupo ou participam de alguma outra atividade. Mas sempre vem também quem é contra, os caras que querem fazer um debate, propor outra coisa. De forma geral, houve uma aprovação. O que isso quer dizer? Que é unânime? Não. Apareceram as contradições, apareceram várias questões, o que poderia melhorar no acolhimento...*

E Marta me faz entender que aprovação não quer dizer unanimidade e não exclui a percepção por parte dos usuários e dos trabalhadores das contradições e do que poderia melhorar nessa prática em saúde. Walter e Celina, por exemplo, praticamente não têm utilizado os serviços da unidade Colombina há dois anos. Celina me explica: *faz dois anos que não vamos ali. Só em uma emergência. Quando o meu marido ficou doente, teve que colocar*

86 Essa oficina foi organizada pelas então residentes de Serviço Social e de Enfermagem e serviu de fonte de dados para o seu trabalho de conclusão da residência. Estavam presentes 52 participantes, dentre os quais 32 eram profissionais, 12 usuários e 8 convidados. Com relação ao número de participantes, as residentes justificam: foi realizada ampla divulgação deste evento, para que pudesse contar com um número significativo de participantes no processo. Acreditamos que a forte chuva que caía no sábado [dia da oficina] foi impeditiva à participação de um número maior de usuários e de profissionais.

87 Adaptação da estratégia para a divulgação de eventos conhecida como flyer, caracteriza-se por ser construído de modo simples e com custos baixos.

esse marca-passos [cardíaco]. Antes de ir ao hospital, ele passou mal em casa. Eu estava sozinha em casa com ele e fui lá [unidade Colombina] chamar alguém e ninguém veio. Para o casal, diante da implantação do acolhimento, *pouca coisa mudou* com relação à facilidade de acesso aos atendimentos na Colombina, e o acolhimento não precisaria existir. Para Celina, essa prática em saúde significa *contar tudo para uma pessoa que não entende nada* [os acolhedores] e *acessar qualquer pessoa que tá praticando* [que podem ser os doutorandos ou residentes] *e não o médico que já te atende.* Walter, por sua vez, confunde o acolhimento com o agendamento⁸⁸ e também desaprova: *Eu acho errado, não me dá consulta para o dia, tem que esperar 3 ou 4 dias para consultar.* E também reclama de não acessar seu médico de referência: *não conseguimos pegar o médico que estamos acostumados ir.* Suas críticas recaem sobre o fato de que o acolhimento coloca em cena outros atores (acolhedores, residentes, doutorandos) que na perspectiva do casal não são suficientemente qualificados e significa, ainda, a perda de uma relação mais constante com seu médico de referência.

Já para Rosana, que é integrante da associação, do Conselho Local de Saúde e usuária da unidade de saúde, *o acolhimento foi uma das melhores coisas que nos aconteceu aqui no posto naquela época [2005].* Conta que foi o *doutor Rafael e a doutora Marta que trouxeram a idéia do acolhimento. No início, ninguém entendia o que era acolhimento, mas Dr. Rafael tinha muita paciência em explicar.* Retoma o que aprendera nas oficinas e o que aprendeu ao longo de sua utilização da unidade de saúde e vemos acolhimento tornar-se sinônimo de classificação de risco: *A pessoa chega ao posto com uma dor e é recebida por um médico, um enfermeiro ou uma pessoa que possa mais ou menos diagnosticar se é uma doença de emergência. Se for, a pessoa será atendida de forma rápida [consulta dia]. Eu já passei muito por isso, eu tenho pressão alta, já tive ameaça de infarto... Eu sei o que é acolhimento.* E para ela essa forma de acesso dos usuários à unidade *faz muita diferença para a saúde das pessoas, mas depende também de como a gente é acolhido. Se o acolhedor não é receptivo, pode acabar assustando a gente.*

88 Nas quartas-feiras, a sala do acolhimento transforma-se em espaço para o agendamento das consultas, talvez por isso Walter tenha dado sua opinião sobre o segundo, quando perguntei sobre o primeiro.

Conta uma situação na qual não foi atendida em suas necessidades em saúde, semelhante à relatada por Walter e Celina: *Foi por volta de 2006, uma acolhedora achou que eu não estava doente, achou que eu estava me dengando. E não sei o que aconteceu, ela me mandou embora, ela não viu minha pressão, não viu que eu estava com febre e com falta de ar. Daí, eu fui com minha vizinha para o hospital, e acabei ficando 30 dias internada em função de uma ameaça de infarto.* Diante de seu não acolhimento em tal situação, ela coloca em questão a necessidade de compreensão (de aprendizagem) por parte do integrante da equipe com relação ao que seja o acolhimento: *Para fazer acolhimento, a pessoa precisa saber o que é acolhimento. Que nem na reunião do Conselho Local de Saúde, na qual discutimos: o que é ser conselheiro? É a mesma coisa: o que é ser um acolhedor? Ser acolhedor para mim é saber ouvir, é ter paciência, por que quando a gente está doente, a gente fica um pouco irritante mesmo. É gostar do que está fazendo, porque quando faz o que gosta, sabe ouvir, sabe cuidar, sabe administrar o problema que o outro está passando.*

Interessante observar que mesmo não tendo sido atendida em suas necessidades em saúde de forma que tenha julgado positiva, Rosana, diferentemente de Walter e Celina, mantém uma percepção positiva do acolhimento nessa unidade de saúde: *Aqui temos ótimos acolhedores, muitos deles têm muita paciência em ouvir.* E coloca em cena outra definição de acolhimento, que ultrapassa a noção de classificação de risco e a concepção biomédica de que saúde é a ausência de doenças: *porque muitas vezes a tua doença, assim como aconteceu inúmeras vezes comigo, é solidão, é não ter com quem falar. Eu passei a me abrir há muito pouco tempo. Quando eu tinha problema, ao invés de falar, eu guardava tudo para mim. Há pouco tempo que eu falo. Acolher é isso aí... É o que no posto estão fazendo, o principal do acolhimento é tu ser aceito, mesmo que a tua saúde não esteja ruim, mas tu esteja angustiada. Já aconteceu comigo de estar angustiada, que parecia que eu ia morrer. Já tentei tirar a minha vida, de tão angustiada que eu estava. Eu fui aprendendo nos grupos que a vida é partilhar. E o acolhimento é uma forma de partilhar.* E, para ela, ao contrário de Celina, partilhar os acontecimentos de sua vida com diferentes membros da equipe e dos grupos dos quais faz parte não é uma perda, mas sim um ganho. Rosana não parece ter apenas na figura

do médico (de família e comunidade) a referência com a qual estabelece vínculo. No seu caso é a equipe da unidade Colombina que se torna a sua referência.

Já Amara, integrante da associação, do CLS e agente comunitária na equipe, ressalta a importância de compreensão por parte dos usuários desse serviço de saúde com relação ao que seja o acolhimento e, a respeito das oficinas de avaliação do acolhimento, ressalta sua dimensão “educativa”: *Além de reunir as pessoas da comunidade, vinham pessoas do comércio e da igreja. Para aquelas pessoas que vinham, explicávamos o que era o acolhimento, o que havia mudado no funcionamento da unidade. Tinha gente que entendia, tinha gente que não entendia. Essas reuniões serviam para deixar uma sementinha para o entendimento das pessoas, dos usuários.* E sua avaliação dessa forma de acesso é positiva. *O acolhimento é uma coisa boa, sua implementação foi algo muito bom,* conclui.

5.2 Na sala de espera: dissensos sobre o acolhimento

As descrições a seguir, por sua vez, desdobram-se de minhas observações na sala de espera da unidade e de minhas conversas com os usuários que estavam ali portando uma ficha de cor laranja, ou seja, que estavam esperando para passar pela sala de acolhimento⁸⁹. Minha presença na sala de espera tinha como objetivo acessar as percepções/avaliações dos que estavam ali esperando para serem acolhidos sobre tal forma acesso à unidade. O dispositivo de acesso a tal temática era uma pergunta rasa e direta: Qual a tua opinião sobre o acolhimento?

Idosos acompanhados de familiares ou não, homens e mulheres de meia idade, mães com seus filhos ainda bebês, crianças correndo ou desenhando sobre uma mesinha colorida, adolescentes, jovens adultos estão presentes nesse espaço do serviço de saúde. Em algumas situações, o clima é descontraído, e os vizinhos encontram-se por ali e tecem comentários acerca das respectivas vidas. Em outras, tensão e impaciência no ar: há demora no

89 Lembremos, conforme assinalado no capítulo 2, que existem três fluxos possíveis para o acesso dos distintos usuários as ações em saúde disponibilizadas por essa equipe, quais sejam: o administrativo, a enfermagem e o acolhimento.

atendimento. De modo geral, posso dizer que, para além da doença, a vida pulsa por ali. Além disso, pude perceber uma constante flutuação em sua ocupação: ia enchendo e esvaziando várias vezes ao longo de turno. Ao contrário de outros serviços de saúde, não havia apenas um momento de maior ocupação da sala de espera e depois seu esvaziamento. Comentei minha impressão com João Francisco, que atendia os usuários na sala contígua – na enfermagem - e ele confirmou: *É cíclico! É esse movimento até o fim do turno.*

Parece-me que na Colombina os fluxos de trabalho da equipe são mais flexíveis com relação aos modos de viver dos usuários, não é preciso chegar em um horário específico (o início do turno, por exemplo). O que a princípio pode tornar menos “burocratizado” o acesso dos usuários. Pode-se chegar em distintos horários que haverá atendimento, já que este não ocorre apenas por ordem de chegada. A existência de acolhimento nesse serviço de saúde permite que o usuário seja recebido (escutado) pela equipe de saúde do início até o final do turno. Por outro lado, é possível supor também que os usuários já entenderam que não é vantajoso chegar todos ao mesmo tempo, no início do turno, por exemplo. Afinal, o acolhimento imprime uma lógica relativa à avaliação das necessidades dos usuários e não restrita à ordem de chegada, assim como uma temporalidade dilatada e variada com relação à recepção dos que buscam a unidade de saúde, de acordo com suas situações específicas. *Se chegar para o acolhimento 40 pessoas às 8 horas da manhã, vai ter gente esperando até o final do turno*, explicou um dos profissionais na oficina realizada para a avaliação do acolhimento em 2009⁹⁰.

Joana consulta no *posto* desde que este *era só uma casinha* e Mirela também consulta há bastante tempo. As duas não gostam do acolhimento e elencam motivos análogos para sua não aprovação. Joana diz: [o acolhimento] *Desperdiça tempo. Tem que entrar lá [na sala do acolhimento] tem que falar. Por que isso, se a gente já sabe que quer uma consulta com o médico?* Mirela, por sua vez, coloca: *nem sempre são as mesmas pessoas no acolhimento. Tem que consultar os [profissionais] que são mais antigos.* Nas opiniões dessas duas mulheres, percebo a repetição de elementos presentes nas falas de Walter e Celina, que também não viam sentido na existência do acolhimento

⁹⁰ A fonte desta fala é o trabalho de conclusão das residentes de Serviço Social e Enfermagem, realizado a partir de tal momento de avaliação do acolhimento e já referido em nota anterior.

por essa prática em saúde colocar em cena outros atores para além do médico, assim como certa falta de confiança naqueles que estão na equipe em função do ensino (residentes, doutorandos e estagiários). O espaço de escuta aparece aqui como prescrição, imposição do *ter que falar* e como um empecilho com relação ao desejado: a consulta com o médico.

Leandro, 21 anos e Mara, 25 anos destoavam dos outros usuários presentes na sala de espera: estavam com roupas velhas e sujas. Sua presença naquele espaço chamou a atenção dos demais, havia um clima de estranhamento, e eu ousaria dizer de mal estar entre os outros que esperavam por ali. Iniciei a aproximação dos dois, não era possível saber ao certo se eram irmãos ou namorados. A seguir foram chamados à sala do acolhimento, perguntei-lhes se poderia acompanhá-los, responderam positivamente. Na sala do acolhimento, eu e a acolhedora daquele turno, a agente comunitária Lúcia, ficamos sabendo que eles já haviam estado naquela unidade de saúde em outras situações e conhecemos um pouco de sua história. Já haviam morado na rua, depois que foram despejados de um apartamento que cuidavam. Atualmente, trabalham em uma floricultura próxima à unidade de saúde e moram em peças de aluguel. No acolhimento, se referiam um ao outro como irmãos. Obtiveram uma consulta dia para que Mara pudesse consultar com o médico, em função de uma febre que não cessava e de uma tosse que persistia. Leandro obteve informações de como falar com o psiquiatra e souberam como marcar agenda com o serviço sócia, a fim de refazerem seus documentos, que haviam perdido na situação do despejo. Ao saírem para a sala de espera, perguntei o que achavam do acolhimento, e, ao contrário, de Joana e Mirela o *ter que falar* é considerado positivo: *É bom a gente passar pelo acolhimento, a gente conversa com elas, elas entendem melhor*

Renata, com 22 anos é professora em uma escola de educação infantil e mora no bairro há aproximadamente 2 anos. Vestida de bermuda, camiseta e chinelos de dedo. Tinha os olhos vermelhos e, pelo seu trabalho, suspeitava que estivesse pego conjuntivite das crianças. Já havia estado na unidade no final da manhã. Esperou em torno de uma hora até passar na sala do acolhimento e, como não havia mais ficha para a consulta médica, teve que voltar no turno da tarde. Perguntei sua opinião sobre o acolhimento: *não sou nem contra, nem a favor. Demora um pouco, mas, por outro lado, o*

acolhimento permite que eles [os membros da equipe] saibam se tem alguma coisa mais urgente, daí eles passam na frente. Em função de outra conjuntividade que havia tido, fora ao Banco de Olhos⁹¹ e lá demorou bastante para ser atendida. Chegou pela manhã e saiu de tarde. Morava anteriormente no bairro São Geraldo, e era atendida em um posto que não tinha acolhimento, e, segundo ela lá o atendimento *era um pouco mais rápido, mas também era solto, não tinha cuidado.*

Desse modo, parece-me que a escuta realizada no acolhimento, iniciada com a “pergunta ritual” – Em que a gente pode te ajudar? O que te traz aqui hoje? - abre a possibilidade para que o fluxo de trabalho na equipe se organize a partir das necessidades em saúde dos usuários que ali estão, como explicita João Francisco, auxiliar de enfermagem na equipe. Ele acompanhou de perto minhas observações na sala de espera, fazendo inúmeros jogos, brincadeiras⁹² que tinham como tema as distintas posições: integrantes da equipe, usuários do serviço de saúde. Às vezes me tratava como usuária (afinal, eu estava sentada em um dos bancos, ocupando a sala de espera como outros usuários) e fazia comentários do tipo: *tu não poderá ser atendida, tu está fora de área*, referindo-se ao fato de eu não ser moradora da área de abrangência daquele serviço. Em outros momentos, quando eu fazia muitas perguntas a ele ou outros membros da equipe, dizia: *essa senhora está incomodando, vou chamar o guarda!* Em uma dessas situações, sentou-se na cadeira ao meu lado na sala de espera, e eu, entrando no jogo lhe perguntei: O que tu acha do acolhimento nessa unidade de saúde? E ele então respondeu, fazendo-se passar por usuário daquela unidade de saúde: *Acho interessante, porque agora ao menos eles nos escutam. Antes, era no máximo 12 ou 10 consultas, era por ordem de chegada, não importava a necessidade. Às vezes a gente conseguia, às vezes não.*

Leonel, 65 anos, vendedor, morador do bairro há 30 anos. Naquele final de tarde estava praticamente sozinho na sala de espera, esperava para ser chamado para seu atendimento agendado. Parecia estar ansioso, impaciente.

91 Hospital Banco de Olhos de Porto Alegre: instituição filantrópica que possui diversos convênios, inclusive com o SUS. Atende também na modalidade particular.

92 Aliás, minha relação com Francisco ao longo da pesquisa de campo foi marcada por esse tom jocoso. Foi através de brincadeiras e de “implicâncias” mútuas que fomos construindo nossa relação, nossa interlocução.

Perguntei sua opinião sobre o acolhimento. *É bom para instruir o paciente para o que ele está precisando. Por exemplo, às vezes a gente quer um dentista e está com dor de ouvido. Vai poupar aqui [no administrativo] e vai falar lá [no acolhimento]. É mais correto. E me pergunta: as pessoas que estão lá [os acolhedores] são o quê? Tem que pegar sempre o mesmo médico, prá ter continuidade, e as consultas deveriam ser mais seguidas. O postinho é bom, depois que a gente pega o funcionamento dele.*

Maria, 23 anos, trouxera seu filho recém-nascido para a consulta dia. Depois de passar pelo acolhimento, diz: *acho bom ter o acolhimento. Tendo acolhimento diário é uma facilidade, porque é todo dia que tem consulta, não precisa agendar. Eu tô bem satisfeita com esse método.*

Márcia estava vindo pela primeira vez à unidade Colombina, acompanhava sua filha Sílvia, de 14 anos, em função da suspeita de que a adolescente estivesse com *catapora*. Frequentavam anteriormente uma clínica privada, na qual o valor de cada consulta era R\$ 30,00. Sua primeira impressão da unidade, depois de passar pelo acolhimento: *achei ótimo, tudo limpinho. Achei ótimo, maravilhoso! Fomos bem atendidas, é calmo.*

De forma geral, podemos perceber uma avaliação positiva do acolhimento (e de seus efeitos no modo de organizar o funcionamento desse serviço de saúde). O que chama minha atenção, no entanto, é que os critérios para as percepções positivas e negativas são variáveis, de acordo com aquele que as enuncia. Aprovação aqui de forma alguma significa unanimidade. Aspectos distintos de tal prática em saúde vão sendo assinalados, colocados em relevo por esses usuários, que compõem um cenário heterogêneo e complexo relativo a quem são, ao que vieram buscar ali (necessidades em saúde que engendram diferentes concepções de saúde-doença) e de que forma o acolhimento se encaixa em seus percursos em busca de saúde (itinerários terapêuticos). Para Bonet (2010) “o conceito de itinerário terapêutico se torna fundamental quando entendemos que nesses itinerários estão em jogo diferentes visões do mundo ou diferentes modos de “habitar” o mundo” (p.1).

5.3 Acolhimento na unidade Colombina: a produção de “espaços entre”

Fernanda foi direto ao balcão do administrativo, pegou uma ficha laranja e sentou-se. Parecia estar impaciente, irritada. Sentei ao seu lado e perguntei-lhe sua opinião acerca do acolhimento. E ela, então, com jeito bravo me diz: *eu só queria saber o motivo do acolhimento? A gente tem que esperar um tempão, mesmo já sabendo o que a gente quer*. Ela queria falar com Roberto, médico que estava na consulta dia naquele turno. Além de certa irritação no rosto de Fernanda, chamou-me atenção o seu modo de vestir, que, por motivos contrários aos de Leandro e Mara, descritos anteriormente, também destoava dos demais usuários que ocupavam a sala de espera: estava de sapatos de salto alto que junto com uma bermuda e uma blusa de estilo social, davam-lhe uma aparência entre a formalidade e a jovialidade. Tinha o cabelo tingido de loiro, olhos claros e a pele dourada. Fernanda tinha 49 anos e era telefonista em um sindicato.

A seguir, foi chamada ao acolhimento, e, devido a sua permissão, pude acompanhá-la. Contou à agente comunitária de saúde, Lúcia, que realizava o acolhimento naquela tarde o percurso realizado por sua família entre os diversos serviços de saúde a fim de *conseguir a cirurgia para catarata de sua mãe*. Sua mãe foi atendida na unidade Colombina pelo médico Roberto que fez um encaminhamento para a central de marcação de consultas da prefeitura na especialidade oftalmologia, a fim de que a cirurgia de catarata fosse realizada. Essa consulta com tal especialidade demorou muito e, tendo em vista, que sua mãe era bastante idosa, Fernanda e o marido decidiram arcar com os custos de consultas particulares no Banco de Olhos, como um meio de acessar de forma mais rápida a cirurgia que se tornava a cada dia mais indispensável, sua mãe perdia rapidamente a visão. Fizeram 3 consultas no Banco de Olhos, custando R\$ 180,00 cada uma. Além disso, pagaram pela realização de exames também. Ocorreu, ao contrário das expectativas de Fernanda e seu marido, que a cirurgia não poderia ser realizada nesse serviço de saúde. Recorreram então à Defensoria Pública que lhes garantiu, por medida judicial, que sua mãe acessasse consultas com um oftalmologista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Em Porto Alegre não têm sido raras as situações nas quais os usuários esperam durante meses, e até mesmo anos, para acessar consultas com as mais distintas especialidades, principalmente médicas, mas não só. Esse é um dos nós, dos “estrangulamentos” do Sistema Único de Saúde, os fluxos entre a atenção primária/básica em saúde e o que caberia ao nível secundário do sistema – as ações em saúde de caráter especializado. No caso de Fernanda, sua mãe acessou a unidade de saúde e ficou “à espera” da consulta com o oftalmologista, e sem acesso à consulta necessária com tal especialidade, mãe, filha e marido começam a migrar do sistema público para o privado e, para retornar aos fluxos do primeiro, a partir da intervenção do poder judiciário.

De acordo com Menicucci (2005), as políticas de saúde estabelecidas no Brasil até a implementação do Sistema Único de Saúde forneceram incentivos e recursos que facilitaram a expansão da rede prestadora privada, o que teve como efeito a consolidação de uma relação de dependência do setor privado para a realização de procedimentos de “maior complexidade”⁹³. Atualmente, são muitas as limitações para uma normatização mais efetiva com relação ao setor privado. Incluem dificuldades operativas do sistema público para definir sua demanda, negociar serviços, implantar e fiscalizar contratos, o que impõe fortes custos de transação em uma relação que ainda não tem regras muito definidas. Além disso, é preciso não perder de vista com relação ao setor privado a tradição de auto-regulação ou de regulação governamental limitada à definição de seus preços e controle de produção de seus serviços. Desse modo, a autora ajuda-nos a compreender, a partir de um contexto mais amplo, as dificuldades de acesso à consulta especializada, vivenciada pela mãe de Fernanda:

A universalização da assistência e a definição da saúde como de relevância pública na CF [Constituição Federal] não foram acompanhadas da efetiva publicização da rede prestadora, seja pela expansão da rede estatal em níveis e na diversidade exigidos ou pela incorporação da rede privada de acordo com critérios públicos. Ao longo das duas últimas décadas, tem ocorrido a ampliação da rede pública, mas principalmente ambulatorial voltada para serviços básicos, que cresceu aproximadamente 80% após 1988, bem mais do que o crescimento dos estabelecimentos com internação que tiveram uma expansão de aproximadamente 42%

⁹³ Os grifos são meus e estão ai colocados no sentido de ressaltar a necessidade de relativização do termo maior complexidade. Afinal, os procedimentos em saúde na atenção primária em saúde (atenção básica) são também complexos, não tanto em termos de equipamentos ou meios diagnósticos, mas em termos das relações que põem em cena como “tecnologia” indispensável para a resolução das questões apresentadas pelos usuários do sistema de saúde. Adiante neste texto será referenciada a discussão feita por Merhy na mesma direção.

(AMS/IBGE). Essa expansão mostra o esforço efetivo no sentido de universalização do acesso à atenção primária, mas a expansão da rede hospitalar [especializada] é apenas pontual (MENICUCCI, 2005: 14).

Naquele momento, Fernanda estava na unidade Colombina em busca de um laudo, retomando a história clínica da paciente – exigência que fora feita pelo oftalmologista do Hospital de Clínicas para a realização da cirurgia em sua mãe. Roberto era quem atendia sua mãe na Colombina. Depois de ouvir a “peregrinação” narrada por Fernanda, Lúcia sai da sala de acolhimento e vai conversar com Roberto, que era o responsável pelas consultas dia, naquele turno. Ficamos nós duas, com a porta fechada e Fernanda diz: *eu acho uma falta de respeito*. E eu querendo saber mais acerca de sua opinião, pergunto: O acolhimento? Ela diz: *Não, o acolhimento não. Elas atendem a gente super bem*. Compreendi então que ela se referia ao percurso entre os serviços de saúde que, ao acompanhar sua mãe, realizara e acabara de descrever. Roberto vem à sala, e sentado em uma poltrona ao meu lado, retoma com Fernanda o itinerário terapêutico de sua mãe e, ao final ele diz: *ninguém quer assumir as broncas*. Fernanda diz: *o pedido de consulta entra no sistema da prefeitura. Não aguento mais, faz meses que a gente está tentando...* [Referindo-se ao encaminhamento que Roberto fizera no início do itinerário terapêutico de sua mãe]. Ao final da conversa, ficou combinado que na quarta-feira da semana seguinte, ela poderia buscar na unidade o laudo que retomaria a história clínica da mãe para ser entregue ao médico do Hospital de Clínicas de Porto Alegre-HCPA. Com relação ao prazo para a feitura do laudo, estabeleceu-se uma negociação entre o médico e a usuária. Era sexta-feira à tarde, e Fernanda desejava sair dali já com o documento. Roberto, no entanto, explicou-lhe que naquela tarde estava realizando a supervisão das consultas do dia na unidade e que, para a realização do laudo, teria que retomar o prontuário de sua mãe, a fim de recolher as informações necessárias. Segunda-feira estaria desenvolvendo uma atividade de ensino no Hospital Conceição e não viria à unidade. Terça-feira poderia retomar o prontuário e quarta-feira o documento estaria pronto. Desse modo, entre a urgência da usuária e o cotidiano de trabalho do médico estabeleceu-se o prazo já referido. Ao final do acolhimento, que em grande parte tratou-se da negociação acerca

do prazo de elaboração do laudo, Fernanda, então diz: *Tá bom, muito obrigada gente!*

O acolhimento de Fernanda nos permite conhecer o percurso que Fernanda realiza, ao construir determinado itinerário terapêutico para sua mãe. Bonet (2010) concebe o cotidiano dos serviços de saúde a partir de uma perspectiva processual que permite captar as distintas interações entre o afeto e as políticas (públicas) na construção de redes de cuidados terapêuticos. Não há aqui uma oposição entre o território do vivido nesses serviços, território das micro-práticas, e o terreno macro das políticas. O autor lança mão do conceito de itinerários terapêuticos para, através da dinamicidade, dos fluxos e dos movimentos que os usuários do sistema de saúde realizam ao tomarem decisões e tecerem suas redes de cuidado (que em muitas situações ultrapassam os limites deste mesmo sistema), demonstrar que o sistema de saúde, assim como as distintas concepções e práticas do que seja saúde, não estão constituídos de forma pronta e acabada: são processos e não estados. O objetivo de seu texto é “mostrar como se constroem esses itinerários nas interações vividas nos cotidianos dos serviços de saúde, entrelaçando as dimensões emocionais e políticas em redes que estão em permanente estado de reformulação”. (BONET, 2010: 1)

As redes de cuidado que vão sendo tecidas pelos usuários de saúde desde seus distintos itinerários terapêuticos são analisadas por Bonet (2010) a partir da noção ator-rede de Latour. Cada ator envolvido nessas redes (sejam usuários, profissionais de saúde, assim como os equipamentos, os exames e os diagnósticos que compõem essa íntima conexão entre humanos e não humanos) produz mudanças nos outros, são capazes de fazer com que os outros façam coisas. Os sujeitos (assim como os objetos) são dotados de agência. Aqueles que se utilizam do sistema de saúde nem sempre sabem do modelo, da política no papel, sabem sim é das práticas de cuidado que vivenciam em seus itinerários terapêuticos – nas formas que lhes são possíveis “habitar” os serviços de saúde.

Na descrição realizada acima, podemos perceber, também, que a opinião da usuária acerca do acolhimento muda a partir de sua passagem pela sala do acolhimento e das relações com a acolhedora e com o médico que ali se estabelecem e que lhe permitem contar o percurso que a leva até ali e obter

o que necessitava – o laudo retomando a história clínica de sua mãe, indispensável à realização da cirurgia para resolver o problema de *catarata*.

Para Bonet (2010) o diálogo terapêutico – e o autor está se referindo aqui fundamentalmente (mas não exclusivamente) ao cenário da Atenção Primária em Saúde - implica um contexto de encontro entre diferentes discursos e saberes dos trabalhadores e dos usuários do sistema de saúde. O diálogo terapêutico (ou intercultural) ocorre no espaço “entre”, caracterizado pela mistura, pelo hibridismo e pela incerteza. Para Merhy (1999), o acolhimento foi idealizado como uma prática em saúde intercessora: possibilitaria o encontro entre os diferentes atores envolvidos em um espaço intercessor, no qual a dimensão tecnológica⁹⁴ do trabalho em saúde em questão é o das relações. O termo intercessor é retirado da obra de Deleuze e Guatarri e refere-se ao espaço “inter” das relações. Nas palavras de Merhy (1997):

Usamos este termo para designar o que se produz nas relações entre “sujeitos”⁹⁵, nos espaços de suas interseções, que é um produto que existe para os “dois” em ato e não tem existência sem o momento da relação em processo, e na qual os inter se colocam como instituintes na busca de novos processos (p. 15).

O espaço intercessor, ainda, estaria aberto para o que nele há de indeterminado, do que se define em ato, em produção permanente nos espaços de encontros entre trabalhadores e usuários dos serviços de saúde. Vemos, então, a noção de diálogo terapêutico (intercultural) de Bonet e acolhimento, como prática intercessora, de Merhy confluírem, encontrarem-se nessa dimensão cotidiana, relacional do fazer saúde, a partir do acolhimento de Fernanda na unidade de saúde Colombina. Através dele torna-se possível o conhecimento, por parte de alguns integrantes da equipe, do percurso entre distintos serviços de saúde que a levava até ali; a negociação com relação ao prazo para a construção da história clínica de sua mãe por parte do médico,

⁹⁴ A noção de tecnologia utilizada por este autor tem definição mais ampla do que a usada de forma corrente, não se referindo exclusivamente a máquinas e equipamentos. Saberes e relações também compõem o campo das tecnologias. Assim, o autor estabelece a seguinte distinção entre os tipos de tecnologias: duras (equipamentos tecnológicos do tipo máquinas de raio X, normas de funcionamento dos serviços de saúde, estruturas organizacionais...), leveduras (saberes bem estruturados como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia...) e leves (são as tecnologias das relações, tais como a produção de vínculo, acolhimento, processos partilhados de gestão dos serviços...) (Merhy, 2002).

assim como a mudança que ocorre em sua percepção (avaliação) com relação a esta mesma prática em saúde. Ao contrário do que supunha, a passagem pelo acolhimento não a impediu de acessar o médico responsável pelo caso de sua mãe e “esse espaço” foi ganhando sentido para ela na medida em que, a partir de sua narrativa, foi possível acessar o que vinha buscar. O encontro, o espaço de relação com o médico deixou de assumir, no entanto, o formato de uma consulta individual com o profissional médico, sendo considerada uma consulta dia, e tornou-se um “espaço entre” vários atores: Fernanda, a agente comunitária de saúde e podemos considerar também ali a presença da pesquisadora. Foi no espaço “inter” das relações ali estabelecidas que pudemos assistir à “publicização” da negociação entre usuária e médico da equipe.

O acolhimento na unidade Colombina coloca em cena outros atores, para além do médico de família e comunidade, na relação com o usuário desse serviço. É preciso lembrar também que os acolhedores, através da criação de “circuitos de acolhimento”⁹⁶ a cada um deles, acabam por mediar a relação de determinado usuário com outros integrantes e fluxos de trabalho presentes na equipe. Assim, o que poderia ficar restrito a uma relação (diádica) entre certo profissional (médico, por exemplo) e usuário, acaba ampliando-se e publicizando-se. O acolhimento, então, como um dos elementos que organiza o fluxo de trabalho nessa equipe, a partir do encontro com as mais diferentes necessidades em saúde dos usuários, abre a possibilidade para a criação de inúmeros diálogos interculturais. Espaços intercessores que iniciam na sala do acolhimento: daqueles que buscam a unidade para satisfazer alguma “necessidade em saúde” e os acolhedores; dos acolhedores com os médicos do dia; dos médicos do dia com os usuários, quando aqueles vão a sala do acolhimento para “ver mais de perto” a situação relatada pelos acolhedores; dos acolhedores com a equipe de enfermagem; dos acolhedores com os integrantes do setor administrativo; dos acolhedores de volta à sala para a finalização das distintas situações de acolhimento... Assim, esta forma de acesso nesse serviço de saúde configura-se como dispositivo potente para a produção de “espaços entre” (ou inter) os distintos atores que “habitam” esse cenário.

96 Conforme descrito no capítulo 2.

5.4 Na sala de espera: início e fim de um percurso de pesquisa

Foi na sala de espera que em março de 2010 meu percurso de pesquisa nessa equipe de saúde iniciou: era antes das 14 horas, o turno de trabalho ainda não havia começado, a sala de espera estava vazia. Marcela, enfermeira contratada na equipe, me recebeu com um caloroso abraço. O que acontecia entre eu e Marcela naquele momento era um reencontro. Havíamos nos conhecido em julho de 2005 na cidade de Santa Maria-RS. Naquela situação, ela realizava seu estágio opcional da residência junto à coordenação do Programa de Saúde da Família-PSF na Secretaria Municipal de Saúde de tal cidade, enquanto eu era a coordenadora da Política de Saúde Mental. Depois disto, raramente havíamos nos visto e em março de 2010 nos reencontrávamos desde outras posições. Ela agora integrava a equipe que eu pretendia pesquisar.

A partir desse (re) encontro construí meu percurso de pesquisa, tendo como “porta de entrada” desta investigação a prática do acolhimento nessa equipe. O acolhimento na unidade Colombina é o pretexto deste texto: acompanhando suas narrativas, práticas e reverberações para dentro e para fora da unidade de saúde foi possível acessar alguns dos fios que compõem a tessitura do sistema público de saúde: as disputas, as hierarquias, os discursos, as práticas, os jogos, as táticas, as reinvenções cotidianas e também as possibilidades de encontro (assim como os desencontros) entre os distintos atores que dão vida a esse cenário. É a prática de acolhimento nessa equipe que me permite construir a deriva realizada nesta etnografia. Da sala de acolhimento à sala de grupos, nas quais aconteciam as reuniões de equipe, à associação de moradores, à história da unidade e da implantação desta prática em saúde... E de volta à sala de espera.

Bonet (2010) e Merhy (2002) também confluem quando afirmam que o sistema de saúde faz-se cotidianamente. Não há o plano das políticas e o plano dos executores das políticas, há sim essa constante imbricação entre o que é da ordem do previsto e do praticado. Nas palavras do primeiro, a política no papel e as redes de cuidado tecidas pelos diferentes usuários na construção

de seus itinerários terapêuticos; nas do segundo, esse constante tensionar do trabalho morto pelo trabalho vivo em ato.⁹⁷ O primeiro ressalta a perspectiva dos usuários do sistema de saúde, o segundo está implicado na reflexão acerca das diferentes formas de organizar esse mesmo sistema e de nele ser trabalhador, tendo em vista uma atuação usuário-centrada. Os dois autores, no entanto, assinalam o que se produz nos encontros entre usuários e trabalhadores, visto que o campo da saúde (pública) é eminentemente relacional.

É chegada a hora do ponto final...

O movimento de deriva (entre espaços, situações e perspectivas) por ora cessa, e estou novamente na sala de espera (como espaço narrativo), e é desse lugar que finalizo esta etnografia. Antes de efetivamente me despedir desse cenário (a unidade Colombina) e sair pela porta pela qual entrei naquele março de 2010, encerrando este texto, posso retomar a sensação que experimentei na sala de espera: estar na presença das mais diferentes pessoas, com suas histórias, muitos sons, várias cores, diversos cheiros, uma constante movimentação – pessoas entrando, pessoas saindo, integrantes da equipe passando de um lado a outro; sentada em algum de seus bancos era possível entrever através da porta da unidade a sede da associação de moradores, um pedaço do céu e a rua lá fora, da qual vinham as pessoas que “habitariam” a sala de espera da unidade Colombina.

Além disso, é preciso que me despeça de meus principais “companheiros de viagem”: os integrantes da unidade Colombina, que me acolheram como pesquisadora em seu cotidiano de trabalho. E, devido à sua disponibilidade com relação a minha presença, pude compartilhar com eles muitas das dimensões de seu trabalho nessa unidade do SUS: os fluxos de trabalho; os “segredos” que circulam na equipe; suas rivalidades e seus afetos; sua falta de porosidade em algumas situações com relação às necessidades dos usuários; sua capacidade em outras de acolher os usuários em suas mais variadas necessidades; suas piadas e poesias compartilhadas na cozinha e

⁹⁷ De acordo com Merhy (2002): “O trabalho em saúde não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto, expresso nos equipamentos e nos saberes tecnológicos estruturados, pois o seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas configuram-se em processos de intervenção em ato, operando como tecnologias de relações, de encontros [entre os diferentes atores], para além dos saberes tecnológicos estruturados (...) (p: 49).

nos momentos de encontro fora do espaço/tempo de trabalho; as comemorações realizadas na AMBACO; as chegadas e as despedidas dos residentes; suas tristezas partilhadas, como quando da morte trágica de um de seus integrantes; seus (não raros) momentos de absoluta megalomania, quando se intitulavam a melhor equipe de saúde do universo! E tudo mais que extrapola e atravessa a dimensão das normas, do previsto: a dimensão vivida, praticada do trabalho (em saúde). Afinal, a etnografia se constrói a partir do vivido pelo pesquisador em relação ao vivido por aqueles que fazem parte de sua pesquisa.

A minha despedida, então, tomou a forma desta tese, que foi produzida, acima de tudo, pelos encontros e desencontros que vivenciei em meu processo de investigação. E eu sinceramente espero que este tenha sido um texto habitado, povoado de inúmeras presenças, capaz de captar a multiplicidade de perspectivas presentes no cotidiano da unidade de saúde Colombina. E agora, enquanto cruzo a porta em direção à saída, chego ao final dessa narrativa levando comigo tudo o que nesse cenário vivi!

Do acolhimento à democracia: apontamentos acerca da deriva entre distintas perspectivas

Esta tese tratou de maneira central do cotidiano da unidade de saúde Colombina, tendo como “pretexto” a prática do acolhimento realizada por seus integrantes e dirigida a seus usuários. Para a realização desta etnografia, no entanto, foi preciso levar em conta o contexto imediato ao qual tal unidade de saúde está vinculada. O Serviço de Saúde Comunitária-SSC, pertencente à estrutura institucional do Grupo Hospitalar Conceição- GHC, surgiu no interior do Hospital Conceição no início da década de 1980 vinculado à criação de um programa de Residência em Medicina Geral Comunitária- MGC, que atualmente é chamada de Medicina de Família e Comunidade. Além disso, é preciso compreender o contexto de criação do SSC, articulado a tal programa de formação médica, a partir de releituras feitas a nível local de um modelo (a Saúde Comunitária) que se pretendia global (DONNANGELO, 1976) e fomentado na América Latina por agências de cooperação internacional (Organização Mundial da Saúde – OMS, Organização Pan-Americana de Saúde- OPAS e Fundação Kellog) (RESENDE, 2007).

O Serviço de Saúde Comunitária, no período de sua criação, está então em consonância com outros atores coletivos e movimentos sociais em suas críticas ao modelo de saúde então vigente no Brasil⁹⁸ e em proposições que apontam para a reformulação do sistema de saúde, a partir dos seguintes princípios: ênfase na atenção primária, descentralização dos serviços para atendimento das *comunidades*, atendimento integral e contínuo, fácil acesso e *participação comunitária*.

⁹⁸ Modelo este marcado pela ênfase na formação de especialistas, na atenção secundária e centralização dos atendimentos, realizados principalmente em hospitais.

Atualmente, este Serviço traz consigo duas pautas específicas em sua posição dentro do Sistema Único de Saúde-SUS: A Medicina de Família e Comunidade e a Atenção Primária em Saúde- APS em seu formato teorizado por Bárbara Sterfield. Resulta em uma rede articulada, complexa e heterogênea de 12 unidades , com realidades e modos distintos de colocar em prática o que seriam os princípios da APS e do SUS: possuem números distintos de trabalhadores e usuários; atendem populações bastante diferentes entre si; são constituídas por profissionais formados há mais ou menos tempo; têm modos distintos de entender e praticar o cuidado em saúde.

Posso dizer que foi a prática do acolhimento o que me levou até a unidade Colombina. Assim como tal prática em saúde me é apresentada como elemento distintivo e caracterizador desta equipe de saúde. Nos primeiros tempos de minha presença na Colombina, acessei certa narrativa marcada por uma aparente unanimidade, apresentada em uma fórmula simples, mas eficiente. Essa espécie de narrativa hegemônica (ou uma espécie de “mito de origem”) sobre o acolhimento parece ser partilhada na equipe e é recorrentemente narrada à pesquisadora, podendo ser expressa em uma rápida sentença: *O acolhimento é bandeira de toda a equipe e foi construído junto com a comunidade!*

No que se refere às relações entre seus trabalhadores, poderia ser apontada a identificação com uma organização do trabalho marcada pela horizontalidade, simetria entre as diferentes categorias (posições) profissionais que compõem essa equipe. Parece ser partilhada a idéia, com certa dose de orgulho e satisfação, de que todos ali, sejam médicos ou agentes comunitários de saúde, são igualmente integrantes da equipe. As formalizações no modo de trabalhar assumem um caráter de *combinações coletivas* e a forma de gestão do trabalho é *colegiada*. De forma geral, pode-se dizer que o modo de gerir o trabalho está assentado em referências ao modo de governo democrático, pautado pela participação e representação.

E, em tal contexto, o acolhimento acaba por acionar discursos e práticas relativas à participação: seja de seus trabalhadores (*bandeira de toda a equipe*), assim como de seus usuários, que aqui aparecem reunidos sob a denominação *comunidade (e foi construído junto com a comunidade)*, estando em consonância com certa discursividade de “gestão democrática do fazer

saúde” que parece pautar as relações entre os diferentes atores que compõem tal cenário. E aqui aparecem como referências teóricas no campo a Política Nacional de Humanização do SUS que preconiza a construção de um sistema público “fortalecido em seu processo de pactuação democrática e coletiva”⁹⁹. Assim como o texto de Merhy et al (1999) que sistematiza a experiência junto aos trabalhadores da rede de saúde em Minas Gerais no início dos anos de 1990.

Entre horizontalidade e hierarquia: segmentação a partir das diferentes categorias profissionais

A noção de “circuitos de acolhimento” é o início de uma análise teórica que está focada nas relações estabelecidas entre os mais diferentes membros da equipe: acolhedores, médico do dia, auxiliares administrativos, auxiliares de enfermagem, enfermeiros... Surge a partir das observações feitas com relação a atuação dos acolhedores em seu processo de trabalho. A prática do acolhimento nessa equipe torna-se, então, espelho capaz de refletir as relações entre seus distintos integrantes, mediante seus engajamentos nessa ação em saúde. Ainda mais quando se trata de uma prática em saúde que tem como um de seus ideais *a reorganização do processo de trabalho* e que está sendo posta em prática em uma equipe em que todos são *igualmente integrantes*.

As “irrupções” de conflitos nas reuniões, entretanto, é uma espécie de “senda”, de “chave” etnográfica que me permitiu adensar a compreensão relativa às relações entre os diferentes integrantes de tal “grupo”. Conflito surgido como “evento”, como “irrupção” de uma tensão que abala, “bagunça” a percepção da ordem ordinária, narrada como da qualidade das relações democráticas e horizontais entre os diferentes atores em sua organização do trabalho. “Evento” que é produzido ciclicamente, mas que sempre traz uma sensação de “algo inesperado”, “surpreendente”, que deixa o ambiente tomado de emoção e tensão: as pessoas saíam das reuniões um tanto atônitas, com

⁹⁹Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=28288

uma sensação de que não esperavam e não entendiam ao certo o que acontecera ali. Os integrantes da equipe, mesmo que fossem os autores das falas indignadas, experimentavam a sensação de que não se esperava o que ocorrera ali e que, de algum modo, certos limites haviam sido excedidos de forma não prevista e desejada.

A escolha analítica feita é na direção da abordagem contemporânea do ritual, e em diálogo com Peirano (2001) e Comerford (1999), é possível interpretar as “confusões” nas reuniões não como “ruptura da ordem ordinária”, mas como intensificação do que é usual nesta equipe de saúde: as clivagens, as segmentações entre as categorias profissionais que compõem a escala de acolhedores e as que não compõem. Neste ponto, é possível começar a vislumbrar as formas a partir das quais o todo se segmenta em partes.

E em uma espécie de “mergulho para dentro” da equipe de saúde, mediante a análise de diferentes relações tecidas entre seus integrantes no processo de trabalho do acolhimento, são descritas as assimetrias e os jogos cotidianos entre acolhedores e médicos do dia. Os critérios para a inclusão de usuários na consulta dia são variáveis, de acordo com o médico que está acompanhando o acolhimento em determinado turno. Assim, abre-se um espaço para que o profissional médico assuma em muitas situações, para além de um papel de interlocutor capacitado tecnicamente, um lugar central no processo decisório que envolve o acolhimento de cada usuário. E deste modo, a partir das práticas de acolhimento na unidade Colombina, é possível perceber uma relação hierárquica entre médicos do dia e acolhedores. Tal hierarquia parece não ser subvertida pela prática desta ação em saúde, mas, de forma sutilizada, mantida. Claro, o diferencial do processo de trabalho nessa unidade de saúde é que esta hierarquia está sempre sendo friccionada e até mesmo colocada em risco, a partir das interações entre acolhedores e médicos do dia neste processo de trabalho: Alguns médicos estão mais abertos ao diálogo e à negociação, assim como alguns acolhedores tem uma maior capacidade de barganha...

Na unidade Colombina, as categorias profissionais entram em disputa para não compor a escala do acolhimento, *Cada um* [cada categoria] *se defende para não estar*, me disse a psicóloga da equipe. O que nos ajuda a corroborar a perspectiva de que são as categorias ou posições subalternas na

equipe que integram o “subgrupo” acolhedores. O critério quantitativo (números de integrantes na equipe, número de profissionais por categoria) é utilizado para produzir efeitos distintos: entradas e saídas da escala do acolhimento; manutenção de posição, assim como subidas e descidas na hierarquia. Nas descrições que levam do trabalho no acolhimento para “fora” dele (o processo eleitoral para o cargo de assistente de coordenação deste serviço de saúde, assim como a estória contada pela auxiliar de enfermagem) é possível vislumbrar o critério que parece costurar essas diferentes segmentações e distintos jogos com relação às hierarquias: o grau de escolaridade, o nível de formação profissional, que permite fazer das diferenças assimetrias (ABHU-LUGHOD, 1991). Esse critério de clivagem e de hierarquização nesse grupo aparece de diversas formas: seja mediante um *discurso mais articulado*, de ter ou não o saber formal acerca da classificação de risco, a realização de um curso de nível superior para deixar de ser *outro* e passar a ser *médio*, ficando mais próximo da categoria que está no topo da hierarquia: os médicos.

O critério de desigualdade no grupo, relativo ao grau de escolarização, nível de formação profissional das diferentes categorias foi interpretado a partir da noção de capital cultural de Pierre Bourdieu e, desse modo, foi possível elencar o elemento que torna alguns “mais iguais” do que outros (com mais direitos que outros de decidir acerca dos processos de trabalho) no contexto dessa unidade de saúde, pautado por um discurso de participação igualitária de seus integrantes. As segmentações (que sublinham as pertenças corporativas) relativas às práticas de acolhimento são úteis para a compreensão de como, de modo mais amplo e geral, se dá a participação de seus integrantes, acontecem os processos decisórios na *Agremiação Colombina*: de como aí funciona a democracia.

Dos sentidos e práticas de *participação comunitária*

Um dos princípios da Saúde Comunitária é a *participação comunitária*, e no contexto do Serviço de Saúde Comunitária do GHC a categoria *comunidade* ganha relevos especiais. Por outro lado, tanto a categoria *comunidade*, quanto a de *participação comunitária* devem ser compreendidas a partir de contextos singulares nos quais são acionadas. Lembremos que o Serviço de Saúde Comunitária é um conjunto de distintas unidades de saúde, cada uma com certo contexto de implementação, composta por uma específica equipe, atuante em determinado bairro ou localidade da cidade. Assim, a *comunidade*, ao invés de homogênea, torna-se múltipla e contextual, composta de distintos atores que mobilizam distintas práticas (e táticas¹⁰⁰) de participação.

Na unidade de saúde Colombina, tal prerrogativa de *participação comunitária*, um dos princípios da Saúde Comunitária, reafirma-se, é ressaltada, assim como ganha novas perspectivas e possibilidades, nas narrativas de criação desta unidade, nas de implementação do acolhimento, assim como na justificativa para realização das *Oficinas de Planejamento Participativo*. Esta tese, por sua vez, descreveu múltiplos sentidos e práticas de tal *participação*, apontados por atores com posições distintas no cenário desse serviço de saúde: fossem eles integrantes da equipe, integrantes da *comunidade* ou que assumissem posição híbrida, sendo integrantes da equipe e também da *comunidade*. Tratou-se aqui de seguir o caminho analítico apontado por Côrtes (2009) e Goldman (2006) com relação aos processos participativos em contextos da democracia representativa e, desse modo, tornou-se possível assinalar diferentes posições – que permitem forjar perspectivas específicas – desde as quais os diferentes atores significam e ensinam práticas de participação.

São descritos então diferentes “estilos” de participação: o tornar-se profissional (médica) na medida em que se insere e se vincula em movimentos e espaços relacionados à participação de distintos grupamentos sociais; o

¹⁰⁰ Entendida aqui no sentido de De Certeau (1994) conforme já explicitado no capítulo 3.

tornar-se *liderança comunitária*; a saída do espaço doméstico e o acesso ao mundo do trabalho e à *participação comunitária*, a partir da capacidade de acionar redes dotadas de capital social e político; ou, ainda retrocedendo no tempo, a participação como *trabalho voluntário*, *cooperação* entre vizinhos, em um momento no qual as relações entre unidade de saúde e Associação de Moradores eram estreitas. Em tal contexto, ações em saúde ou por saúde podem disparar movimentos relativos a outras dimensões da vida social: sejam elas da ordem da melhoria das condições de vida ou da ordem da organização associativa e da representação política. Nesse sentido, a produção de saúde está associada a questões de cidadania.

Os “personagens”, cujas trajetórias são descritas nesta tese, nos ajudam a acompanhar a passagem do tempo e as mudanças transcorridas: no bairro, na AMBACO, na Colombina e nas relações entre tais instâncias... Os sentidos de *comunidade* vão se pluralizando: pode referir-se *aos moradores do bairro, aos associados na AMBACO que também consultam no posto; aos moradores do bairro organizados em torno de melhorias para os que ali vivem; aqueles que são representados pelas lideranças comunitárias* em outros fóruns e entidades representativas para além da Associação de Moradores. Há a entrada em cena de um número considerável de novos atores: novos integrantes na equipe; a ampliação do número de usuários da Colombina e que extrapolam os integrantes da AMBACO; maior diversidade de entidades associativas e representativas para além da Associação de Moradores (Conselho Local de Saúde, Orçamento Participativo, dentre outras).

Ao acompanhar tais trajetórias, é necessário considerar um plano de fundo comum: as mudanças políticas no Brasil, de um Estado autoritário para uma organização política, a princípio, democrática; assim como a implementação de um sistema público de saúde, o SUS. O que parece contribuir para certo arcabouço discursivo (e prático) relativo à participação das *comunidades*, que passa a ser informado por outros princípios, para além dos da Saúde Comunitária, tais como a participação nos Conselhos de Saúde, previstos na legislação do SUS.

As várias dimensões da política e a tecitura cotidiana do Sistema Único de Saúde

As possibilidades de participação nos processos de trabalho e de decisão dos diferentes integrantes (das diferentes categorias profissionais) da unidade de saúde Colombina sublinham certo aspecto de política, relativo às relações de trabalho entre tais atores. Já, a partir dos sentidos e práticas de *participação comunitária*, é possível “captar” a perspectiva dos que se identificam (ou são identificados) sob a denominação *comunidade*; e daí política ganha outras nuances e dimensões. O foco não incide mais sobre as relações de trabalho dentro da equipe mas ganha o espaço para “fora” deste serviço, acompanhando distintas trajetórias de moradores do bairro e suas diferentes formas de engajamento em redes de sociabilidade e entidades de representação. Política, então, é concebida aqui a partir das diferentes possibilidades de participação, vinculada à formas democráticas de “governo”: seja no processo de trabalho em saúde; seja na Associação de Moradores, no bairro e até mesmo na cidade em que se mora. E, assim, foi possível discutir como a democracia vai sendo feita, na unidade de Saúde Colombina.

Há, ainda, mais um aspecto do fazer político que esta tese aborda e que diz respeito aos processos dinâmicos, fluxos e percursos que os usuários do sistema de saúde realizam, ao tomarem decisões e tecerem suas redes de cuidado, concebidos como itinerários terapêuticos (BONET, 2010). Há aqui o entrelaçamento das “dimensões emocionais e políticas em redes que estão em permanente estado de reformulação” (BONET, 2010: 1). É no território do vivido nos serviços de saúde, que acontece a conexão entre o território das micro-práticas e o terreno macro das políticas públicas, já que aqueles que se utilizam do sistema de saúde nem sempre sabem do modelo, da política no papel. Sabem é das práticas de cuidado que vivenciam em seus itinerários terapêuticos – desde as formas que lhes são possíveis “habitar” os serviços de saúde.

No cotidiano dos serviços, diferentes discursos e saberes de trabalhadores e usuários do sistema de saúde convivem, sempre na iminência

de diálogos terapêuticos (interculturais) (BONET, 2010) ou da criação de espaços intercessores (MERHY, 1997), resultantes dos espaços “entre” ou “inter” das relações, caracterizados pelo hibridismo e pela incerteza. O cotidiano dos serviços de saúde está aberto para o que nele há de indeterminado, do que se define em ato, em produção permanente nos espaços de encontros entre seus trabalhadores e usuários (MERHY, 1997).

Esta tese descreveu, portanto, a partir do cotidiano da unidade de saúde Colombina, diferentes dimensões políticas que estão imbricadas na tecitura cotidiana e eminentemente relacional do Sistema Único de Saúde.

Referências

ABU-LUGOD, Lila. "Writing against culture". In: FOX, Richard (org.) **Recapturing anthropology: working in the present**. Santa Fe, New Mexico: School of American Research Press, 1991.

BONET, O. A. R. **Emoções, afetos e políticas nas práticas cotidianas da ESF**. In: 34º Encontro Anual da ANPOCS, 2010, Caxambu. Anais do 34º Encontro anual da ANPOCS, 2010.

_____. **Os médicos da pessoa**: Um estudo comparativo sobre a construção de uma identidade profissional. Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Museu Nacional, da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. Fevereiro, 2003.

BOURDIEU, P. **Razões práticas**: Sobre a Teoria da Ação. São Paulo: Papirus, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CAMPOS, G. W. S et all. Reflexões sobre Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família. In CAMPOS, G. W. S; GUERRERO, V. P (ORGs). **Manual de práticas de atenção básica**: saúde ampliada e compartilhada. 2ª Ed. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2010.

CARVALHO, S. R. **Saúde Coletiva e Promoção à Saúde**: Sujeito e da mudança. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

COMERFORD, J. C. **Fazendo a luta**: Sociabilidade, falas e rituais na construção de organizações camponesas. Rio de Janeiro: Relume Dumará: Núcleo de Antropologia da Política, 1999.

DAMO, A. S. A peça orçamentária: os sentidos da participação na política a partir do OP porto-alegrense. In: **Etnografias da participação**. Brites, J; Fonseca, C. Santa Cruz: EDUNISC, 2006.

CÔRTEZ, S. M. V. (Org.). **Participação e saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

DE CERTEAU, M. **A invenção do cotidiano**: 1. Artes de fazer. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

DONNANGELO, M. C; PEREIRA, L. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

FERRUGEM, D. ; MINUZZO, F. A. O. ; PEKELMAN, R. ; DALLEGRAVE, D. . **Participação Social na gestão de uma Unidade de Saúde: Avaliação Participativa do Acolhimento**. 2009. (Relatório de pesquisa).

GOLDMAN, Márcio. **Como funciona a democracia: uma teoria etnográfica da política**. Rio de Janeiro, 7 Letras, 2006.

KESSLER, L. L. **Diálogo de traços: etnografia dos praticantes de apropriações visuais do espaço urbano de Porto Alegre**. Porto Alegre. Dissertação de mestrado. IFCH. UFRGS, 2008.

KNAUTH, D.R. **Os caminhos da cura: sistema de representações e práticas sociais sobre doença e cura em uma vila de classes populares**. Dissertação de mestrado em antropologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1991.

MACHADO, L. M. V. O movimento de Saúde do Jardim Nordeste. In: **Atores Sociais: movimentos urbanos, continuidade e gênero**. São Paulo: ANNABLUME, 1995.

MENICUCCI, Telma. **A implementação da Reforma Sanitária: a formação de uma política**. Fundação João Pinheiro, Governo de Minas Gerais. Escola de Governo da Fundação João pinheiro. Texto para a discussão 19. Belo Horizonte, 2005. Disponível em: <http://www.eg.fjp.mg.gov.br/index.php/publicacoes/textos-para-discussao/141-textos-publicados-em-2005/983-a-implementacao-da-reforma-sanitaria-a-formacao-de-uma-politica->

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

_____. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas gerais, Brasil. In: **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 15 (2):345-353, abr-jun, 1999.

_____. MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: E. E. Merhy & R. Onocko, (org.) **Agir em Saúde. Um Desafio para o Público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

NUNES, João Francisco Eduardo da Rosa. **O acolhimento na atenção primária: uma revisão da literatura**. Trabalho de conclusão (graduação). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Curso de Enfermagem, Porto Alegre, 2008.

PEIRANO, M. Análise antropológica de rituais. In: Mariza Peirano. (Org.). **O dito e o feito**. Ensaios de antropologia dos rituais. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001, v. 12.

RAUPP, B (org). **Planejamento e gerência de unidades de atenção primária/básica do SUS:** Referenciais conceituais, metodológicos e operacionais. Porto Alegre, abril de 2008.

RIGHI, L. B. Pirâmides, círculos e redes: modos de produzir atenção em saúde. In: In MISOCZKY, M. C. A.; BECH, J. (Orgs). **Estratégias de Organização da Atenção à Saúde.** Porto Alegre: Dacasa Editora/ Programa de Desenvolvimento da Gestão em Saúde, 2002.

RODRIGUES, E. V. **Cortiço, uma realidade histórica:** uma possibilidade de intervenção? Porto Alegre. Dissertação de Mestrado em Serviço Social. PUC-RS. 1998.

SARAMAGO, J. O Conto da ilha desconhecida. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

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

VELHO, G. **Observando o familiar.** In: Nunes, Edson de Oliveira (org). A aventura sociológica: objetividade, paixão, improviso e método na pesquisa social. Rio de Janeiro, Zahar, 1978.