

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

VILMA CONSTANCIA FIORAVANTE DOS SANTOS

**ARTICULAÇÃO DE AÇÕES E PRÁTICAS EM SAÚDE: A MEDIAÇÃO DO
CUIDADO NA REDE ASSISTENCIAL DE SÃO LOURENÇO DO SUL/RS**

Porto Alegre

2013

VILMA CONSTANCIA FIORAVANTE DOS SANTOS

**ARTICULAÇÃO DE AÇÕES E PRÁTICAS EM SAÚDE: A MEDIAÇÃO DO
CUIDADO NA REDE ASSISTENCIAL DE SÃO LOURENÇO DO SUL/RS**

Dissertação de Mestrado Acadêmico do
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem,
da Escola de Enfermagem, da Universidade
Federal do Rio Grande do Sul.

Linha de pesquisa: Políticas, avaliação e atenção
em saúde e enfermagem

Orientadora: Prof^ª. Dra. Tatiana Engel Gerhardt

Porto Alegre

2013

CIP - Catalogação na Publicação

Santos, Vilma Constancia Fioravante dos

Articulação de ações e práticas em saúde: a mediação do cuidado na rede assistencial de São Lourenço do Sul/RS / Vilma Constancia Fioravante dos Santos. -- 2013.

170 f.

Orientadora: Tatiana Engel Gerhardt.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2013.

1. Redes de Atenção à Saúde. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. População Rural. 4. Mediação do cuidado. I. Gerhardt, Tatiana Engel, orient. II. Título.



UFRGS
UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL

PPGENF
Departamento de Pós-Graduação em Enfermagem



A Banca Examinadora avaliou a dissertação como: aprovada com homologação sujeita à incorporação dos sugestões solicitadas pela Banca Examinadora.

Nome e assinatura da Banca Examinadora

Profa. Dra. Tatiana Engel Gerhardt: VIDEOCONFERÊNCIA
Presidente – PPGENF/UFRGS CPF nº 506.666.730-04

Profa. Dra. Adriana Roesse: Adriana Roesse
Membro – EENF/UFRGS CPF nº 104.253.061

Prof. Dr. Luiz Carlos de Oliveira Cecílio: Luiz Carlos de Oliveira Cecílio
Membro – UNIFESP CPF nº 114.132.471-72

Profa. Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima: Maria Alice Dias da Silva Lima
Membro – PPGENF/UFRGS CPF nº 293.456.770-20

Porto Alegre, 26 de abril de 2013.

De acordo da Mestranda: Silvia Constança Fioravante dos Santos

"OBSERVAÇÃO: A concessão do título de mestre só estará em plena validade após terem sido preenchidos todos os demais requisitos para a concessão do título, no prazo de 90 dias, conforme previsto no regimento do curso e na legislação superior pertinente e a homologação da presente ata pela Comissão de Pós-Graduação."

Dedico este estudo àqueles que fazem o SUS todos os dias e que muito têm a ensinar, resguardando em suas práticas a resolução de muitos problemas identificados por nós na academia, os usuários e os trabalhadores em saúde.

AGRADECIMENTOS

Pensando que esta pesquisa teve muitas “mãos” que contribuíram para que eu levasse adiante minhas indagações, desejos e sonhos, agradeço carinhosamente:

A Deus por ter me colocado sempre em espaços que me fortalecem e desenvolvem em mim o entendimento de que tudo é possível desde que não se esteja só, que se tenha com quem partilhar os desejos.

Aos meus pais pelo carinho e dedicação, motivando-me todos os dias para que eu tivesse juízo e coragem em minhas escolhas e que fosse sincera e honesta sempre para não apostar na que é passageiro, mas em laços duradouros que se perpetuam. Aos meus queridos e amados sobrinhos que todos os dias mostram-me o que realmente é importante neste mundo: a curiosidade de vocês renova a minha vida e gera bons motivos para ver o mundo cheio de felicidades!

Ao Fernando, meu namorado e grande amigo, parceiro em todas as horas, partilhando comigo os grandes sonhos que tenho e incluindo com ele outros, que sigamos caminhando de mãos dadas.

À minha grande amiga Caroline Altermann que mesmo longe sempre que nos reencontramos parece que acabamos de nos despedir.

À Prof^a Adriana Roese, minha principal incentivadora, me inserindo no mundo da pesquisa e apontando os caminhos possíveis, apoiando-me sempre em minhas escolhas.

À Prof^a Tatiana Gerhardt que me acompanhou nesses últimos anos, dedicando apoio e confiança na relação que estabelecemos, agradeço sua generosidade em partilhar comigo, além de marcos conceituais, seus ideais. Talvez por isso seja rodeada por pessoas que também apostam contigo nestes ideais.

À Eliziane Ruiz, grande pesquisadora e pessoa, com imensa solidariedade e generosidade, sempre me apoiando, incentivando e motivando, despertando o sentimento de que o carinho e o afeto podem ser transformadores.

Às demais parceiras de pesquisas e amigas Deise Riquinho, Andreia Burille e Juliana Pinto, mulheres de força e de fé, obrigada pelo carinho e pelos conselhos. Cada uma de vocês me motiva a continuar, deixam comigo suas experiências e perseverança, que bom tê-las encontrado!

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pelos recursos materiais e imateriais que ofereceu, dispondo-me os recursos necessários ao desenvolvimento de minha dissertação.

Aos colegas pelo convívio conversas e debates de diferentes temas que permearam minha trajetória pela Escola de Enfermagem, em especial à Lilian Hesler e Joannie Fachineli, e aos demais colegas, mestrandos e doutorandos.

Aos docentes e discentes do curso de Graduação em Saúde Coletiva pelas ricas discussões e construções que foram muito importantes para mim.

Aos meus parceiros do LAISC, pessoas que muito me ensinaram sobre a vida e a coragem que devemos ter nas lutas que empreendemos, pois sem ela de nada vale a curta vida que vivemos — aqui me refiro ao Prof. Alcides Miranda e ao colega Mário Martins. E, como esquecer-me dos funcionários da Escola Técnica, local onde o LAISC está agora, sempre trocando ideias sobre o mundo e me dando mostras de solidariedade e respeito mútuo.

Especialmente agradeço aos atores da pesquisa que me receberam em seus locais de trabalho, se dispuseram a conversar comigo sobre os temas a que me propus pesquisar e me propiciaram grande riqueza ao olhar que dedico ao campo da saúde. Em especial àqueles que me receberam durante a pesquisa, oferecendo-me guarida e acolhida.

A todos aqueles que distribuíram, de diferentes maneiras, a riqueza da diversidade para minha caminhada acadêmica a pessoal.

Finalizo este estudo com o sentimento de que com ele pude avistar mais longe no horizonte e que minha caminhada ainda tem continuação e desejo que as muitas mãos que me ajudaram a produzi-lo continuem comigo.

RESUMO

Trata-se de um estudo sobre a articulação das ações e práticas de cuidado a partir da mediação do cuidado na rede assistencial que oferece atenção em saúde a pessoas residentes no rural a partir da perspectiva dos profissionais que os representam. A análise da articulação das ações e práticas de cuidado, a partir da mediação do cuidado exercida pelos profissionais de saúde, teve como disparador a discussão de casos de idosos que internaram por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) em um Município de pequeno porte do Rio Grande do Sul. Possui abordagem qualitativa, com geração de dados a partir de entrevistas semiestruturadas e observação participante. A sistematização de dados foi facilitada pelo Programa NVivo8[®]. A análise dos dados evidenciou as dificuldades em compartilhar a responsabilidade sobre a atenção em saúde ofertada ao usuário entre os serviços que compõem a rede assistencial. A Atenção Básica se mostrou à margem da Rede de Atenção à Saúde (RAS), colocando-se em debate a lógica que a idealiza como porta de entrada para o Sistema de Saúde. Essa situação é estabelecida principalmente em função do distanciamento entre os serviços de saúde que compõem a rede assistencial do Município. Isto se mostrou relacionado às dificuldades em estabelecer comunicação entre os mesmos, não se limitando ao espaço geográfico, mas estendem-se às relações entre os profissionais. A análise foi enriquecida quando as relações estabelecidas nos territórios foram estudadas a partir dos encontros entre os profissionais e usuários. Essas relações apresentaram-se como possibilidade de entender o funcionamento dos serviços e como ocorrem no cotidiano seus fluxos de utilização. Esse exame evidenciou que os encontros carregam consigo o potencial de desencadear ações de cuidado que se estenderão a outros pontos da rede assistencial. Assim, a potencialidade está em desencadear, a partir dos profissionais, a realização dessas ações, que terá como saldo para os usuários a facilitação do fluxo de utilização dos serviços e a produção de saúde. Desta incursão pela rede assistencial emerge o entendimento de que a valorização da mediação do cuidado enfocada a partir daquilo que traz de positivo aos seus envolvidos pode ser compreendida como uma inovação na atenção em saúde, sendo resguardada no cotidiano dos serviços.

Palavras- chave: Redes de Atenção à Saúde; Atenção Primária à Saúde; População Rural; Mediação do Cuidado.

ABSTRACT

This is a study on the health care actions and practices from a mediation of the network that provides health care for rural resident people, on the perspective of the professionals who represent them. The joint analysis of the actions and care practices, from the mediation of care exercised by health professionals, was triggered by the discussion of elderly people cases admitted for Primary Care Sensitive Conditions (*Condições Sensíveis a Atenção Primária - CSAP*) in a small city of Rio Grande do Sul. A qualitative approach was adopted, with data generation from semi-structured interviews and participative observation. The systematization of data was facilitated by NVivo8® Program. Data analysis revealed responsibility sharing difficulties in the health care offered to the services users that comprises the health care network. The Primary Care proved to be in the margin of the Health Care Network (*Rede de Atenção à Saúde - RAS*) putting themselves in a discussion with the logic that idealizes it as a gateway to the health system. This situation is mainly due to the gap between health services that comprises the health care network in the city. This proved to be related to difficulties in communication between them, which are not limited only to geographical distances, but also to relations between professionals. The analysis was enhanced when the relationships were studied from meetings between professionals and users. These relations appeared as a possibility to understand the functioning of the services and how is the everyday work flow. This examination revealed that the meetings carry the potential to trigger actions of care that will extend to other points of the care network. Thus, this capability is leading in the professionals the desire to perform these actions, which will balance to users the facilitation of health production and utilization of health services. From this foray into the health care network emerges the understanding that the appreciation of mediation care brings positive to people involved, and can be understood as an innovation in health care, being sheltered in everyday services.

Keywords: Health care networks; Primary Health Care; Rural Population; Mediation Care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1– Municípios que compõem a área empírica deste estudo, segundo a proporção média anual de internações por CSAP comparada ao total de internações por todas as causas.	39
Figura 2 – Total de internações por ano, segundo as faixas etárias em estudo nos Municípios.	40
Figura 3 – Total de internações no período de 2000 a 2010 por grupo no Município de São Lourenço do Sul.....	41
Figura 4 – Percentual da População residente no município de São Lourenço do Sul adscrita a Equipes de Saúde da Família (ESF).	42
Figura 5- Ilustração do fluxo de encaminhamento pensado para o rural em situações em que o usuário é encaminhado a outros serviços.	62
Figura 6- Ilustração das dificuldades e estratégias para estabelecer comunicação.	70
Figura 7– Ilustração das dificuldades que se colocam ante a ação de mediação.	142
Figura 8- Ilustração da atuação do mediador.....	146

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO À PROPOSTA DE ESTUDO	11
2 TECENDO A PROBLEMATIZAÇÃO: revisão de literatura	18
2.1 Acesso, acessibilidade e utilização dos serviços de saúde	18
2.1.1 As possibilidades de acesso e a conformação da oferta e demanda sob a ótica dos serviços de saúde e da organização do sistema de saúde	20
2.1.2 A organização da oferta e da demanda: considerações pertinentes ao trabalho dos profissionais de saúde	24
2.2 Rede de serviços e os usos do território	29
2.3 Problematizando a mediação nas redes de serviços e o acesso ao cuidado: as condições disparadoras para a análise da realidade	35
2.4 Problematizando a mediação nas redes de serviços e o acesso ao cuidado: as interações por CSAP na área em estudo	38
3 OBJETIVOS	45
3.1 Objetivo geral	45
3.2 Objetivos específicos	45
4 ADENTRANDO O EMARANHADO DOS FIOS QUE TECEM A REDE DE ATENÇÃO: O PERCURSO METODOLÓGICO	46
4.1 Caracterização do Estudo	47
4.2 Geração de dados	48
4.3 Aproximação da compreensão dos dados	51
4.4 Questões éticas	52
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	53
5.1 A rede de serviços e seus fragmentos: caberia à Atenção Básica ser a coordenadora do cuidado?	53
5.1.1 A rede pensada para o rural: a utilização dos serviços e seus fluxos	57
5.1.1.1 <i>O que se constitui primeiro: a comunicação ou a rede?</i>	64

5.1.2 Tensões entre o urbano e o rural: o saldo é de quem?	73
5.1.3 Iniciativas de aproximação: “o rural não é afastado só geograficamente”	84
5.2 Saindo de um nó e adentrando noutro: entrelaçamentos que compõem a rede assistencial	90
5.2.1 Demanda em Saúde: as diferentes interpretações do que é necessário para o outro	92
5.2.2 Quando a incongruência dos entendimentos tangencia as relações	98
5.2.3 Quando as possibilidades de colocar-se diante do outro são limitadas	102
5.2.4 Mas que rural é este? Estranhamentos que geram naturalização.....	108
5.3 Os fios que costuram as ações e tecem as redes: a mediação do cuidado.....	115
5.3.1 O disparador dos encontros na rede de serviços: o acolhimento	116
5.3.2 O entendimento do que é o cuidado: o sentido das relações	124
5.3.3 Quando a mediação tem como desdobramento o cuidado	134
5.3.4 Mediação: as dificuldades que se colocam frente à ação	140
5.3.5 Quando a mediação desencadeia cidadania: o potencial das relações.....	144
6 CONSTRUINDO CAMINHOS PARA PENSAR AS REDES SOB OUTRAS PERSPECTIVAS.....	151
REFERÊNCIAS	155
APÊNDICE A - Roteiro para entrevistas com profissionais de saúde do interior da rede de serviços de saúde.....	165
APÊNDICE B – Roteiro para observação com profissionais de saúde do interior da rede de serviços de saúde.....	166
APÊNDICE C– Termo de Consentimento	167
ANEXO I – Carta de Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa – UFRGS	168

1 INTRODUÇÃO À PROPOSTA DE ESTUDO

O presente estudo tem como tema de pesquisa a articulação das ações e práticas de cuidado a partir da mediação do cuidado na rede assistencial que oferece atenção em saúde a pessoas residentes no rural, a partir da perspectiva dos profissionais que os representam. A análise da articulação das ações e práticas de cuidado, a partir da mediação do cuidado exercido pelos profissionais de saúde, teve como disparador a discussão de casos de idosos que internaram por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) em um Município de pequeno porte do Rio Grande do Sul.

Esta proposta de pesquisa surge de algumas inquietações, considerando-se a trajetória acadêmica pessoal, na condição de bolsista de extensão e pesquisa durante a graduação em Enfermagem, período de intensas e ricas vivências com usuários e profissionais, despertando-me o interesse sobre o tema. Esta construção é uma das contribuições que desejo oferecer em retribuição aos ensinamentos ofertados pelos usuários sobre as diferentes formas possíveis de cuidado na vida cotidiana de cada um; a possibilidade de aproximação com diversos determinantes que envolvem o cuidado por parte dos profissionais; e, o privilégio em acompanhar as dificuldades e conquistas que os profissionais da área da saúde enfrentam quando se dispõem a ofertar Atenção em Saúde qualificada e fazer o SUS todos os dias.

Naqueles momentos, a observação e inserção na rede assistencial motivaram-me a questionar a organização dos serviços, em que as ações eram desenvolvidas pelos profissionais de maneira fragmentada e desconexa dos demais serviços. Assim, a rede assistencial disponível aos usuários tornava-se uma incógnita para aqueles que dela dependiam para receber atenção em saúde. Assim, o vivenciado instigou-me a buscar subsídios teóricos e metodológicos que pudessem me aproximar da compreensão das vicissitudes dos encontros entre profissionais e usuários, considerando que os profissionais enfrentam desafios diários ao materializar o SUS, e os usuários têm o direito em ter suas necessidades em saúde atendidas. Ao me aproximar e estudar o tema desta dissertação, constatei que a trajetória do usuário para receber atenção em saúde era mais complexa do que eu supunha.

Além da motivação pessoal enquanto discente, sabe-se que não é possível alcançar o melhor o desempenho possível de qualquer nível de atenção a partir de ações desarticuladas entre seus serviços de saúde e representantes. A produção de saúde depende da articulação de políticas públicas que viabilizem o desenvolvimento e a cidadania, a fim de promover a distribuição de renda, e a garantia de acesso a serviços e ações integrais (BRASIL, 2009).

Portanto, os profissionais não trabalham sozinhos em seus territórios, suas ações e práticas demandam atuação conjunta com os demais serviços que compõem a rede assistencial disponível nos Municípios. E é nesse sentido que se empenham esforços, na inseparabilidade entre os modos de produzir saúde e os modos de gerir os processos de trabalho, entre a atenção e a gestão, entre a produção de saúde e a produção de subjetividades, apostando-se, assim, na organização da atenção ofertada em redes pautadas no vínculo e corresponsabilização entre usuários e profissionais (BRASIL, 2009).

Nos encontros entre os diferentes atores que conformam a rede de serviços de saúde pode ser viabilizada a acessibilidade ao cuidado, além da concretização do acesso ao serviço de saúde, enquanto uma oferta concreta. O cuidado é interpretado, aqui, a partir da perspectiva de Ayres (2004a), como a atenção interessada no sentido que a experiência de adoecimento conforma na vida dos sujeitos, nas práticas de promoção, proteção e recuperação da saúde, baseadas no acolhimento, vínculo e escuta sensível. Ou ainda, como o ajustamento do ato assistencial mais humanizado, aquele que no cotidiano se faz diferente daqueles que por diversos motivos não alcançam a ampliação e flexibilização das normas que regem a aplicação terapêutica das “tecnociências da saúde” (AYRES, 2004a, p.22).

Quando estas dimensões do cuidado fazem parte do trabalho em saúde desenvolvido nos serviços, acredita-se que os profissionais assumem papel de mediadores entre as políticas e práticas em saúde, atuando como dispositivos capazes de materializar o cuidado e ampliar as possibilidades de os usuários terem suas necessidades em saúde atendidas. Faz-se pertinente, portanto, resgatar brevemente as várias interpretações acerca das necessidades em saúde, tanto a partir do usuário quanto dos serviços de saúde, representados pelos profissionais. Cecílio (2009a) relata que as necessidades em saúde dos usuários deveriam ser o centro das ações e práticas dos profissionais, considerando-se suas potencialidades em tornar o cuidado mais resolutivo nos microespaços onde o mesmo ocorre, no cotidiano dos serviços de saúde., pois, as necessidades em saúde do usuário podem ser codificadas pelo profissional em demandas que não se referem àquilo que motivou sua busca pelo serviço. A partir da lógica dos profissionais, existe determinada naturalização das necessidades em saúde, consideradas reais ou importantes depois de passarem pelo cunho desses profissionais, dependendo, assim, de interesses de mercado e da redução da cesta de ações em saúde de que o serviço dispõe (CAMARGO JR., 2010).

E é a partir do exposto que se reconhece os profissionais da saúde, tanto aqueles que ocupam os espaços assistenciais quanto os que ocupam espaços de gestão de forma mais ampla, na qualidade de mediadores da negociação entre a oferta de serviços e a demanda por

cuidado e, também, como mediadores do cuidado que ocorre nos encontros entre eles e os usuários na rede de serviços de saúde, considerando-se que a oferta e a demanda por atenção em saúde se conformam em uma rede organizada pela lógica gerencial dos serviços. Segundo Gerhardt (2011), quando a rede assistencial é desarticulada, privilegiando os acordos comerciais ao invés da lógica proposta pelo SUS, oneram-se os usuários desse Sistema ao engendrar arranjos que, por mais que se coloquem como novos, pouco conseguem ser modificados, especialmente quando os gestores são alheios às necessidades de saúde e à participação da sociedade.

Assim, o profissional atua como mediador nos encontros que ocorrem tanto dele com os usuários quanto nos possíveis resultados desses encontros com os demais profissionais da rede de serviços públicos, quer seja do campo da saúde ou de outros que também incidem sobre o primeiro. Assim, quando ocorrem encontros interessados entre profissionais e usuários, deles emergem demandas em saúde — resultados concretos — e esses usuários e suas necessidades em saúde precisam ter outros profissionais que assumam de mesma forma a responsabilidade pelos encontros posteriores. A partir disso é exigido de seus envolvidos a vigilância constante para que não se perca o sentido dessas necessidades que emergiram e não venham a se render a incongruências de interesses em encontros posteriores.

Martins (2011), ao estudar a mediação realizada pelos profissionais assistenciais da Atenção Básica ressalta que a ação governamental nos territórios introduz novos atores no jogo político local e o profissional passa a exercer papel de destaque na organização das forças que ali intervêm. Isto pela sua simples presença enquanto representante do Estado ou especialista dotado de saberes que o diferencia das demais pessoas desse território. E a prática profissional é entendida como um imperativo, algo necessário, para mediar a lógica comunitária e a lógica gerencial e estatal. Neste estudo, considera-se que, no campo da atenção em saúde, os atores que se envolvem na mediação são todos os trabalhadores em saúde, sejam aqueles que se envolvem diretamente no cotidiano da assistência, ou aqueles que se dedicam a fazer a gestão do sistema de saúde, neste caso em nível municipal, isto porque o engendramento de uma Rede de Atenção em Saúde (RAS) que produza saúde precisa de todos esses atores, mas não necessariamente da hierarquização que existe entre eles e sim das possibilidades de cooperação entre eles.

As práticas de cuidado que emergem dos encontros entre usuários e profissionais são interpretadas a partir das considerações de Ayres (2004, p. 86), quando o autor se refere a elas como “o desenvolvimento de atitudes e espaços de genuíno encontro intersubjetivo, de exercício de uma sabedoria prática para a saúde, apoiados na tecnologia, mas sem deixar

resumir-se a ela a ação em saúde”. Ainda, conforme o autor, é possível que esses encontros se deem a partir de sucessos técnicos que nem sempre têm como desfecho sucessos práticos.

No entender de Schraiber (2011), a concepção de sucesso técnico representa parte do potencial profissional enquanto sujeito. Para a autora, o técnico a que se refere o termo é o empreendimento de encontrar tecnologias adequadas para patologias identificadas a partir de determinado conhecimento. Ayres (2004) esclarece que êxito técnico ainda pode ser considerado como o alcance de um objetivo preestabelecido pelas tecnociências e êxito prático como a construção de objetivos comuns, mantendo-se o fundo técnico, considerando-se nas práticas também os aspectos afetivos e éticos que as norteiam. Schraiber (2011), ao falar sobre isso apoia-se em Arendt, em que o poder corresponde à habilidade humana para agir em concerto e não somente a habilidade humana de agir. E que, a partir disso, em se tratando de sucesso prático, não é somente a concretização exclusiva do ponto de vista do profissional, é se colocar em acordo dialógico com o outro, pois se tem instituído aí uma relação de poderes desiguais.

Por isso, as ações aqui são entendidas como aquilo que motiva os encontros e ilustram os valores que norteiam as práticas dos profissionais, e estas podem ser fruto de rotinas e protocolos de um serviço. Porquanto, a mediação é possível quando existe vínculo com os usuários, acolhimento, identificação da demanda em saúde e comunicação entre profissionais e usuários, a fim de ir além do acesso aos serviços de saúde, viabilizando a acessibilidade ao cuidado. Assim, os profissionais e gestores concretizam a mediação quando exercem ações e práticas em saúde com um sentido prático, ou seja, facilitando a trajetória terapêutica do usuário, oferecendo-lhe cuidado ao longo de seu caminho pela rede de serviços de saúde.

Desse modo, embasa-se a presente proposta nas considerações de Ayres (2004a), quando o autor alerta que é importante que se pondere uma medida entre os aspectos técnicos e os aspectos humanistas da atenção à saúde, para que seja possível fazer dos encontros terapêuticos uma relação de cuidado, cuidado entendido como uma atitude terapêutica, que busca dar sentido aos projetos de vida dos indivíduos. Isto nos remete à compreensão de que para concretizar o exposto são necessárias outras posturas por parte dos profissionais, que não somente aquelas guiadas pela aplicação da técnica, apreendendo o que tem o potencial de mobilizar possibilidades inovadoras de acesso ao cuidado, o encontro.

As CSAP são consideradas, neste estudo, como o fio condutor entre as ações em saúde e a costura das mesmas na organização do Sistema de Saúde como um todo, no sentido de que o produto das ações em saúde é oferecer atenção aos usuários. Essas condições podem ser interpretadas a partir da perspectiva de que sua conceitualização versa sobre a

responsabilização da Atenção Básica, pelo desfecho que essas condições têm nas hospitalizações. Essa assertiva se embasa nos estudos que as conceitualizam como o conjunto de agravos para os quais a efetiva intervenção da Atenção Básica diminuiria o risco de internações, sendo, ainda, apontadas como importantes indicadores do desempenho da Atenção Básica. Isto porque as hospitalizações indicariam fragilidades deste nível de atenção, demonstrando a necessidade de pesquisas que as enfoquem, e as dificuldades no acesso ao sistema de saúde ou problemas em seu desempenho (FERREIRA; DIAS; MISHIMA, 2012; NEDEL et al., 2008, 2010, 2011; ALFRADIQUE et al., 2009; FACCHINI et al., 2008; PERPÉTUO; WONG, 2006; ELIAS; MAGAJEWSKI, 2008; BRASIL, 2008; OLIVEIRA et al., 2007).

A partir disso, entende-se que quando as CSAP são apreendidas como agravos para os quais a Atenção Básica teria recursos suficientes para evitar internações decorrentes dessas condições, aproxima-se da interpretação de que esse nível de atenção conseguiria arcar sozinho com a demanda, considerando-se que as internações decorrentes dessas condições podem ser interpretadas como um reflexo da forma como a oferta de serviços se organiza e do modelo de atenção que se vivencia e se reproduz. E é em meio a essa realidade que as redes de atenção em saúde organizadas a partir da lógica da ação interessada na demanda do usuário, e não exclusivamente na oferta de serviços, se mostra como um dos caminhos para promover mudanças nas formas de produzir o modelo de atenção em saúde e do compartilhar das responsabilidades pela atenção ao usuário.

Em virtude da necessidade de aproximação com a realidade empírica demandada pelo tema de pesquisa, o qual se insere no projeto de pesquisa-base intitulado “*Gestão em Saúde e Usos do Território: fluxos de utilização dos serviços de saúde e mobilidade dos usuários por Condições Sensíveis a Atenção Primária*”, coordenado pela professora orientadora deste estudo, parte da participação dos pesquisadores da equipe no Programa de Pesquisa Interdisciplinar¹ (PROINTER) e dos resultados obtidos em projetos de pesquisa desenvolvidos na área empírica desde 2000. Assim, além dos oito Municípios que já integram o PROINTER, Arambaré, Camaquã, Canguçu, Chувиска, Cristal, Encruzilhada do Sul, Santana da Boa Vista e São Lourenço do Sul, foram agregados os municípios de Amaral

¹Em relação à base acadêmica, o referido Programa de Pesquisa Interdisciplinar (PROINTER) é fruto de um acordo de cooperação interuniversitário franco-brasileiro CAPES-COFECUB n° 330/2000, entre a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural, Escola de Enfermagem – Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva/GESC e Departamento de Geografia), a Universidade Paris 7, a Universidade Paris 10, a Universidade Bordeaux 2, e a Universidade Federal do Paraná (UFRGS, 2000).

Ferrador, Dom Feliciano, Cerro Grande do Sul, Sentinela do Sul e Tapes pelo fato de que sua dinâmica de serviços de saúde está imbricada nos demais Municípios supracitados (GERHARDT, 2009a).

Alguns estudos² já foram desenvolvidos na mesma área empírica onde este se insere, os quais apontaram importantes resultados que motivaram a construção do projeto de pesquisa, dando assim continuidade às reflexões acerca dessa temática. A análise das trajetórias, acesso, fluxos e motivos de utilização dos serviços de saúde no referido campo de pesquisa demonstraram algumas fragilidades do Sistema Público de Saúde, representado no microespaço, o Município (GERHARDT, 2011). Com base nessas investigações, em colaboração com o grupo de pesquisa em que me insiro, inicio mais um estudo, com a intenção de aprofundar e buscar maior aproximação com a realidade vivenciada nesses Municípios.

O conceito de rural citado aqui segue a compreensão de que este é um espaço que possui caráter físico (espacial) e também um território ocupado com seus símbolos conformadores de identidades e de um modo de vida, sendo povoado por trabalhadores rurais e agricultores familiares (Wanderley, 2000). A concepção de rural, diz Kageyama (2008), vem perdendo sentido, e apresenta-se a partir do enfoque de um espaço atrasado em relação ao urbano, este entendido como moderno. Essa apreensão do rural é baseada em pelo menos três aspectos: baixa densidade populacional, atividades predominantemente agrícolas e situação de atraso socioeconômico e cultural (KAGEYAMA, 2008).

Frente a essa dicotomia de concepções busca-se a atualização destes enfoques em uma “nova ruralidade” (WANDERLEY, 2000). Assim, olhar atualmente para a “nova ruralidade” percebem-se alguns aspectos que vêm se apresentando até mesmo no Brasil (CARNEIRO, 1998), tais como: maior oferta de serviços — educação, saúde e comércio; ocupações, atividades produtivas e funções outras que não exclusivamente agrícolas (turismo, preservação da paisagem e meio ambiente, espaço de residência, etc.); maior interface com o

² LIMA, M, C, R. Fluxos de utilização de serviços hospitalares no processo de regionalização em municípios da Metade Sul do RS [dissertação]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. ROESE, A. “Fluxos e acesso dos usuários a serviços de saúde de média complexidade no município de Camaquã, RS”. [dissertação]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. ROCHA, L. “Desnutrição e excesso de peso no meio rural de Arambaré, RS: (des)construindo ideias, repensando novos desafios” [dissertação]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Projeto de pesquisa “Determinantes sociais e interfaces com a mobilidade de usuários: análise dos fluxos e utilização de serviços de saúde” (Edital MCT/CNPq/MS-SCTIE-DECIT – Nº 026/2006). Projeto de pesquisa “Fluxos e utilização de serviços de saúde: mobilidade e necessidades em saúde de usuários e novos desafios para a integralidade em saúde pública” (EDITAL MS/ CNPq/ FAPERGS – PPSUS II – Nº 06/2006).

urbano principalmente a partir do mercado de trabalho, trabalhadores residentes do meio rural que atuam nas cidades e vice-versa, e extensão do acesso dos moradores do meio rural a produtos e serviços oferecidos no meio urbano.

Assim, o rural é um meio onde existem interferências de atores que disputam decisões e uso desse espaço e podem ser caracterizados a partir de sua proximidade com ele: agricultores e trabalhadores rurais, proprietários de terra que fazem uso da terra, mas que não vivem no rural; o Estado com suas políticas sociais e seus representantes, agentes e instituições de serviços; agentes de movimentos sociais; Igrejas etc., e empresas que atuam na dinâmica econômica do espaço (WANDERLEY, 2009).

De tal modo, a revisão de literatura pode situar o leitor de onde parte conceitualmente meu posicionamento acerca das ideias expostas ao longo do texto. O estudo teve importante colaboração em sua construção a inserção da pesquisadora em projetos sob a coordenação da professora orientadora e as permanentes discussões e construções no Grupo de Estudos em Saúde Coletiva (GESC). Assim, este estudo insere-se na linha de pesquisa de Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

2 TECENDO A PROBLEMATIZAÇÃO: revisão de literatura

A partir deste tópico apontam-se alguns elementos geradores de contribuições importantes para a construção do problema de pesquisa e da presente proposta de estudo. Assim, a revisão da literatura sobre o tema tem o objetivo de buscar reflexões conceituais e metodológicas que possam auxiliar na delimitação do objeto de estudo para, na sequência, apresentar as relações com o campo empírico. Para tanto, a revisão de literatura está organizada em tópicos a partir dos principais temas que compõem a proposta de estudo: acesso, acessibilidade e utilização dos serviços de saúde e redes de serviços e os usos do território — Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP). A aproximação com a área empírica é apresentada ao final, no item 2.2, ao se construir a problematização do estudo.

2.1 Acesso, acessibilidade e utilização dos serviços de saúde

A breve revisão conceitual sobre as temáticas propostas neste item geram subsídios que permitem que se adotem conceitos de autores que melhor se adaptem à proposta de pesquisa. Nesse sentido, em muitos estudos sobre acesso e acessibilidade pode-se verificar o uso similar desses dois conceitos, e o de acessibilidade é utilizado para discutir características funcionais e objetivas do acesso ligadas à oferta. Enquadram-se, nesses estudos, os de Travassos; Martins (2004), Travassos; Castro (2008), Starfield (2002) e Unglert (1999).

Travassos e Martins (2004) evidenciaram, em revisão bibliográfica, que atualmente não há consenso quanto à utilização do termo acesso, havendo uma variabilidade da terminologia utilizada para referenciá-lo. E que o acesso pode ser entendido como um conjunto de características da oferta que favorecem ou dificultam os indivíduos a fazerem uso dos serviços (TRAVASSOS; CASTRO, 2008). Travassos e Martins (2004) evidenciam que a ênfase desse termo muda conforme o contexto e período histórico, e, alguns autores citam esse conceito com ênfase no serviço de saúde ou nas características dos indivíduos em relação à oferta, ou ainda ambos os fatores.

Os autores Starfield (2002) e Unglert (1999) conceituam, de forma distinta, acesso e acessibilidade, mas ao mesmo tempo complementares. Para Starfield (2002), a terminologia acessibilidade refere-se a aspectos da estrutura do sistema de saúde ou de um serviço, ou seja, envolve elementos estruturais de características da oferta. Para a autora, esse elemento

proporciona que as pessoas cheguem até os serviços, enquanto o acesso seria a experimentação dessa condição, no sentido de como elas a percebem. Unglert (1999) também conceitua acessibilidade de maneira semelhante, apontando alguns fatores que podem se configurar como obstáculos a essa característica, e que a acessibilidade aos serviços de saúde pode ser pensada a partir de tipologias que se inserem num âmbito mais amplo, o acesso. O acesso está relacionado a condições de vida fundamentais, como nutrição, educação e habitação; a acessibilidade à conceitualização individual de cada um quanto ao processo saúde-doença. A acessibilidade pode ser abordada pelos enfoques: geográficos, que tratam das distâncias e barreiras a serem percorridas e transpostas pelos usuários; os funcionais, relacionadas aos tipos de serviços oferecidos, horários de funcionamento e qualidade; os culturais, que dizem respeito à inserção dos serviços de saúde quanto aos hábitos e costumes da população, e os econômicos, pois nem todos os serviços estão disponíveis a todos (UNGLERT, 1999).

A partir da busca dos usuários por serviços de saúde e das características da organização da oferta e da demanda, instituem-se as possibilidades de concretização do acesso, iniciando-se o processo que é conceituado de utilização. Nesse sentido, Travassos e Martins (2004) ponderam estreita relação entre o funcionamento dos Sistemas de Saúde e a utilização de seus serviços. Esses autores conceituam o processo de utilização dos serviços de saúde como resultado da interação entre aqueles que procuram cuidados e aqueles que os conduzem dentro do sistema de saúde, conceituando-o como a materialização do acesso. Ainda para os autores, o primeiro contato depende do usuário e os contatos subsequentes dependem dos profissionais que definem o tipo e a intensidade de recursos consumidos para resolver os problemas de saúde apresentados.

Essas concepções traduzem a perspectiva dos serviços de saúde em relação ao acesso e à acessibilidade, restringindo a compreensão da utilização à organização a partir de sua oferta de serviços em saúde. Desse modo, esses estudos têm grande relevância por suas considerações importantes quanto ao processo de utilização dos serviços de saúde, porém com algumas limitações. Isto porque não abarcam a complexidade que existe nas relações de cuidado e negociações que se estabelecem a todo o momento nos encontros entre usuários e serviços de saúde. Como alerta Cohn (2009), o acesso não deve ficar limitado somente às questões que envolvem os serviços de saúde, pois a concretização do acesso depende das negociações que se estabelecem nos encontros entre profissionais e usuários, sofrendo influência dos diversos interesses que os perpassam.

A seguir, discute-se sobre acesso a partir da conformação da oferta e da demanda, *in loco*, partindo das perspectivas dos profissionais e dos serviços de saúde. Considerando-se que essas categorias oferecem subsídios que favorecem a aproximação com elementos atuantes no acesso e acessibilidade e o reconhecimento dos profissionais enquanto seguidores do modelo hegemônico, o fluxo de utilização dos serviços pelos usuários pode ser estimado, em grande medida, a partir disso. Os elementos que os usuários agregam e o papel que desempenham são de grande importância na conformação do acesso aos serviços, mas neste momento não são o foco deste estudo. E, assim, esses elementos não são sistematizados nesta revisão de literatura, no entanto, a perspectiva do usuário está presente, considerando-se que a conformação desses temas no cotidiano ocorre a partir de negociações mais ou menos informais entre usuário e profissionais.

2.1.1 As possibilidades de acesso e a conformação da oferta e demanda sob a ótica dos serviços de saúde e da organização do sistema de saúde

Considerando-se as possibilidades de acesso dos usuários aos serviços de saúde, o Ministério da Saúde, no primeiro semestre de 2011, regulamentou com mais detalhes e clareza as regras para garantir o acesso às ações e serviços de saúde, responsabilizando formalmente outros serviços como porta de entrada, além da Atenção Básica, como os de emergência e urgência. No entanto, não desconsidera que a organização do sistema de saúde é necessário e importante, de modo que o acesso deve ser coordenado pela Atenção Básica e contar com o apoio de uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada (BRASIL, 2011a).

A idealização de que a organização do sistema de saúde deveria ocorrer a partir de uma única porta de entrada já vinha sendo questionada por diversos autores, como Mattos (2009). Este autor, ao discutir o direito universal ao acesso, questiona a forma como os serviços são organizados em um território, de maneira que os gestores utilizam normas para organizar a demanda em saúde em fluxos pelo sistema, de acordo com níveis de atenção e localização dos recursos tecnológicos. Porém, sem lograr a compreensão dos motivos que levam o usuário a buscar determinado serviço, que normativamente não é o adequado ou o viável para a organização do sistema, essa organização do sistema caracteriza a seleção do acesso, isto, segundo o autor, favorece que as normas travem o acesso aos serviços de saúde demandados pelos usuários. Exemplificando-se: um usuário que trabalha em determinado território e passa a maior parte de seu dia nele, ou tem preferência pelo atendimento de determinados profissionais deste território e não consegue ter acesso ao serviço de

abrangência pelo motivo de sua residência estar fixada noutro território. Este é exemplo comum de uma barreira que é imposta ao fluxo de utilização dos serviços de saúde e pode ter como resultados a maior busca por serviços de pronto atendimento e serviços hospitalares.

O enfoque na oferta de serviços, e não no perfil da demanda, tem oferecido aos usuários uma organização complexa, fluxos complicados de pessoas e dos recursos financeiros e dificuldades no acesso a serviços eficientes e de qualidade. Essa abordagem é apontada como uma das grandes fragilidades do SUS, pois suas normas operacionais se vinculam à habilitação dos Municípios segundo seus recursos materiais, de forma que o investimento é oferecido segundo o local de localização dos recursos tecnológicos (MENDES, 2004).

Por sua vez, Cecílio (2009a) destaca que não é possível haver integralidade e equidade na atenção a saúde sem se oferecer aos usuários universalidade no acesso aos serviços e ao cuidado em saúde, pois, o simples consumo de serviços não é suficiente, conformando-se como um imperativo pensar nos espaços de encontros entre os atores que compõem o cenário dos serviços, as micropolíticas. Essa integralidade em saúde caminha na perspectiva do reconhecimento de que as práticas em saúde são ações do campo humano e, por isso, essencialmente valorativas (MOREIRA, 2012). Entretanto, os valores ensinados do que seria uma boa/adequada prática profissional reduzem a vivência cotidiana dos indivíduos a um conjunto mínimo de aspectos circunscritos a um modelo de conhecimento prescritivo, fundado em um modelo duro de ciência. Desta forma, traz consigo a exclusão do espaço assistencial à subjetividade humana e, por sua vez, as escolhas que se pautam na justiça, cidadania e direitos, porque aspectos que concernem às mesmas se excluem da assistência (MOREIRA, 2012).

As considerações anteriores remetem à complexidade que é, ao mesmo tempo, garantir o acesso aos serviços, a sua disponibilização territorial e também garantir a resolutividade das ações que compõem o atendimento prestado. Soma-se à complexidade do que foi exposto a normatização do que se espera do usuário quanto às suas escolhas, considerando-se que se confia a ele a responsabilidade de comportar-se adequadamente. Em que ele deve, primeiramente buscar atenção em espaços predeterminados, na Atenção Básica e, caso necessário, seja encaminhado a outros níveis de densidade tecnológica, a partir da certificação profissional quanto à necessidade desse encaminhamento.

A organização do Sistema de Saúde a partir da entrada do usuário pela Atenção Básica, em um primeiro momento, facilmente inteligível e racional foi preconizada pela Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), configurando-se como economicamente a mais

viável. Assim, priorizou-se a Saúde da Família como a porta de entrada para o Sistema de Saúde, permitindo o acesso universal e contínuo ao Sistema de Saúde (BRASIL, 2006). Porém, Oliveira et al. (2009) retratam que essa lógica é despreendida da realidade vivenciada pelos usuários na busca e conquista por atendimento, pois, apesar de todos os esforços para a reorientação do modelo assistencial ensejada por meio da valorização da Atenção Básica, ainda se mantém a intensa busca dos usuários por serviços de atenção médica em pronto atendimentos e hospitais.

Historicamente, com a expansão dos serviços que compõem a rede básica de atenção e a implantação da Estratégia de Saúde da Família, houve a expectativa de que a demanda por atenção fosse concentrada naqueles espaços mais próximos da população, que passariam a absorver e resolver os problemas que antes eram dirigidos, por parte dos usuários, a outros serviços. Construiu-se, assim, uma dualidade entre o ideal — a Atenção Básica como porta de entrada preferencial, e o real, — o aumento da demanda por serviços de pronto atendimentos em hospitais (OLIVEIRA; MATTOS; SOUZA, 2009).

Buscando-se compreender os porquês da busca por atendimento ocorrerem inicialmente nos serviços de pronto atendimento, Oliveira; Mattos e Souza et al. (2009, p. 1932) destacam que

[...] a lógica territorial e a inflexível definição da porta de entrada pela atenção básica impõem ao usuário uma condição em que sua cidadania (ou seja, nesse caso, o seu direito de acesso a serviços de saúde) é dependente do seu endereço de moradia, ou seja, em alguns lugares, ele possui direito ao acesso (é visto como cidadão) e em outros lugares, não.

Organizar a oferta de serviços a partir da lógica administrativa do Sistema de Saúde tem produzido impasses aos usuários, os quais são percebidos como se tivessem um comportamento que desconsidera ou infringe constantemente uma norma preconizada pelo Ministério da Saúde, como exposto pelos autores citados acima. Assim, questiona-se: a organização dos serviços de saúde é realizada a partir daquilo que, de forma racional e material, se tem para oferecer ou a partir do que o usuário demanda? Também, considera-se que, além da mudança no nome dos serviços, deveria haver acompanhamento na mudança da lógica que norteia as práticas em saúde, voltando-as ao vínculo e ao acolhimento.

Nesse sentido, é necessário pensar que a experiência dos usuários e os diversos interesses em acessar determinado serviço têm influência importante nesse processo de utilização dos serviços, de modo que a negociação que se estabelece na concretização do acesso entre os profissionais e usuários é um ponto de grande importância. Isto porque as experiências dos encontros com os serviços podem depender de vivências conflitantes, tanto

para o usuário quanto para o profissional. A partir da ótica do usuário, Gerhardt et al. (2009c) demonstram que essas experiências nem sempre são positivas, pois o acesso envolve fatores críticos como distância geográfica, a ociosidade da estrutura local, a demora na referência a outros serviços e o clientelismo. A heterogeneidade e distribuição da oferta, diz o autor, constituem-se em um dos fatores geradores de desigualdades no acesso aos serviços de saúde (GERHARDT, 2000). Esse pensamento de Gerhardt é corroborado por Travassos e Castro (2008) quando relacionam as desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde como expressão das características do sistema de saúde. Assim, o usuário busca aqueles serviços que se configuram como mais acessíveis às suas necessidades e nem sempre os que são preconizados ou idealizados.

Assim, a forma como a utilização dos serviços se institui sofre influência das iniquidades na oferta de serviços de saúde e nos fatores que interferem em sua demanda (GERHARDT et al., 2011). A possibilidade de utilização dos serviços de saúde é atrelada às possibilidades existentes dos usuários entrarem no sistema de saúde e terem suas necessidades em saúde satisfeitas. Julga-se que isso tenha, como ponto crítico de exercício, a relação entre as características das escolhas dos usuários e a forma de organização da oferta, o que caracteriza, aqui, as negociações entre profissionais e usuários para concretizar o acesso aos serviços de saúde.

Ao se considerar os elementos que intervêm nas possibilidades de entrada no sistema de saúde vai-se ao encontro do pensamento de Assis; Villa e Nascimento (2003) de que o acesso envolve demandas diferenciadas por tipo de atendimento ofertado. Dependendo das necessidades em saúde dos indivíduos será delineada a busca por atenção, sendo da alçada do Estado a distribuição planejada de recursos na rede de serviços, “levando em conta a localização geográfica da unidade, a disponibilidade dos serviços e a articulação entre os serviços que compõem a rede, de acordo com as demandas e necessidades da população” (ASSIS et al., 2003). No que se refere às possibilidades dos usuários acessarem os serviços de saúde de maneira universal, esses autores dizem que no cenário nacional encontram-se acessos seletivos, excludentes e focalizados, perpetuando um descompasso entre a legitimação social e a legislação, de modo que se vivencia um universalismo excludente.

Ainda para Assis; Villa e Nascimento (2003), o acesso seletivo diz respeito aos interesses de oferta relacionados ao preço dos serviços, capacidade de compra por parte dos usuários e interesse de mercado; excludente por ser pautado na lógica de mercado e condicionar o direito à assistência aos mecanismos de racionamento de gastos. Quanto à focalização do acesso, esse processo se compõe, ao restringir o atendimento público, de

determinados serviços ou programas, fazendo com que o sistema se fragmente e se desarticule internamente (ASSIS et al., 2003). Os autores citam que a atual conformação da estrutura da maioria dos serviços de saúde do País constitui-se de serviços focalizados e seletivos para responder a determinadas queixas. Gerhardt et al. (2009c) evidenciam essa situação demonstrando que a participação social dos usuários ainda é restrita, de forma que, em grupos organizados pelos profissionais para a participação dos usuários, o acesso acontece de forma desigual, beneficiando portadores de patologias alvo de ações programáticas. Ainda, a entrada desses usuários no sistema de saúde favorece relações sociais assimétricas, hierárquicas e pessoais (GERHARDT et al., 2009c).

Essa organização da oferta e da demanda gera importante impacto no sistema de saúde, a excessiva demanda por exames e a baixa capacidade de atendimento. Além disso, propor-se a focar os serviços na oferta de procedimentos, e não nas necessidades a partir do vínculo com o usuário, pode levar à impossibilidade de atender a todas essas demandas, comprometendo permanentemente a resolutividade do sistema de saúde. Assim, a partir do círculo de demanda e oferta que geram, ou seja, toda oferta gera uma demanda, esse processo é denominado, por Madel Luz, de ciranda infundável (LUZ, 2006).

2.1.2 A organização da oferta e da demanda: considerações pertinentes ao trabalho dos profissionais de saúde

Ao se considerar a integralidade em saúde como uma ação social no âmbito das políticas de saúde, é importante que se reflita sobre a interação que existe entre a oferta e a demanda, percebendo-as como fruto das interferências mútuas entre os indivíduos, objetiva e subjetivamente (PINHEIRO, 2009). Esse processo de negociação, culturalmente mediado, tem representantes de saberes diversificados, em que, a partir do momento em que se anuncia a um serviço de saúde um pedido de intervenção, a demanda se estabelece formalmente (CECÍLIO, 2009; CAMARGO JR, 2010). Ao longo do processo de negociação existe, ou não, a possibilidade desta se encaixar dentro de uma das possibilidades de intervenções tidas como eficazes (CAMARGO JR, 2010).

Atualmente, existe uma distinção entre oferta e demanda geradora de duas supostas categorias analíticas diferentes e da dicotomia que leva à invisibilidade de sua relação, de modo que, mediante esse olhar, a oferta é relacionada aos serviços de saúde, profissionais e gestores, e a demanda é relacionada aos usuários. No entanto, essas categorias são construídas de maneira dinâmica, cotidianamente fruto de um inter-relacionamento entre normas e

práticas que orientam os profissionais, usuários e gestores (PINHEIRO, 2009). Além disso, discutir a demanda e oferta como categorias construídas no cotidiano das instituições de saúde permite apreender as dimensões assistencial, tecnológica e política que envolve a formulação, análise e, principalmente, a execução das políticas públicas de saúde (SILVA; PINHEIRO; MACHADO, 2003).

A compreensão de que a construção da inter-relação entre a oferta e a demanda envolve aspectos que ultrapassam espaços físicos de serviços de saúde é corroborada por estudos acerca de itinerários terapêuticos de usuários. Gerhardt (2009c) evidencia, em estudos acerca das trajetórias terapêuticas dos usuários, que centrar-se na compreensão das demandas como sendo voltadas exclusivamente ao sistema de saúde leva à idealização de que o sistema médico é o único existente e válido para as questões de saúde, fazendo com que as necessidades em saúde sejam percebidas somente do ponto de vista biológico e dependentes de estruturas já organizadas. Porém, a busca por cuidados ocorre em função do cuidado que se demanda e da possibilidade de oferta de cuidado, em que “as necessidades em saúde são compreendidas do ponto de vista biológico, mas também social, cultural e político” (Gerhardt, 2009, p.286)

Para Cecílio (2009), a demanda surge da tradução das necessidades em saúde, ou seja, elas podem ser codificadas no pedido explícito por cuidado, considerando-se que, “as demandas por serviços de saúde resultam da conjugação de fatores sociais, individuais e culturais prevalentes na população” (SAWYER et al., 2002, p.785). As necessidades podem ser traduzidas em demandas, modeladas pelo serviço de saúde, a partir da decodificação da equipe, e formatadas como oferta, mas, contrariamente ao que é ofertado pelo serviço de saúde, “as necessidades podem ser bem outras” (CECÍLIO, 2009a, p.120) quando a perspectiva do usuário é levada em consideração.

A partir desse referencial, percebe-se que as necessidades em saúde podem ser organizadas em quatro categorias: a primeira, como a tradução dos modos de viver a vida, que dizem respeito à importância de se ter boas condições de vida e tudo aquilo que favoreça alcançá-la, como trabalho, boas condições de moradia, transporte, alimentação, vínculos familiares, condições materiais e imateriais. A segunda trata do valor de melhorar e prolongar a vida, ou seja, consumir e ter acesso a toda a tecnologia que possa oferecer essas condições, como as políticas públicas e serviços de saúde resolutivos. A terceira trata do encontro de subjetividades entre profissionais e usuários, a criação de vínculo com atenção ofertada que supera a adscrição da clientela, mas que prima pela valorização das necessidades em saúde e a escuta ativa delas. E, a última, versa sobre a necessidade de os sujeitos construírem graus

crecentes de autonomia para seguir a vida, possibilitando que suas necessidades sejam satisfeitas (CECÍLIO, 2009a).

No entanto, a atual organização das políticas de saúde tem contribuído para a legitimação da percepção de que somente os saberes tecnicamente concretos ou científicos oferecem os critérios para a identificação dos reais motivos de busca pelos serviços de saúde (PINHEIRO et al., 2010). Essas políticas vão de encontro com a compreensão de que a demanda por cuidados em saúde pelo usuário ocorre “de acordo com os diferentes tipos de explicação dados a seus problemas e de acordo com a adaptação da oferta a seus desejos e condições de vida” (GERHARDT, 2009b, p.286), de forma a organizar a oferta de serviços de acordo com a capacidade instalada, dos profissionais disponíveis e das condições de acesso (GERHARDT et al., 2011).

Desconsiderar os vários elementos que permeiam a organização da oferta e da demanda faz com que se assentem as discussões a partir de conceitos regidos pela lógica de mercado, deslocando a compreensão do contexto onde se inserem (PINHEIRO, 2009). Alia-se a isso o modelo biomédico com a tradição de enquadrar as necessidades dos usuários em problemas de saúde de forma que estes devem obrigatoriamente ter sua solução a partir da legitimação do que o sujeito precisa para ter boas condições de saúde. Esses dois modelos têm em comum a redução do sujeito a uma categoria de doença e a descontextualização de sua realidade (PINHEIRO et al., 2010).

A racionalidade biomédica esforça-se para identificar, prevenir e corrigir os problemas de saúde. A partir disso, de maneira equilibrada e perfeita, os problemas de saúde constituiriam a demanda por serviços de saúde, e estes últimos a identificariam e responderiam a ela, de forma a racionalizar gastos e alocar recursos de maneira racional. Porém, isto parte da compreensão de que as demandas em saúde são simples e fáceis de apreender-se, bastando serem utilizadas técnicas adequadas (CAMARGO JR, 2010), como no caso das publicações que se referem às CSAP como doenças que poderiam ser facilmente controladas pela Atenção Básica. Ao invés disso, no cotidiano dos serviços de saúde depara-se com a realidade complexa de negociações entre os atores envolvidos na construção da demanda (CAMARGO JR, 2010).

Camargo JR (2010) discute as implicações da naturalização das necessidades em saúde, no sentido de questionar as interferências que sofre a assistência à saúde quanto aos interesses próprios das instituições que precisam fazer com que os usuários tenham demanda pré-definida por determinadas tecnologias predeterminadas. O autor diz que isto tem como efeito a negligência às subjetividades dos indivíduos quanto ao processo de produção das

necessidades em saúde, em que vários atores recebem benefícios mercadológicos individuais com isso. Essas Instituições e atores pertencem àquelas formadoras de profissionais da saúde, às empresas de seguro de saúde, ou de medicina de grupo, aos serviços de saúde, privados ou públicos, à indústria farmacêutica e às instituições de pesquisa (CAMARGO JR, 2010).

Reconhece-se e compreende-se a importância da oferta de tecnologias em saúde e da prestação de serviços em saúde, e o que condiz com a discussão trazida acima é a forma como isso se institui nos espaços de cuidado. Isto porque quem busca o serviço de saúde é o próprio usuário, possivelmente já com influências quanto a sua “real” necessidade de saúde, mas é ele quem pode emitir o juízo quanto à legitimidade da intervenção dos recursos que lhe são oferecidos, ou seja, se estes têm significado ou não em seu itinerário terapêutico.

A demanda por serviços também está ligada à produção imaginária da oferta por parte dos profissionais de forma a dar força à influência do modelo técnico assistencial para a saúde, historicamente centralizado nos procedimentos. Isto fez com que se criasse tanto pelos usuários quanto pelos profissionais uma demanda por procedimentos e não por cuidados, de maneira a perder-se, nesse processo, a dimensão cuidadora do trabalho em saúde, diminuindo a capacidade de percepção das necessidades dos usuários pelos profissionais, substituindo o diálogo pelos exames e pelo êxito técnico, intensificando-se o valor simbólico que o usuário atribui a determinados procedimentos técnicos, na associação entre a solução dos problemas de saúde e produtos realizados pelo serviço. Isto é, como se os procedimentos técnicos realizados tivessem por si só a capacidade de oferecer cuidado, proteger a saúde e atender as necessidades do usuário. Assim, existe uma idealização de resultados a partir de um procedimento que precede e gera uma demanda, mesmo sem haver necessidade de seu consumo (FRANCO; MERHY, 2010).

Em estudos acerca das CSAP, o interesse econômico em relação à organização da oferta e demanda pode ser identificado. Em pesquisas acerca das internações por CSAP nos Municípios do Rio Grande do Sul demonstraram que estas se elevaram conforme diminuía o tamanho do município. Isto pode estar ligado ao pagamento das internações gerarem a necessidade dos hospitais dos Municípios pequenos operarem na sua máxima capacidade instalada, o que estaria sugerindo a confirmação da Lei de Roemer. Esta Lei diz que quanto maior a oferta, maior será a demanda, assim, se existe uma oferta tecnológica existirá uma demanda por seu uso. Em Municípios de pequeno porte essa utilização justificaria a existência de leitos, de modo a estarem em constante utilização (DIAS-DA-COSTA et al., 2010; SOUZA; DIAS-DA-COSTA, 2011).

Frente aos diversos elementos abordados nesta seção, que exercem influência no acesso e na acessibilidade aos serviços de saúde, considera-se, para este estudo, o acesso como a parte material da acessibilidade, aquilo que ocorre no plano daqueles fatores que envolvem questões geográficas, estrutura local dos serviços, entre outras, que mostram o que é mais facilmente apreendido. Por outro lado, também se considera a acessibilidade como a concretização do acesso, a negociação entre os usuários e os serviços de saúde, com base na perspectiva de Abrunhosa, Borges e Machado (2011, p. 17), em que “a prática da integralidade nos incita a buscar a formação de demanda através da consideração do sujeito autônomo e da oferta de cuidado com a abertura para a criação de estratégias de acessibilidade”.

Lofego et al. (2009) contribuem ainda com essa definição ao declararem que a acessibilidade não deve ser pensada somente quanto ao acesso ao serviço de saúde, mas principalmente quanto ao acesso ao cuidado. Outra contribuição vem, novamente, de Abrunhosa, Borges e Machado (2011), ao conceituarem a acessibilidade como “um movimento a ser realizado tanto por usuários quanto por profissionais e serviços, compondo um espaço de negociação que envolva ativamente todos os compromissados com a relação de cuidado” (p.13). Esse cuidado pode ser entendido como uma categoria analítica para interrogar os modos como são produzidas as ações de saúde e suas instituições, pois este é a razão de ser no campo da saúde (SILVA JUNIOR; ALVES; ALVES, 2010).

Assim, essa compreensão retoma a necessidade de os profissionais responsabilizarem-se pela atenção ofertada aos usuários, pois a ação assistencial assume o caráter de cuidado quando o profissional vê nos indivíduos, além de objetos, sujeitos que detêm saberes, convicções e valores pessoais, considerando-os detentores daquilo que desejam como modo adequado de vida. É necessário que aspectos técnicos sejam colocados em contato com aspectos não técnicos, que a prática das relações técnicas em saúde respeitem seu intuito de praticar ações terapêuticas, os encontros sensíveis às necessidades em saúde entre os sujeitos (AYRES, 2004b).

A partir do exposto é válido inferir que os profissionais, além do acesso ao serviço de saúde, devem oferecer a acessibilidade ao cuidado, sendo possível, assim, a construção de redes de Atenção em Saúde. Isto poderia ultrapassar a organização administrativa da malha de serviços assistenciais nos Municípios, construindo-se redes de atenção com serviços que se relacionam entre si e com os usuários. Além disso, a própria conceitualização de território de atuação das equipes de saúde se diferencia quando se pensa em atenção em saúde a partir das

redes de cuidado, pois o território não é um espaço físico, unicamente, ele é uma organização das pessoas a partir de seus interesses e demandas.

2.2 Rede de serviços e os usos do território

A estruturação de Redes de Serviços já é pauta de longa data na área pública, conforme Lenir Santos (2011), propondo a efetividade da garantia de direitos sociais em contrapartida ao modelo burocrático e estático, compartimentalizado, hierárquico e formal com que o Estado tenta garantir os direitos dos cidadãos, mas que traz consigo a operação de serviços com desperdício de tempo e recursos, gerando dificuldades para sua expansão e acesso. Dessa forma, as Redes de Serviços se mostram como uma possibilidade de melhorar sua eficiência e diminuir custos, expandir o acesso, interligar as políticas sociais intersetoriais, sempre visando à obtenção de ganhos na qualidade, eficiência, economicidade e alcance de seus fins. Assim, fica evidente que rede não é o simples ajuntamento de serviços, mas requer a adoção de elementos que deem sentido ao entrelaçamento de ações e processos (SANTOS, 2011).

A fim de potencializar seus recursos e meios deve-se garantir que a Rede de Atenção à Saúde tenha uma organicidade, institucionalidade e governança (SANTOS, 2011). Nesse sentido, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), define, mediante Portaria, algumas normas que norteiam a organização em rede dos serviços de saúde, tanto em âmbito municipal quanto regional, em que a RAS configura-se por arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão. Esses arranjos caracterizam-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo como centro de comunicação a APS, pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos (BRASIL, 2010).

As RAS, segundo a OPAS, em parceria com o Ministério da Saúde constituem-se de três elementos básicos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção. O reconhecimento da população de uma RAS é de responsabilidade da APS, como a territorialização e cadastramento das famílias. A estrutura operacional é constituída pelos nós das redes e pelas ligações materiais e imateriais que os comunicam, apostando novamente na centralização da comunicação entre eles na APS. Como terceiro elemento constitutivo das

RAS está o Modelo de Atenção à Saúde enquanto organizador de seu funcionamento (OPAS, 2011).

Em 2011, o Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional de Atenção Básica³, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas, e atualizou conceitos para a organização da Atenção Básica, em que introduziu elementos ligados ao papel desejado enquanto ordenadora das RAS. Também “avançou na afirmação de uma AB acolhedora, resolutiva e que avança na gestão e coordenação do cuidado do usuário nas demais Redes de Atenção” (BRASIL, 2012, p. 13).

Ressalta-se que a Atenção Básica aqui citada significa mais do que um nível hierárquico de atenção, trata-se da inter-relação entre vários serviços e a ação comum em determinado território. Face ao exposto, reafirma-se que a coordenação da Atenção Básica quanto aos serviços oferecidos aos usuários não desresponsabiliza os demais serviços quanto à atenção ofertada, pois isto favorece e fortalece o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde (BRASIL, 2011a). Assim, nos territórios, sejam eles um distrito sanitário, um Município ou uma Regional de Saúde, as equipes e equipamentos de saúde devem se comunicar de forma a constituir uma rede que produza além da disponibilização quantitativa de serviços. Essa é uma das estratégias para ampliar as possibilidades de oferecer respostas frente aos problemas de saúde, que se conformam em redes complexas e que demandam ações intersetoriais (BRASIL, 2009a).

A definição de território não se finda como um espaço físico de destino dos recursos e assistência ou definições administrativas de divisão de responsabilidades. Considera-se que esse entendimento pode limitar o Sistema de Saúde a conformar suas redes de serviços, segregando suas áreas de especialidades e projetar seus equipamentos nesses espaços (RIGHI, 2010). Como Monken et al. (2008) afirmam, as discussões mais recentes sobre território, por todas as disciplinas, inclusive da saúde, incorporaram o componente cultural que ele carrega, ultrapassando, dessa forma, os limites políticos para os limites do corpo, do afeto entre as pessoas, aproximando cada vez mais a compreensão contextual do processo saúde-doença.

Para Miranda et al. (2008), o território é o mediador entre os processos econômicos e sociais, somados às suas externalidades, às mudanças nas condições socioambientais e suas

³ Os conceitos Atenção Primária e Atenção Básica seguem construções sociais que lhe dão sentido, sendo o primeiro como precursor do espaço que viria a ser constituído no cenário brasileiro de atenção à saúde e o segundo como fruto das lutas que balizaram a construção ideológica e teórica junto à Reforma nesse campo. Desta forma, não se trata apenas de discutir qual o termo mais adequado, mas debater sobre a organização dos serviços e práticas em saúde, ofertando especial atenção ao entendimento que se tem sobre o que é saúde e qual o modelo de atenção mais adequado à realidade que se vivencia enquanto País. Portanto, por convenção, ao longo do texto, respeitar-se-ão às citações autorais, mas o termo Atenção Básica é o adotado pela autora desta dissertação.

consequências sobre o processo de saúde e doença materializadas no espaço geográfico. A do pressuposto de que nenhuma sociedade vive dissociada do espaço, o território tem grande importância na conformação política e econômica da sociedade, sendo, ao mesmo tempo, o suporte da vida das populações, uma conformação dos contextos que explicam a produção dos problemas de saúde e base da organização dos serviços de saúde (MIRANDA et al., 2008).

Mattos (2009) contribui como esse tema conceituando os territórios como projeções espaciais de relações sociais, de forma que socialmente construídos e influenciados pelas formas como os transportes são utilizados pelas pessoas, facilitando-lhe ou dificultando-lhe o acesso aos serviços de saúde. Isto porque, pode ser mais fácil e prático ir a uma unidade de saúde mais distante de seu local de moradia e mais perto de seu trabalho do que o inverso. Este fato ocorre tanto por escolhas próprias quanto por condições impostas pelo meio externo, mas que estruturam a vida social do meio urbano. O autor diz, ainda, que a base territorial tem grande importância para a atuação das equipes de saúde, mas assume sentido ou um fim em si quando reflete e traduz a territorialização da vida social. Em consonância, a rede de serviços deveria sincronizar-se com a dinâmica de vida social, ajustando seus horários, forma de trabalho e fluxos às preferências dos usuários (MATTOS, 2009).

A partir do exposto, a produção de redes não deve ficar limitada à articulação entre serviços semelhantes quanto à sua especialidade de atuação. Mesmo que a necessidade dessa integração funcional seja indiscutível, ela produz regras singulares que acabam por delimitar a integração e atuação de outras redes em um mesmo território. A rede de serviços é uma das redes que são importantes e necessárias à produção de saúde, mas não a única. Portanto, a trama de redes desejada é aquela que não se reduz à articulação dos serviços e equipamentos em determinado espaço físico, mas a produção de redes em níveis hierárquicos homogêneos, com objetivos comuns (RIGHI, 2010). De mesma forma, demanda que os demais serviços e equipes da rede tenham bem definidos suas responsabilidades quanto ao papel que nela desempenham, a fim de sejam construídas ações intersetoriais comuns a todos e não a simples junção de políticas públicas em um mesmo território, modificando a própria interpretação de espaço que ultrapassa a delimitação física e se constrói “onde a ação ocorre de forma concreta, onde as práticas são realizadas” (BRASIL, 2009a, p.15).

É necessário pontuar que o exposto anteriormente denota a adoção de sentidos claros ao termo responsabilidade. Aqueles que parecem ser os mais adequados para a responsabilização pela Atenção em Saúde ofertada nos serviços são os citados por Abrunhosa, Borges e Machado (2011). Esses autores declaram que a responsabilização trata da busca pelo estabelecimento do vínculo e o contrato mais ou menos formal ou informal de

empenho de interesses partilhados, o que garante uma relação não de tutela, mas de continuidade, entendida como a construção do cuidado ao longo do tempo, conferindo historicidade a este elemento na relação entre as pessoas que se vinculam.

Frente a essa interpretação de territórios que ultrapassa limites político-administrativos, a figura dos mediadores torna-se mais evidente. A mediação, segundo Lofego e Silveira (2011), são ações produzidas por pessoas, situações ou dispositivos que fazem o intermédio, traduzem ou ressignificam sentidos, de maneira a interferir nas trajetórias dos usuários em busca de cuidado. Para Velho (2001), a partir de uma conceitualização mais sociológica, o mediador é aquele que transita entre diversas experiências e que é capaz de estabelecer um canal de comunicação entre elas. Ele atua em mundos distintos, construídos por diferentes grupos e o maior ou menor desempenho de suas práticas lhe dá os limites de sua atuação, o que mostra que este espaço de mediação tem limites tênues e se faz em permanente construção e desconstrução.

Em toda ação de mediação os envolvidos aproximam-se das redes sociais⁴ organizadas no cotidiano de cada um e sua diversidade de interações, e essas redes são construídas por meio das relações estabelecidas entre sujeitos, o que demanda a implementação de vínculo e acolhimento entre eles, ao passo que a aproximação produz maior complexidade ao trabalho que as equipes desempenham em determinado espaço. No entanto, isto não exclui a necessidade de fazerem-se recortes, dependendo da demanda que se tem em relação às áreas de atuação e políticas públicas em questão, no sentido de que as ações devem ser coordenadas, pactuadas e avaliadas entre as equipes que compõem a rede de atenção, estabelecendo-se de maneira horizontal (BRASIL, 2009a).

A horizontalidade necessária pode ser colocada em prática quando redes são tecidas por meio do diálogo entre saberes e práticas dos diferentes atores que compõem o sistema de saúde, a intersetorialidade. O Ministério da Saúde aposta nesse dispositivo para que a Atenção Básica tenha suas potencialidades de impactar de maneira positiva determinado território, elevando-as ao máximo, devendo “coordenar as ações de cuidado, não se desresponsabilizando quando não têm recursos tecnológicos para resolver a situação, compartilhando-a com outros “nós” da rede” (BRASIL, 2009a, p.35). Para tanto, a Política Nacional da Atenção Básica conta com a competência que as Secretarias Municipais e o

⁴ Monken et al. (2008) agregam a esta a citação que as redes sociais conformam o que eles denominam como territórios afetivos ou solidários, conformando patrimônios para àqueles que os estabelecem. Os autores apontam que estas redes contribuem para a promoção de criação de ambientes saudáveis. Além disso, estes espaços podem assumir maior importância na vida das pessoas do que as redes técnicas, ao serem organizados em redes de solidariedade.

Ministério da Saúde têm em organizar — ou a utilização de serviços pelos usuários —, com o objetivo de garantir a referência dos mesmos a serviços e ações de saúde fora desse nível de atenção. Além disso, a garantia desse fluxo, da referência e contrarreferência, aos serviços especializados, de diagnose e terapêutica, ambulatorial e hospitalar é entendido como infraestrutura e recursos necessários à realização de ações e de implantação de equipes de Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2006). Essa incumbência é desafiadora, pois a Atenção Básica é reafirmada, enquanto contato preferencial dos usuários, principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a RAS, por meio da publicação da Portaria 2.488 (BRASIL, 2011a).

O exposto acima traz a necessidade de que se pensem estratégias de diálogo e apoio de serviços especializados e a responsabilização partilhada entre as esferas de governo, no intuito de viabilizar aos Municípios a organização de redes de atenção integral à saúde, de maneira sustentável, em que seja garantido o acesso dos usuários aos serviços de saúde e a capacidade do Estado em prover a oferta de serviços (BRASIL, 2009a). Isso deve ocorrer independentemente da porta de entrada que o usuário escolher — a que for mais viável a cada situação que se encontra —, de maneira que seja prioritário não a porta de entrada que ele utilizou, mas o modo com que entrou, no sentido das relações que se estabeleceram até sua entrada e aquelas que teve em seu percurso.

Ressalta-se que a denominação rede não é entendida, aqui, como uma rede homogênea de serviços semelhantes, mas como espaço de conversações múltiplas, heterogêneas, formada por profissionais e usuários diferentes, propondo-se, a partir de cooperação e objetivo comum, favorecer a acessibilidade ao cuidado, independente do serviço, seja de urgência, hospitalar ou da atenção básica: o importante é que ela seja desencadeada. Considerando-se que nenhum serviço da rede tem condições de oferecer toda a tecnologia e atenção suficientes para suprir todas as necessidades em saúde dos usuários, torna-se indispensável a integração de serviços e atores por meio de redes assistenciais interdependentes (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Partindo-se desse entendimento, para Silva Junior, Alves e Alves (2010, p. 85), o “chamado nível primário de atenção” há muito tempo já não é entendido como autossuficiente e sua maior qualificação exige novas atitudes e novos aportes de conhecimentos nos demais níveis de atenção. Há a necessidade de sensibilização quanto ao acolhimento, vínculo e responsabilização pelos usuários nas demais equipes que atuam nos serviços de referência à atenção prestada pela atenção básica, sobretudo em função da necessidade que se tem de vencer a lógica hierarquizada de níveis de atenção e se introduzir a lógica da pactuação

coletiva entre gestores, trabalhadores e usuários por uma “malha de cuidados ininterruptos e progressivos” (SILVA JUNIOR; ALVES; ALVES, 2010).

Ao se fazer um esforço para se pensar sobre as redes de cuidado como algo passível de ser colocado em prática nas diversas realidades dos serviços de saúde, Cecílio (2009b) cita algumas interpretações bastante interessantes quanto à gestão do cuidado. O autor compreende que a gestão do cuidado comporta três dimensões: a profissional, a organizacional e a sistêmica, todas como círculos concêntricos entrelaçados. Assim, as redes de cuidado que podem ser instituídas dependem diretamente de como a gestão é realizada em cada uma delas, isto é, um gestor somente alcança a construção de uma rede de cuidados efetiva quando todos os atores envolvidos com o cuidado em outras dimensões estiverem da mesma forma comprometidos (CECÍLIO, 2009b).

Em meio a estes nós e suas densidades conceituais, é importante citar as potencialidades dos profissionais em utilizar instrumentais que possibilitem o acesso ao cuidado e ainda potencializem a autonomia do trabalho que desempenham nos serviços de saúde. Portanto, a partir da leitura do referencial bibliográfico que se fez para construir este estudo considera-se pertinente retomar o entendimento de que os encontros que ocorrem entre usuários e profissionais adquirem importante papel nesse processo. Além disso, pensar o que é o cuidado e qual o sentido das relações de cuidado para os profissionais de saúde exige que se leve em conta que é a partir dos encontros que se inicia o verdadeiro desafio da alteridade, pois nesses espaços existe um elevado grau de incerteza em estar com o outro, em virtude de que esses momentos envolvem a necessidade de aceitar o outro em todas suas diferenças (TEIXEIRA, 2005). À medida que há necessidade de haver a constituição de confiança entre seus interessados, para que seja possível gerar ações de cuidado (TEIXEIRA, 2005), as relações estabelecidas podem constituir a maior expressão da integralidade enquanto atividade humana (PINHEIRO, 2009).

A partir do exposto, envolver-se nesta subseção exige a aproximação do delineamento dos significados do cuidado, em especial quando se estuda as ações em saúde em uma rede assistencial, o que faz com que se reflita sobre ele de maneira ampla e dinâmica. A partir disso, busca-se adotar, neste estudo, a conceitualização de cuidado enquanto práticas que permeiam o trabalho em saúde. Assumir esta perspectiva, segundo Ayres (2009), requer que se mude o horizonte normativo das próprias ações em saúde, daquele guiado pela biomedicina, para aquele que tem a “ideia de felicidade” enquanto experiências vividas e valorizadas em sua positividade, experiências que independem de um completo bem-estar ou de perfeita normalidade morfofuncional. Para o autor, assumir essas proposições vai ao

encontro de que a “ideia de felicidade” possibilitaria o não estabelecimento de definições normativas para o que é a felicidade, pois esse elemento se atualiza de modo singular e pessoal de acordo com constantes adaptações e ressignificações, segundo a vida real de cada um.

Seguindo o entendimento de Ayres (2009), a felicidade só se efetiva no âmbito de uma experiência compartilhada, relacional, mas não dissocia a sua dimensão individual da sua dimensão coletiva enquanto experiência, por seu caráter socio-historicamente situado. Assim, esse autor discorre sobre os projetos de felicidade, pois em consonância ao caráter descrito acima, é somente na vida vivida pelas pessoas que pode emergir o que elas querem e acreditam ser saúde, e as práticas a elas relacionadas. O cuidado é uma atitude terapêutica que busca o sentido existencial e político da operacionalização das práticas em saúde, no entanto, este encontro terapêutico exige características técnicas peculiares, em que se orientar por “novos horizontes normativos, ao incorporar a preocupação ativa com os projetos de felicidade dos usuários, novas mediações técnicas são reclamadas, de modo a assegurar e repetir essa orientação” (AYRES, 2009, p.132).

Indo ao encontro disso e refletindo sobre o significado que tem a Atenção Básica na rede assistencial de um Município, Teixeira (2005) declara que, pela própria extensão e capilaridade dos serviços que possui, “dispõe a sua atuação referida às demandas de saúde mais frequentes, que se encontram muitas vezes na fronteira entre os “*problemas da vida*” e a “*patologia*” objetivamente definida” (p.592). Retomando o questionamento de que a resposta mais adequada a elas pode não se encontrar restrita à terapêutica da biomedicina, o mesmo autor afirma que os serviços da Atenção Básica, pelos fatores citados acima, se colocam como uma das poucas possibilidades de acesso aos usuários, não somente ao Sistema de Saúde, mas também “para uma multiplicidade de outras demandas sociais, que acabam por se traduzir em demandas de saúde” (p.592).

Isso põe em evidência o quão desafiador é o papel desempenhado e instituído da Atenção Básica na Rede de Atenção em Saúde. Assim, a seção seguinte tem como objetivo costurar o objeto de estudo, a mediação do cuidado, na rede assistencial em saúde, a partir do disparador das CSAP.

2.3 Problematizando a mediação nas redes de serviços e o acesso ao cuidado: as condições disparadoras para a análise da realidade

Este estudo se insere em um projeto maior que se desenvolve na área de pesquisa o qual tem como objetivo a análise dos fluxos de utilização dos serviços de saúde e a mobilidade dos usuários por CSAP em municípios da Metade Sul do Estado, por meio da perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. Os dados preliminares da pesquisa maior, na qual este estudo se insere, revelaram as primeiras informações que ofereceram subsídios à escolha do Município que seria pesquisado, a partir de dados secundários provenientes do DATASUS (SIA, SIH, CNES) referentes à área empírica em estudo. O campo empírico foi aquele com maiores porcentagens de internações e menor tendência de redução das taxas de internações quando comparado aos demais Municípios.

Face ao exposto, empenham-se, aqui, esforços em fazer as amarrações com a literatura acerca das CSAP, tema que, no cenário atual, tem sido bastante debatido e tem gerado preocupação, principalmente quanto às questões de custo econômico e à proposta de compartilhamento da responsabilidade com o cuidado entre os diferentes atores que compõem a rede de serviços dos Municípios.

A escolha dessas condições ocorreu em virtude de que a Portaria que a instituiu as reconhece enquanto representantes de como as RAS têm sido organizadas ou os esforços para sua organização ocorrem nos territórios. Isso leva a pensar que a organização dos serviços não tem favorecido o acesso aos serviços à população como um todo, e para populações específicas ou mais vulneráveis, como os idosos, isso pode ser mais difícil ainda. Semelhante aos demais cidadãos, os idosos também têm direito de acesso universal e igualitário à rede de serviços de saúde, e as ações e serviços em saúde devem ser contínuos e articulados, oferecendo a prevenção, promoção e recuperação da saúde, incluindo atenção especial às doenças que sejam mais prevalentes nessa fase da vida (BRASIL, 2009b).

A literatura aponta que as internações hospitalares por CSAP poderiam ser diminuídas caso fossem empreendidas ações como prevenção de doenças, diagnóstico e tratamento precoce de patologias crônicas. A bibliografia que trata desse tema assinala o aumento de doenças que, devido ao não diagnóstico e controle oportunos, tem sua atenção adequada somente no nível hospitalar, onde a Atenção Básica estaria deixando a desejar. Entre os principais motivos para isso está a disponibilidade de suprimentos, sistemas de diagnósticos, falta de equipamentos e medicamentos, dificuldades em estabelecer a referência e a contrarreferência (ELIAS; MAGAJEWSKI, 2008).

O Ministério da Saúde, seguindo exemplo de outros países e em parceria com especialistas brasileiros, elaborou a lista de CSAP. Inicialmente, foi realizado um levantamento das listas nacionais das secretarias estaduais e municipais de saúde e das listas

de outros países por meio de revisão da literatura. Assim, organizaram-se os principais diagnósticos encontrados, seguindo a 10ª edição da Classificação Internacional das Doenças (CID 10). A partir disso, procederam-se reuniões com pesquisadores e gestores para a validação da lista, depois consolidação e revisão da lista elaborada nessa primeira fase. No momento seguinte foi realizada uma consulta à Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade (SBMFC) e, por último, foi realizada uma consulta pública. Desse modo, a organização da lista de CSAP de acordo com a CID-10, conta com 19 grupos de doenças (ALFRADIQUE et al., 2009).

Em 2008, o Ministério da Saúde publicou oficialmente a Lista Nacional de CSAP, considerando a institucionalização da avaliação da Atenção Básica no Brasil; o impacto da atenção primária em saúde na redução das internações por CSAP em vários países; as listas de internações por estas condições existentes em outros países e a necessidade da criação de uma lista que refletisse as diversidades das condições de saúde e doença no território nacional. Essa lista tem a pretensão de incluir indicadores da atividade hospitalar para serem utilizados como medida indireta do funcionamento da Atenção Básica brasileira e da Estratégia Saúde da Família; e, como instrumento de avaliação da atenção primária e/ou da utilização da atenção hospitalar, podendo ser aplicada para avaliar o desempenho do sistema de saúde nos âmbitos Nacional, Estadual e Municipal (BRASIL, 2008).

Alfradique et al. (2009), pesquisadores participantes do grupo de pesquisa proponente da Lista Nacional de CSAP, reconhecem as taxas de internações por CSAP como um indicador importante para monitoramento e avaliação do sistema de saúde brasileiro, tendo em vista a inexistência de indicadores secundários que cumpram essa finalidade. Assim, as internações por CSAP é uma das estratégias para aprimorar o planejamento e gestão dos serviços de saúde. Consoante a isso, atualmente tem-se relacionado a inadequação da atenção à saúde para com as necessidades de determinadas comunidades com os altos índices de internações por certas doenças consideradas de fácil prevenção, ou por aquelas que seriam passíveis de diagnóstico e tratamento precoce de modo a evitar hospitalizações (ELIAS e MAGAJEWSKI, 2008). O acesso e a qualidade da atenção em saúde ofertada pela APS tem forte associação com as internações por CSAP, o que justificaria a utilização desses dados como um indicador da qualidade da atenção provida (OLIVEIRA et al., 2007).

Quanto à atual lista brasileira de CSAP vigente, é reconhecida a validade da organização de uma lista nacional que se esforce para deter uma diversidade de agravos tão ampla, da mesma forma o desafio que é pensar em indicadores para um País com tamanha diversidade como o Brasil. Portanto, é importante resgatar as considerações de Nedel et al.

(2011), quando os autores ressaltam que se deve considerar que esses indicadores somente podem ser usados como parâmetro entre regiões e Estados quando respeitam princípios de especificidade e sensibilidade. E, quanto à sensibilidade, os testes devem usar uma lista de CSAP mais ampla e em relação à especificidade, uma lista mais reduzida, maior consenso (ALFRADIQUE et al., 2009). Nedel et al. (2011) sugerem a validação local de listas que se adaptem à realidade específica de cada região, onde CSAP poderiam ser selecionadas como indicadores, de maneira que é difícil construir um modelo estatístico de análise. No entanto, isso poderia limitar ainda mais as comparações entre regiões diferentes dentro de um mesmo País e de forma mais intensa entre Países, indo de encontro à proposta do Ministério da Saúde em instituir a Lista de CSAP.

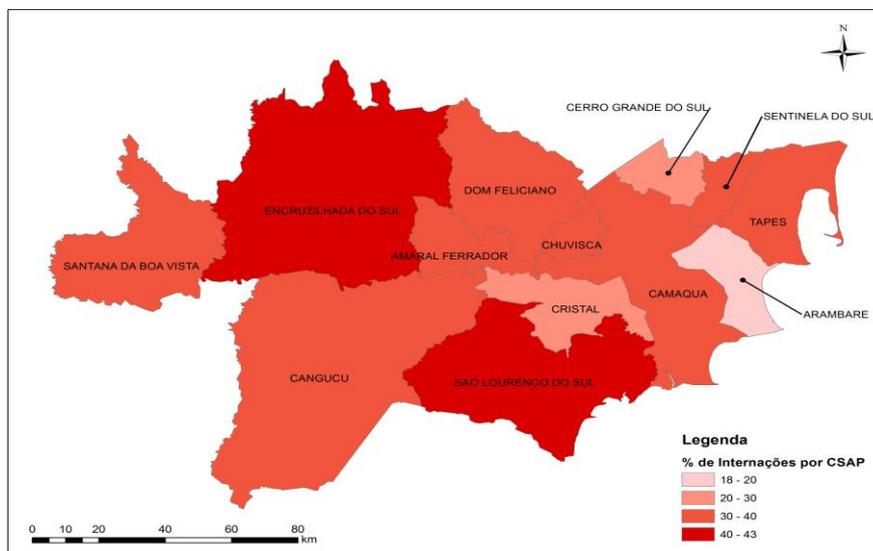
Para os autores, dadas as dificuldades que se têm em considerar, a partir de banco de dados, características específicas de determinado território como as socioeconômicas e as demográficas, em uma microárea, é latente a necessidade de fazer uso de “estudos qualitativos, sociológicos e etnográficos, sendo de grande importância o detalhamento e descrição da situação e a variabilidade nas internações nos diferentes espaços de pesquisa” (NEDEL et al., 2011, p.1151, tradução nossa).

2.4 Problematizando a mediação nas redes de serviços e o acesso ao cuidado: as internações por CSAP na área em estudo

Os dados preliminares da primeira fase da pesquisa maior, na qual este estudo se insere, oferecem informações acerca das internações por CSAP ao longo do período de 2000 a 2010, e parte dos dados serviram de subsídios para a problematização da temática deste estudo e da escolha do município a ser estudado. Esses dados foram analisados até o mês de dezembro do ano de 2010, em virtude de que os dados de 2011 ainda não estavam disponíveis no site do DATASUS até a data da coleta de dados, setembro de 2011 (BRASIL, 2011b).

Assim, a distribuição das internações (proporcional) entre os municípios, do total das internações por todas as causas e as internações por CSAP, pode ser verificada na Figura 1. A proporção de internações na grande maioria dos municípios é de 30 a 40%, isto significa que nesses municípios, dentre todas as causas de internações, grande parcela delas é por condições sensíveis. E os maiores percentuais de internações ocorrem nos municípios de Encruzilhada e São Lourenço, respectivamente em ordem decrescente, conforme a espacialização seguinte.

Figura 1– Municípios que compõem a área empírica deste estudo, segundo a proporção média anual de internações por CSAP comparada ao total de internações por todas as causas.



Fonte: Departamento de Informática do SUS (DATASUS)/Sistema de Informação Hospitalar (SIH), 2011. Encruzilhada (43%), São Lourenço (42%), Dom Feliciano (40%), Santana da Boa Vista (38%), Amaral Ferrador (37%), Camaquã (35%), Canguçu (35%), Tapes (33%), Chuvisca (31%), Sentinela (31%), Cristal (29%), Cerro Grande (28) e Arambaré (18%).

A partir da espacialização desses dados e a identificação dos Municípios de Encruzilhada e São Lourenço como aqueles que mais internam por CSAP, mais adiante analisa-se a tendência de internações nos dois municípios ao longo do período de análise. Quando se observam as tendências de variação das internações, o município de São Lourenço do Sul é aquele com menor tendência -5,39%, seguido por Encruzilhada do Sul, -19,15%.

Entende-se que os dois municípios despertam inúmeras questões pertinentes ao desenvolvimento de estudos que possam explorar a realidade dos dois, mas em virtude do recorte que assume o presente estudo acadêmico considerou-se mais viável e possível de maior aprofundamento a escolha de um desses deles, o que não exclui a pertinência do desenvolvimento de outros estudos. Além do mais, muitas dessas realidades serão mais bem exploradas na análise do banco de dados que compõe o projeto maior, no qual este estudo se insere. Portanto, neste momento, o foco de análise é o município de São Lourenço do Sul.

Ao se buscar o perfil das internações nesse município por faixa etária e ano de internação, foi construído a Figura 2 a seguir.

Figura 2 – Total de internações por ano, segundo as faixas etárias em estudo nos Municípios.

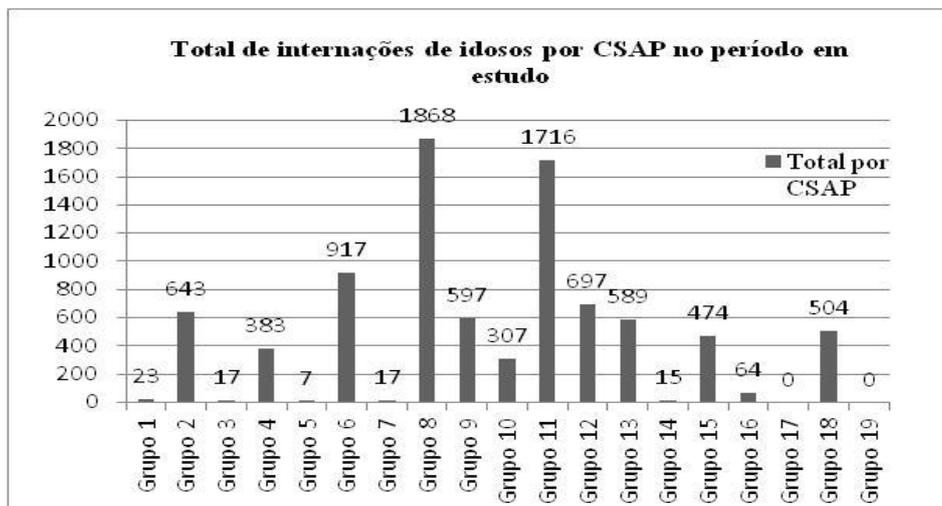


Fonte: Departamento de Informática do SUS (DATASUS)/Sistema de Informação Hospitalar (SIH), 2011.

A partir da análise da figura acima verifica-se que as pessoas com 60 anos ou mais são as que mais internam por CSAP e conforme as faixas etárias aumentam as taxas de internações também crescem. Assim, foi analisado o maior quantitativo de internações por grupo de condições sensíveis na população idosa, pessoas com 60 anos ou mais. Aqui, idoso é considerado como o indivíduo que tem mais de 60 anos, conforme o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2009b).

A figura 3, a seguir, refere-se às internações por CSAP que ocorreram entre idosos no período de 2000 a 2010, no município de São Lourenço do Sul, e ilustra as maiores taxas de internações por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), as Doenças Pulmonares (Grupo 8) e Insuficiência Cardíaca (Grupo 11).

Figura 3 – Total de internações no período de 2000 a 2010 por grupo no Município de São Lourenço do Sul.



Fonte: Departamento de Informática do SUS (DATASUS)/Sistema de Informação Hospitalar (SIH), 2011.

A população idosa merece maior atenção principalmente quando se foca a rede de oferta de serviços, pois as negociações, a fim de concretizar a resolutividade (acesso e acessibilidade), conformam-se a partir da complexidade, já mencionada na revisão de literatura, para a população em geral. Já, para os idosos, essas dificuldades podem ter maiores proporções, além do saldo negativo para o próprio Sistema Público de Saúde em decorrência da agudização de doenças crônicas e o desenvolvimento delas. Louvison et al. (2008), em estudo acerca dos fatores relacionados à determinação e às desigualdades no acesso e uso dos serviços de saúde por idosos, demonstraram altas taxas de utilização dos serviços pelos idosos tem. E a não utilização em situações em que estavam precisando fazê-la ocorreu em virtude da gravidade da doença, automedicação, distância e custo dos serviços. Um dos fatores que dificultaram a utilização dos serviços de saúde pelos idosos apontados pelo estudo foi não frequentarem a escola, o que aumentou o tempo entre a marcação da consulta, ida ao serviço e o atendimento.

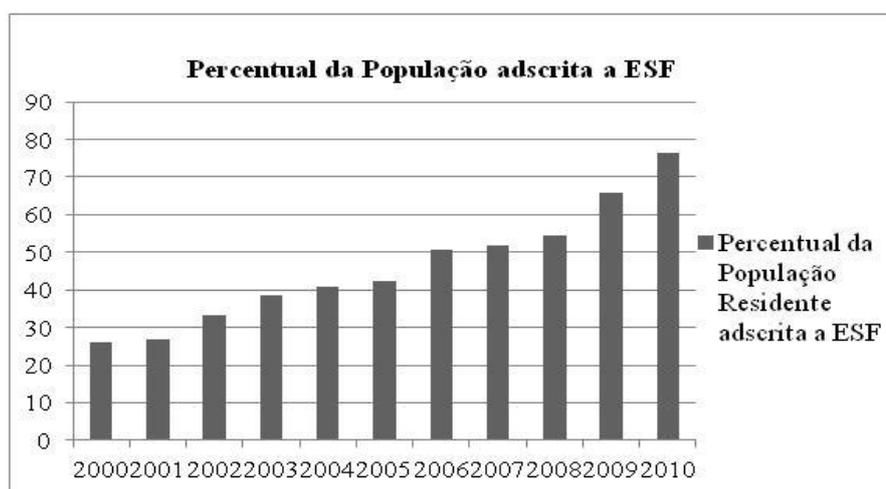
Ainda, conforme os autores, entre aqueles que realizaram consulta ambulatorial e tiveram solicitação de exames 7,4% referiram não tê-los feito, e daqueles que tiveram medicação prescrita 8,1% não a consumiram em função não ter conseguido adquiri-la por diversos motivos, e os que conseguiram adquiri-la, 70% desembolsaram os custos dela. O estudo destacou que existe desigualdade importante na utilização dos serviços de saúde entre aqueles idosos com maior poder aquisitivo e seguro de saúde privado e aqueles com menor renda e seguro de saúde pública. Entre os atendimentos em serviços públicos a utilização é maior em internações hospitalares, o que estaria demonstrando que o acesso à rede pública de

serviços ocorre em situações de urgência e de descontrole das doenças crônicas (LOUVISON et al.,2008).

Considerando-se a necessidade de conhecer a oferta de serviços do município, e reconhecendo-a como as possibilidades formais de acesso aos serviços de saúde que os usuários podem usufruir para alcançar a atenção em saúde que desejam, a seguir transcrevem-se os dados encontrados quanto à rede de serviços. Assim, quanto à rede assistencial do Município de São Lourenço, disponível no site do DATASUS até o mês de setembro de 2011, constavam 62 estabelecimentos de saúde: 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS), dois hospitais gerais, três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), quatro Ambulatórios especializados, 26 consultórios isolados, uma Policlínica, oito Unidades de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia, uma Unidade de vigilância a Saúde, uma Unidade Móvel Pré-Hospitalar – Urgência/ Emergência, uma Unidade Móvel Terrestre e uma Secretaria de Saúde (BRASIL, 2011c).

Também se investigou o quantitativo de pessoas adscritas a Equipes de Saúde da Família (ESF) no município de São Lourenço, elaborando-se a figura 4, a seguir, com o percentual crescente de pessoas adscritas, entre o ano de 2000 e 2010. O percentual de cobertura por ESF vai de 26% no primeiro ano para 76% no último ano.

Figura 4 – Percentual da População residente no município de São Lourenço do Sul adscrita a Equipes de Saúde da Família (ESF).



Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), 2011.

A amarração do que foi exposto acima evidencia que o município de São Lourenço dispõe de serviços de diferentes níveis de complexidade e população expressiva adscrita a equipes de saúde da família. No entanto, a partir das bases consultadas não estão disponíveis, dados secundários que ofereçam informações quanto à maneira que esses serviços se

comunicam entre si e como os profissionais que os representam se organizam para atender à demanda desses usuários que internam. Além do mais, a disponibilização quantitativa dos serviços não necessariamente se traduz em redes que produzam saúde, que sejam de fácil acesso aos usuários e nem mesmo na responsabilização por parte dos profissionais sobre aqueles que deles dependem para receber atenção em saúde no Sistema Público.

Ao se buscar literatura sobre as CSAP e sobre o acesso aos serviços de saúde, constatou-se determinada dualidade, pois, a literatura tecida acerca das CSAP considera que, estas não gerariam internações caso houvesse atenção em saúde adequada na Atenção Básica. No entanto, quando o acesso aos serviços de saúde e a acessibilidade ao cuidado são o foco das discussões, verifica-se que a disponibilização de serviços não garante que as necessidades em saúde dos usuários serão atendidas. E, também, um nível de atenção, representado por seus serviços, não tem recursos suficientes para garantir que internações venham a ocorrer, dependendo, assim, do compartilhamento das responsabilidades da atenção em saúde com outros serviços.

Portanto, a rede de serviços para produzir saúde deve embasar-se na oferta de cuidado e em condições que possibilitem o acesso aos idosos, conformando a assistência em saúde oferecida de maneira hierarquizada. Reconhece-se que as internações por CSAP representam importante carga social para todos os usuários do sistema de saúde e, em especial, aqui, à questão dos idosos. Essa disparidade entre a população adscrita à ESF e o aumento das internações por CSAP oferecem subsídios para pensar acerca do quanto se requer ações e práticas de cuidado que facilitem o fluxo dos usuários pela rede de serviços como um todo. Reconhece-se que tanto a oferta quanto a demanda são produtos de negociações entre os profissionais e usuários e os próprios profissionais enquanto representantes do sistema de saúde e mediadores dessa relação com os usuários.

A partir disso, propõe-se, neste estudo, a investigar a forma como é organizado o fluxo de utilização desses serviços pelos usuários no município de São Lourenço do Sul e a maneira como as ações e práticas de cuidado ocorrem, partindo-se do entendimento de que a concretização do acesso aos serviços de saúde e da acessibilidade ao cuidado permitem a concretização da integralidade das práticas em saúde; e que o atendimento das necessidades em saúde dos usuários é proporcional ao quanto os profissionais conseguem apreendê-las e das possibilidades de mediação dessas necessidades com a oferta de cuidado; e que é o compartilhamento da responsabilização entre os serviços de saúde que compõem a rede assistencial do município em estudo.

As considerações de Ayres (2004a, 2004b) e Gerhardt et al. (2009a; 2009b; 2009c; 2011) citam as conceitualizações de cuidado, atenção em saúde centrada no usuário, de encontro, de negociação, de desejos, de projetos, de postura ética, do trabalho em saúde que não é desarticulado de ações comuns e síncronas entre os diferentes serviços. Portanto, em virtude da necessidade de operacionalização dos conceitos constante ao longo da revisão de literatura e do posicionamento que se tem em relação a eles, além da caracterização da área empírica em questão, centra-se o presente estudo na articulação das ações e práticas de cuidado realizadas na rede de serviços públicos de saúde pelos profissionais enquanto mediadores, no que se refere ao atendimento dos idosos que internaram por CSAP em São Lourenço do Sul.

Ao se retomar as amarrações conceituais feitas até aqui, alguns questionamentos são latentes no desafio de se fazer uma aproximação com a materialização da problematização tecida até o momento. Assim, tendo como pano fundo para as reflexões que se faz aqui a atenção ofertada aos usuários idosos portadores de CSAP residentes no meio rural, olha-se para a rede assistencial como um todo por intermédio das seguintes questões: Os profissionais, enquanto mediadores entre a oferta de serviços e as demandas em saúde, possuem instrumentos que facilitam encontros concretos com as necessidades em saúde dos usuários idosos? É possível articular os serviços de saúde a fim de organizar uma rede de atenção em saúde? A assistência prestada pelos serviços da rede se organiza a fim de tecer uma rede de atenção em saúde que facilite a acessibilidade ao cuidado? A conformação do fluxo de utilização dos serviços facilita o acesso aos usuários?

3 OBJETIVOS

O presente estudo apresenta os seguintes objetivos, descritos em objetivo geral e objetivos específicos.

3.1 Objetivo geral

Analisar a articulação das ações e práticas de cuidado realizadas pelos profissionais de saúde a partir da mediação do cuidado na rede de serviços públicos de saúde disponível no município de São Lourenço do Sul.

3.2 Objetivos específicos

- Descrever a rede assistencial em saúde disponível no município em estudo;

- Identificar as ações e práticas de cuidado realizadas pelos profissionais que compõem a rede assistencial em saúde do município em estudo, partindo-se de situações de idosos portadores de CSAP residentes no meio rural;

- Analisar a mediação e a articulação das ações de cuidado pelos profissionais na rede assistencial em saúde.

4 ADENTRANDO O EMARANHADO DOS FIOS QUE TECEM A REDE DE ATENÇÃO: O PERCURSO METODOLÓGICO

Por trás de tudo que é acadêmico, considerando-se os paradigmas vigentes, sempre esteve e estará a insegurança causada pelo desconhecido. E aí está o encanto da pesquisa: permitir-se que o novo invada e transforme o pesquisador. Soma-se a isso a curiosidade e a insatisfação com determinadas perguntas e respostas dadas pelo mundo ao redor. Mas, é preciso lembrar que questionamentos e respostas são moldados pelo olhar que se oferece ao mundo e o simples questionamento poderá proporcionar diversas possibilidades de caminhar em busca de respostas, entretanto, pode-se deparar com mais questionamentos ainda.

Os elementos citados propiciam ânimo para que se caminhe em busca de outras respostas e outros questionamentos, pois a caminhada se torna deliciosamente uma constante descoberta, permeada de construção e desconstrução. Avalio-se que, durante as vivências, este último elemento é o que se faz mais presente e o que produziu maior riqueza para que se pudesse multiplicar as possibilidades de estar em campo e pensar sobre as questões propostas para o estudo.

As motivações pessoais, já descritas na introdução, foram, em diversos momentos, reafirmadas quando, em campo, se vivenciou junto aos profissionais, diferentes situações e cenários que envolvem a oferta de atenção. O processo de pesquisa proporcionou uma chance ímpar de que se apreendesse uma imensidão de elementos que são importantes não somente à vida acadêmica.

Costurar as experiências habitadas, ideias trazidas por colegas de pesquisa, o mundo vivido pelas pessoas no cotidiano do campo de estudo, de longe não é uma tarefa fácil. Na empreitada de redação de uma dissertação, infelizmente, é preciso deixar para trás muitos elementos que demandariam do pesquisador habilidades de escrita e que fazem dos poetas grandes sábios da humanidade. Além disso, possivelmente, seriam cansativos se citados no texto, mas certamente constroem a forma como se olha o que se estuda.

A partir desse entendimento, este estudo se conforma como um produto do esforço realizado em sintetizar o recorte de uma dada realidade. Certamente, elementos poderiam ser somados, outros poderiam ser subtraídos, mas enquanto processo inacabado, outros momentos ainda virão, pois algumas questões de pesquisa foram respondidas e outras dela emergiram. Com o propósito de alcançar os objetivos expostos, inicia-se o desenho do

percurso metodológico em direção aos serviços de saúde que constituem a Rede do Município de São Lourenço do Sul.

4.1 Caracterização do Estudo

Compartilha-se da compreensão de que no campo da saúde tratam-se de processos complexos que resguardam múltiplas compreensões, demandando o olhar de diversas disciplinas (MINAYO; MINAYO-GOMEZ, 2003). E aí se resguardam muitas das riquezas e potencialidade em se pensar a saúde e a doença, mas com o mesmo potencial as divergências que surgem neste campo, pois, as possibilidades são infinitas, assim como os interesses que o permeiam. Aproximar disciplinas depende da humildade dos pares envolvidos, os quais, dependendo do processo que se instaura não se identificam como pares, mas como ímpares, em uma perspectiva pejorativa, em que ímpares não se aproximam, não geram relações. Assim, são pertinentes as palavras dos autores acima citados, quando dizem que, em relação à investigação, não há um método prescrito que possa ser identificado como o melhor ou mais adequado, mas aquele que mais facilmente conduz à reflexão, o que leva o pesquisador a encontrar respostas, compreender, explicar, desenvolver seu objeto de pesquisa (MINAYO; MINAYO-GOMEZ, 2003).

Este estudo *in loco* insere-se na qualidade de abordagem qualitativa, referindo-se à intensidade e à profundidade com a qual se estuda os fenômenos propostos, no sentido da exploração dos elementos que os compõem e não na busca incessante pela padronização ou constituição de modelos explicativos. Como qualifica Minayo (2008), a pesquisa qualitativa empreende esforços para se conhecer e compreender as relações entre indivíduos, instituições e movimentos sociais, e os processos históricos, sociais e de implementação de políticas públicas e sociais. Qualquer investigação que visa um estudo mais amplo não pode ficar restrita apenas a números (MINAYO, 2008).

As abordagens qualitativas visam conhecer além do que é visível, pois buscam um entendimento profundo de determinada realidade, envolvendo as relações interpessoais, sentimentos e emoções. O cenário dessas investigações é o cotidiano e as experiências de senso comum, interpretadas e reinterpretadas pelos atores que as vivenciam. Assim, o caráter qualitativo considera seu objeto de estudo de forma integral, ou seja, um ser humano que ocupa lugar na sociedade, que pensa e sente com todas as suas complexidades e particularidades (MINAYO, 2008).

4.2 Geração de dados

A escolha do campo de estudo deu-se a partir dos dados quantitativos analisados na primeira fase da pesquisa maior na qual este estudo se insere. Os dados apontaram São Lourenço do Sul como o município que mais apresentou internações por CSAP na área empírica estudada. Segundo dados do último censo demográfico, esse município possui 43.111 habitantes, destes 14% são de idosos. Da população geral, 44% vivem em áreas rurais do município (BRASIL, 2011d). Os acessos ao município podem ser feitos via BR-116 e RS-265, e a distância da capital do Estado, Porto Alegre, é de aproximadamente 195 quilômetros, e de Pelotas, a 70 quilômetros.

O primeiro contato com o campo de pesquisa ocorreu no início do ano de 2012, com o teste-piloto das questões contidas no roteiro da entrevista semiestruturada. Retornou-se ao campo de pesquisa juntamente com o projeto VerSUS, que teve uma edição realizada nesse município. Assim, no final do mês de fevereiro, atuou-se na condição de facilitadora junto a acadêmicos de graduação que participaram daquela vivência. Durante uma semana passou-se por diversos serviços, no rural e no urbano, momento em que se conheceu a cidade, serviços de saúde e se fez contato com profissionais.

Naquele momento, vários pontos da rede de serviço foram sendo apresentados, assumindo, para o presente estudo, materialidade de grande importância para o processo de pesquisa, ao se perceber a magnitude da rede partir da qual se gerariam dados. Esse momento da pesquisa tornou mais fácil a minha inserção, observação e entrevistas com os profissionais. Além disso, houve a aproximação com a diversidade que compõe o território do município, com colonização pomerana, indígena e afrodescendente. Atualmente, a população tem rica miscigenação, contando inclusive com comunidades quilombolas. A produção agrícola, indústrias de laticínios, o turismo e o setor terciário de prestação de serviços compõem a fonte de renda dos munícipes. Assim, visivelmente o município organiza-se no território urbano que se esmera em movimentar o turismo em função das belezas que tem a Laguna dos Patos e o rural com a produção de fumo, arroz e algumas poucas iniciativas de diversificação. Entretanto, o território rural tem pequenos vilarejos organizados com diferentes recursos sociais — igrejas, cartórios, padarias, vendas — que, apesar da grande extensão territorial lhe dão, também, uma organização quase urbana, no sentido de identidade dessa população que se reúne em comunidades. Entretanto, frente à vasta extensão territorial existem muitas pessoas vivendo em locais isolados e de difícil acesso, seja em função do relevo acidentado ou pelas longas distâncias das residências até estradas próximas.

Posteriormente, ao retornar ao município, em uma reunião com os coordenadores das ESF, apresentei-me a esses profissionais e adquiri os contatos para agendar as visitas que duraram, em média, quatro dias em cada serviço de saúde. Assim, acompanharam-se três das seis equipes de Saúde da Família no rural e serviços no urbano que se mostraram importantes nas falas dos primeiros entrevistados, os quais ofereceram pistas e indicações dos demais profissionais que seriam entrevistados. Dessa forma a estada em campo ocorreu entre os meses de janeiro e junho de 2012. O deslocamento até os serviços do rural foi feito com o meio de transporte que leva os profissionais até o rural, em algumas localidades o trajeto foi de quase duas horas, intercalando estrada de chão e asfalto.

Ontem, quando eu estava no ônibus vindo para cá, deparei-me com um sentimento que me inquietava e trazia grande satisfação, acredito que esta sensação se deva a este lugar, que em janeiro era estranho e com labirintos, hoje [junho] ser de fácil trânsito para mim. Muito me alegra estar em campo, agora escrevo este relato em frente à Lagoa dos Patos, o sol brilha intensamente, me aquece e protege do vento frio que vem da lagoa, me sinto feliz em estar aqui... Estou começando a sofrer, pois cada vez que questiono os profissionais sobre determinadas situações e penso “ah, eu já sabia” dou-me conta que a tal “saturação dos dados” se mostrando para mim. Algumas coisas que, por vezes penso em perguntar me parecem uma nova pesquisa que devo iniciar... Talvez, a geração de dados em campo esteja chegando ao fim e eu sinto um frio no peito, pois terei que sair deste ninho. **Diário de Campo**

Os entrevistados foram convidados a participar desta a pesquisa em seu turno de trabalho, realizando-se as entrevistas em momentos em que havia tempo suficiente e disponível para os questionamentos. Não se observou nenhuma relutância tanto na recepção à pesquisadora quando ao ato de responder aos questionamentos entre aqueles que se disponibilizaram a participar do estudo, tanto no rural quanto no urbano do município.

As dificuldades se mostraram noutros espaços da rede de serviços, principalmente nos ligados fisicamente à Secretaria Municipal de Saúde, que se localizavam no mesmo prédio. Neles não houve a mesma abertura que se teve nos serviços de saúde, especialmente naqueles da Atenção Básica, e houve momentos em que, mesmo estando-se presente no espaço físico não se conseguia participar das conversas e das decisões tomadas, o que dificultou um pouco o pleno desenvolvimento da observação participante. Acerca da afirmativa anterior, uma hipótese prudente é que a própria observação participante pode ter inibido os profissionais neste espaço. Entretanto, não houve dificuldades ou relutância em realizar as entrevistas, mas um olhar mais sensível e atento nesses espaços.

As entrevistas seguiram um roteiro previamente estruturado (APÊNDICE A), com questões abertas e fechadas, e as questões do roteiro de pesquisa foram inseridas à medida que os relatos dos profissionais foram ocorrendo, tentando-se, ao máximo, explorar os casos de

internações de idosos que eles citavam. Entretanto, já na entrevista piloto foi possível identificar que as ICSAP não eram reconhecidas por essa denominação, mas, mesmo assim, foram utilizadas com o objetivo de disparar discussões acerca das internações e do fluxo de utilização dos serviços, e deste ponto inicial emergiu a riqueza que se descreve neste estudo. A escolha dos profissionais foi intencional, e foram escolhidos aqueles que mais se envolviam com os usuários, fazendo visitas domiciliares e que demonstravam ter maior comunicação com as comunidades, pois, pretendia-se, também, explorar as ações que empreendiam a mediação.

A possibilidade de acompanhar as equipes em seu trabalho cotidiano foi extremamente proveitosa por oferecer a possibilidade de adentrar e analisar as questões postas para o estudo. Os diversos elementos das experiências tidas em campo proporcionaram outros questionamentos quanto à maneira como os serviços se relacionam com os usuários, pois entende-se que os serviços fazem o movimento de oferecer sua capacidade técnica e relacional e de encontrar-se com o movimento feito pelos usuários em busca desses serviços.

As entrevistas foram registradas por meio de gravador digital e depois transcritas na íntegra, por isso os nomes dos informantes foram codificados por nomes de flores para evitar a identificação por seus pares. Dessa forma, compuseram a análise do estudo as entrevistas realizadas com 20 profissionais de saúde do Município.

Quadro 1 - Quadro descritivo dos participantes e formação

Participantes do estudo	
Formação Universitária	
<i>Enfermeiros</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gardênia 2. Girassol 3. Azaléia 4. Iris 5. Margarida 6. Camélia 7. Dália 8. Hortêncina
Médicos	<ol style="list-style-type: none"> 9. Rosa 10. Bem-me-quer
Pedagogo; Psicólogo; Dentista	<ol style="list-style-type: none"> 11. Açucena 12. Bromélia 13. Orquídea
Nível médio	

Técnicos em Enfermagem	14. Violeta 15. Flor de Lótus 16. Lírio 17. Tulipa 18. Gérbera
Agentes Comunitários de Saúde	19. Cerejeira 20. Chuva de Prata

Fonte: Pesquisa direta, 2012.

Como ferramentas para sistematização dos dados que emergiram do campo foram muito úteis o Diário de Campo e a Observação Participante (APÊNDICE B). A ferramenta diário de campo vem sendo incorporada aos estudos realizados pelo grupo de pesquisa no qual este estudo se insere. Sistematizado por Roese et al.(2006),o diário de campo é considerado pelas autoras como ferramenta para captar os acontecimentos e situações não abordadas nas entrevistas relativas ao objeto de pesquisa; servem como complemento aos dados coletados nas entrevistas. As autoras constataram, também, que no processo de pesquisa as informações que se apreendem de forma livre, sem estarem previstas em planejamento realizado de maneira fechada, e esses momentos oferecem admirável riqueza de detalhes ao oferecem espaços a construções de interpretações únicas, fruto da interação do sujeito de pesquisa no contexto que se propôs a investigar (ROESE, 2006).

4.3 Aproximação da compreensão dos dados

A análise dos dados gerados ocorreu pela categorização temática que, segundo Minayo (2008, p. 316), é “fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja *presença* ou *frequência* signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado”. A operacionalização da análise de conteúdo foi realizada com o software NVivo8.

Segundo segundo Minayo (2008), a análise temática acontece em três fases, aqui seguidas para realizar a análise dos dados empíricos.

- pré-análise: momento em que se organiza o material a ser analisado e criam-se indicadores que possam levar à análise final;

- exploração do material: é a fase em que se codifica o material; primeiro, faz-se um recorte do texto, após, escolhem-se regras de contagem e, por último, classificam-se e agregam-se os dados, organizando-os em categorias teóricas ou empíricas;

- tratamento dos resultados obtidos e interpretação: nesta fase se trabalham os dados brutos, podendo-se, então, realizar inferências sobre os achados do estudo.

4.4 Questões éticas

As considerações bioéticas foram respeitadas quanto ao acesso e análise de dados, conforme Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

Os indivíduos que participaram da pesquisa foram esclarecidos oralmente sobre os objetivos do estudo e aqueles que participaram das entrevistas receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE C), que foi assinado em duas vias, uma para o entrevistado e uma para o pesquisador, para assim confirmar o aceite de participação no projeto, por meio da assinatura, pessoal ou por representante legal, do documento. Foi-lhes garantida a privacidade e a confidencialidade das informações, assegurando-se a possibilidade de desistência em qualquer momento do estudo ou sua recusa em participar.

O presente estudo como integrante do projeto de pesquisa intitulado “*Gestão em saúde e usos do território: fluxos de utilização dos serviços de saúde e mobilidade dos usuários por Condições Sensíveis a Atenção Primária*”, foi submetida ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CEP/UFRGS), sob o Parecer de aprovação nº. 20494 (ANEXO I). No município escolhido para a pesquisa de campo, foi solicitada a autorização do respectivo Secretário Municipal de Saúde e do gestor de cada um dos serviços pesquisados.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Para construir esta seção parte-se da concepção de que uma Rede de Atenção em Saúde possui diferentes dimensões que a constituem e é uma das possibilidades de cuidado em saúde de que dispõem os usuários⁵. Algumas dessas dimensões se mostraram como aquelas mais presentes no cotidiano do trabalho em saúde e são essas as sistematizadas neste estudo. À medida do possível são debatidas com a literatura disponível sobre os temas que dele emergiram, mas a pretensão de maior empenho realizada aqui é a descrição de uma realidade local que traduz o momento em que se vivencia em relação à oferta de cuidados em saúde. Esse momento é uma confluência de diferentes interesses que nem sempre casam com os interesses de vida das pessoas.

5.1 A rede de serviços e seus fragmentos: caberia à Atenção Básica ser a coordenadora do cuidado?

Ao se estudar uma rede assistencial de um município é fazer a aproximação com um tema atual e de grande importância no cenário das Políticas Públicas de Saúde no Brasil. Leia-se, aqui, a reformulação da Política Nacional de Atenção Básica e os investimentos do Ministério da Saúde, sendo a grande Diretriz da Secretaria de Atenção a Saúde (SAS) a implantação, em território Nacional, desses arranjos organizativos para o período de 2011 a 2014 (BRASIL, 2012; 2013). Além disso, é estar se debruçando sobre as possibilidades que a instituição de Redes gera para a saúde, já mencionadas na revisão de literatura. Essa breve introdução às subseções subsequentes tem o objetivo de situar as escolhas realizadas em campo para debater os temas aqui propostos.

Realizada a descrição da rede física dos serviços de saúde do município a partir das bases de dados do DATASUS, em campo foi possível fazer um novo levantamento dessa Rede, verificando-se determinada incongruência entre as informações apresentados na base de dados e aqueles disponibilizados pelo município, especialmente em relação ao número de UBS. Assim, segundo documento da Secretaria Municipal de Saúde (SÃO LOURENÇO DO SUL, 2011), a Rede de serviços de Atenção Básica do município, no segundo semestre de 2011, era composta por 12 UBS, sendo que na base de dados referida contavam 14. Das UBS

⁵ Aqui é reconhecido o quanto é possível trabalhar em saúde em conjunto com outros recursos de apoio social que as pessoas podem lançar mão, dependendo dos laços sociais que mantêm.

que o município dispunha, sete abrigavam ESF, sendo seis no rural e uma no urbano, mais cinco UBS no urbano. Nesse mesmo documento, as consultas médicas nas ESF, em 2010, totalizaram 19.828 e nas UBS 7.611. Encaminhamentos realizados, em 2010, pelas ESF totalizaram 664 e pelas UBS 1.032. Também, no período em que a pesquisa foi realizada havia dois profissionais, um fisioterapeuta e uma psicóloga trabalhando como Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). No mesmo documento, constava uma Unidade Básica de Saúde Central com atendimento básico e especializado, atendendo a programas específicos voltados à Tuberculose e às DST/AIDS; Fisioterapia; Atendimento odontológico para pessoas portadoras de necessidades especiais; Consultas Especializadas para ginecologia, Gestante de Alto Risco e Pediatria. Os exames laboratoriais eram realizados por quatro laboratórios conveniados, com uma média mensal de 4.900 exames realizados. Um CAPS tipo I (atendimento diurno), um CAPS tipo AD (álcool e drogas) e um CAPS i (infantil), além disso, um Serviço de Geração de Emprego e Renda vinculados aos CAPS (SÃO LOURENÇO DO SUL, 2011).

A atenção hospitalar que o município oferecia no urbano provinha de uma Santa Casa, com 96 leitos, destes 71 não representam gasto direto para o usuário, 10 leitos psiquiátricos, sendo que, à época, estavam em construção mais 20 leitos para desintoxicação de dependentes de álcool e outras drogas. Nesse mesmo serviço prestava-se atendimento médico no Pronto Atendimento de Urgência/Emergência do hospital; Atendimento médico pediátrico ginecologista/obstetrícia em sala de parto, berçário e cirurgia; Atendimento médico, Realização de exames laboratoriais relativos aos pacientes internados pelo SUS, previstos pelo SUS e de acordo com sua limitação técnica; Atendimento médico em traumatologia/ortopedia em caráter de urgência/emergência; Atendimento médico em cirurgia geral em caráter de urgência/emergência; Acompanhamento médico na remoção de pacientes referenciados para outros municípios quando necessário; Consultas especializadas de otorrinolaringologia, urologia, cirurgia geral, nefrologia, cirurgia ginecológica, gastroenterologia e traumato / ortopedia em nível ambulatorial (SÃO LOURENÇO DO SUL, 2011).

O município, além desse serviço de atenção hospitalar, possuía um hospital localizado no rural, o Hospital Dr. Walther Thofern, com 48 leitos, sendo 38 sem gasto direto, Pronto atendimento diário de urgência/emergência das 7h às 22h; Consultas especializadas em oftalmologia; Realização de exames de endoscopia; Consultas em traumatologia (SÃO LOURENÇO DO SUL, 2011).

Retomando-se brevemente a problematização da proposta de pesquisa, a Lista de CSAP serviu para que se realizasse a escolha do município a ser estudado e a população a ser pesquisada. No entanto, em campo essa lista não era do conhecimento dos profissionais de saúde, e, assim, questiona-se: Em que medida a institucionalização dessa lista foi divulgada e aplicada à prática dos profissionais? Como se referiu na revisão de literatura, esse tema é latente em diferentes pesquisas, mas no cotidiano dos serviços não teve a mesma reverberação, trazendo consigo a reflexão do quanto essa lista pode revelar, de fato, o desempenho da Atenção Básica. Além disso, aponta o quanto as Políticas de Saúde se mostram distantes da realidade vivida pelos profissionais, e que por mais que sejam pensadas para serem praticadas no cotidiano pouco penetram nas diferentes realidades.

Nas ESF os ACS tem realizado o acompanhamento mais próximo daqueles que vieram internar, não se mostrando como uma rotina a realização do controle das internações que ocorrem em seus territórios. A sistematização existente ocorre especialmente via repasse de dados por meio do SIAB, mas não há uma pactuação formal com as equipes ou o entendimento do quanto isso pode auxiliar o trabalho que desempenham.

A seguir transcreve-se o relato de ACS sobre a sistematização que realizam acerca das internações que ocorrem em seus territórios. Inicialmente, a orientação que teriam é de que não há a necessidade de haver a descrição detalhada das internações. Além disso, verifica-se que essas informações são repassadas para as equipes nos dias em que há a alimentação do SIAB. No entanto, esses profissionais relatam, também, que a sistematização desses dados já foi mais detalhada, apesar de não estar presente em suas falas a finalidade das listas que construía.

Eu primeiro anoto no meu caderno, depois em casa eu escrevo assim, a [...] sempre diz não precisa colocar detalhes nem direitinho. Só coloca a internação, as coisas assim, aí eu coloco no meu caderno os dias e depois vai para a folha de fechamento, ali tem que dizer quantas internações e tal e tal motivo é tudo controlado. **Cerejeira**

Não, isso aí... Essa informação nunca foi passada para a gente, tempos atrás quando se fazia o fechamento, quando era a outra enfermeira, aí ela pedia a lista de quem tinha sido internado, nome, idade, localidade. Essa lista ia para a Secretaria de Saúde, só que agora mudou, aí isso não é feito mais, essa lista. Então, a gente só coloca ali o número de internações. **Chuva de Prata**

Também não há enfoque na atenção à saúde da população idosa. O que existe, em alguns serviços, é a organização da agenda de atendimentos a fim de facilitar o acesso aos serviços oferecidos pelas equipes, especialmente as consultas médicas, as orientações nos

grupos realizados. Os profissionais reconhecem que a busca pelos serviços no rural e as internações ocorrem basicamente entre a população idosa.

Sim, os grupos, a maioria dos grupos é formada por idosos, as palestras têm sido voltadas para eles, questão da trombose que a gente já falou logo no primeiro mês, artrose que é uma doença muito comum pelo esforço e o trabalho que eles fazem, então... Geralmente, posso dizer 80% dos pacientes que vão à Unidade de Saúde da Família são maiores que 60 anos. Porque são pacientes com doença crônica, são pacientes que realmente já estão se preocupando com a questão de ir ao médico porque até então você pega um paciente de 40 anos vai uma vez ou outra. [...] **Rosa**

Diferenciado tem pelo fato que quando o paciente é idoso a gente consegue agendar o atendimento. Geralmente o paciente idoso que nos liga, que vem falar conosco, que precisa de atendimento a gente consegue agendar. Para esses pacientes a gente tem, a gente agenda assim. **Camélia**

Então na maioria das hospitalizações são idosos, geralmente. Eu sempre mais ou menos tenho três, quatro, às vezes até cinco, geralmente tem cinco hospitalizações, três são idosos. [...] **Chuva de Prata**

Sendo assim, o pano de fundo das entrevistas realizadas teve as ICSAP como disparador de discussões, mas não se ateve estritamente a elas, pois, discutir casos de internações com os profissionais, mesmo que não restritas às CSAP, foi de importante conveniência para analisar questões mais amplas que evidenciaram a complexidade dos elementos constitutivos da rede assistencial do município. Assim, neste texto inserem-se diferentes circunstâncias que possibilitaram um espaço de fala por parte dos profissionais e a identificação de temas que demandam um olhar mais atento aos diferentes pontos que compõem a RAS, de modo especial sobre o que pode ser fortalecido nos encontros que ocorrem entre usuários e profissionais.

A escolha por estudar questões específicas do rural ocorreu em virtude das ESF estarem localizadas em maior número nesse espaço. Segundo informações coletadas nas entrevistas com a atual gestão em saúde do município, existe uma cobertura pelas ESF de 96% da área rural, na qual vive uma parcela importante de munícipes. A disponibilização de ESF no meio rural teve o intuito de oferecer atendimento nas próprias comunidades rurais, de maneira que os usuários não precisassem deslocar-se até o urbano ou aos municípios próximos, ressaltando-se a importante iniciativa que a gestão teve em disponibilizar equipes nesse espaço.

A nossa preocupação maior era levar a Estratégia de Saúde da Família para todo o interior, porque como eu disse são 62 quilômetros que as pessoas estão da nossa sede, então se caso houvesse alguma necessidade, até atravessarem todo o Município, né?! Era um risco que a gente corria e eles

estavam demandando para Canguçu, não era, o Município é nosso, sabe?!
Nosso paciente. **Gardênia**

Essa oferta de ESF no meio rural, com equipe mínima disponível, em diferentes localidades, mesmo nas mais distantes da sede, é uma realidade que se destaca dentro do Estado e no País. As pesquisadoras Burille (2012) e Roese (2005), ao estudarem municípios vizinhos a São Lourenço do Sul, revelaram que a população residente em áreas rurais fazia uso quase que exclusivamente de serviços do meio urbano, em virtude de serviços se localizarem, em sua maioria ou totalidade, no meio urbano. Em alguns locais nos municípios pesquisados por essas autoras, o atendimento prestado à população ocorria por unidades móveis seguindo cronogramas de visitas às localidades ou em Unidades de Saúde desativadas ou locais destinados para este fim (ROESE, 2005).

Também em municípios vizinhos ao deste estudo, Pinto (2012) sistematiza, de maneira mais próxima ainda, a situação em que se encontram os moradores rurais: mesmo em situações que demandariam ações de vigilância epidemiológica periódicas — casos de Leptospirose e Doença de Chagas — o acesso às moradias e a outros locais de vivência dos residentes rurais é fator limitante para as equipes de saúde. Nesses Municípios não há a disponibilização de carros para as equipes, nem de Programa de Agentes Comunitários (PACS) ou de programas específicos, mesmo que sejam voltados exclusivamente para essas populações.

5.1.1 A rede pensada para o rural: a utilização dos serviços e seus fluxos

O disparador para a definição desta subseção foi a descrição do fluxo de utilização dos serviços de saúde⁶ pelos usuários a partir do discurso dos próprios profissionais, descrevendo-o até uma situação de internação, tanto por CSAP quanto por outras situações que também geram internações. Considera-se esse fluxo como uma importante estratégia em campo para debater com os profissionais as questões pertinentes às relações que se estabelecem entre usuários e profissionais, sendo reveladoras de muitos nós da Rede de Serviços do Município. Reconhece-se, também, que essas questões se conformaram como ilustrações que envolvem não somente a Atenção Básica, mas o funcionamento e organização da rede como um todo, de mesma forma, não ter focado somente o desfecho da internação, mas de outras circunstâncias do cotidiano dos serviços.

⁶ Fluxo de utilização é entendido aqui como o caminho percorrido pelos usuários entre os e nos serviços de saúde na busca pelo uso da oferta em saúde que desejam.

Em conformidade com o descrito na revisão de literatura, a utilização dos serviços de saúde ocorre na Rede de Serviços disponível aos usuários, entretanto, almeja-se que esta Rede se conforme para além da disponibilização de serviços isolados. Nesse sentido, um ponto importante para se refletir é sob qual perspectiva se faz referência à RAS, pois não há uma única forma de defini-la. Conforme Franco (2010), pode-se lançar diferentes olhares para uma mesma rede, um deles é percebendo-a como um aglomerado de serviços que prestam atendimento em saúde e que produzem o trânsito de usuários por esses equipamentos. Mas, este olhar é insuficiente para captar o que ocorre no cotidiano do trabalho em saúde e revelar de fato como a rede funciona, e o que revelaria a realidade de uma rede de saúde é o seu funcionamento, seu cotidiano, seus fluxos⁷ (FRANCO, 2010).

Desta forma, para melhor compreensão de como os usuários que vivem no rural caminham pela rede de serviços, é descrito, a seguir, como são organizados os encaminhamentos realizados pelas ESF do rural para internações, realização de exames e consultas com especialistas. Descrever estes encaminhamentos tem sentido porque entende-se que esta é uma das formas que as equipes possuem para interferir sobre o trânsito dos usuários. Além disso, mostrou-se como uma situação que provoca inquietações nos profissionais e usuários, gerando situações outras em decorrência destas.

Sobre a organização da rede, em situações nas quais existe a necessidade de encaminhamento para unidade hospitalar, o fluxo formal dentro do município enquanto rede física de serviços é o encaminhamento para o Pronto Socorro (PS) do Hospital Santa Casa em sua sede. Destaca-se que o município também dispõe de um serviço de saúde com possibilidade de internação na área rural.

O que a gente tem montado no Município? Casos na unidade que chegaram e têm necessidade de hospitalização, o médico, o profissional, faz o encaminhamento para nosso PS, porque a gente encaminha todos para cá, para São Lourenço, a gente já tem meio que por regra mandar para a cidade **Gardênia**

Quanto à solicitação de exames, todos os pedidos para a realização de exames e encaminhamento para consultas com especialistas são feitos por meio de sistema de referência para a Secretaria Municipal de Saúde (SMS). O usuário fica com um comprovante, e a solicitação, com seus dados, para posterior contato, vai para o meio urbano via malote nas

⁷ A terminologia “fluxos”, para este autor, são as ações que os profissionais empreendem para acolher, fazer vínculo, se responsabilizar, se aproxima disso o que foi denominado por mim neste estudo como mediação do cuidado. Mas também é citado aqui, porque entendo como importante e relevante para compor o olhar que ofereço para o empírico que se mostrou em campo.

segundas e quintas-feiras. Os exames passam pela coordenação da Atenção Básica e são computados em um arquivo de Excel, depois são encaminhados para o setor de agendamento dos exames e consultas para que as datas de realização sejam organizadas conforme a oferta desses serviços. A coordenação da Atenção Básica demonstra o esforço que fazem para adequar a rotina desses encaminhamentos das ESF a determinadas necessidades do rural, facilitando para os usuários questões relacionadas a transporte e horários de atendimento.

[...] Por exemplo, a questão da marcação de exames que vem por malotes, na zona rural, todos os exames da zona rural eles vem por malotes e eles são... A gente se utiliza de critérios assim para a marcação, por exemplo, de marcar no mesmo dia os usuários que são da mesma família... Sabe? De marcar, por exemplo, pessoal de determinado local da Boa Vista terça ou quinta, porque só naquele dia tem ônibus para aquela localidade, tu entendes? [...] Eles nos trazem essas peculiaridades assim e aqui na secretaria a gente tenta adaptar o setor de transporte... - Ah, o pessoal que vai consultar em Porto Alegre do [...] que chega às nove da noite ele precisa de uma Kombi que vai levar eles até o [...] porque eles não têm como pagar, tu entendes? Então, a gente trabalha assim, geralmente a enfermeira da unidade ela nos traz essas peculiaridades e a gente tenta adaptar aqui... **Girassol**

As datas para os exames laboratoriais são organizadas conforme a disponibilidade dos laboratórios do município, são anotadas no verso dos encaminhamentos e retornam para as unidades, e caso haja algum recipiente para coleta, este vai junto para a unidade. Os motoristas que levam os profissionais até esses serviços são responsáveis por pegar essas autorizações, na SMS, nos escaninhos das respectivas ESF e entregá-las às coordenadoras das mesmas. A ESF é encarregada de comunicar os usuários a data de realização das coletas de material para a realização dos exames.

Quando se trata de um encaminhamento para fora do município, o setor de marcação organiza as datas de realização e entra em contato diretamente com os usuários. O que fica com a coordenação da Atenção Básica é a relação de pedidos que fazem por meio do Excel e nas ESF, com as anotações em cadernos específicos, conforme a especialidade para a qual foi encaminhada. Quando a data de consulta ou realização de exame é de conhecimento do usuário ele tem até três dias para agendar o transporte para fora do município, assim a data é informada ao usuário por tal setor via telefone.

A organização das ESF em enviar via malote as solicitações de exames e marcações de consultas tem favorecido o usuário para que ele não precise ir até o meio urbano para fazer esses trâmites, o que é um dos objetivos da própria gestão:

Então, o paciente não vem de fora fazer isso [*marcar exames e consultas*]. Então, nosso objetivo é esse, porque a passagem, tem locais que é vinte e

poucos pila a passagem, então tu imaginas, ele vem para agendar, ele vem para fazer o exame, ele vem para, ele vem para buscar, ele gasta nesse período todo, então isso a gente já tirou. **Gardênia**

Entretanto, o fluxo de encaminhamento para realização de exames tem sido acompanhado por filas de espera, o que tem trazido aos profissionais inquietações acerca do quanto seria positivo encaminhar usuários para que entrem nessas filas, pois há situações em que a realização de determinados exames exige brevidade. Uma das alternativas encontradas é sugerir que o usuário realize exames por meio de gasto direto, não precisando ficar tanto tempo aguardando ser chamado.

[...] É difícil assim para gente olhar e ver que vai demorar né. Que vai, às vezes, ir e não vai ter solução. Muitas vezes, a gente até se conversa antes de tentar tomar uma decisão enquanto equipe, para gente ver será que é realmente essa conduta. E a gente fica às vezes: Poxa, vamos ficar esperando por quanto tempo? Não vai? Têm pacientes que às vezes vem e questionam: Tu achas que esse exame é rapidinho? O que eu vou dizer? A verdade? Não, né?! Ai eles pedem: posso fazer particular? Bom, ai se tu tens condições melhor ainda, né?! [...] **Camélia**

A espera pela realização de exames descrita anteriormente nem sempre é vantajosa para o usuário, fazendo com que ele tenha que buscar outras formas de alcançar os exames pretendidos. A realização de um exame gera custos para o usuário, que precisa se afastar do trabalho para aguardar pelo atendimento nas ESF e, também, depois, no deslocamento até o urbano para a realização do exame. Isto tem feito com que o usuário recorra a outros serviços de saúde, e especialmente ao apoio de sindicatos para a realizá-lo, assumindo o custo.

Pois é, como eu disse, uma ultrassom, às vezes, acaba gastando mais do que se fizer particular, fazendo pelo SUS. Porque tu vens, perde uma manhã aqui para fazer, para consultar... Tu vais para a cidade marcar o transporte, já é demorado, vai para a cidade depois, depois passa mais um dia que tem que ir para Pelotas para... Quanto tempo de serviço eles perderam ali? Às vezes, eles têm pelo Sindicato por 80 reais e aí fazem o ultrassom, e no mesmo dia está pronto. **Gérbera**

Nas situações em que o usuário precisa sair do rural para ir para o urbano do município, conforme relatos dos profissionais e vivências em campo, isto ocorre por meio de veículos próprios, o que, em determinadas comunidades, é a primeira escolha dos usuários. Já,á noutras é o meio de transporte coletivo, mas é possível também utilizar a Kombi do serviço e a ambulância do município ou SAMU. No entanto, os gastos com transporte podem ser muito dispendiosos para alguns usuários, dificultando-lhes a saída do rural. O custo com uma passagem de ônibus do rural para o urbano, em comunidades mais afastadas

geograficamente, alcança R\$ 10,00, que é um montante importante especialmente para aqueles que sofrem com problemas de saúde que demandam deslocamentos constantes. Essa questão envolve tanto aqueles que se deslocam para o urbano do próprio município quanto de outros pois a marcação de transporte intermunicipal via SMS exige que o próprio usuário se apresente no setor, não havendo a possibilidade que familiares o façam ou que se façam por telefone esses trâmites.

A organização dos encaminhamentos para fora do município, em que as datas previstas de realização são informadas pelo próprio setor de marcação de consultas e exames, nem sempre é possível ou adequado para o rural, pois a cobertura das operadoras de telefones móveis não favorece que seja estabelecido contato. Nesses momentos, ou esse setor entra em contato com a ESF e posteriormente o usuário é informado pelo serviço, ou perde-se a colocação na fila para os encaminhamentos, demandando do usuário a mobilização para que uma nova data seja marcada.

Era de 3 de maio, era um... Não sei o que aórtico, era uma, deveria ser um exame mais detalhado, né? E aí, então eles ligam, por isso que eles querem o número do paciente, mas muitas vezes têm uns que não tem um número bom que pegue [*cobertura do sinal da operadora*], nem todos os locais pegam para eles terem como avisar o paciente. Muitas pessoas, às vezes, passam assim. Aí aquele paciente não atendeu o telefonema, não estava disponível aquele número e aquilo fica lá, fica guardado. Que aí eles não ligam para a gente para dizer, aqui para a equipe: - Olha a gente não conseguiu. Muitas vezes, até acontece, às vezes, outros ficam perdidos lá. De um exame de fulano que a gente queria marcar e não consegue entrar em contato, ver se vai lá e avisa, né?! Ai fica lá, ficando empilhado lá, até que o paciente vá lá e procure de novo para ver se foi marcado ou não. Essa é a dificuldade também, esses exames mais... Por isso que tem muitos que até já fazem por conta, pagam... **Tulipa**

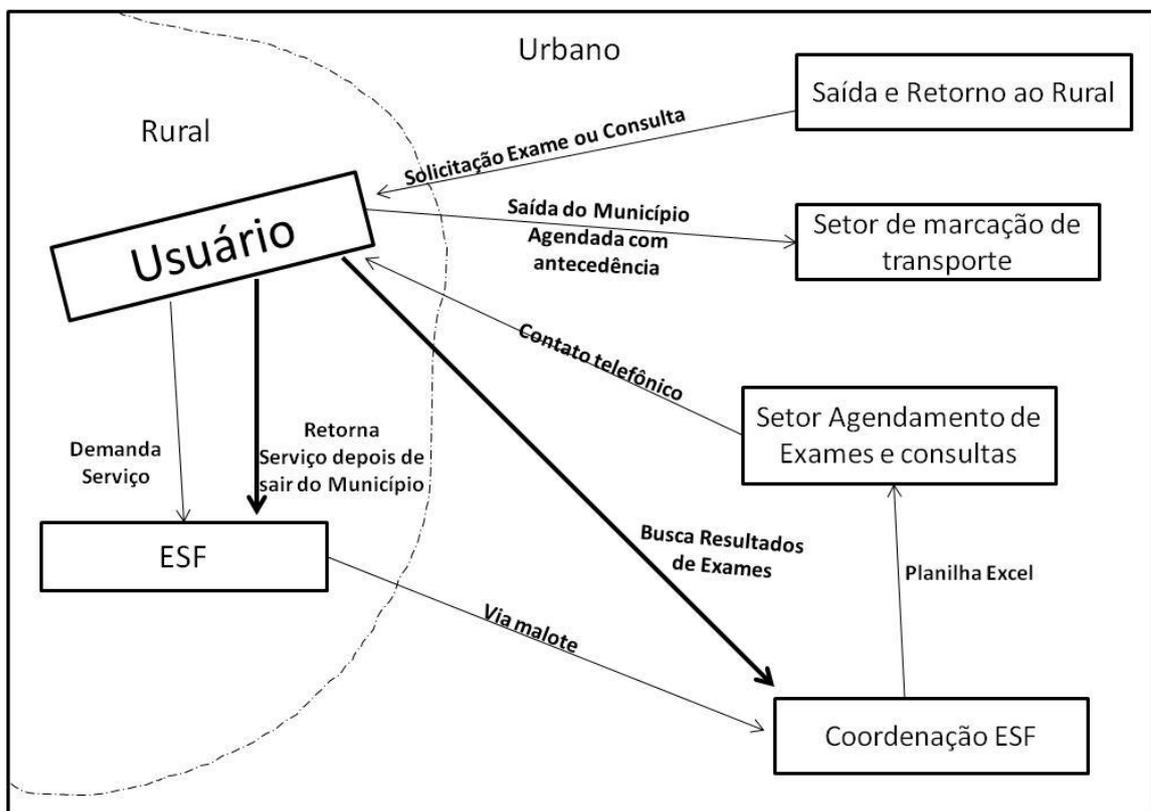
Essa organização quanto aos encaminhamentos tem causado certo distanciamento entre os profissionais da Atenção Básica e os usuários. Os profissionais demonstram ter conhecimento mais claro da trajetória assistencial daqueles que têm encaminhamento para realização de exames dentro do município, pois as solicitações com as datas de realização retornam para o serviço. Mas depois que o usuário é encaminhado para fora do município o profissional não tem informações acerca do andamento dos trâmites que envolvem a saída do usuário, agendamento da realização do exame, de transporte, agendamento de retorno a especialistas. Essa situação é relatada no discurso a seguir.

[...] Então esses que retornam para gente a gente tem assim como saber. Às vezes, até tenta, esses que retornam, ligar e tentar remanejar né [*caso o usuário perca a data da realização*]. Ah, não pode ser antes ou depois. Mas

ao contrário, os outros que é encaminhamento, que é ultrassom ou esses outros tipos de exames, a gente perde o controle. Porque não retorna para nós. Aí, todo o contato é feito direto com o usuário. **Camélia**

A seguir, na Figura 2, ilustra-se o fluxo de encaminhamento dos usuários do rural para realização de exames e/ou consultas fora do município, na qual é possível observar que a ESF fica à margem da comunicação entre os serviços que prestam assistência ao usuário. A comunicação que se estabelece a partir do fluxo formal é a partir do retorno que o usuário dá, especialmente em situação que precisa de novos encaminhamentos para realização de outros exames ou consultas.

Figura 5- Ilustração do fluxo de encaminhamento pensado para o rural em situações em que o usuário é encaminhado a outros serviços.



Fonte: Pesquisa direta, 2012.

Os elementos citados anteriormente dão indício ao quão complexas são as circunstâncias que se estabelecem no trabalho cotidiano dos serviços. Em uma aproximação mais superficial, o fluxo que se institui entre os serviços da rede pode ser entendido como simples, mas ao se observar mais detidamente as ligações que o constituem, percebe-se a complexa posição que assumem os trabalhadores das ESF do rural.

Ao utilizar o termo “integralidade dos encaminhamentos” Onocko Campos (2005) faz um alerta acerca das dificuldades do profissional em deixar-se afetar pelo contato com o outro, o usuário, fazendo com que ele utilize o encaminhamento como uma maneira de proteger-se das implicações que este contato traz para seu processo de trabalho. Isto contribui com a reflexão de que quanto mais distante o entendimento que usuário e profissional têm sobre aquilo que desejam receber e o que desejam oferecer, mais conflitos pode haver entre esses atores. Ou, também, que se reflita sobre olhares paralelos que nunca se cruzam, e que apesar de não se conflitarem também não encontram um ponto comum que dispare relações que mobilizem para além de processos burocráticos, em espaços de “deixar-se afetar”, como afirma Onocko Campos (2005).

Assim, encaminhar, mesmo que seja uma demanda do usuário, também é uma forma de o profissional conduzir aquilo que mais lhe causa sofrimento em outra instância, é uma forma de subverter, nessa ação, a sua fronteira de atuação. Mas, como ressignifica Araújo (2012), para atravessar fronteiras é preciso estar sempre em movimento. Para essa autora, fronteira é um espaço entre, entre aquilo que se conhece e aquilo que se está por conhecer; o que se conhece é um território conformado pelo olhar que se oferece a ele, e o território que virá ao se ultrapassar fronteira será delineado pelo olhar que se pode vir a oferecer. Entende-se, portanto, que é nesse ponto que se estabelecem as possibilidades de os profissionais, reconhecerem suas fronteiras e fazerem o movimento de reconhecer o usuário como sujeito que os auxilia na demarcação dessas fronteiras, pois com ele é possível reconhecer e negociar outras formas de atuar, ou seja, descobrir outros territórios que sejam possíveis de adentrar.

Possivelmente, o que permeia as diferentes rotas de utilização dos serviços são as possibilidades que os usuários têm em buscar aquelas trajetórias que podem encurtar caminho e lhes economizar tempo e dinheiro porque no serviço de Pronto Socorro existe a possibilidade de realização de consultas e exames de forma mais rápida. Em estudo já citado de Oliveira, Mattos e Souza (2009), apesar da valorização, por vezes, descontextualizada que é dada à lógica da porta de entrada no Sistema pela Atenção Básica, os autores explicitam a compreensão dos usuários de que esses serviços significam barreiras para eles. Ainda no mesmo estudo, os autores relatam que esses serviços possuem uma grande limitação de recursos humanos e materiais, ao contrário dos prontos-socorros e hospitais que se apresentam para eles como espaços de maior resolubilidade.

Esse encaminhar realizado pelas equipes tem acarretado filas de espera que geram aos usuários outros produtos, nem sempre positivos, e isso não depende somente de iniciativas institucionais para que sejam reduzidas, mas do envolvimento de diversos setores que

intervêm na construção social da oferta e da demanda. Esse entendimento advém da própria publicação da Política Nacional de Humanização, em 2004, pelo Ministério da Saúde, que, dentre outras prioridades, em especial para a Atenção Básica, já constava a redução das filas e do tempo de espera com ampliação do acesso e atendimento (BRASIL, 2004).

Para Ayres (2011) a humanização e a integralidade têm estreita ligação, pois não é possível promover uma em falta de outra. Declara, ainda, que a integralidade se faz a partir do reconhecimento das ações e da forma e momento adequado de oferecê-las, dependendo assim da ativa participação dos envolvidos nesse processo, considerando-os, em sua plenitude, enquanto seres humanos e cidadãos. Humanizar as práticas de saúde depende de propostas da emancipação dos sujeitos nas políticas e ações em saúde, para que assim seja possível, de fato, oferecer respostas às necessidades em saúde (AYRES, 2011). Pinheiro (2010) também contribui para o debate acerca da integralidade ao dizer que esse elemento pode ser entendido como uma ação social no âmbito das políticas de saúde, daí a importância de se refletir sobre o processo de interação que envolve a oferta e a demanda.

5.1.1.1 O que se constitui primeiro: a comunicação ou a rede?

A comunicação é elemento conhecido de todos os seres humanos, permeia todo o seu cotidiano, todos fazem comunicação, e não seria diferente no trabalho em saúde (ARAÚJO, 2007). A comunicação, para essa autora, é um processo multidimensional, e quando mobilizada envolve as dimensões afetivas, cognitivas, tecnológicas, políticas e econômicas. A redação da Política Nacional que norteia a Atenção Básica diz que uma de suas funções é coordenar o cuidado, sendo o centro de comunicação entre os diferentes pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários por meio de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral (BRASIL, 2012). Esse texto da Política Nacional também revela outras responsabilidades e competências para que as funções designadas à Atenção Básica sejam alcançadas, sobretudo quanto às ESF. Esses serviços que atuam em territórios delimitados necessitam estabelecer comunicação com outros para que uma Rede de Atenção à Saúde seja conformada. No entanto, alguns questionamentos emergem dessas afirmações: quais condições a Atenção Básica possui para que isso seja alcançado? Será que a centralização na oferta de serviços é suficiente para ultrapassar as fronteiras que demarcam o que é de responsabilidade de um e de outro serviço no exercício de se comunicarem entre si?

Para Araújo (2012) o tema da comunicação é reconhecido pela dimensão instrumental que permeia as políticas e práticas em saúde, e isto ocorre pela visão tecnológica que nega seu caráter processual e suas demais dimensões como a epistemológica, teórico-metodológica e política. Sobre a dimensão política, a autora explicita que a comunicação é indissociável das relações de poder, em que os meios de produzi-la concentram-se nas mãos daqueles que possuem mais poder. Cita, ainda, o fenômeno de naturalização de palavras e conceitos, ocultando deles as suas diferentes possibilidades e sentidos, enquanto um produto da luta pela hegemonia na sociedade.

Quando o Ministério da Saúde estabeleceu as Diretrizes para a organização das RAS no âmbito do SUS (BRASIL, 2010; 2012), a Atenção Básica foi considerada o centro de comunicação desses arranjos, com um elemento-chave na sua estruturação como ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado. Esses temas têm especial importância na realidade aqui estudada, pois os profissionais do rural enfrentam dificuldades em compartilhar com outros serviços a responsabilização pela atenção ofertada ao usuário. Está relacionada a isso a existência de pontos críticos quanto à comunicação estabelecida entre a ESF e o setor que recebe o usuário, pois as equipes percebem-se isoladas em seus territórios quanto às trocas de informações e responsabilidades.

Assim, as equipes do rural não mantêm contato com o usuário depois que ele sai do território, de modo que permeiam o fluxo do usuário pela rede de serviços fragilidades na comunicação estabelecida entre os atores envolvidos na oferta de Atenção em Saúde, tanto no movimento feito pelas ESF em encaminharem, quanto daqueles que recebem o usuário. É reconhecido pelos profissionais que as ESF enfrentam dificuldades em trocar informações com outros pontos da rede assistencial. Depois que o usuário sai do rural, seja para realizar exames, consultas ou em situações de internações, não há um fluxo de trocas de informação entre os profissionais, sendo difícil para eles tomarem conhecimento acerca da trajetória assistencial percorrida pelo usuário.

Muitas vezes não fica sabendo, fica sabendo do desfecho daquela situação quando ele retorna na unidade num outro momento, de queixa ou de... Ou fica sabendo através do agente de saúde... Mas não existe a contrarreferência, isso que tu queres saber? Esse retorno não é dado pela rede para o profissional, não, é dado pelo próprio usuário... Pela rede não...
Girassol

Um dos grandes nós de uma rede arquitetada com as ações em saúde pensadas a partir da centralidade da figura do médico é que se esperam dele iniciativas para que exista algum tipo de troca de informações entre os serviços. Além disso, essas trocas devem ser algo

formalizado, materializado em algum protocolo, o que gera questionamentos do quanto é possível compartilhar a responsabilidade sobre a atenção na saúde ofertada. No relato a seguir, é feita referência à demanda por um sistema formal de comunicação entre as equipes, colocando-se sobre a figura do médico as dificuldades de que isso se estabeleça. No mesmo relato, mais adiante constam outras estratégias adotadas por parte do hospital em estabelecer comunicação com a Atenção Básica, mas em casos que consideram como necessário este tipo de comunicação.

A princípio, assim, é uma resistência bem grande da parte dos médicos, porque a gente sabe que o ideal seria que o paciente tivesse a alta e na hora da alta fosse acompanhado no seu local de origem, né?! [...] Então, muitas vezes a questão se dá via telefone da enfermeira do hospital com o enfermeiro da unidade básica ou da ESF. Isso acontece bastante com a questão dos casos que internam, idosos também, né?! Mas por doenças infectocontagiosas, a gente sempre tem essa preocupação, existe uma notificação, em nível de vigilância [...] Falar com a enfermeira, então o contato se dá mais através das enfermeiras do que propriamente do médico.

Margarida

O relato acima mostra que, mesmo em situações em que os profissionais encontram estratégias para estabelecer comunicação esta ocorre em situações específicas, centralizando-a em ações programáticas. Entretanto, apesar de não haver sistematização, no cotidiano das equipes, os profissionais encontram estratégias para obter informações acerca da trajetória assistencial dos usuários. A identificação das internações de usuários pertencentes ao território das ESF acontece basicamente por meio da mediação promovida pelos ACS, em fazer o movimento de trazer informações da comunidade para as equipes. Assim, ao relatarem para as equipes informações que recebem nas visitas domiciliares, transmitem às equipes o que está acontecendo sob seu território de atuação.

Ali, a única coisa que, quem nos salva ali é quem visita, né?! O agente de saúde para a família, de nos falar em que pé está. Porque eles estão seguidamente na casa, então já sabem, não ó, o pessoal já... **Dália**

[...] Não sei essa parte, as pessoas que me avisam. Os agentes comunitários trazem as informações para o posto, através da gente, se a gente não fosse visitar eles nem, não sei como iam ficar sabendo. **Cerejeira**

A comunicação entre os próprios membros das equipes se mostrou frágil. O ACS, apesar de ser mediador das informações da comunidade para a equipe, especialmente acerca das internações e do desfecho dos encaminhamentos, não pode manusear os prontuários dos usuários para saber informações ou relatar alguma situação em prontuário, exceto em situações específicas.

Não, ele não mexe em prontuário, só quando tem algum, a gente está meio ocupado com vacina, aí outro colega foi para um grupo e se o médico está na unidade, às vezes, o médico dá. [...] mas não fica olhando e revisando o que foi feito, essas coisas não, só pega ali para botar na SIASUS e entregar para o médico, pedir receita que o paciente precise, mas para olhar, anotar, não, aí não. **Tulipa**

Face à realidade, o ACS é um reconhecido mediador na ampla e dinâmica rede de comunicação que se estabelece quando se propõe a oferecer atenção em saúde (ARAÚJO, 2007). Para a autora, o “mediador é um elo a mais na rede de comunicação que permeia e move as ações de saúde” (p.111). Para que sua intervenção seja potencializada ele deve ser reconhecido pelas implicações que tem, com suas próprias estratégias, imprimindo seus próprios sentidos ao conteúdo que pretende repassar, ou seja, não apenas reproduzir informações (ARAÚJO, 2007). Dessa forma, as equipes, ao não abrirem espaço para estabelecer relações mais horizontais com o ACS, fazem com que parte do potencial desse mediador seja perdido face às parcerias e maior aproximação que poderiam ter, o que seria o esperado do modelo de atenção que se propõe para as ESF.

Alguns profissionais trabalham há muitos anos nas comunidades ou são moradores nelas, o que facilita com que exista a troca de informações entre as ESF e os hospitais. No entanto, conforme relatado por uma profissional que, à época, trabalhava nesses dois espaços, mesmo que seja formalizado pela gestão do Município que os encaminhamentos devem ser dados para o hospital do urbano é de mais fácil acessar informações no hospital do rural.

Essa comunicação existe, porque sempre tem alguém que traz ou eu vejo [*profissional trabalha no Hospital*], o familiar depois vem e relata, eles gostam de trazer junto os exames que fizeram, mostrar para um segundo profissional para ver se tem outra opinião. Então, isso, essa comunicação existe. [...] Com a Santa Casa aí já... Foge um pouco, já existe uma distancia um pouco maior e os exames lá, acho que pelo SUS, eles ficam no hospital, o paciente faz exames dentro do hospital e os exames ficam ali, ficam arquivados. Mas assim, o paciente chega e nos relata o que aconteceu, eles vem e contam para nós [...] **Lírio**

O acompanhamento dos informativos, transmitidos pelas rádios do município, facilitam o reconhecimento das internações que acontecem entre os usuários do território das ESF, e as informações que familiares fornecem ao serviço também se mostraram úteis para o reconhecimento da trajetória assistencial, tanto em situações de internações quanto em situações em que o usuário sai do território. Entretanto, uma dificuldade em estabelecer comunicação apontada pelos entrevistados é que nem todas as ESF dispõem de telefone instalado, o que tem dificultado, em alguns locais, o estabelecimento de comunicação entre as

equipes e demais serviços do Município. Por outro lado, não foi presenciado, durante a pesquisa, entre aquelas que dispõem de telefone o estabelecimento de comunicação.

[...] muitas vezes eu escuto, tem um programa na rádio, que informa os passageiros internados, tanto da Santa Casa como da Reserva, aí, eu não sei por que já tenho esse hábito de casa, de escutar. Aí, identifico na hora, ah o fulano é da nossa área, aí chega aqui já anoto num papelzinho, quando vem algum familiar ou pessoa aqui, eu pergunto, o que aconteceu que o senhor estava internado, aí me falam, às vezes, quando eu acho necessário eu anoto
[...] **Tulipa**

Agora não dispomos mais dessa ferramenta [*rádio comunitária*] e a coisa aqui degradingolou para meu telefone, para uma coisa maluca que não é real, mas enfim é o que a gente tem. Não tem telefone na Unidade, esse telefone eu já estou com vergonha de pedir, fiz tantas solicitações, os usuários já fizeram, pessoas que participam do conselho local, colocamos em ata. Então, eu larguei de mão, prefiro pegar o meu e fazer o que está no meu alcance.
[...] **Lírio**

Os profissionais relataram sobrecarga, inclusive fora do horário de trabalho, ao utilizarem seus telefones particulares para o trabalho das equipes, sendo sua utilização reconhecida como um importante instrumento para eles. Frente ao distanciamento vivenciado pela Atenção Básica dos demais pontos de atenção, os profissionais declararam sentirem-se sozinhos na incumbência de ofertar atenção em saúde aos usuários, como se houvesse um vazio entre o atendimento realizado por eles e o atendimento realizado por outros serviços da rede assistencial. Na fala a seguir, o profissional demonstra que as fragilidades na comunicação entre os setores se traduzem diretamente em seu trabalho.

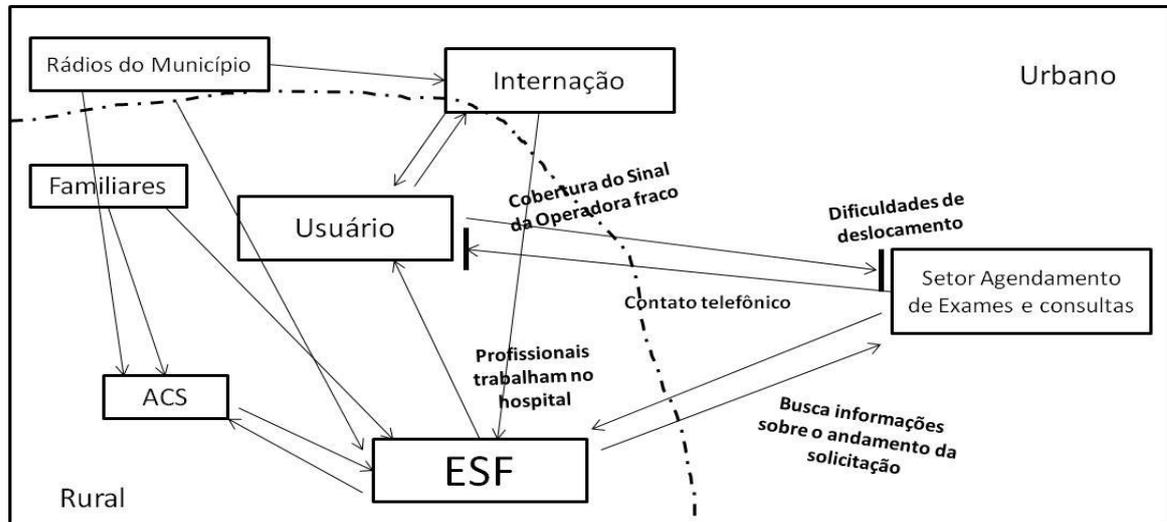
[...] Porque assim, a gente faz [*encaminhamento*], o que eu noto que teria que ter, aí sei lá, dar um retorno bem melhor. Porque a gente fica sozinho nessa situação, não é?! [...] Ah, não, mas não tem nada assim, deles entrarem em contato conosco, não. [...] Não, nada, nada, nada. Bem, é bem distanciado... Fica assim como se a gente estivesse trabalhando isoladamente, né?! **Azaléia**

A seguir, na Figura 3, esquematizam-se algumas das dificuldades e estratégias que o usuário do rural enfrenta para acessar o serviço que deseja. Nessa Figura, a linha pontilhada representa a distinção entre o território do rural e do urbano, e partindo-se da centralidade do usuário verifica-se que cobertura das operadoras de telefonia celular é deficiente em algumas áreas, o sinal é fraco e constitui uma limitação à comunicação, gerando deslocamentos. Desta forma, o setor responsável pelo agendamento de consultas e exames entra em contato diretamente com a ESF, esta por sua vez se comunica com o usuário de seu território, ou o usuário solicita que a ESF entre em contato com o setor. Assim, a equipe busca informações

sobre o andamento de exames ou sobre a posição na fila de espera pela saída do município por meio de telefones próprios ou quando retornam ao urbano.

Outros instrumentos importantes são os ACS que circulam pelo território e têm contato com usuários, familiares, e escutam as rádios do município, trocando informações com as equipes sobre os usuários que internam ou que precisam de algum encaminhamento. De mesma forma as rádios e os familiares também exercem importante função na comunicação, além dos profissionais que trabalham no hospital e também nas ESF. Assim, apesar de a coordenação da Atenção Básica ter pensado o fluxo (???) de encaminhamentos, em que as ESF encaminham e têm como controle somente suas anotações administrativas dos serviços, ela não se mostra um dispositivo facilitador de comunicação no cotidiano dos serviços.

Figura 6- Ilustração das dificuldades e estratégias para estabelecer comunicação.



Fonte: Pesquisa direta, 2012.

As ESF não têm o hábito de se reunirem enquanto grupo de serviços que presta assistência ao rural, não havendo a rotina de reuniões entre elas nem no urbano e nem no rural, assim, quando chegam ao urbano, os profissionais se dispersam. Além disso, acerca da necessidade de haver trocas de informações entre as equipes, outro profissional questiona o quão resolutivo seria a inserção de mais profissionais nas equipes, NASF, se não há contato entre elas.

É difícil, a única comunicação que a gente consegue ter às vezes com outras equipes porque acaba que na cidade e vai cada uma olha para o seu lado, ninguém quer ficar fora do horário. Em reunião a gente discute a reunião e vamos embora. É difícil ter este contato de equipe com equipe, para poder sentar trocar ideias. A gente procura todo mundo tentar trabalhar na maneira com que vem de cima exigido. Mas sentar e conseguir trocar ideias isso é muito difícil. [...] **Camélia**

É tudo muito solto, [...] Ainda mais se tu fores ver, conforme está vindo o NASF, tu vê, são mais profissionais, então não adianta tu teres mais profissionais se não vai, a gente não vai tendo reuniões e tudo, até para discutir, então fica tudo num trabalho individualmente. Muito em EUquipe, né?! **Azaléia**

Entretanto, mesmo sendo identificado tanto na fala dos profissionais do urbano quanto do rural que a busca dos usuários por serviços que não as ESF são inadequadas à concepção que têm da rede de atenção em saúde, as iniciativas para que discutam sobre essa situação e trocas sobre os casos, ainda são limitadas. Essa dificuldade em estabelecer comunicação entre

os atores da rede acaba levando os profissionais a terem dificuldades em discernir possibilidades de que isto exista.

Eu não vejo, não consigo ver a relação, por exemplo, ESF com Santa Casa [...] das internações aqui da parte médica depois que vai para o Pronto Socorro, Santa Casa, não tem uma relação de acompanhamento depois só quando acaba voltando. Claro que quando vai para lá, se é uma internação que vai com a Kombi, com o transporte da ESF aí vai o enfermeiro, vai médica junto até o Pronto Socorro. Depois disso aí já fica tudo lá com eles e falta um pouco de comunicação. **Açucena**

Um ponto a ser ressaltado é que se espera que a comunicação seja conformada a partir da constituição de ferramentas formais, como os protocolos de referência e contrarreferência, depositando-se na figura dos profissionais médicos a responsabilidade com seu preenchimento, como foi mais bem explicitado em falas anteriores. Entretanto, conforme evidenciado em outras passagens, à medida que os profissionais entendem como necessário e válido, eles encontram, no cotidiano, diferentes maneiras de obter informações sobre a trajetória do usuário, mesmo que a comunicação enquanto relações de trocas de informações interessadas se deem com menos frequência entre os serviços de saúde.

O exposto acima denota características maiores que permeiam essas situações, como o baixo reconhecimento do papel desempenhado pelas próprias estratégias que encontram. Como ilustração disso, Pinto (2011) relata que existem dificuldades em reconhecer o destaque que possuem os ACS em realizar a mediação entre as comunidades e as equipes, relação que pode ser transportada às demais estratégias de comunicação descritas anteriormente, considerando-se o papel desempenhado pelos próprios profissionais que se inserem no hospital e na ESF concomitantemente às rádios que transmitem os informativos. Ainda para a pesquisadora, esse insuficiente reconhecimento pode estar associado à interface que, no caso estudado por ela, os ACS têm junto aos demais profissionais da saúde, pois, mesmo integrantes das comunidades e componentes da esfera da vida pública, estão no papel de representantes da equipe assistencial e não da esfera da representação política. Assim, como acontece com as demais estratégias utilizadas pelas equipes, os ACS auxiliam, mas não têm representatividade junto à gestão do município, sendo suas ações entendidas, sempre, como uma estratégia a mais e não como uma ferramenta importante, de certa forma já incorporada ao cotidiano. Igualmente, as ações desenvolvidas pelos ACS fossem **compreendidas** sob a perspectiva da importância que tem poderia haver investimentos em fortalecê-las e **associá-las** ao trabalho que desenvolvem, no sentido de terem maior reconhecimento, tanto para as equipes nos diferentes pontos da rede como para a gestão em saúde do município.

Dentre as potencialidades e fragilidades em estabelecer trocas de informações sobre o usuário, nos casos que envolvem os serviços de Saúde Mental existe maior facilidade em estabelecer comunicação, principalmente, pelo esforço empreendido pelos profissionais que trabalham nesses serviços, sendo citados nomes de pessoas que se mostraram como referência para as ESF. Assim, os profissionais das ESF são informados sobre os casos que recebem alta hospitalar, além de receberem orientações para seu acompanhamento.

[...] os únicos pacientes que, às vezes, a gente consegue ter, às vezes, um contato e trocar alguma ideia são os pacientes que vão para o CAPS, esses a gente consegue, e tanto que quando eles dão alta e o CAPS ainda faz contato com a gente informando das altas. Então, esses a gente consegue. Poderia ser assim com os outros também. O paciente deu alta: oh, o paciente tal deu alta, tem como vocês acompanharem? Ou, estamos passando pra vocês o caso tal, foi resolvido o paciente está voltando bem, quando vocês puderem. [...].

Camélia

Isto poderia estar se refletindo, na situação em que a pessoa quando sai do território para utilizar serviços perde o contato com ESF, fica dependente da SMS e os profissionais da ESF não recebem informações de maneira formal. A posição da AB, em ficar à margem quanto ao fluxo de utilização dos usuários depois que saem do serviço reflete, de certo modo, a maneira como a comunicação é estabelecida entre os serviços do município.

Entretanto, entre os serviços e setores que compõem a rede assistencial foram encontradas iniciativas de comunicação. O descontentamento em receber usuários que não seriam de responsabilidade ou que deveriam ser atendidos na Atenção Básica e que procuram pelo serviço de PS do município incitou que houvesse a iniciativa de aproximação entre a gestão do hospital e a gestão em saúde do município. Nesse momento foi discutida a necessidade de haver a implementação de medidas que diminuíssem a demanda por esse serviço. Entretanto, o informante reconhece que esse não é um assunto constante de discussões, as quais não fazem parte da rotina dessas coordenações.

É, não, foi discutido pontualmente com o secretário, né?! A gente até se coloca à disposição assim da rede básica para palestras, para enfim, para, né?! Para trocas na verdade, experiências, para tentar dar um apoio maior e isso funciona muito bem, na parte infantil, principalmente na parte de neonatologia, em função do aleitamento materno, todas essas questões, mas assim, na parte de idoso assim, os próprios, as próprias unidades e as ESF elas têm os seus grupos, de prevenção, então elas debatem vários assuntos assim... Mas não se discute isso regularmente... Não, isso foi uma questão pontual que foi levada para o secretário, pelo nosso presidente da instituição, foi conversado, foi colocado para ele... Ele disse que ia, né?! Então, implementar algumas medidas para tentar reduzir. [...] **Margarida**

Também, em outra situação, na fala de um dos profissionais responsáveis pela marcação de exames fora do município a demora pela realização de exames descrita pelos profissionais poderia dar-se em função de não haver maiores esclarecimentos quanto ao preenchimento dos formulários de encaminhamentos por parte dos médicos que os solicitam. Mostrando-se aberta às possibilidades de haver momentos de encontro entre esse setor e os profissionais da Atenção Básica, a entrevistada diz que é possível haver momentos em que maior comunicação possa ser estabelecida.

Nós normalmente ligamos, mas o que eu pedi para nosso secretário, porque o médico ele está lá, muda muito, eles não sabem como funciona nós e o que eles têm que colocar na justificativa, porque muitas vezes eles mandam "ao especialista" não colocam nem o problema da pessoa e a maioria das marcações são com CID... Vem praticamente esse encaminhamento em branco e continua vindo, canso de falar com o [...], pedi para ele para que a gente possa participar de uma reunião para que a equipe tire as dúvidas conosco, perguntem tudo o que quiserem e nós também. Nunca tive essa oportunidade, cansei pedindo isso. Por que... Não sei que interesse tem que não... Nunca houve, nunca houve esse momento [...] **Bromélia**

A descrição mais minuciosa do fluxo de encaminhamentos e da comunicação entre os serviços traz consigo a reflexão das consequências disso para o usuário, pois no ato de “vai para lá e volta para cá” as possibilidades de compartilhamento de responsabilização são menores a cada trecho de sua trajetória assistencial. Campos e Amaral (2007) declaram que, frente às formas de contratação e de gestão do trabalho em saúde, em que cada vez mais os trabalhadores perdem sua autonomia, menos possibilidades as equipes tem de se responsabilizar pela atenção ao mesmo paciente durante todo o processo terapêutico. Ainda mais quando o próprio processo terapêutico se fragmenta frente à ultraespecialização das profissões em saúde, de modo que há um aumento sistemático do número de profissionais que intervém em um mesmo caso.

5.1.2 Tensões entre o urbano e o rural: o saldo é de quem?

Quando uma rede de atenção é a proposta para o enfrentamento das situações de saúde da população todos devem reconhecer suas dependências e interdependências, não havendo espaço para a centralização de poder ou imposições. Somente assim é possível construir condições para se operar serviços, organizações e sistemas que compõem a rede com eficiência e melhoria do acesso (SANTOS, 2011). A partir daqui, colocamos em contraposição o que é institucionalizado como o ideal para uma RAS e o que é vivenciado no cotidiano dos

serviços. Como já descrito na problematização da proposta de estudo, em um primeiro momento o município em estudo dispõe de serviços de diferentes densidades tecnológicas e proeminência na oferta de serviços da Atenção Básica. Portanto, entende-se que, estruturalmente, existe uma rede de serviços conformada de maneira satisfatória frente à população que nele reside. A partir da descrição que se teve em analisar os dados que retratam os serviços de saúde do município, adentra-se na rede assistencial do município, no cotidiano vivenciado pelos usuários. (é isso???)

Quando estive em campo, a realidade do Município quanto à disposição de ESF no Rural motivou-me muito em relação ao quanto é possível manter equipes nessa modalidade e em determinados momentos surgiu a seguinte reflexão: se existe a instalação física dos serviços haverá sua procura. Caso contrário, obrigatoriamente existirá o deslocamento para o urbano e todos os percalços que dele advém, como o demonstram estudos já realizados pelo grupo de pesquisa no qual se insere este estudo (ROESE, 2005; RIQUELMO, 2008; BURILLE, 2012).

No entanto, como já se discutiu na revisão de literatura, a relação que se estabelece entre oferta e demanda não é cartesiana o suficiente para legitimar essas reflexões. Também, em campo, obteve-se diferentes relatos e se presenciou a busca pelos serviços do meio urbano por parte dos moradores do rural, situações nas quais se questionou o porquê disso acontecer. Esse e outros questionamentos aguçaram o olhar para alguns fatores que foram desvelando-se durante a estada no município e que se pretende, minimamente, sistematizar neste estudo, o que se ambiciona que contribua com a gestão do município.

A descrição a seguir dispara a ilustração da diversidade das vicissitudes que envolvem a busca de serviços de saúde pelos usuários no cotidiano. Trata-se do caso de uma pessoa que procurou um serviço do meio urbano em função da demanda por um sistema de referência para consulta com especialista, o profissional narra o caso e expõe a possibilidade que a usuária tinha em conseguir este mesmo recurso na ESF inserida no meio rural.

[...] eu atendi a uma senhora, da zona rural, ela foi direto ao PS... Aí ela foi atendida ali no PS... E ela precisava de um encaminhamento para um urologista... Tem que organizar, aí o que eu ofereço para ela, olha: - Ofereço, ela é lá da colônia, ou a senhora volta para lá, porque ela não é daqui, consegue ser atendida lá, com a sua médica... Ou a senhora vai ter que dormir aqui hoje, para amanhã ser atendida... Porque eu já marquei para as sete e meia da manhã as fichas, tu entendes? Existe um quantitativo de fichas, porque pela nossa proximidade ao pronto socorro, se a pessoa está passando, sentindo muita dor... Ela não vai ficar ai esperando o dia inteiro, ela já vai ali e consulta... Então, são essas coisas assim... Aí ela vai dormir

aqui para ser atendida amanhã de manhã. Vai ficar na casa de um parente. Porque ela precisa de um sistema de referência. **Iris**

O usuário ao buscar serviços no urbano do município enfrenta a limitação de ter que se adequar aos horários de ônibus que não se ajustam ao horário de funcionamento de um dos principais serviços buscado por eles, tanto por demanda espontânea quanto por agendamento prévio para especialidades, a Unidade Básica de Saúde Central (UBSC), barreira que também foi apontada por Roese (2005). Assim, aqueles usuários que optam por receber atendimento no serviço citado, a partir de demanda espontânea, precisam conseguir um lugar na fila de atendimento, uma ficha. Essas fichas de atendimento são distribuídas ao final da tarde, todos os dias, e o atendimento é realizado às 7h30min da manhã. Mas nem todas as localidades dispõem de ônibus que cheguem nesse horário, fazendo com que tenham que dormir na cidade um dia antes para receber atendimento.

No caso relatado, o serviço seguiu o que é instituído como regra, as fichas de atendimentos foram distribuídas em um único horário, e caso a usuária tivesse, de fato, interesse em acessar a oferta que almejava no serviço deveria impreterivelmente se adequar à sua rotina. Com isso, o profissional legitima o entendimento de que a Atenção Básica deveria ser a porta de entrada do usuário para acessar o recurso que desejava, no sentido de que a normatividade instituída foi seguida e as consequências que isso ao usuário se colocou como secundário na situação.

Entretanto, como já descrito, quando a Rede de Atenção tem sob a coordenação a Atenção Básica, a integralidade é um dos balizadores de sua concretização (SILVA, 2011) e esse conceito, quando tratado por Mattos (2009), para ser exercido se refere aos encontros entre profissionais e usuários, e exige do primeiro a capacidade de compreender o sofrimento ou seu risco manifesto pelo outro nos diferentes contextos de vida em que se insere. Indo além, essa prerrogativa implica, antes disso, a compreensão desses contextos e os significados das ofertas de cuidados que se fazem necessárias ao outro. Assim sendo, a integralidade quando pensada sob a lógica da organização dos serviços envolve o esforço de construir determinado arranjo das práticas dentro de um serviço ou arranjo de serviços de modo que propiciem encontros mediados pela integralidade (MATTOS, 2009).

A partir desse entendimento, o autor é enfático ao expor que, balizar encontros ou organização dos serviços significa, a priori, colocar o usuário no centro das discussões sobre quais seriam os melhores arranjos dos serviços para ele (MATTOS, 2009). Dessa forma, contrasta-se o quanto isto é possível no cotidiano dos serviços, pois, a partir do discurso dos profissionais, evidenciou-se a valorização da normatividade quanto ao fluxo de utilização, em

que, inicialmente, os usuários deveriam buscar essas equipes porque estão instaladas fisicamente nas comunidades. Assim, a percepção dos profissionais acerca da maneira como os usuários percorrem a rede de serviços em busca do atendimento de suas necessidades em saúde nem sempre é positiva.

Sim, tu imaginas assim todo esse pessoal se desloca para lá, passa o dia inteiro lá... E aí a pessoa resolve fazer um pagamento e passa por aqui, ou se não se ele sentir uma dorzinha, vai ali para o hospital. Porque não foi procurar lá primeiro? Aí que eu te pergunto por que não foi lá? E veio direto para o PS? **Iris**

É, são equipes completas, são equipes que tem um custo gigante para manter e tem localidades que assim, não sei se tu conhecesse todas, mas tem localidades que é de difícil acesso e tem uma equipe completa e qualificada para atender. **Margarida**

A validade dos investimentos do município para manter as ESF atuantes nos territórios do rural também é questionada. As equipes do rural foram as primeiras a serem montadas; no urbano esta organização encontrava-se em fase de implementação ao se realizar o presente estudo. Esta situação coloca os profissionais na posição de que existe a possibilidade de acesso no meio rural, e a oferta de atenção deve ser buscada neste espaço, e o que existe no urbano segue uma organização que não necessariamente precisa se adequar às especificidades que envolvem os usuários que moram no meio rural.

O fluxo percorrido pelo usuário é compreendido como inverso ao preconizado, ou seja, o usuário ao invés de primeiro buscar a Atenção Básica e, depois, o hospital, sai do território procurando o hospital, depois retorna em busca de serviços da Atenção Básica, revelando, na fala do profissional, a lógica de que o usuário deveria obrigatoriamente buscar a Atenção Básica como sua primeira escolha. Do mesmo modo, a carga de responsabilização é transferida para o usuário, no sentido de que, parte do usuário o empreendimento dessa busca, porque ele quer encontrar uma referência biológica que a justifique.

Porque faz um caminho inverso, da internação eles vem aqui. Seria o inverso, seria daqui em função da internação, então parece que eles não se convencem, isso acontece bastante, isso sim. Ou, foram ao Pronto Socorro, hoje eu atendi uma menina, uma moça, foi ao Pronto Socorro. E aí veio aqui, tu entendes? Mas o que acontece? Aquela questão, não encontraram alguma coisa, mas tenho que encontrar, porque eu tenho alguma coisa, então eles, entendes? Parece que... E de lá encaminharam para que aqui fosse investigado. **Azaléia**

Por outro lado, os trabalhadores das ESF descrevem que a busca pelos serviços do meio rural também ocorre de maneira recorrente pelos usuários. Esses trabalhadores

questionam de que modo atenderão a todos os usuários que buscam consultas médicas no serviço, denunciando, assim, o mal-estar que vivenciam ao sentirem-se impotentes frente à demanda que possuem.

[...] têm pessoas que vem quase todo o mês. E aí como a gente tem 3 mil e poucas pessoas não tem como tu venceres todo mundo. Porque uma vez que eu participei de uma reunião com o secretário, o sistema oferecia no máximo duas consultas por ano para cada pessoa. Para ti consegues atender toda a demanda. Aí é uma consulta, um retorno e depois uma consulta de novo, se não tu não consegues. Se somar todos assim, os dias de consulta, quantas consultas por mês e se tu somares essa população, não tem. E esse monte de pessoa aí que toma antidepressivo... **Gérbera**

Assim, é possível de ser respondida a questão do profissional que pergunta: “Por que não foi lá?” Sim, o usuário busca serviços no meio rural e também no meio urbano, o que era de se esperar, pois há estreita relação entre a oferta e as demandas norteadas pelo modelo biomédico já descrito na revisão de literatura. Franco e Merhy (2010) dão pistas do porquê disso acontecer, e relacionam a produção da demanda por diferentes serviços ao não atendimento à determinada necessidade dos usuários, fazendo com que eles busquem diferentes serviços no intuito de alcançar o cuidado que acreditam ser o eficaz. Desta forma, é possível compreender que, independentemente de haver ou não a oferta concreta de ações assistenciais, o usuário fará o percurso que acreditar ser o melhor, ou seja, aquele que o levará a concretizar o consumo de determinada oferta em busca da resolutividade para seu problema de saúde, a partir de critérios estabelecidos por ele e experiências vividas previamente.

Exalta-se, assim, a compreensão de que a expansão do quantitativo de ESF isoladamente não garante a construção de um novo modelo assistencial em saúde, para isso é fundamental o desenvolvimento de novas racionalidades em saúde (ALVES, 2005). Mas essa expansão tem favorecido a equidade e a universalidade da assistência, no sentido de expandir a partir de espaços onde anteriormente o acesso físico ao serviço era mais restrito. Mesmo assim, as práticas do cotidiano e o processo de trabalho tensionam de maneira importante a forma como as ações em saúde são praticadas (ALVES, 2005).

A proposta de implantação das ESF em território nacional teve como um de seus objetivos o rompimento do modelo centrado na saúde individual e na cura da doença, em que o foco não é a doença como um estado, mas como o processo de adoecer, não se tem como meta a cura, mas o cuidado como um processo (SARTI, 2010). A partir disso, é inquietante pensar que a disponibilização física de serviços não é suficiente para resolver os problemas em saúde dos usuários e que a proposta de implantação das ESF se pauta exatamente na

tentativa de interferir na lógica demandada e oferta baseada nos processos de adoecimento individual. Não que isso não se faça necessário, mas quando realizado como um modelo de atenção gera dependência em seus usuários e se faz como um nó crítico para a Atenção em Saúde que se estabelece.

Como já se mencionou, o encaminhamento por parte dos profissionais das ESF para o urbano ocorre em situações de internações, realização de exames ou consultas com especialistas. Nos momentos em que os profissionais do rural encaminham usuários para o serviço de Pronto Socorro do urbano, fluxo formalizado no município, foi verificada determinada dualidade quanto aos entendimentos acerca desse processo entre os profissionais desses espaços. Aqueles que se inserem no rural, quando se veem frente a essa situação demonstraram descontentamento com seus possíveis desfechos, pois nem sempre o motivo de encaminhamento é entendido como necessário no urbano. E, por outro lado, os profissionais do urbano, demonstraram insatisfação quanto a determinados tipos de demandas apresentadas ao serviço, por entenderem-nas inapropriadas ao tipo de atendimento prestado neste espaço.

Contribui com essa conformação a realidade de que, em algumas situações, os profissionais têm consciência de que o Pronto Socorro possibilitará aos usuários acesso facilitado e com mais rapidez a exames, contrariamente ao que tem acontecido pelo fluxo formal de encaminhamentos. Apesar de o usuário já estar com o encaminhamento para realização de exames, por vezes os profissionais se deparam com circunstâncias em que precisam que ele faça algum exame diagnóstico para que seja realizada a intervenção medicamentosa, evitando, assim, o agravamento do quadro clínico.

Não é correto encaminhar para realizar exames no Hospital né, mas, às vezes é a maneira mais rápida que a gente encontra e, às vezes, tu encaminhas também paciente com dor precisando de uma avaliação, de repente até de um exame rápido para gente poder dar um diagnóstico. Mas muitas vezes eles não fazem, eles medicam e mandam embora. **Camélia**

Se tu tomas uma atitude de encaminhar um paciente ao hospital eu acredito que é porque na base, na Atenção Básica, você não tem não tem condições de dar um suporte melhor. [...] **Rosa**

Em determinados momentos, os profissionais não têm conseguido que o usuário do rural, encaminhado para o urbano, seja internado, mesmo entendendo como importante a internação. Isso tem gerado insatisfação, tanto para usuários quanto para profissionais, e estes últimos se mostraram insatisfeitos com a forma como o serviço considera a demanda em saúde do usuário que se desloca do território da ESF. Isso demonstra que existe determinada incongruência de entendimento entre os profissionais do urbano e rural.

Só que, às vezes, é complicado, tu encaminhas o paciente, ele chega à Santa Casa e aí ele não concorda com o que fizeram lá. E, às vezes, não querem nem ir mais, daqui para lá. Têm pacientes que, às vezes, me dizem: - Não adianta me encaminhar para lá, porque eu chego lá e eles não vão fazer nada.

Camélia

É e muitas vezes com encaminhamento, o paciente chega ao pronto socorro, com o encaminhamento do médico do interior, no caso da Estratégia, e muitas vezes ainda ele não consegue internar, ele não consegue ficar no hospital. Porque ele depende da avaliação do médico plantonista, né?! É muito difícil trabalhar com a figura do médico Vilma, é bastante difícil assim... **Girassol**

No discurso dos profissionais do urbano, alguns pontos foram levantados no sentido de que os usuários estariam idealizando que no Pronto Socorro poderiam realizar exames diagnósticos com mais facilidade. Os usuários deixariam de passar pela ESF, indo ao Pronto Socorro, e depois indo diretamente a ESF. Isso denota que é sabido tanto pelos profissionais quanto pelos usuários que o encaminhamento formal para o Pronto Socorro poderá ser realizado, pois conforme relatado por profissionais do rural isto pode ser uma vivência prática frente à demora em realizar algum tipo de exames via solicitação de exames.

E, às vezes, consulta assim: - Ah, eu caí faz quatro ou cinco dias e meu pé está doendo. Isso não caracteriza mais urgência e emergência, se ficou quatro dias, né?! Essas coisas poderiam ser atendidas em nível de unidade básica, na ESF, mas o pessoal vem aqui procurar por quê? Por que eles têm ainda aquela concepção de que assim ó: no hospital tem raios-X se eu precisar, no hospital tem mais medicação se eu precisar. Então eu vou lá, já faço os raios-X, já sou medicado, mas sabe?! [...] Não são todos os casos que eu vou precisar de raios-X, mas a maioria, claro, se eu preciso de raios-X, eu não vou lá à ESF porque eu vou passar por uma consulta, o médico vai me encaminhar para o Pronto Socorro, porque eu tenho que fazer um raio-x, porque eu corto esse caminho e vou direto para o pronto socorro. Só que muitas vezes não tem necessidade do raios-X, ele teria resolvido esse problema dele lá na ponta. [...] **Margarida**

Mesmo afirmando que esse é o entendimento dos usuários, pois para os profissionais do urbano eles somente realizarão exames se for estritamente necessário, existe a consciência por parte do urbano de que, buscar esse serviço é uma forma de encurtar a trajetória, porque se os usuários buscarem a ESF em casos como o citado haverá o encaminhamento para o PS.

A partir do olhar dos profissionais do meio urbano, os usuários do meio rural saem de seu território e buscam outros serviços desnecessariamente, momento em que a demanda seria fruto da irresponsabilidade dos usuários, pois eles deveriam buscar as ESF. No entendimento desses profissionais tem-se bem claro que exames diagnósticos devem ser solicitados pela

ESF e os usuários devem respeitar o fluxo formalizado. Dessa forma, essa função não é responsabilidade dos profissionais, porque somente realizarão exames se for estritamente necessário.

[...] um paciente de fora que veio com pressão 21 por 11, já toma anti-hipertensivo, bom, exames não são feitos por aqui... Controle de PA terá que ser feito, mas diariamente na sua unidade, então vamos examinar o paciente, será normalizado a pressão e se manda para casa. Claro que, se tiver dor no peito vai ser feito o eletro, vai ser feito os exames que forem necessários... Mas aqui se dá o nosso primeiro atendimento e aí depois o paciente é liberado. Claro, tu vais dizer para o paciente que aqui foi normalizada, mas que ele precisa fazer um controle, precisa fazer seus exames de rotina, que volte para sua unidade para fazer isso. **Hortência**

Frente a essas ilustrações, parece evidente que a busca por serviços de saúde no urbano por residentes do rural é algo comum no cotidiano dos serviços, e ocorre por diferentes motivos. Mas, mesmo assim, algumas possibilidades de acesso a receitas médicas, medicação de uso contínuo e atestados médicos foram sendo dificultadas via hospital, na tentativa de coagir o usuário a buscá-los na Atenção Básica e procurar o Pronto Socorro somente em situações de urgência ou emergência. A seguir, um relato sobre essa estratégia, em que, segundo o informante, tenta-se educar o usuário, no sentido de imprimir nele a normalização do uso do serviço e disciplinamento de suas escolhas, ao limitar-lhe a oferta de determinados serviços.

Então, algumas coisas a gente tentou limitar para quê não ocorra isso, para que eles usem o serviço (*de AB*) [...] algumas coisas a gente começou a tentar dificultar, por exemplo, a questão de receitas... A gente não fornece receita porque é atendimento de urgência e emergência... Não vai ter, aqui não é para estarem fornecendo receita de medicação diária, questão de atestados, então algumas coisas nesse sentido e os nossos próprios plantonistas estão tentando educar os pacientes e estão tentando evidenciar a questão do posto, o mesmo atendimento que eles têm aqui de consulta eles tem esse atendimento lá no posto próximo da casa deles que não tem necessidade do deslocamento. E isso assim ó parece que está surtindo certo efeito, mas não é uma coisa... Assim ó, ainda não é uma coisa assim gritante que a gente possa visualizar isso, mas a... Parece que vem diminuindo gradativamente... [...] **Margarida**

Essa organização, apesar de ter o intuito de ordenar o fluxo de utilização, acaba trazendo mais dificuldades aos usuários que moram no rural, em especial em determinadas épocas em que o cultivo de plantações exige maior tempo de trabalho das famílias e dedicação a tarefas que precisam ser realizadas em horários específicos do dia. Essa lógica também reafirma que a Atenção Básica deve dar conta da demanda dos usuários, mas lhes impõe a condições que reafirmam esse nível de Atenção como porta de entrada. Mas, conforme

relatado pelos profissionais que atuam nesses serviços, isso nem sempre é possível de ser tomado como incumbência exclusiva dos mesmos.

A lógica de porta de entrada, organização considerada como a mais adequada economicamente, onde a Atenção Básica seria o primeiro nível a ser obrigatoriamente buscado pelo usuário em situações que demandassem atenção em saúde é questionada por Mattos (2009). Esta lógica causa algumas incompatibilidades com os princípios do sistema de saúde, pois as escolhas dos usuários não ocorrem livremente, elas se organizam em função de sua vida social. Essa hierarquização normatizadora, além de selecionar o acesso, poderia estar causando uma desresponsabilização dos profissionais com o cuidado, pois não caberia a todos a organização de planos individuais e a identificação de demandas; isso seria uma responsabilidade da Atenção Básica (MATTOS, 2009).

O relato a seguir demonstra que, em alguns momentos, é reconhecido que os residentes do rural não têm a ESF aberta para buscar atendimento e até mesmo que o horário de funcionamento não se adapta ao seu regime de trabalho.

[...] eu trabalhei cinco anos para fora na ESF Santa Inês, que essa ESF faz mais divisa com Canguçu, que é onde os pacientes deste ESF internavam muito em Canguçu. Porque era mais perto, 70 Km daqui e 20 de Canguçu. Como o horário deles não fecha muito com as Unidades, com os ESFs, porque eles vão para o fumo e ficam no fumo geralmente até dez e meia, onze horas da manhã, só que essa hora ESF já tem as fichas todas distribuídas, já estão atendendo, então eles vem para cá, direto para cá, eles... Tem deixado bastante a desejar esses ESFs é por causa dos horários ou à tarde. À tarde que é feito Visita Domiciliar, que é atendido urgência e emergência, eles também vem bastante para cá... **Hortência**

Ainda quanto ao exposto, Oliveira, Mattos e Souza (2009), em pesquisa realizada, identificaram barreiras em relação ao acesso funcional e geográfico à Atenção Básica entre aqueles usuários que buscam atendimento básico nos serviços de pronto-atendimento. Quanto ao geográfico, os usuários apontaram dificuldades em ter acesso ao atendimento nos serviços de Atenção Básica em função da localização de sua residência, o que, ao invés de facilitar, dificultava sua inclusão e escolha por serviços e profissionais. Em relação ao funcional, referem-se à qualidade do atendimento, horário de funcionamento e sistema de agendamento que não se adaptam aos horários em que o usuário pode buscar atendimento, além de indefinição quanto ao critério de urgência, tempo de espera para serem atendidos, fragilidades quanto à referência e contrarreferência e as filas que se formam para conseguir agendamento de consultas durante as madrugadas.

Sabe-se que para as pessoas moradoras de comunidades rurais, em função da localização geográfica de sua residência, em determinadas localidades há maior facilidade de acesso ao transporte coletivo até o meio urbano do que até uma ESF. Além disso, ao se deslocarem para o urbano para atender necessidades da vida cotidiana também buscam serviços de saúde.

Dito por eles, porque às vezes pela localização que eles estão, eles acham mais fácil vir à cidade, porque já vão fazer outras coisas, vão receber aposentadorias, vão fazer pagamentos e aí... Passam aqui para verificar uma pressão, entendes? Para utilizar serviços que eles têm lá. Porque alguns dizem que tem ônibus duas vezes por semana... Só até a localidade, né?! **Iris**

[...] o que eles dizem, eles moram longe do posto, eles não tem meio de transporte, para eles é mais fácil eles virem a São Lourenço no início do mês para receber a aposentadoria e aqui eles já estão na porta do hospital, eles vão consultar... **Margarida**

As tentativas de cercear a busca pelos serviços do urbano nem sempre se adaptam a especificidades do rural e necessidades em saúde dos usuários, isto pode dar indícios de que serviços do urbano e do rural não encontram um ponto de convergência no objetivo comum que tem a oferta de atenção em saúde inserida em uma mesma Rede de Serviços. O usuário, na vida cotidiana, está reinventando as trajetórias que faz à procura pela terapêutica pretendida, a partir dos desafios que se apresentam em cada momento da organização da saúde e a partir de suas redes de inserção sociais e simbólicas (MARTINS, 2009).

Mas, para esses serviços encontrarem um ponto de convergência precisam superar algumas incongruências na forma como se relacionam. Esta afirmação pode ser mais bem arguida quando as interações são discutidas, pois denotam tensões que permeiam pontos comuns no trabalho do urbano e do rural. Houve posicionamentos extremos em relação às interações que ocorrem no município, cuja causa, estaria na atuação da AB, especialmente quanto ao vínculo estabelecido pelos profissionais e as comunidades.

[...] aí eles internam, se sabem que o paciente é diabético, mas não adianta, acho que o grande problema aqui é que não tem rede de saúde básica **Violeta**

[...] É uma rede muito falha ainda. Porque a pior parte da rede, onde eu digo e repito é a Atenção Básica [...] **Bromélia**

Com certeza, e se todos nós tivéssemos esse *plus* para cuidar na Atenção Básica a gente não ia precisar utilizar o hospital nunca, precisaríamos para cirurgia, para... Tu entendes? **Girassol**

O trabalho em saúde para Heckert e Barros (2012) é um trabalho em redes, sendo que a rede é entendida pelas autoras como a expressão de coletivos, sendo constituídas por nós e definidas por suas conexões, seus pontos de convergência e bifurcações, em que “a cada conexão, uma passagem se efetiva, uma transformação acontece, modificando o arranjo instituído e indicando novas e futuras conexões” (p.212).

A fragmentação das relações entre os diferentes profissionais provoca isolamento e comunicação com o padrão típico do paradigma técnico-burocrático, “top-down”, diferentemente do que acontece quando a comunicação ocorre em redes, como um sistema de múltiplas conexões entre as dimensões do trabalho, aumentando a capacidade de “criar, e transformar, dando mais autonomia a cada processo de trabalho, aumentando a capacidade de criar e transformar, dando mais autonomia a cada processo de trabalho e ampliando, entre os trabalhadores, as instâncias negociantes” (HECKERT; BARROS, 2012, p.212).

Frente a esta culpabilização da Atenção Básica quanto às internações, mais alguns pontos foram sendo expostos pelos entrevistados, sendo identificada a confiança e o acolhimento como elementos que devem ser construídos gradualmente pelas equipes, o que, segundo eles, favoreceria que pessoas buscassem as ESF como a primeira escolha e não os serviços do urbano. De forma mais enfática, um dos profissionais do urbano entrevistados entende que a falta de espaços de escuta nos serviços de Atenção Básica, em que o usuário não estaria nem conseguindo relatar o motivo que o levou a busca pelo serviço de saúde, seria o responsável pela baixa resolutividade destas equipes.

O que falta em todo lugar? Que as pessoas sejam ouvidas. Chegam num posto, primeiramente, eles vão ao posto e eles não conseguem nem dizer... O bom do médico, no mínimo para o paciente ter confiança e não ficar nessa rede de não satisfazer e de nada dar certo, que manda para diversas especialidades, mas às vezes acontece por outros, é a pessoa não sai, é a falta de confiança que ela tem no médico, então... Ele não examina, ele não deixa, às vezes, não deixa nem a pessoa dizer o que ela tem, já descarta, né?! [...] O principal problema hoje da média é a atenção básica, porque se a atenção fosse bem feita, bem acolhida, nós temos PSF por todo o interior, eu converso com o pessoal quando vem aqui e pergunto: - O médico examinou, o médico... - Não, não, o médico... **Bromélia**

No entender de Pinheiro e Silva Junior (2009), um dos principais desafios para a concretização do direito à saúde no cotidiano dos serviços é a constituição de redes assistenciais capazes de oferecer ações eficazes e resolutivas, integralmente coesas com os diferentes níveis de atenção. O acesso ao direito à saúde se materializa com a efetivação da integralidade do cuidado, não se restringindo aos níveis de atenção isoladamente, mas sim às suas inter-relações (PINHEIRO; SILVA JUNIOR, 2009).

Essa exposição dos autores pode ser ilustrada com a fala a seguir, em que o profissional do rural tem o discernimento de que a Atenção Básica é responsabilizada pela situação em saúde de seus territórios, havendo pouca perspectiva em ser diferente, inserindo as dificuldades que os profissionais nas ESF possuem em trabalhar com outros serviços, especificamente com a Assistência Social.

Mas quando é necessário é entrado em contato com a assistência social. Mas não é uma coisa que funciona muito bem. [...] por que é bem difícil eles virem, é o que me parece, que é um pouco para cima do posto resolver tudo e aí tem que chegar tudo mastigadinho lá para eles. E tem que chegar lá, é difícil deles virem até aqui, já vieram, já fui a alguns lugares com assistentes sociais para mostrar onde que era já veio aqui, mas isso não é uma coisa muito corriqueira de acontecer. Mas era necessário uma assistente social.

Açucena

Foi possível analisar que as fragilidades quanto à cooperação de outros setores da SMS com o trabalho desenvolvido pelas ESF do rural traz a compreensão de que não é uma possibilidade real de um recurso possível que a AB possa lançar mão, aqui, especificamente, com a assistência social. Também há a inquietação de que a resolução das demandas em saúde dos usuários é de responsabilidade dos profissionais das ESF. Dessa forma, são questionáveis as possibilidades reais que os profissionais que atuam nas ESF têm de compartilhar a responsabilidade pela atenção em saúde que é ofertada aos usuários.

As discussões anteriores foram expressas com a intenção de denotar o quanto a Atenção Básica encontra-se sozinha frente a diversas situações que representam o cotidiano dos serviços. Além disso, o quanto se transfere, implícita ou explicitamente para ela a expectativa de resolução de situações que são altamente complexas para os indivíduos que a vivenciam. Isso denota a necessidade de que, neste caso, o urbano dedique outras formas de olhar para o rural e os serviços que nele se inserem, pois, mesmo com a intenção de favorecer para que a busca por serviços aconteça, prioritariamente, no rural, algumas regras podem se colocar como mais uma dificuldade de acesso aos serviços de saúde por parte do usuário.

5.1.3 Iniciativas de aproximação: **“o rural não é afastado só geograficamente”**

O que existe no Município para tentar aproximar os serviços são reuniões em nível local, nas ESF, e Municipal, entre coordenações e setores, além das reuniões dos Conselhos Locais de Saúde que, em algumas localidades, se realizam nos próprios espaços físicos dos serviços de saúde, sendo acompanhadas por representantes da gestão e pelos profissionais do

serviço. Na primeira segunda-feira de cada mês reúnem-se os coordenadores de cada serviço da Atenção Básica e seus coordenadores. A figura do secretário de saúde é evocada em situações em que existem problemas na equipe que não poderiam ser resolvidas entre a coordenação da Atenção Básica e os coordenadores locais. Essas reuniões servem como espaço de discussão sobre questões técnicas e protocolares que envolvem o trabalho da equipe, mas também as mobiliza para manterem essa rotina e têm importante potencial, pois, sistematicamente, esses profissionais se reúnem uma vez ao mês.

[...] na primeira segunda do mês a gente tem um encontro de enfermeiras, né?! Onde a gente senta, a coordenação e a coordenadora de cada unidade para definir também, é mais técnico, é mais voltado para a enfermagem do que para a relação da equipe, né?! Mas a gente acaba sempre, sempre a gente acaba discutindo um caso assim... Temos esse encontro mensal, encontro geral é bimensal e em determinadas situações, o secretário chama a equipe para a reunião, né?! Vê quando existem determinados problemas que a gente entende que tem que chamar a equipe para discutir a gente chama. **Girassol**

É, a gente tem uma reunião, semanal que aí pega a coordenação da parte orçamentária da secretaria, pega coordenação Saúde Mental, Atenção Básica e aí depois têm outras reuniões que aí já são de uma periodicidade menor que são as reuniões setoriais, que a gente faz aí pega... **Orquídea**

Uma vez por semana há reuniões com a Atenção Básica, e na SMS reúnem-se os coordenadores de áreas específicas de atuação e, com menor periodicidade, em reuniões com cada setor. Os coordenadores já estavam planejando mudar a rotina em relação à Atenção Básica, para que pudesse participar também das reuniões de equipe nos próprios serviços.

[...] A gente até está mudando a gente já quis mudar ano passado, mas foi um atropelo em função da enxurrada, mas para esse ano a gente quer fazer o seguinte: manter essa reunião mensal aqui, mas nós participarmos mensalmente também, uma vez por mês na reunião de equipe in loco. Na unidade porque é totalmente diferente a reunião que envolve todos os atores, não somente a coordenadora. **Orquídea**

Os espaços de reunião com a coordenação da Atenção Básica, enquanto um momento que é direcionado para a realização de informes, pode não ser entendidos pelos coordenadores das ESF como um momento de discussão entre as próprias equipes, pois é uma reunião dos coordenadores. Percebe-se, também, que o espaço de negociações pode ser limitado, pois os profissionais demonstram receio em serem chamados para participar de reuniões com a coordenação em datas que não aquelas periódicas.

Sim, porque eles trazem os temas aqui e o que eles vão falar nas reuniões e a gente sempre questiona, pergunta, a gente troca algumas ideias, às vezes, e, é essa a forma assim. Não tem assim, a gente levar e sugerir, às vezes, a gente

consegue no meio de algum assunto sugerir, mas a gente sugerir alguma coisa é mais complicado, entendeu? Hoje mesmo eu sei que a coordenação me ligou e quando eu chegar na cidade eu tenho que me apresentar para ela. O motivo? Não sei! **Camélia**

As reuniões que envolvem o Secretário de Saúde, situações em que as equipes tem interesse de reivindicar algo, causam insegurança nos profissionais. Conforme o relato a seguir, nessas reuniões os profissionais e o secretário de saúde colocam-se em posições de oposição e o principal receio que os trabalhadores têm é de perderem o emprego, pois, nesses momentos eles são incentivados a falar sobre sua própria equipe, o que é passível de gerar mal entendidos.

[...] porque a única coisa que dá certo é se vai todo mundo junto. Uma pessoa não porque uma vez eu fui sozinha e a [...] falou: - Ai tem que, sozinha não dá. Ela disse assim: - Aí, tem que ouvir a outra parte... Entende? Como se dissesse que eu falo uma coisa e eles estão falando outra lá [...] Ai eles já perguntam como é que está a equipe, um por um tem que responder para ele [*secretário de saúde*], se eu estou me dando com a fulana, se a fulana está se dando, se nós estamos Equipe ou Euquipe, como eles dizem, é só assim que funciona, todo mundo marca um horário e pega eles lá. Daí eles sentam tudo assim e nós tudo para cá e aí vai... [*sinaliza que algumas pessoas sentam de um lado da mesa e outras de outro*] [...] Aí tu vais naquela lá, tu não sabe se daqui a pouco eles vão, daqui a pouco eles dizem, está, então tu hoje, tu hoje não trabalha mais, tu não vais trabalhar mais, não sei o que... **Dália**

Em campo, foi possível participar de uma reunião que agregou todas as equipes, neste caso as ESF, mas os ACS não participaram. A pauta da reunião era sobre a implantação das etapas do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), mas constatou-se que os profissionais haviam sido avisados na sexta-feira sobre a reunião de segunda-feira, e desconheciam a pauta. Dias antes, na ocasião do informe sobre a reunião, perguntei aos profissionais sobre o que se tratava a reunião e eles me expuseram que só a enfermeira que sabia qual era o assunto. Nesse momento observei que os profissionais se referiam à gestão em saúde do município como “eles”, denotando distanciamento e inexistência de personificação. Esse fato surpreendeu, pois se deduzia haver uma relação mais próxima entre as equipes.

[...] o trânsito de comunicação foi de mão única na ocasião, a gestão falou e os profissionais escutaram. Eles foram literalmente avisados que o Município aderiu ao PMAQ e que posteriormente haveria avaliação das ESF. Também, sobre o possível repasse de verbas, que seria repassado na forma de 30% de aumento no salário dos profissionais. Foi frisado que esse repasse dependeria somente do desempenho dos profissionais, um dos coordenadores verbalizou ainda que eles enquanto coordenação não teriam aumento nenhum. A impressão que ficou sobre a reunião foi de que o recado tinha sido dado e os

participantes, por conseguinte, não fizeram perguntas ou argumentaram. Observei que um dos coordenadores da Atenção Básica foi quem mais falou, pouco sabia ao certo como seria o PMAQ e pouco foi explicado para os profissionais. **Diário de Campo**

Posteriormente, ao continuar acompanhando as equipes, percebeu-se que aquela reunião causou muito desconforto entre seus membros nos territórios, demonstrando insatisfação com as informações recebidas. Embora tivessem muitos questionamentos a serem feitos não argumentaram neste momento, o que causou discussões entre os membros das equipes posteriormente, especialmente quanto a forma como seriam avaliados em relação ao PMAQ.

Em relação às reuniões de equipe locais, conforme os profissionais nem sempre é possível reunirem-se para debater temas pertinentes ao processo de trabalho. Essa dificuldade surge especialmente por não conseguirem estabelecer horários específicos para realizá-las, pela demanda de atendimento ao usuário. Assim, não discutem sobre o trabalho desenvolvido.

[...] o ideal seria isso, trocar ideias. Mas assim só, se reunião nossa aqui a gente não tem quase, seria nas quartas-feiras, a gente quase nunca tem... Assim, se nós aqui não temos para nós, aqui vou colocar bem a nossa realidade, aqui é muito em torno do nosso local aqui, da coisa mais assim, do transcorrer do trabalho mesmo, as reuniões com outras equipes são importantíssimas, lá também é importante, mas não é algo de rotina. Se a nossa aqui interna já não é tão, tão rotina, né?! Que deveria ser... **Azaléia**

Em relação às fragilidades que existem em estabelecer comunicação com os serviços de saúde do rural, alguns pontos emergiram em conversa com as coordenações dos serviços do urbano. Estes se deram, sobretudo, em função de que a comunicação foi organizada de forma que, qualquer questão que envolva as ESF, primeiro passam pela coordenação da Atenção Básica e a mesma faz a ponte com as equipes. Assim, esse distanciamento tornou-se um elemento naturalizado no processo de trabalho tanto do urbano quanto do rural e uma possível desnaturalização exigiria esforços partilhados por todos os setores que envolvem a rede assistencial do Município.

É, o que eu te falei assim, a gente não tem uma relação tão próxima assim, na verdade o rural parece que ele fica mais afastado, não só geograficamente, ele fica mais afastado em todos os sentidos assim, então, não se tem essa troca tão boa quanto à gente tem aqui com o pessoal das Unidades Básicas [...] **Margarida**

Entretanto, a cooperação exigida para que a comunicação se estabeleça demanda que os próprios setores estabeleçam diálogo entre si. Entre determinados setores da SMS, que se

envolvem diretamente com o fluxo do usuário, existem problemas de entendimento importantes. Nas falas a seguir, de Bromélia e Gardênia, profissionais de dois setores diferentes que ficam no mesmo prédio da SMS, levantam pontos relacionados a fragilidades no fluxo de utilização dos usuários que poderiam ser discutidos entre ambos, a fim de favorecer a trajetória do usuário.

Nesta fala seguinte, um dos representantes da gestão relatou que se empenha em promover momentos em que a aproximação com a Atenção Básica seja facilitada. Entretanto, em sua fala este profissional refere-se diretamente ao Secretário de Saúde do Município e não à coordenação da Atenção Básica.

[...] Mas as respostas para a rede realmente fluir bem, que a gente possa trocar todas as dificuldades eu nunca consegui, cansei pedindo [*reunião com a AB*] para o doutor [...], mas não consegui, até mesmo com os agentes de saúde, quando chegam nas casas eu posso explicar ou ouvir alguma coisa, nós podemos trazer, nunca consegui, nunca! Nunca consegui. Isso iria facilitar ainda mais nosso trabalho, não o trabalho nosso aqui, mas o trabalho de retorno para as pessoas, porque o retorno iria ser mais eficiente se nós tivéssemos esse diálogo entre nós. Porque o médico iria saber, o agente de saúde quando chegasse na casa iria saber responder, então iria ser uma coisa muito mais forte, muito melhor, muito mais eficiente. **Bromélia**

Há uma dificuldade evidente em partilhar espaços de diálogo entre o setor citado acima e a coordenação da Atenção Básica. Na fala seguinte, um dos coordenadores da Atenção Básica relata o investimento que foi realizado pelos profissionais que compõem este setor em oferecer possibilidades de haver maior fluxo de informações entre estes setores quanto aos encaminhamentos que fazem. No entanto segundo a informante não obtiveram sucesso. Além disso, refere-se à responsabilidade que tem sobre os encaminhamento, questionando-se inclusive o quanto seria de responsabilidade do setor ficar com a incumbência de controlar o fluxo de encaminhamentos.

[...] Aí a Vilma chega ali na sala [...] hoje com aquele papelzinho, elas não sabem ao certo se está lá dentro ou não. Então, eles vêm para nós e a gente mostra, ó: - Foi... Aí nós temos toda uma organização nossa, tipo assim, nome da pessoa, todas as unidades, recebido por quem... Eles ainda têm o papel. E aí assim a gente já disponibilizou para eles, porque em redes, né?! A gente disponibilizou, só não botamos no modo de, só o modo de leitura para eles procurarem, mas eles não evoluíram. Não deu. Então, ainda fica sob nossa responsabilidade que, eu questiono muito até onde eu tenho responsabilidade sobre isso, né?! Não seria uma coisa que seria... **Gardênia**

A forma como os profissionais colocam-se diante dos colegas de trabalho pode dificultar ainda mais a construção de pontes de diálogo entre os pontos que compõem a rede

assistencial do município. Os serviços, ao invés de serem pontos de conexão, são nós que dificultam a comunicação na rede de serviços. Apesar de os profissionais se mostrarem interessados em estabelecer trocas e conversações que facilitem a trajetória assistencial do usuário, existem fragilidades reais que se sobrepõem a esses desejos. Entende-se, portanto, que discutir as questões que envolvem as interações e os encaminhamentos representou revelar o quanto a atuação das ESF pode ser limitada, mesmo que no Município existam equipes mínimas completas, atuando diariamente nas comunidades rurais e esmerando-se em atuar nos territórios da forma que compreendem ser a melhor possível.

A partir do exposto, colocam-se em pauta as possibilidades que a Atenção Básica tem em tomar para si, com tamanho encargo, a ordenação da RAS e coordenação do cuidado. Retoma-se, aqui, o conceito de responsabilidade de Abruñosa et al. (2011): significa a busca pela estabilidade do vínculo, em interesses partilhados em relações nem de tutela nem de dependência na continuidade do cuidado. Assim, é importante ressaltar a necessidade de que os diferentes pontos da rede assistencial partilhem da responsabilização pelo usuário e pelos produtos da atenção em saúde que a rede oferece. Ao centralizar a responsabilidade em um único ponto de atenção, sem haver a prévia e plena pactuação entre os serviços, pode gerar mais conflitos entre as equipes e aumentar as dificuldades delas em exercitar a comunicação e oferecer um solo fértil para que seja possível implementar uma RAS centrada nas necessidades dos usuários.

A partir do exposto, coloca-se em discussão a realidade que é vivenciada pelo município e a idealização de que a Atenção Básica conseguiria ser a coordenadora do cuidado, atuar como porta de entrada, assumindo margens de resolutividade de necessidades percebidas por planejadores como menos complexas, conforme diz Mendes (2012). Mesmo que os serviços disponham de recursos materiais — sistemas logísticos e de apoio (OPAS, 2011) — para se comunicarem com outros setores que intervêm no campo da saúde, esses serviços somente terão aderência ao processo de trabalho se envolverem o elemento vivo, o elemento humano das relações que se instituem nos interstícios desse processo.

As relações são carregadas de sentidos que remetem, como diz Cecílio (2012), para além de responsabilizações baseadas em idealizações do que seria a possível solução de problemas identificados por alguém para outro alguém. Nesse sentido, é preciso avançar na compreensão da produção da rede que compõe a Atenção Básica, que é fruto de relações e produz uma vastidão de elementos positivos aos seus envolvidos. O autor enfatiza que, apesar de não ser possível se encontrar respostas que se ajustem ou que se mostrem satisfatoriamente responsivas aos problemas enfrentados pelo Sistema de Saúde, no sentido de resolvê-las, é

possível que, pelo menos, se inove na produção de cuidado, das práticas em saúde e da produção do conhecimento. Mas, para tanto, é necessário minimamente compreender as diferentes formas com que a rede real é produzida cotidianamente pelos usuários, profissionais, gestores e por tantos outros atores que exercerem influência sobre ela (CECÍLIO, 2012).

É imperioso, portanto, priorizar o debate em torno da necessidade de construir formas diferenciadas de relacionar-se com o outro, maneiras que sejam emancipatórias e produtoras de cidadania, porque esse processo parece não ser simples, pois exige que se ultrapassem muitos dos elementos citados anteriormente. Compreende-se, aqui, que, é extremamente desafiador reconhecer que esse nível de atenção precisa ser fortalecido em seu caráter relacional, ampliando-se as condições para que seja possível o estabelecimento de conexões entre os diferentes pontos da RAS, que ocorrem eminentemente entre pessoas.

Assim, pondera-se que a rede pensada como pontos que se interligam — que são os serviços de saúde —, em determinados momentos esses pontos tornam-se nós que pouco promovem ligações que conduzam ou facilitem a caminhada por parte dos usuários e dos próprios profissionais. Mas, se a reflexão for conduzida a partir do entendimento de que os serviços não são uma entidade que foge das relações humanas, quem faz ou não de um ponto de ligação um nó são os próprios profissionais, usuários e gestores que geram essas dificuldades. Assim, a rede é conformada por um emaranhado de serviços que a estruturam formalmente, os quais se conectam ou não, de modo que as relações sociais são entendidas aqui como pontos de conexão, e as dificuldades cotidianas no trabalho em saúde — um nó.

5.2 Saindo de um nó e adentrando noutro: entrelaçamentos que compõem a rede assistencial

A partir daqui, percorre-se a rede com o interesse em pensar sobre as relações que se estabelecem nos territórios dos encontros entre profissionais e usuários, espaços também extensos no sentido das interações que acontecem. Ressalta-se, no entanto, que esse movimento é um sair-permanecendo, pois o macroespaço (o município e as conexões entre os serviços) se projeta sobre o microespaço (o território das relações, de atuação dos profissionais junto aos usuários), de mesma forma que o microespaço se projeta sobre o macroespaço. Essas reflexões encontram apoio em Franco (2006) quando relata que existem redes que se constituem no interior dos serviços de saúde, redes que operam a partir do trabalho vivo em ato e que fazem inúmeras conexões para que o cuidado seja produzido. O

trabalho vivo, em função da própria potência criativa que tem, é um espaço aberto, que não assume uma conformação única, estabelece múltiplas conexões e transita por diversos territórios (FRANCO, 2006).

Pensar sobre a perspectiva do trabalho vivo gera contribuições quando se entende que o espaço de exercício das ações em saúde é extremamente normatizador, *in loco*, o SUS e seus serviços de saúde, pois suas normas impõem a seus trabalhadores o aprisionamento de sua criatividade e relações afetuosas entre eles e os usuários. Por outro lado, o trabalho em ato é autogovernável, capaz de subverter a ordem que o reprime e abrir espaços para maior liberdade. Mas é preciso entender, também, que os trabalhadores precisam desejar que isso se torne uma realidade, para que operem e façam, nas relações que estabelecem com os usuários, fluxos outros, aqueles que possam favorecer conexões entre serviços e que sejam viáveis, pois têm objetos de intervenção comuns (FRANCO, 2006). Dessa maneira, o autor é claro em referir que, o cuidado se produz nas redes que se formam e não na estrutura que permanece, assim, não existe o trabalho em saúde que ocorra sem ser em redes, entretanto, os arranjos dessas redes é que podem se modificar.

Frente às diferentes possibilidades de caminhar pela rede de serviços e acessar aquilo que foi desejado, um ponto que se considera importante a ser ressaltado são as contribuições de Pinheiro et al. (2010) no campo da Saúde Coletiva. Para esses pesquisadores o modo como são construídas as demandas nos serviços de saúde tem importante relação com a construção do direito à saúde, porque os elementos constituintes das práticas de integralidade são encontrados lá onde se estabelecem suas fronteiras, ou seja, na produção do cuidado em saúde (PINHEIRO et al., 2010). Pode-se considerar que é nesse espaço que ocorrem as relações e as possibilidades do direito à saúde se concretizar e tomar forma em outros espaços. Nisto reside o imperativo de uma postura de escuta ativa das demandas, reconhecendo-se a legitimidade do exercício da alteridade, enquanto prática emancipatória dos sujeitos implicados na produção do cuidado.

Citar as ideias desses autores é importante neste capítulo ao se considerar que usuários e profissionais se colocam frente a frente nos encontros que ocorrem nos serviços, ambos com desejos e concepções que norteiam suas ações, seja no movimento de busca ou de oferta de atenção em saúde. Mas o que pode oferecer a esses movimentos um espaço comum, ou de “genuíno encontro”, diz Ayres (2004), é a alteridade. Essa concepção encontra sentido quando se concorda que as identidades dos sujeitos que se envolvem ou se dispõem a se envolver com o cuidado só se estabelecem no ato das interações, ou seja, um se faz o que é na presença do

outro e o outro se faz o que é na presença daquele um, daí ressurgem outros “uns”, aqui os usuários e profissionais (AYRES, 2004).

A alteridade torna-se uma orientação também conveniente de ser citada aqui quando Frayze-Pereira (1994) expõe que na vida cotidiana o contato com o outro acontece com “um outro” eu, um outro indivíduo, “algo que é ao mesmo tempo idêntico a mim e diferente de mim, um ser habitado por uma interioridade” (p.12). Para Betto (2003), a alteridade é ser capaz de “apreender o outro na plenitude da sua dignidade, dos seus direitos e, sobretudo, da sua diferença. A tendência é de se colonizar o outro, ou partir do princípio de que eu sei e ensino para ele. Ele não sabe. Eu sei melhor e sei mais do que ele” (s.p.). No entanto, é reconhecido que estes sujeitos possuem posições desiguais, especialmente nos espaços em que os profissionais enquanto representantes do Estado e sujeitos dotados de saberes, socialmente instituídos como verdade possuem maiores possibilidades de moldar os encontros e assim facilitar ou não a forma como se usufrui o direito à saúde.

5.2.1 Demanda em Saúde: as diferentes interpretações do que é necessário para o outro

A compreensão de que a oferta e a demanda são construídas a partir de interações mútuas permite pensar que definir aquilo que é necessário ou não depende da lente que o profissional utiliza para olhar para a demanda em saúde que o usuário expõe. Esse filtro, por sua vez, utiliza modelos explicativos para permitir ou não que o usuário faça uso do que deseja. Esses modelos definem o motivo da procura pelo serviço de saúde, mas perversamente a partir de critérios objetivos que têm na doença física a concretude das suas possíveis respostas (PINHEIRO et al., 2010).

No discurso dos profissionais da Atenção Básica, o entendimento que expressam acerca da procura pelos serviços é que os usuários produzem uma demanda exagerada por exames, consultas médicas e medicações, causando mal-estar quanto a sua conformação. Segundo esses profissionais, essa demanda nem sempre condiz com a necessidade que entendem como sendo a real, ou seja, a partir da interpretação dos profissionais os usuários não estariam precisando desses recursos em todas as vezes que os demandam. Dessa forma, suas falas ilustram determinada dualidade entre aquilo que o usuário quer receber e aquilo que o profissional entende como necessário a ser oferecido.

A busca pelo serviço, reconhecida como desnecessária principalmente entre aqueles usuários que o fazem mais de uma vez ao mês, causa ansiedade e inconformidade entre os profissionais, pois assim não conseguiriam atender a todos. Na fala a seguir, o profissional

comenta que aqueles usuários que vêm mais de uma vez à ESF estariam utilizando um recurso que poderia ser utilizado por outro usuário, que em seu entendimento poderia realmente estar precisando.

Não consegue, a gente não consegue assim ó, é a mesma coisa assim, tu consegue ver o paciente mais de uma vez no mês vindo consultar, sabe, e aí isso tu já te pega. Poxa, mais uma vez no mês vindo consultar? Tirando a vez de outros né. Então tu te pega e poxa: Como é que eu vou conseguir resolver o problema de todos? Não tem, não dá. Não tem como. A gente não consegue. Por mais que tenha equipe, que tenha exame, que tenha para onde encaminhar, que tenha tudo... Não dá... Às vezes, chega ao final e a gente fica de mãos amarradas. **Camélia**

Esse relato também revela o quanto os profissionais sentem-se pressionados a atender a demanda, remetendo à questão de que eles têm um quantitativo de recursos a oferecer e a demanda deveria se adequar a isso, enfatizando que, por mais que existam os recursos físicos, a harmonia entre a oferta e a demanda se afasta do desejado. Além disso, os serviços do rural têm consciência do peso de sua inserção nessas comunidades pelas próprias expectativas que se coloca sobre o Modelo de Atenção pautado nas ESF, e pelo já exposto na subseção 5.1.2, em que serviços do urbano e do rural tensionam-se mutuamente quanto à responsabilidade que têm em atender à demanda em saúde. Assim, a interrogação de que se foi resolutive ou não a ação designada para resolver o problema de saúde se coloca como uma dimensão secundária frente ao imperativo de manter o fluxo da oferta de consultas médicas e encaminhamentos.

O exposto remete à questão do acesso aos serviços de saúde. Segundo Assis e Jesus (2012), esse é um tema importante de debates no cenário nacional e internacional, e está ligado especialmente a questões da existência de filas para marcação de consultas, atendimentos e às estratégias de superação dessas dificuldades, mantendo a constante busca de equilíbrio entre a oferta e a demanda, depositando nas práticas desenvolvidas na Atenção Básica a fonte de esperança. Ainda, para os autores, a garantia do direito ao acesso à saúde em face da realidade desigual e excludente em acessá-la, faz com que essa temática permeie intimamente os avanços e desafios do Sistema Público de Saúde brasileiro (ASSIS; JESUS, 2012).

Partindo-se do já analisado, as possibilidades de alcançar o equilíbrio entre a oferta e a demanda se mostram distantes, porque quando a atenção em saúde limita-se à oferta de consultas e a encaminhamentos, um dos seus desfechos é o arranjo de filas e despesas para o usuário, o que causa insatisfação e dependência crescente pelos serviços de saúde. Os dados

aqui obtidos demonstram que a principal demanda pelas ESF são justamente os encaminhamentos, especialmente para a realização de exames. No entanto, isto tem gerado filas de espera, o que provoca determinada culpabilização do usuário ao ser identificado como responsável pelo engendramento dessas filas, ao, supostamente, não fazer o uso adequado dos serviços de saúde. Essa adequação está ligada ao hábito de realizar exames de rotina e exames complementares ao longo do ano, sem ter como principal motivo uma queixa de problemas físicos de saúde.

Aquela questão de quererem exames, exames, né?! Mas eu digo para eles, não, mas não tem necessidade, a pessoa já fez há pouco tempo, então não tem necessidade. Mas, muitas vezes, as pessoas vêm já, com o único intuito de fazer exames. **Azaléia**

Eles vêm consultar, a ideia de, geralmente não é só dos idosos, mas de todos os pacientes que vem para o posto, é da doutora dar exame, muitas vezes, a pessoa não tem nada ou já faz um meio ano que fez um check-up, passou aquele tempo, vai para o posto consultar é para pedir exame [...] Se tu não estás sentindo nada ou... E faz um meio ano ou um ano que tu fizeste um check-up, parece que tem que entrar de novo e fazer exame, tirando a vaga dos outros, né?! [...] A maioria já pega a requisição e já vai fazer particular, né?! Idoso mesmo que vem fazer exame pelo posto é porque quando eles estão bem, realmente não tem nada, os que estão mal ou que, que já foram internados, que já tem alguma doença, esses assim a maioria é particular [...]

Chuva de Prata

Outro ponto ressaltado no depoimento acima é que as pessoas que realmente precisam, ou seja, aquelas que apresentam um problema de saúde que demanda maior rapidez em sua realização buscam diretamente o setor privado, não se submetendo às filas de espera. Essas considerações fazem com se reflita sobre outros aspectos, o que é a definição de demanda, aquela que realmente importa às ações de saúde, que denota a atenção interessada do profissional, pois só se submete às filas aquele que estaria em boas condições de saúde. Outro aspecto são as dificuldades de acesso que o usuário enfrenta com a conformação das filas de espera, analisadas com maior atenção na seção intitulada *A rede pensada para o rural: a utilização dos serviços e seus fluxos*.

Da fala a seguir deduz-se que não é em todos os atendimentos que existe uma demanda considerada “real”, ou seja, há uma tensão entre a demanda que o usuário expressa e a demanda que interessa às ações dos profissionais. Isso denota a possibilidade de haver incongruências de entendimentos e questionamentos sobre o próprio papel desempenhado, segundo as atribuições específicas de cada profissional.

É, sabe o que eu vejo nisso? Na verdade... Nessas 14 consultas que a gente faz por dia, necessidade... Tem uns 5, as pessoas veem hoje os postos de saúde, os médicos de saúde da família e tal, e eu acho isso muito legal, como... Psicólogos... Entendeu? Meu trabalho mais lá é mais cuidar do que ser médico, tem gente que só vai para conversar comigo... [...] **Rosa**

Sobre as “reais necessidades”, Camargo Jr. (2010), contribui substancialmente ao sintetizar que essa expressão decorre da precisão que se tem em identificar metas e objetivos que justificarão o curso da ação escolhida. No entanto, isso não garante que existam negociações pautadas no compartilhamento de escolhas, pois, diz o autor, a demanda é um processo socialmente mediado por representantes de diversos saberes e experiências, e como o saber que prevalece é aquele que representa saberes técnicos (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004), entende-se que o usuário, nessa relação, tem menos possibilidades de escolha.

Outra questão importante que emergiu nas entrevistas refere-se às medicações, demanda que se mostra, no discurso dos profissionais, como uma situação que extrapola o limite do aceitável. Falas relacionadas a esse tema foram recorrentes entre os serviços de saúde, no sentido de que isso contribui para o aumento da demanda pelos serviços e causa desconfortos entre os profissionais quanto às formas de lidar com esta situação.

É complicada essa parte assim, mas eles aqui são demais! Tu ficas, às vezes, assim apavorada sabe, tanta medicação. E eles não podem ficar sem também! Não pode. A receita está para acabar, uma semana antes eles estão pedindo nova receita. **Camélia**

E eles são muito viciados, querem medicação! **Lírio**

Um absurdo. O que me chamou atenção logo quando eu cheguei aqui era o grande número de pessoas usando ansiolíticos, antidepressivos aí eu achava assim, na minha concepção muito exagerado [...]. **Azaléia**

O posicionamento quanto às medicações pode ilustrar o que relatam Schraiber et al. (2010), ao enfatizarem que os profissionais não identificam sua própria participação na construção cultural do adoecimento e do cuidado, e não reconhecem que, em suas práticas assistenciais, reproduzem o que, por vezes, apontam como inadequado na postura do usuário. Nesse contexto, é importante pensar que o usuário agrega valor simbólico à oferta que tem a sua disposição ou a possibilidade de alcançá-la. Na perspectiva de Franco e Merhy (2010), isso está relacionado aos discursos já constituídos quanto à necessidade de submeter-se a exames ou utilização de outros equipamentos, quando o atendimento de sua necessidade pode não estar relacionado a esse tipo de recurso tecnológico. Assim, este fenômeno pode revelar uma perspectiva na qual a demanda é construída pelos usuários, a partir da percepção dele e

os sentidos que atribui às práticas assistenciais e sua implicação com a produção de saúde (FRANCO; MERHY, 2010).

A capacidade do serviço em acolher as demandas depende da maneira como elas são captadas pelos profissionais, pois elas podem ser compreendidas como momentos de trocas entre os sujeitos ou um evento redutível ao repertório técnico (CAMARGO JR., 2010). Frayze-Pereira (1994) colabora com a consideração anterior quando relata que a alteridade torna-se um problema quando se percebe que, nos quadros do objetivismo científico, o mundo social é uma impossibilidade e, nesse quadro, o nós, no sentido coletivo, não existe. Esse objetivismo é entendido aqui como o modelo biomédico hegemônico nas práticas em saúde que engessa as ações dos profissionais e cerceia os usuários, causando dependência aos serviços e a construção de uma lógica demanda-oferta infundável; fere, inclusive, o direito de acessar os serviços e as possibilidades de gerar atenção em saúde por parte dos profissionais.

Em consonância a esse pensamento, existe a produção imaginária da oferta por parte dos profissionais de modo a dar força à influência do modelo técnico assistencial para a saúde, historicamente centralizado nos procedimentos. Isto fez com que se criasse tanto pelos usuários quanto pelos profissionais uma demanda por procedimentos e não por cuidados, perdendo-se, nesse processo, a dimensão cuidadora do trabalho em saúde, diminuindo a capacidade de percepção das necessidades dos usuários pelos profissionais e substituindo o diálogo pelos exames e pelo êxito técnico (FRANCO; MERHY, 2010).

Para o coordenador do setor de marcação de consultas e exames fora do município, a demanda por esses serviços tem aumentado continuamente, e não sabem como proceder frente a demanda existente, pois, quanto mais possibilidades de acessar fisicamente a oferta em saúde, maior a demanda pela oferta por parte dos usuários. Assim, são importantes as considerações contidas na Revisão de Literatura, seção 2: quanto maior a oferta de serviços maior será sua demanda. Portanto, enquanto o sentido da oferta e demanda não for discutida entre os atores que operam essa lógica não haverá a construção de outra conexão que fuja da já citada.

Olha, nós aqui, nós chegamos a mandar 300 pessoas num dia, fizemos um comboio a Porto Alegre e mais Rio Grande, Pelotas... Nada chega! Nada chega! Quando eu comecei aqui... Era uma miséria, oito anos atrás, quase nada para encaminhar, coisas perdidas, ai, ao invés da coisa assim melhorar ou... A demanda piora cada vez mais, nós quando nós estamos com cardiologia ao mês é uma pasta que nada chega... [...] **Bromélia**

Ainda, conforme o entrevistado, isto estaria ocorrendo em função das fragilidades nas relações entre profissionais e usuários, centralizando-se na figura do médico, pois é ele que

tem a autoridade de liberar ou não o usuário para sair do município por meio da autorização dos encaminhamentos para especialistas. A partir do entendimento expresso quanto à importância em ser criterioso na emissão do encaminhamento, o entrevistado ressalta que os usuários não estabelecem relações de confiança com o profissional médico. Quando o médico nega o pedido de encaminhamento do usuário por entender não ser necessário, o usuário não tem segurança que isso seja o mais correto para aquela situação, gerando atritos e a busca por outros serviços para consegui-lo.

[...] Porque tem médicos que fazem, tem de tudo sabe? O médico criterioso é aquele que nega, mas também não examina, que se ele... Têm uns que eles não gostam, ele meio trava as ideias que as pessoas querem isso, querem aquilo, ele vê que não tem necessidade, mas também ele não examina para a pessoa ter aquela confiança na resposta dele. Então... É difícil aqui, nós pegamos, nós estamos que nem sanduíche, no meio... No meio... Porque nós, vai da Atenção [*Básica*] vem para nós e vai para média ou para a alta e ali...

Bromélia

De forma complementar, a produção da demanda pelos usuários está estreitamente relacionada ao perfil do serviço de saúde e à forma com que acontece a produção de cuidado e as relações entre trabalhadores e usuários. Assim, a demanda também está ligada à idealização que o usuário faz sobre os serviços de saúde, quando busca o que previamente sabe que encontrará: um atendimento especializado. Assim, se os serviços pautam suas ações em atividades assistenciais e não na interatividade, deixam a desejar quanto a um de seus objetivos, a promoção da autonomia daqueles que o buscam, os usuários, os quais se tornam dependentes dos serviços (FRANCO; MERHY, 2010).

Por outro lado, quando a coordenação da Atenção Básica se posiciona em relação à demanda por encaminhamentos, existe o entendimento de que, com a implantação das ESF, houve diminuição nos encaminhamentos realizados, pois há uma oferta de consultas médicas maior no rural. Também há uma responsabilização do profissional médico pelos encaminhamentos realizados, e que seria ele o responsável pela demanda do usuário, encarando o encaminhamento como um “passar a diante”, uma oportunidade de não se envolver.

É muita demanda. Já existe uma diminuição bastante grande com a estratégia, a Estratégia de Saúde da Família, ela encaminha muito menos, ela tem uma demanda de consultas muito maior, a gente oferece mais consultas e menos encaminhamentos do que a Unidade tradicional. [...] É, vai surgindo [*novos exames*], conforme os médicos entendem ou não querem para eles determinadas situações eles também encaminham, né?! Chegamos de novo no perfil do profissional... [...] **Girassol**

Centralizar a responsabilidade dos encaminhamentos no profissional médico implica a reflexão sobre o papel que esse profissional exerce na concepção de Atenção Básica que se tem e, dependendo do quanto ele representa para as ações em saúde, pode significar mais um entrave para se promover mudanças no atual modelo de atenção. O modelo orientador das práticas das profissões em saúde, o Biomédico, ao se apoiar nos meios diagnósticos para evitar e tratar doenças, afastou-se do sujeito humano que é guarnecido por sofrimento e alegrias, e permitiu que o diagnóstico substituísse o caráter relacional da atenção e cuidado em saúde (PINHEIRO; SILVA JUNIOR, 2009). Para esses autores, a atuação prescrita a partir do modelo biomédico, organizou historicamente as práticas em saúde apoiadas nas tecnologias, como na oferta de medicamentos e diagnósticos. No entanto isto tem produzido um efeito que gera constrangimento aos profissionais ao serem alvo de culpabilização e insatisfação por parte dos usuários, e a emergência de que encontrem alternativas que solucionem o problema (PINHEIRO; SILVA JUNIOR, 2009).

Onocko Campos (2005) ressalta que os serviços de saúde formais possuem alguns “oferecimentos”, conforme o conceito elaborado por Campos (2000), os quais são oportunidades que os usuários têm de fazer uso do serviço. Para a autora, a função do profissional é multiplicar essas oportunidades de utilização, pois o que se pode, na condição de sujeitos dotados de saberes técnicos, é oferecer diferença, outras formas de ser nos espaços nos quais as pessoas se inserem.

A busca pela identificação de responsáveis por aquilo que causa inquietações nos profissionais, a necessidade de adequar a demanda a partir da oferta que possuem, dá indícios do quão conflituoso podem ser os encontros desses atores. Uma indagação que pode ser válida nesse cenário é se não estaria havendo constrangimentos nas próprias relações entre usuários e profissionais, à medida que cada um busca suas formas de legitimar o movimento que faz — buscar ou ofertar atenção em saúde. Essa indagação tem indicativos de respostas no capítulo a seguir.

5.2.2 Quando a incongruência dos entendimentos tangencia as relações

No encontro com o outro, quanto menos se exercita a alteridade mais conflitos existem, no entanto, dispõe-se “da via mais curta da comunicação humana, que é o diálogo e a capacidade de entender o outro a partir da sua experiência de vida e da sua interioridade” (BETTO, 2003, s.p.). Mas, diz Teixeira (2007), vive-se uma crise de alteridade que não se restringe aos serviços de saúde, está amalgamada no seio do desenvolvimento técnico-

científico da moderna biomedicina. Essa crise, segundo o autor, encontra contornos específicos nos serviços e isso só foi possível quando se alcança o que ele denomina “uma virtual acessibilidade universal” (p.94). Esse termo refere-se ao atual momento vivenciado pelo País, em que houve aumento significativo do número de serviços disponíveis à população, a oferta, mas não foi vivenciada paralelamente à esta construção a cidadania dos indivíduos. Cidadania entendida como o reconhecimento do outro como sujeito dotado de direitos e abertura de espaços para que se pronuncie (TEIXEIRA, 2007).

Encontrar-se com o outro carrega a potencialidade de haver a escuta mútua, mas diz Ayres (2004), para isso é necessário que exista “a abertura a um autêntico interesse em ouvir o outro” (p.23). Ainda para esse autor, isto exige do profissional a postura de não aceitar falar somente em nome da discursividade técnico-científica; ouvir o outro implica reconhecer a subjetividade dos sujeitos que se envolvem no processo de escuta, que ao ser estabelecido faz com que usuários e profissionais se disponham a transformar e a serem transformados (MADEIRA et al., 2009). Para esses autores a escuta é um dos dispositivos do cuidado, este último é algo que se apreende no cotidiano da produção de saúde, em que é possível estabelecer relações que se retroalimentam entre o saber e o fazer, com benefícios mútuos tanto para o profissional quanto para o usuário (MADEIRA et al., 2009). A seguir transcreve-se uma situação acompanhada em campo de pesquisa em que é possível refletir sobre essas questões com maior aproximação.

[...] Ela chegou para trazer a filha que estava com diarreia, diarreia e febre. E aí o doutor quis colocar soro nela, que ela estava um pouco desidratada, e a mãe se negou, disse que não ia deixar porque a filha não deixava, não ia deixar. E aí a gente pediu então que ela aguardasse, que assim que o médico terminasse de atender voltaria a atender ela. Aí depois que terminou todos os atendimentos, aí o médico foi avaliar a criança novamente, a criança a princípio não tinha nada que tivesse que entrar com alguma medicação. E aí a mãe queria porque queria que o médico desse antibiótico. E o médico dizia que não precisava de antibiótico, que não tinha nas fezes presença de inflamação, de sangue, não tinha notado nada. Aí depois que o médico repetiu umas 3 ou 4 vezes que não precisava de antibiótico, depois que o médico liberou a mãe e a filha, e aí mãe começou a chorar na frente porque o médico não tinha dado o antibiótico para a filha. **Camélia**

A forma de se colocar na situação de adoecimento da protagonista do caso relatado distancia-se da idealização de que poderia haver trocas mais equânimes entre a equipe e a usuária. Essas trocas existem, mas não geram relações recíprocas, com fins comuns, promovendo delineamentos claros entre a oferta, eles como detentores disso como uma possibilidade a ser alcançada pelo usuário, e a demanda, os usuários, empreendendo buscas

constantes. Mesmo assim, o saber biomédico pairava na interpretação de ambos, a equipe que se limitou a depositar no médico a resolução da situação e a usuária, entendendo precisar do recurso que somente esse profissional teria o poder de liberar ou não, pois para a usuária esta era a terapêutica que a filha precisava.

Essa situação foi presenciada em campo, a usuária permaneceu no serviço durante toda a manhã, apesar de todos os profissionais se mostrarem atentos à situação, não houve o estabelecimento de relação afetiva entre estes atores. A usuária esperou realmente toda a manhã pelo atendimento médico, com a filha no colo, depositando nele a possibilidade de acessar a medicação. Mas, pela incongruência entre os olhares dos profissionais e usuária dedicados à situação, ela saiu sem o que desejava, aproximando-se de uma disputa entre os profissionais e a usuária. Aqui, não se questiona a conduta do profissional médico ou se coloca em xeque o saber técnico da equipe, mas a forma como a situação se desenvolveu que poderia ter tido outro desfecho, mesmo que sem a prescrição da medicação.

O episódio se torna mais complexo ainda quando se traz para a reflexão o porquê de os profissionais se deterem na observação do caso e não na intervenção concreta que poderia ter sido realizada por qualquer um deles, não somente o médico. Talvez isso esteja ligado ao entendimento de que o que gerou a situação e o que a resolveria seria o medicamento, que, para os profissionais, não era um recurso necessário.

Uma discussão de importante consideração aqui é o papel que o profissional desempenha nos processos de escuta. Segundo Heckert (2009), os processos que valorizam especialidades no campo da saúde tendem a colocar os profissionais na condição de detentores de saberes que têm o poder de conscientizar as pessoas sobre processos que permeiam suas próprias vidas e caminhos mais adequados a seguir. Essas práticas falam pelo usuário, do usuário, mas não com o usuário, não há espaço para problematizar necessidades e projetos de vida (HECKERT, 2009). O desafio está em propor formas de deslocar um eu que ouve outro eu, para o plano de escutas que promovam movimentos, estranhamentos daquilo que é naturalizado; responsabilização coletiva com o que se cria (HECKERT, 2009).

A não intervenção junto à mãe e à criança não ocorreu porque a equipe não se mobilizou, pelo contrário, gerou muitas inquietações aos seus membros, e a situação foi discutida no horário de almoço por todos seus integrantes. Também, durante as entrevistas a situação emergiu nos discursos. O que se questiona nesse fato é o potencial transformador/mobilizador/ sensibilizador que poderia ter tido, então, outro desfecho que não o choro da usuária e a insatisfação da equipe.

O encontro assistencial é definido por Onocko Campos (2005) como um contato que tem resultados incertos, especialmente entre usuário e trabalhador de saúde. Esse estar em contato significa expor-se a afetos e, por conseguinte, ser afetado. Seguindo a reflexão dessa autora, nos equipamentos de saúde acontecem processos de identificação entre profissionais e usuários, ou seja, se a população que se adscrive ao serviço é tida como incapaz, pobre, desrespeitada, sem valor, a equipe também se sentirá dessa forma e são esses processos que contribuem para que a equipe sinta-se impotente, levando até a situação de adoecimento. Em algumas situações, para tentar se defenderem disso, as equipes podem acentuar gradativamente as diferenças entre “o nós e os outros” (p. 577), o que pode gerar importantes barreiras que dificultarão o contato entre profissionais e usuários, evitando, assim, se colocar em contato com aquilo que lhe causa sofrimento, “ou, pior ainda, pode se tornar agressiva e retaliadoras com os usuários” (ONOCKO CAMPOS, 2005p. 577).

A carência de sintonia entre os olhares gera algumas situações extremas nos serviços de saúde, em que momentos de insatisfação por parte dos usuários e profissionais são mútuos e causam conflitos. No trecho a seguir, um profissional narra o posicionamento de outro colega frente à demanda por encaminhamento para a realização de exames.

[...] O pessoal da colônia, eles não deixam que o médico peça. [...] a outra médica, ela dizia para os pacientes: - Quem é o médico aqui? É o senhor ou sou eu? Então, quem deve achar que o senhor precisa de exame sou eu. Eu sei que o senhor não está precisando de exame, não tem necessidade. O senhor já fez esse exame, ó, não tem dois meses. Ela diz e não dá. E a [...] acaba dando. Vai ver que ela vai te contar que eles já chegam ali com aquela coisa que querem exame e ela diz para não ser chata com os pacientes ela dá.
[...] **Dália**

Quanto a isso, Schraiber et al. (2010) debatem a postura disciplinadora dos profissionais no uso de suas atribuições e intervenções, em que, especialmente o médico, possui “grande zelo com a autoridade médica e sua legitimidade exclusiva na “palavra final” do terapêutico” (p.965). Neste mesmo relato, há o relato de que outro profissional oferece com mais facilidade os encaminhamentos, a fim de não entrar em embates. Isso possivelmente tem ligação com a consciência de que, se não fornecer receitas ou encaminhamentos médicos, haverá conflitos entre ele e os usuários.

Em alguns relatos verifica-se que existe um posicionamento dos profissionais, como se os usuários e eles se colocassem em lados opostos, como se houvesse uma contraposição de interesses e objetivos. A seguir, um profissional narra uma situação em que um usuário sai

insatisfeito do serviço e mobiliza diferentes sentimentos na equipe ao sentirem-se pressionados pelo usuário.

Eles não ficam contentes quando a gente vai explicar para eles. Eles acham que não, que a gente está falando bobagem. Teve um caso uma vez que o paciente veio pedir um atestado para a Doutora porque queria se encostar e a Doutora achava que não era necessário esse atestado porque o que ele tinha não era caso para atestado pra se encostar. Ai ela solicitou alguns exames para ele, e ele pegou e saiu de dentro da sala da Doutora furioso, não deixou nada de exames e saiu porta afora. Claro, tu vias assim que tava furioso. Tu explicar que não vai dar porque não precisa. Eles não aceitam muitas vezes. Eles acham que a gente está falando bobagem. **Camélia**

A saúde, pensada a partir das relações entre humanos se faz com pessoas e entre pessoas, constitui-se da relação entre sujeitos, com suas potencialidades, limites e saberes. Traz consigo o desafio de “propiciar que o encontro entre os cidadãos usuários e os profissionais de saúde sejam, de fato, oportunidade para uma relação de respeito, solidariedade e ajuda mútua” (INOJOSA, 2005, p.2).

No campo da saúde as relações que se estabelecem entre o sujeito profissional de saúde e o sujeito usuário possuem algumas singularidades, que se destacam entre os diversos campos de conhecimento que se oferecem nos serviços públicos. *A priori* o profissional da saúde dedica-se a promover a vida e esse ofício envolve lidar cotidianamente com a dor, o medo e a morte, isso tudo inserido em um Sistema Público de Saúde que tem regras e limitações operacionais, administrativas e tecnológicas que também promovem limitações no atuar desses atores (INOJOSA, 2005).

5.2.3 Quando as possibilidades de colocar-se diante do outro são limitadas

Em alguns momentos, as tensões constantes entre profissionais e usuários promovem o não mais colocar-se diante do outro, em que os profissionais sentem-se no direito de não oferecer a oportunidade ao usuário de acessar o serviço. Conforme a Revisão de Literatura (ano??) e retomado-se a seção de análise dos dados, vivencia-se um momento histórico da implantação dos serviços de saúde em que o acesso, o referente ao entrar em contato com a tecnologia, não representa o problema de maior monta, mas, sim, aquelas inquietações de qual acesso se está tratando, no sentido de que se luta pelo acesso ao cuidado em saúde. Assim, acredita-se que debater essas questões conduza a entrar no campo do direito ao acesso à saúde, reconhecendo-se, aqui, conforme defende Pinheiro (2011), que o direito não se restringe/reduz ao acesso às tecnologias médicas e assistenciais disponíveis.

Partindo-se da compreensão de que a integralidade do cuidado é uma possibilidade de se afirmar o direito à saúde como um bem público, e que o cuidado emerge das interações entre os sujeitos (PINHEIRO, 2011), a responsabilidade coletiva chama para a defesa da saúde como um bem comum (PINHEIRO, 2010). Isto, por conseguinte, implica em analisar as formas e os meios de os sujeitos se cuidarem e serem cuidados, pois, a autora expõe a demanda por cuidado como um direito à saúde (PINHEIRO, 2011). Para Asensi (2009), o “direito à saúde e a integralidade formam um todo indivisível, à medida que a garantia de um depende da existência do outro” (p.88), mas considera que existe um hiato entre os direitos sociais e coletivos e seus mecanismos de efetivação, pois “não se trata de ter o direito, mas sim de exercê-lo” (p.95). Entretanto, apesar de ser um tema de grande interesse para o campo da saúde não é o objeto deste estudo, mas permeia o emaranhado das RAS.

Em vários momentos, durante a pesquisa, presenciou-se a interação serviço de saúde e usuários. No dia em que o fato relatado a seguir ocorreu, observou-se que por volta das 7 horas da manhã, três médicos atendiam no serviço no mesmo horário, no início da manhã, mas avistei somente um, os outros dois não se viu nem chegar nem sair. Ao chegar ao serviço observou-se que muitos usuários já estavam organizados em fila por ordem de chegada em frente ao serviço, e três funcionários iniciaram a distribuição das consultas no balcão de atendimento, tanto para as consultas que seriam realizadas naquele horário quanto para outro.

A movimentação de pessoas era intensa no serviço, algumas pessoas tentavam fazer perguntas, todas falavam ao mesmo tempo, e os profissionais tinham dificuldade em ouvi-los. Neste momento, os usuários que estavam sendo atendidos não queriam dedicar seu tempo em ouvir o que os demais queriam saber, nem mesmo aqueles que aguardavam na fila. Assim, alguns números foram atendidos antes dos anteriores, pois as pessoas não conseguiram ouvir a chamada do próprio nome. Em meio à confusão das pessoas que se aglomeravam em uma sala grande que desembocava em vários consultórios, dois profissionais estavam pegando as fichas de atendimento preenchidas no balcão e anotando os valores aferidos de pressão arterial de cada usuário; um realizava o procedimento e outro anotava. Os dois não se envolviam com a situação confusa posta para o serviço, provavelmente por ser comum esse acontecimento ao oferece atendimento ao usuário. Calmamente, realizavam suas funções e conversavam entre si sobre assuntos aleatórios.

[...] Meio ao tumulto, um dos profissionais pediu que as pessoas se organizassem em fila por ordem de chegada e organizou outras pessoas que estavam esperando para verificar a PA. Fiquei assustada com aquilo, pois ela fez isso aos gritos, até porque de outra forma com a quantidade de pessoas que estavam aglomeradas na recepção do serviço eles não se ouviriam. Ele

pediu que as pessoas parassem de falar, as pessoas visivelmente não gostaram daquilo, resmungaram algumas coisas, mas não falaram em voz alta. As pessoas que ficavam no balcão com o tumulto ficaram visivelmente irritadas. Quando a sala de espera estava cheia o mesmo profissional pediu um momento de silêncio e disse para as pessoas que o atendimento tinha sido demorado porque muitas pessoas não trouxeram o cartão com o número de registro na UBS e que a cada procura era perdido muito tempo, da próxima vez era para evitar que isso acontecesse. Meio a isso, um dos profissionais que iria atender gritou duas vezes da porta de sua sala ao fundo de um corredor perguntando se ele teria atendimentos a prestar aquele dia. Mas, o que estava acontecendo era ele havia chegado antes das pessoas preencherem a ficha de atendimento com seus dados. Desta forma, só duas pessoas foram atendidas, das 16 que poderiam ter sido, ele foi embora sem atender as demais, que tiveram que buscar noutro lugar atendimento. **Diário de Campo**

É inquietante ressaltar que algumas pessoas que foram ao serviço nesse dia, ou perderam a consulta, ou contaram com a sensibilidade de algum profissional, mas a figura daqueles profissionais que não se envolveram com os usuários e com o que acontecia ali, foi o que mais chamou a atenção. Toda a equipe, de uma ou outra forma estava envolvida, mas os dois profissionais que trabalhavam com as fichas dedicaram-se somente às tarefas de realizar a técnica e anotar o resultado no prontuário. Além deles, também se julgou estranha a postura do profissional que entreviu, aos gritos, na tentativa de organizar a fila e do outro que, simplesmente, foi embora sem atender às pessoas que estavam agendadas e sem cumprir sua carga horária de trabalho.

Tesser, Poli Neto e Campos (2011) evidenciam que os serviços públicos de saúde brasileiros, em especial na Atenção Básica, não superaram o padrão da organização estatal burocratizada e enrijecida. Assim, foi seguida esta lógica na relação que estabelecem com os usuários, tendo a instituição médica como um dos dispositivos para que isso se reproduza e se fortaleça. Esses autores fazem a analogia de que, os usuários, ao buscarem os serviços de saúde, o fazem do mesmo modo quando se dirigem a qualquer repartição pública, pois ali encontram, como nos demais serviços públicos, rigidez no horário de atendimento (horário comercial) e guichês de recepção com atividades administrativas.

Assim, mais uma vez questiona-se a trajetória sinuosa do usuário que vive no rural, as pessoas que ficaram sem atendimento naquele dia, ou buscaram noutro lugar ou tiveram que remarcar-lo. Naquele dia, quando a aglomeração de pessoas diminuiu e os ânimos se acalmaram, observou-se uma senhora sentada em um dos bancos do serviço, ela tinha vindo do interior e havia perdido a consulta como outros usuários. Ela foi encaminhada de uma ESF do rural para o atendimento com a especialidade de ginecologia. Em conversa que se manteve com ela, ela relatou que a ACS de sua área avisou-a, por telefone, do horário e data da

consulta, mesmo já prevendo que não conseguiria chegar no horário da consulta, não foi possível reorganizar o horário com a ACS. Possivelmente porque a própria ACS recebeu a tarefa de informar a usuária sobre a consulta, que é o que acontece quando o setor de marcação de consultas do município não consegue contato direto com o usuário.

Assim, como já havia acontecido em outra situação, ela tentou e não conseguiu chegar a tempo para ser atendida. A usuária saiu de sua localidade às 6 horas da manhã, caminhou até a parada de ônibus e esperou até às 6h30min, chegou às 8h30min ao urbano, além de pagar duas passagens ela teve que ficar fora durante boa parte do dia, pois o horário de ônibus em que pode retornar ao rural seria às 16h30min. Dessa forma, os residentes do rural que não conseguem chegar no horário da consulta ficam sem atendimento, mesmo tratando-se de uma especialidade. Esse caso teve como desfecho o agendamento de uma nova data para a realização da consulta, quase um mês depois, porque um dos profissionais responsável pelos agendamentos se sensibilizou a fazê-lo. É inquietante pensar que, “acabadas as vagas, acabou o acesso ao cuidado” (TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010, p.3619).

Por outro lado, margeando os relatos dos profissionais sobre os possíveis embates, surge o posicionamento da coordenação da Atenção Básica em que um de seus coordenadores expõe que determinados encaminhamentos retornam para as equipes para serem reavaliados. Isso em virtude de que, segundo o profissional, certos encaminhamentos podem ser inadequados frente à responsabilidade de atuação que as equipes possuem.

[...] Eu tenho analisado bastante os encaminhamentos da estratégia e muitos encaminhamentos eu mando de volta para a unidade para serem reavaliados. Têm muitos encaminhamentos que não se admite na Estratégia de Saúde da Família, muitos encaminhamentos para pediatras, para ginecologista que não dá para admitir, tu entendes? Então eu venho pensando muito nisso também, aí eu volto com esse encaminhamento para a equipe porque eu sempre discuto a situação em equipe assim... **Girassol**

Assim, ressalta-se a melindrosa posição dos profissionais que se colocam em contato com os usuários que desejam ter suas demandas atendidas, e com outras esferas de gestão que também têm o poder de cercear o acesso dos usuários, mas que não se colocam diretamente em contato com eles. Dessa forma, os profissionais são a “linha de frente”, o primeiro contato dos usuários com o Sistema de Saúde, que personificam as diferentes fragilidades das diferentes esferas da gestão. Entretanto, a autonomia que se quer tratar aqui é aquela relativizada por Campos (2011). O autor faz a seguinte reflexão: quais seriam as possibilidades de atuação e autonomia dos profissionais quando a racionalidade tecnológica é

hegemônica no campo da saúde e na gestão? Considera-se que essa racionalidade reduz as práticas em saúde a determinadas dimensões, em geral daquelas que denotam maior interesse ao poder dominante. Indo-se mais adiante, a racionalidade tecnológica, segundo o mesmo autor, encontra seus limites exatamente em contextos em que as práticas ocorrem mediante interações sociais, porque não valoriza a capacidade reflexiva dos sujeitos frente às intervenções a serem realizadas.

Ao acompanhar o cotidiano de um dos serviços referidos como de grande procura pelos usuários do rural, teve-se uma surpresa frente à demanda pelo mesmo por esta população, pois não se encontrou, nesse serviço, espaço para conversas entre usuários e profissionais; o que existia eram procedimentos isolados, em que os profissionais administravam, aplicavam ou instalavam a medicação prescrita, não estabelecendo comunicação com os usuários. Assim, esse espaço constituía-se em um simples local de passagem para as pessoas, elas ficavam ali por algum tempo e depois iam embora.

Constatou-se, também, que, em determinados momentos, os conflitos tomam proporções desmedidas, havendo intervenções por parte dos profissionais e usuários que deixam um saldo negativo nesses encontros. Esta situação possivelmente seja favorecida pelo próprio temor dos profissionais de serem cerceados pela gestão do serviço, fazendo com que a comunicação entre usuários e profissionais fique ainda mais tênue.

Aí eles, se tu pegares assim aqui, é muita bobagem, o problema é que se tu não fizeres, eles saem daqui e vão direto... Se tu perguntares para todo mundo, não vamos dizer muito, cinco técnicos aqui dentro, o [...] quem é o administrador, cinco não sabem. Mas, eu aposto contigo se parares ali na frente e perguntares para 5 que passam na rua, o telefone dele eles sabem. Eles ameaçam: - Se tu não fizeres tal coisa. - Ah, tu não vai fazer? Vou direto amanhã e vou falar para o [...]. Aí eles ficam te ameaçando. Eles ameaçam. **Violeta**

Mais um ponto que permeia as relações que ocorrem é a exposição à qual se arriscam os profissionais, especialmente nos momentos em que o acolhimento é exercido, no sentido de que serão responsabilizados sobre aquilo com que vierem a se comprometer, porque relacionar-se imprime a obrigação da formação de pactuações entre os envolvidos, em maior ou menor grau.

Desse modo, as equipes encontram formas de se resguardarem disso, pois nem sempre terão liberdade para ousar nas ações que porventura pretenderam e o usuário lhes cobrará o comprometimento de uma ou outra forma. Os usuários buscam estratégias para lutar pelos seus direitos, e conforme os casos relatados, fazem manifestações personificadas nos

conselhos ou diretamente para o próprio prefeito e secretário de saúde do município. Dessa forma, além de usuários e profissionais se colocarem em posições que não se complementam, estes últimos relataram o receio que têm de sofrer retaliações por parte das comunidades.

[...] Aí demitiram, por causa disso. Porque ela era uma sargentona, nada podia, nada tinha, era grossa, era estúpida com as pessoas, ela deixava as pessoas irem embora chorando, sabe?! Ela humilhava os pacientes. - Isso é hora de vir, não tem mais o que fazer?! Porque não toma os remédios na hora que tem que tomar, depois vem aqui incomodar, pode ir embora porque aqui não tem médico. Falava assim, aí depois acaba não voltando, só que eles iam reclamar, foram até para a rádio. A população do [...] ela vai para a rádio, eles tiraram uma médica de lá. A [...] do [...] era de lá do [...], ai... Mas, ai a [...] pediu e tinha vaga, aí ela quis sair de lá, antes que acontecesse alguma coisa. Porque o pessoal é assim, eles qualquer coisa, eles não gostam e vão para a rádio, aí acabam tirando médico, tirando enfermeiros, quem eles quiserem tirar eles tiram do posto. Para o [nome do secretário de saúde] ali a população... **Dália**

Na fala anterior, de Violeta, mesmo entendendo que as atitudes do colega citado não tenham sido adequadas, o profissional relata que foi a população que fez com que ele saísse da ESF onde trabalhava. E outro profissional pediu para ser remanejado da equipe com receio de que a situação pudesse acontecer novamente. Também atenta-se para o fato de que o entrevistado tem o entendimento de que o Secretário de Saúde dará maior relevância aos relatos do usuário do que ao dos profissionais. Na situação relatada, a maneira como a gestão do município interferiu na relação entre a equipe e a comunidade favoreceu aos profissionais de outros serviços do município para que ficassem receosos com a possibilidade desse tipo de manifestação, deixando a impressão de que a comunidade, tendo ou não razão, a gestão do município, segundo seus próprios critérios, a apoiará e a possibilidade de perder o emprego é um risco para eles. Entretanto, não se tem o interesse de culpabilizar os usuários ou vitimizar os profissionais; o debate tem o interesse de discutir as dificuldades em instituir negociações e pactuações entre os atores envolvidos.

Entende-se que essa questão exige habilidades dos profissionais, gestores e líderes comunitários para lidar com esse tipo de situação, pois um desses atores, nessa arena, pode sentir-se desvalorizado e criar maneiras de proteger-se, o que acaba interferindo diretamente no atendimento em saúde. Ao pesquisar questões sobre mobilização social, Martins (2009) reconhece que os usuários tomam as decisões sobre o cotidiano a partir de negociações e reflexões ao longo do tempo, portanto, acredita-se que, a própria comunidade oferece sinais de que não está satisfeita com determinada situação, e esse ator vocaliza seus conflitos por meio de reclamações. Para o campo da saúde é importante entender essas formas de

construção da cidadania, pois elas envolvem a formação de alianças e redes comunitárias que desempenham importante papel na solução de problemas que são comuns ao espaço público (MARTINS, 2009). Esses recursos poderiam ser negociados e favorecer a todos, não sendo interpretados como formas de pressão mútua, pois é nestes espaços cooperativos, públicos e privados que surge a figura dos mediadores de maneira a transformar as reclamações em sua qualidade clientelista em práticas coletivas, solidárias e responsáveis (MARTINS; SANTIAGO; CARVALHO 2009).

É possível relacionar esses conflitos com o grau de liberdade que os profissionais têm e a visibilidade do papel que desempenham junto às comunidades. Assim, essas situações pouco os motivam para que possíveis desejos de se relacionarem fluam nas equipes, pois, em determinados momentos, a autonomia para instituir espaços que privilegiam os encontros pode ser limitada. Entretanto, no campo da saúde os atributos próprios do humano, como a capacidade de interagir, oferecem um elevado grau de incerteza sobre os resultados das práticas sociais que exigem “capacidade reflexiva e de tomada de decisão durante o processo de trabalho ou de intervenção” (CAMPOS, 2011, p.3036).

5.2.4 Mas que rural é este? Estranhamentos que geram naturalização.

Um tema importante a ser debatido aqui é o lugar que ocupa o rural enquanto território nas ações desenvolvidas pelas ESF. Sarti (2010) discute a ausência de problematização das implicações que essas equipes têm quanto ao seu objeto de intervenção, unidade de atenção, a qual carrega em sua própria denominação, a família. A família (é a família???) tem um sentido instrumental, serve para aproximação com o contexto social do indivíduo, no sentido de cumprir metas, mas apesar da boa intenção de aproximação do contexto social, sem a devida discussão de suas implicações e do papel do profissional esse desenho de Atenção Básica adapta-se mais a manter o olhar disciplinador dos profissionais e seus saberes do que, de fato, promover as mudanças as quais pretensamente preconiza para o campo da saúde (SARTI, 2010).

As representações do rural têm implicação sobre as práticas exercidas sobre essa população e, conseqüentemente, as limitações que isso impõe se estendem às relações que usuários e profissionais estabelecem no cotidiano, gerando uma barreira invisível que compromete o potencial de atuação dessas equipes, no sentido de oferecerem ações implicadas na vida dos indivíduos. Assim, mesmo que esteja em um ponto solitário da rede de atenção em saúde, a Atenção Básica poderia encontrar, nos usuários, a possibilidade de

ressignificar suas práticas. As reflexões de Sarti (2010), mais uma vez, contribuem para este estudo, ao evidenciar que a estigmatização do diferente exerce importante força simbólica sobre a forma com que os profissionais operam suas atividades.

Ao falarem sobre as relações que se estabelecem entre os serviços e as comunidades em que se inserem e sobre a busca pelos serviços, os profissionais evidenciaram diversos fatores que consideram pertinentes para justificar a demanda em saúde dos usuários. O discurso desses profissionais revela a sua interpretação sobre os usuários que vivem no rural, como no relato a seguir, em que ser triste pode ser interpretado como normal para os usuários do rural.

[...] então eles tem aquele olhar triste, uma coisa assim, parece assim, não tem um, é diferente da pessoa estar numa situação difícil, num trabalho difícil, mas assim parece que está com uma visão, sei lá, uma visão diferente, uma coisa de alegria, eles não, parece que é uma coisa de conformação, parece que ser triste para eles é o normal. Por isso que eu digo, ai eu penso assim, será que isso não é muito de cultural também, na minha opinião é.

Azaléia

Por parte de alguns profissionais existe determinado estigma quanto aos hábitos e costumes das comunidades onde se inserem e a forma como se organizam, de forma que ser morador do rural e ter particularidades que a eles concernem é uma das explicações dadas pelos profissionais para a atual conformação da demanda, deduzindo que o viver no rural não é uma condição positiva para a saúde das pessoas. Alguns profissionais revelaram a interpretação que tem acerca dos motivos pelos quais os usuários estariam demandando de maneira inadequada os serviços de saúde, revelando, também o estigma/preconceito que tem quanto à população com a qual se relacionam, o que pode ser fruto do próprio distanciamento entre eles.

[...] Então, por isso que o, aumenta [*a demanda*]... A maioria das pessoas ali elas por falta de lazer, por falta de condições financeiras [...] Não é necessidade real por consulta médica, mas é uma carência talvez até emocional. Então, hoje as pessoas veem não só o médico, mas os profissionais de saúde que atuam na unidade básica como uma família como uma referência para resolução de todos os problemas e ai acabam chegando lá, são pessoas geralmente carentes que não tem um estudo, instrução como a gente tem, são pessoas que vivem somente trabalhando como é o caso daqui, trabalham, trabalham, trabalham, não tem um lazer, então acaba acontecendo aquilo que a gente estava conversando: muitas pessoas com problemas, transtornos mentais que poderiam ser evitados se existisse algo mais... prazeroso para se fazer além de trabalhar, entendeu? É complicado.

Rosa

Sobre isso, Sarti (2010) ressalta que, num contexto de desigualdade social como aqueles em que operam os programas da Atenção Básica, a sociabilidade traduzida nas relações entre profissionais e usuários obedecem a hierarquizações sociais que se traduzem em uma assistência em saúde que segue a lógica de oferecer assistência aos desfavorecidos. Alicerçando as práticas em saúde, a noção de comunidade, como a de família, tem conotação moral positivista, em que remete a uma imagem idealizada, “é uma noção usada estritamente para se referir ao mundo dos pobres. Traduz um olhar sobre o mundo do outro, nomeando uma diferença social” (SARTI, 2010, p. 99).

Aproxima-se disso o entendimento que se mostrou recorrente em que alguns usuários poderiam desejar a internação em função de fatores socioeconômicos.

... Tem uns que gostam de passar uns dias, eu acho que tem gente que se sente bem até no hospital, que a própria família abandona eles... E no hospital então eles têm... Eles têm tudo lá. Ali tu sabes que tem gente que não gostaria nem de voltar para casa. E muitos idosos. **Gérbera**

[...] o fator socioeconômico das pessoas da zona rural é diferente da gente da cidade, na cidade tu tens mais acesso a farmácia e para fora não. Para fora já, e o hospital já te oferece o tratamento, tu entendes, ali! Que o tratamento que eu não vou poder fazer em casa, poder comprar essa medicação, o hospital me dá e tem tudo isso aí, fator socioeconômico, não de todas as pessoas, de algumas, né?! **Flor de Lótus**

Os profissionais questionam o entendimento das pessoas sobre sua vivência do adoecimento, pois interpretam que questões relacionadas à alimentação, higiene e falta de dinheiro faz com que se sintam doentes. A questão higiene foi recorrente nas falas dos entrevistados, importante agravante de sua condição de saúde.

Acho que tem muito usuário, tem muito paciente que está doente, ou sei lá eu, que se julga doente por não ter uma boa qualidade de vida, problemas particulares, talvez, mas financeiros, não tem uma boa alimentação, não tem um bom hábito de higiene, então isso aí tudo leva a pessoa a dizer que está com depressão, por exemplo, porque eu acho que muita, muito não, aí eu acho que não, nem fecha diagnóstico de depressão, mas a pessoa se sente assim, não tem uma qualidade de vida boa, acaba se sentindo se sentindo depressivo, vamos dizer assim. **Açucena**

É bom tu ficares assim, sabe? Quando chegar pessoa do interior, aí tu vê, só prá ti veres as coisas, que eles vêm.. Bah, assim eles vêm no último, eles não tem assim higiene... Muito difícil, eles vêm descabelados, fedendo. Eles não têm, tomar banho todo dia, por exemplo, bobagem para o pessoal lá de fora[...] **Violeta**

Principalmente lá nessa região, que é uma região de colônia, que é alemã, então assim ó, eles tem... Os hábitos, a questão cultural deles, tu tens que

saber identificar, tu tens que saber entender, a própria questão da higiene que é um problema de saúde pública [...] **Margarida**

Conforme Heckert (2009), existem práticas de escuta que “*ouvem sem escutar*” (p.207), e acontecem quando os profissionais, ao invés de indagar as evidências que nos constituem como sujeitos, se deixam guiar por elas, naturalizando-as, não conseguindo captar as singularidades e as imprevisibilidades que constituem o humano e o vivido. “A escuta surda produz como efeito a tutela e a culpabilização dos sujeitos, uma vez que fala por, fala de, em nome de, no lugar de falar com o outro.” (HECKERT, 2009, p.208).

Aqui, ressalta-se a possibilidade de estar havendo uma naturalização perversa de questões que envolvem os diferentes modos de vida das comunidades em que essas equipes se inserem, naturalizando perversamente situações vivenciadas que demandariam um olhar mais sensível por parte do profissional, a ponto de a questão da origem alemã ser retratada como um dos motivos da dificuldade em implementar ações de prevenção.

[...] Me dar conta que eu sou hipertensa, tenho que cuidar da minha alimentação, eu tenho que fazer exercício e aí eu tenho que tomar minha medicação, né?! é uma série de coisas, isso aí só vem com o tempo, e até pela cultura de origem alemã, daquela alimentação bem forte [...] **Iris**

Muito cultural isso, também tem aquela coisa que se fala que o alemão é introvertido, é frio, tem dificuldades para demonstrar sentimentos. [...] **Lírio**

Bonet e Tavares (2006) comentam que as ESF se inserem em, no mínimo, duas redes: a primeira seria a rede que se situa a partir da territorialização instituída nas comunidades; a segunda seriam as unidades familiares. Entretanto, os autores enfatizam que o trabalho em saúde dessas equipes que se inserem em redes intersticiais, estas tensionam e/ou estabelecem alianças com o trabalho desenvolvido pelas equipes. Assim, acredita-se que existem potencialidades que poderiam ser mais bem exploradas pelos profissionais, serem agregadas ao serviço, como os recursos sociais de que dispõem, identificando nelas o que têm de positivo e que pode ser agregado ao processo de trabalho e fortalecido pelas equipes.

Também existe dificuldade por parte dos profissionais para compreenderem o regime de trabalho das pessoas, e em determinados momentos exigem que o usuário se adapte aos horários e rotinas de trabalho dos serviços, considerando ser responsabilidade dele o maior empenho para alcançar o atendimento. Também, dizem os profissionais, os usuários teriam outra forma de sustento que não o fumo, cultivo que se apresentou como a principal fonte de renda nas comunidades onde se esteve, mas em outras há outros tipos de cultivo.

É isso aí, não fecha com os horários deles de trabalho, eles não largam a lavoura, eles não acham que a saúde é em primeiro lugar! Para eles não! Não é! E primeiro lugar é a lavoura, é o dinheiro, isso ai eu posso te dizer com todas as letras as prioridades lá fora, não é a saúde. Pô, mas o filho está doente e tu trouxeste só agora, meio-dia? - É, mas eu tinha que trabalhar, meu marido foi para a lavoura. Porque as mulheres dependem muito dos maridos. - Meu marido foi para a lavoura e não tinha com quem vir... Então, sempre assim. Lá eles, eles primeiro é lavoura depois eles. **Hortência**

[...] até o agente de saúde nos falou que eles são muito assim, eles não gostam de coisas novas, ideias novas, então até aquela questão assim, é mais fumo que eles plantam aqui, parece assim ó, que nem eu escutei vou fugir um pouquinho da nossa... Parece que as pessoas têm, no caso, eu já li até a respeito que eles tem alternativas de, de ao fumo, de plantio de outras situações em relação ao fumo, mas eu tenho impressão que eles são arraigados naquilo ali. E aí... Mas, aí eu não sei vou associando muito essas situações. **Azaléia**

Esses relatos incitam a reflexão sobre o distanciamento existente entre profissionais e usuários, e reverberam o entendimento de que a ESF está implantada, atua em determinado horário e determinada agenda de atendimento e o usuário luta para viver a vida de maneira que nem sempre se adapta às normas do serviço de saúde. Heckert (2009) faz importante alerta ao dizer que o cuidado oferecido pelos serviços não deve, de maneira alguma, se efetuar enquanto um ato individualizador e culpabilizador do outro por suas condições de vida, trabalho e de saúde. Para a autora, juntamente com o processo de formação dos profissionais, que ainda é realizado de maneira unilateral e tecnicista, está a concepção de cuidado que não se aproxima das condições econômicas, sociais, históricas e culturais dos indivíduos que se submetem ao cuidado profissional.

Um dos efeitos perversos disso é o entendimento do que é a produção de autonomia para os sujeitos que são produto desse processo de formação, que se reduz a uma construção individual, que nada ou pouco tem a ver com relações entre sujeitos e negociações e construções coletivas. A produção de saúde que gera esse tipo de subjetivação não se fundamenta em saberes que desqualificam o saber cotidiano, aquele que os sujeitos constroem para lidar com a “variabilidade e imprevisibilidade que constituem o humano” (HECKERT, 2009, p. 204).

Outra reflexão de Bonet e Tavares (2006) é que os serviços as ESF se inserem em diferentes espaços, idealizando-os como um “espaço liso” (p.388), sem reconhecer esse espaço enquanto possuidor de processos que o fazem dinâmico. Essas proposições incitam que se pense que foi evidenciado que o rural possui algumas particularidades, quanto ao trabalho, cultura, distâncias a serem percorridas para as pessoas se deslocarem até o urbano. No entanto, foi demonstrada determinada conformidade com a situação em saúde das

comunidades, ao passo que os profissionais indicaram inconformidade com ela, evidenciando-se a compreensão de que os usuários poderiam não ter melhoras substanciais em função de seus modos de viver a vida, exemplificadas, nos relatos, questões próprias do regime de trabalho.

Sim, tem vários casos para fora, é que geralmente para fora eles trabalham muito fumo então os idosos vão até ficarem acamados, eles trabalham no fumo tanto criança quanto idoso e o fumo é úmido, o fumo... Eles dormem num quarto sempre fora da casa e claro, é mais fácil, mais propício a pegar infecção respiratória, e até porque levantar cedo para ir para o fumo, molhados, os idosos não aguentam muito, né?! E até pela mesma... Intoxicação do... O veneno do fumo que é dentro daquele galpão, eles respiram muito, também, eles têm muito problema respiratório... mas vem seguido paciente de fora internar. **Hortência**

Também foi levantada a questão de que, particularmente em se tratando de idosos, ainda permanecem pessoas no rural que não se comunicam fluentemente em português, sendo mais uma barreira para o estabelecimento de comunicação entre profissionais e usuários.

Eu acredito que ainda existe gente aqui na nossa região que não conhece São Lourenço e que são analfabetos. Eu acredito. **Violeta**

Então, tem gente que fala o alemão até hoje, para fora. E têm idosos ainda que não falam brasileiro. Não falam até ali, se a gente pergunta: - E aí tu não olhas a novela? - Vejo. É, mas ela não fala, porque não..., tem vergonha de falar... Mas eu também não sei falar alemão e não tenho vergonha de falar. Falam meio enrolado. **Gérbera**

Na fala de um dos coordenadores da Atenção Básica, as especificidades identificadas quanto ao rural se referem a fatores determinantes à adesão a ações implementadas pelas ESF, como a desigualdade social entre as comunidades. No entanto, mesmo reconhecendo que existem especificidades, conforme o relato abaixo e a vivência em campo, não existem ações diferenciadas entre as equipes a fim de atendê-las. O que existe é a interpretação de que essas diferenças geram dificuldades às equipes em função das comunidades não se adequarem, e não o inverso, às ações que não se adaptam às especificidades locais.

Nós não pensamos ações muito diferenciadas, né?! Na verdade, a gente pensa na rede como um todo. Claro, cada localidade tem as suas características e nos demandam necessidades diferentes. [...] é uma comunidade que exige muito, que... Entende? É uma mistura de população muito pobre, de população muito rica, então existe uma demanda maior para essa equipe [...] Todo o nosso trabalho, às vezes, a gente tem que adequar para aquele local entende? Porque a gente sabe, ah determinado demanda no [...] não vai funcionar, não adianta, né?! [...] São famílias favorecidas, mas que utilizam a unidade, né?! Já tem outro tipo de conhecimento assim, então é uma população muito... Que ela oferece uma facilidade para a gente

implementar os programas lá porque eles tem determinados tipos de conhecimentos, então já, né?! Eles têm uma facilidade melhor de assimilar de se interar dos programas, de participar, né?! [...] **Girassol**

A questão de os usuários serem menos esclarecidos emergiu nas entrevistas, expondo claramente que existem ocupações de espaços diferentes entre profissionais e usuários, denotando o distanciamento que há entre usuários e profissionais. Esses espaços diferentes sempre existirão, mas quando isso impõe hierarquias que trazem mais dificuldades aos usuários é um tema a ser debatido com mais intensidade, pois gera sofrimento aos envolvidos com maior ou menor intensidade, dependendo da posição que ocupam os envolvidos a cada situação. Onocko Campos (2005), referindo-se aos profissionais como sujeitos que se transformaram por obra da academia, diz que esses sujeitos são mediados por diversas formações discursivas que têm valor de verdade em suas práticas. Para Sarti (2010), a perspectiva dialógica é o caminho mais seguro e curto para se vencer o descompasso entre os profissionais da saúde e os usuários, pela necessidade da instituição de ações em saúde embasadas no diálogo. No entanto, é sabido que esse diálogo é difícil, pois se institui ou não entre atores sociais desiguais, com diferentes dificuldades em sua implementação no mundo vivido.

Em relação às interpretações expostas anteriormente, relatos de profissionais que moram no rural, como os ACS, se destacam nesse contexto. No relato abaixo, o que o profissional vê de diferente no rural é somente a distância, e essa diferença faz com que ele ajuste sua rotina de trabalho para atender essa particularidade.

É, a única diferença é a distância, né?! Tu estás ali na cidade, tu qualquer coisa tu vais ali ao postinho é bem pertinho, né?! E aqui fora não, às vezes, eu tenho casas que, que dá 30 quilômetros do posto de saúde ou da minha casa. Aí essa, às vezes, ele vem consultar aqui, aí foi encaminhado no exame, aí essa parte a gente já cuida, quando voltar o exame que foi marcado, a gente acaba levando, leva para ele, aí ele só tem a função de ir lá no laboratório e fazer o exame. Marca consulta, aí eles ligam para a gente, a gente marca aqui para que eles não venham até aqui marcar consulta [...]

Chuva de Prata

Outro profissional, também morador do rural, relata que os usuários, depois de encaminharem seus documentos para realizar exames ou consultar com especialistas fora do município, têm receio em deixar de comparecer ao compromisso que firmaram, pois conseguir um agendamento é um recurso relativamente difícil para eles, mas com isso vêm diferentes dificuldades, conforme ressaltado no capítulo 5.1.1 — o receio de serem cerceados

em uma nova busca por esses recursos, serem chamados para a realização de exames em situações em que já tiveram os sintomas aliviados ou a doença curada.

Isso não é culpa do interior [*das pessoas*], é de lá [*urbano*], que todos esses serviços que tem lá, eles agendam os pacientes, que tal dia tu tens que estar aí. Não é que eles vão [*no sentido de desejarem ir*], é que eles entram no roteiro, né?! [...] Mas na realidade as pessoas nem precisariam ir lá, a pessoa tinha uma cólica de rim, está não deu, fez cirurgia, lá. Não deu para fazer cirurgia aqui, estava dentro, mas quando vai dar outra cólica de rim? Fica lá, daqui a quatro meses tu vens. Estão eles vem te pegar, o ônibus que vai todo dia, um ônibus lotado, um micro ônibus, duas três vezes por semana, então entra naquele roteiro e eles ficam com medo, como é que é? Eu tenho que ir, meu nome está lá, nos indo, dá uma coisa, eu tenho que ir lá. Não, mas não é assim, tu não tens mais nada. [...] Não é uma radioterapia, uma quimioterapia, uma coisa comum, uma coisa mais séria tudo bem, mas ai eles ficam, né?! Uma vez lá, depois vão, 5, dez, quinze, vezes... Sobrelota isso. Em parte é isso ali, eles têm as estatísticas lá, dai eles acham aqui que não pode falhar [*deixar de ir*] por uma coisa simples, né?! Se fosse uma coisa mais séria tudo bem. **Bem-me-quer**

Ainda nesse relato é ressaltado que esse fluxo tem como finalidade a produção de consultas e exames que não têm como desfecho a resolução dos problemas que levaram o usuário a buscá-las. E que o usuário, ao ser inserido nessa lógica, sente-se preso à ciranda infundável como refere Madel Luz, já citado em outro trecho da pesquisa. Entretanto, é possível pensar no quanto o usuário e o próprio Sistema de Saúde são beneficiado com isso, pois, na fala de Bem-me-quer é possível identificar uma relação que, ao invés de provocar maior autonomia aos usuários, lhes traz dependência e afirmação da diferenciação de espaços que ocupam.

Cecílio (2012), em suas reflexões, discorre sobre o ator denominado por ele de “usuário fabricante”, aquele que os serviços de saúde tentam moldar segundo normas instituídas, segundo a lógica formal do Sistema de Saúde. Entretanto, o autor diz que é sabido que esses atores, a partir dessa perspectiva, estariam transgredindo normas o tempo todo, emergindo disso uma figura viva, cuja visibilidade é um elemento central na proposta de inovação da produção das práticas em saúde. Assim, culpabilizar o usuário ou o profissional sobre os arranjos que se organizam no cotidiano, apesar de ser confortável, não parece ser o ideal ou aquilo que oferecerá resultados mais positivos do que os já alcançados.

5.3 Os fios que costuram as ações e tecem as redes: a mediação do cuidado

A partir do caminho percorrido e descrito nas seções anteriores, permanece-se na incursão pela rede assistencial do município em estudo, com base na interpretação de que o

processo de encontro entre a abordagem profissional e os usuários é iminente configurado pelas relações que se instituem, sendo delimitado pelos diferentes níveis de participação nas negociações que neles se instauram (AYRES, 2004,2009, 2011; MOREIRA, 2009; TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2005). Assim, em qualquer espaço em se instituem encontros entre usuários e profissionais haverá a aproximação de necessidades em saúde com processos de intervenção tecnologicamente orientados, que visam ou deveriam visar à produção de relações de escutas e responsabilizações que se articulam com a constituição de vínculos e compromissos (FRANCO; BUENO; MERHY, 2007).

Dessa forma, fazer uma aproximação com as relações instituídas entre usuários e profissionais é uma das possibilidades para se entender o funcionamento dos serviços e como ocorrem, no cotidiano, os fluxos para sua utilização, e, também, por acreditar que em encontros podem ser estabelecidos compromissos, baseados em negociações, entre serviços de saúde e usuários. Igualmente, porque esses espaços, entre as pessoas e entre os serviços de saúde, carregam consigo o potencial de desencadear ações positivas, tanto aos usuários quanto aos profissionais, com possibilidades de instituir-se o cuidado que irá se estender a outros pontos da rede assistencial. Assim, aquilo produzido em ato nessas relações tem o potencial de ligar-se ou não a outros produtos em outros territórios, conformando o denominado aqui de mediação do cuidado em saúde, em que os profissionais podem ser entendidos como dispositivos de mediação.

Entende-se que inserir a mediação do cuidado na discussão sobre as redes é que esta ação pode ter maior reconhecimento e compreensão das potencialidades que já existem e são praticadas nos serviços, mas ao se tornarem visíveis podem ser adicionadas às ações desenvolvidas pelos serviços em seu sentido positivo e transformador. A mediação gera outra perspectiva sobre os encontros, oferecendo maiores possibilidades criativas por parte do trabalhador e a latência por maiores graus de liberdade, postura ética e comprometida com seu objeto de intervenção — a vida do outro.

5.3.1 O disparador dos encontros na rede de serviços: o acolhimento

O cotidiano, como uma micropolítica, produz sujeitos individuais e coletivamente fabricados e fabricantes nos modos de agir e em processos de se relacionar, fazendo com que no processo de trabalho existam elementos que, apesar de estarem presentes, não são tão visíveis quanto o poderiam ser (FRANCO; MERHY, 2009). Para Tesser, Poli Neto e Campos (2010), dispõe-se de um dispositivo com grande potencial de mobilização, o acolhimento,

entendido como uma proposta voltada para melhoria das próprias relações dos serviços de saúde com os usuários, entendida como um elemento fundamental para orientar a postura dos profissionais, concretizando-se ali onde ocorrem os encontros, onde há escuta. O acolhimento torna-se um instrumento a favor da responsabilização à medida que se reconhecem as diferenças, não como geradoras de desigualdades, mas como geradoras da potência da negociação, como integração entre a dimensão pessoal, o face a face, e a dimensão técnica dos saberes especializados (MOREIRA, 2009).

Assim como aparece no relato de Flor de Lótus, os encontros exigem habilidades que circundam o afeto entre as pessoas, a empatia, o respeito à alteridade, a solidariedade, excedendo aquilo que é institucionalizado.

[...] vem da convivência, do carinho, da compreensão, porque, muitas vezes, assim ó, não adianta, tu tens algum problema. - Ah, paguei, deu! Ah, está pago, agora que se vire. Não funciona assim, tu tens que ter... Não sei explicar... Como agir, por isso que eu digo, cada ser humano é um ser humano, tu trabalhas com pessoas, eu tento dar sempre o melhor de mim, o melhor possível, tento ajudar, tento escutar, compreender... **Flor de Lótus**

Entretanto, mesmo que a percepção exposta pelo entrevistado seja animadora e motivadora, é sabido que não é de comum acordo entre os atores que atuam no campo da saúde a validade e importância de haverem encontros embasados no respeito e solidariedade, pois o modelo hierárquico de atenção prescreve que as condutas de seus agentes tenham formalidade e distanciamento. Assim, compõe a concepção do profissional de que no campo da saúde a dimensão afetiva e a expressão das emoções não têm espaço, refletindo-se desta forma na separação entre o afeto e a relação dele com o usuário (LACERDA, 2010). Esses aspectos se mostram evidentes quando se pensa que o alargamento das ações em saúde parece que deve ocorrer no movimento de se garantir não só o acesso ao serviço, mas a acessibilidade ao cuidado. Além disso, a compreensão de que a saúde é fruto da relação estabelecida pode ser mais facilmente transcrita no movimento de alargamento das práticas normativas em saúde.

Dessa forma, ganha mais sentido a compreensão de que acolher não é simplificar o acesso à cesta de oferta de um serviço, mas reconhecer a diversidade envolvente dos encontros. A partir disso, continua-se a análise da rede assistencial no município em estudo, inicialmente em um esforço para descrever os sentidos que o acolhimento e o vínculo têm para os profissionais. A partir do exposto, apesar de haver a compreensão do potencial dos encontros e das habilidades e posturas outras do profissional, o acolhimento não recebeu semelhante característica nos diferentes pontos da rede. Nas ESF, os usuários são

recepcionados pelos técnicos em enfermagem, porque os médicos e os enfermeiros, normalmente, estão realizando atividades assistenciais individuais, e as ações dentro dos serviços são organizadas conforme as atribuições profissionais de cada um. Em campo, um profissional relatou como se organizavam no serviço para prestar atendimento: ele verificava a pressão arterial do usuário e uma das técnicas em enfermagem realizava o acolhimento, depois disso as pessoas passavam à consulta médica.

No entanto, a atividade do profissional de nível médio se resumia a preencher as fichas de atendimentos com os dados dos usuários e solicitar que aguardassem. Essas atividades eram descritas em cada Ficha de Atendimento — para serem computadas como produção de atendimento —, e carimbadas pelos três profissionais envolvidos. Segundo o informante, isso era necessário porque a produção do serviço seria encaminhada à Secretaria Municipal de Saúde, e a questão do encaminhamento dos relatórios de produção de procedimentos foi algo que surgiu em outros serviços.

A definição do que é o acolhimento feita por um dos coordenadores da Atenção Básica se aproxima da descrita acima:

Acolhimento é só o pessoal, os técnicos de enfermagem quando fazem a triagem e aí vai para o profissional... Na estratégia é um técnico de Enfermagem que faz a parte burocrática e o outro fica na aferição [*de sinais vitais*]. Então claro, o técnico de enfermagem vai coletar os dados e já vai olhar para a cara do paciente com um olhar mais diferenciado, agora nas Unidades Tradicionais isso é o burocrata que só quer saber nome e sobrenome, o endereço, telefone e deu. Aí ele volta, senta e quando ele faz a triagem com o técnico que ele pode ser identificado como um risco ou alguma coisa mais, caso contrário não. **Gardênia**

O acolhimento se mostrou, nos serviços, uma atividade a ser exercida com delimitações claras, convencionado como um momento do processo de trabalho. O relato acima se aproxima do reconhecimento desse instrumento enquanto uma atividade associada à triagem, tendo, então, uma possível associação com o encaminhamento de produção de atividades desenvolvidas pelo serviço à SMS. Entretanto, conforme Tesser, Poli Neto e Campos (2010), acolher abarca elementos mais amplos, pois “envolve um interesse, uma postura ética e de cuidado, uma abertura humana, empática e respeitosa ao usuário” (p.3619), mas sem renegar aspectos que envolvem ações da clínica.

Alguns elementos emergiram nos relatos quanto à influência tecida sobre as delimitações acerca do acolhimento, especialmente em relação às dificuldades identificadas pelos profissionais em exercê-lo na Atenção Básica. Isso pode ser evidenciado na fala de Girassol, pois, segundo seu entendimento, os usuários não valorizariam o espaço de

acolhimento enquanto um momento terapêutico, havendo, assim, uma baixa receptividade por parte dos usuários, porque eles estariam desejando, prioritariamente, a oferta de consultas médicas. Além disso, o acolhimento foi considerado uma responsabilidade de maior peso aos profissionais Enfermeiros.

[...] eu acredito que todo profissional deve acolher, né?! Não só enfermeiro, mas como foi nos dado essa, mais essa incumbência, então vamos lá. A gente sempre defende isso, né?! Nós, enfermeiros, temos que fazer o acolhimento, o acolhimento técnico antes dessa pessoa passar pelo médico, de todo usuário que chega no serviço, só que o que a gente observa, que muitos, em muitas localidades isso não funciona. Os usuários já chegam dizendo que eles querem consultar com o médico, que eles não podem perder meia hora do serviço da lavoura para conversar com o enfermeiro. Tu entendes? Eu sei por que eu no [...], eu sempre tentava, né?! Sempre tentava, tanto que eu deixava o meu pré-câncer, os meus pré-cânceres para coletar depois das 10 porque sempre naquele momento ali da acolhida do usuário eu queria fazer acolhimento, 60 % não queria de maneira nenhuma, 30% até topava porque teriam a chance de passar para a consulta médica e 10%... Aceitavam na boa, né?! toda aquela anamnese, aquela conversa...
[...] **Girassol**

O relato acima demonstra que se pode criar uma tensão constante entre aquilo que o profissional deseja oferecer e o que o usuário deseja receber. O profissional se colocou na posição de se disponibilizar a realizar o acolhimento, entretanto a visibilidade dessa ação frente ao usuário lhe causava insatisfação. Uma perspectiva interessante de analisar o exposto é a partir daquilo socializado por Schraiber et al. (2010), quando dizem que os profissionais, embora reconhecendo a necessidade em saúde da população masculina e a demanda em atenção, assim como a população feminina (que é cooptada em todas as fases de vida pelos serviços de saúde em função da grande extensão de ações programáticas que lhe são destinadas), eles demonstram ter dificuldades em atuar sobre essas necessidades. Justificando essa observação ao relatarem a busca por parte desta população aos serviços somente em situações em que demandam ações curativas, responsabilizando o usuário por essa dificuldade.

Entretanto, frente às dificuldades relatadas anteriormente, a descrição a seguir evidencia o quanto a Atenção Básica é responsabilizada pelos diferentes serviços que compõem a atenção oferecida pela rede assistencial ao usuário, inclusive pelas complicações decorrentes de situações de adoecimento dos usuários. Isto porque o vínculo não teria o mesmo sentido nos diferentes espaços de atenção que conformam a rede assistencial, entendimento legitimado a partir da concepção de que alguns serviços poderiam se eximir desta responsabilidade em função de sua vocação enquanto serviço. Nessa perspectiva, as

ESF seriam responsáveis pela continuidade do atendimento, enquanto o serviço de Pronto Socorro ofereceria atendimento médico pontual. Isto pode ser também legitimado a partir da centralidade na função desempenhada pelo médico e no vínculo estabelecido entre usuários e profissionais, pois quem poderia dar a resolução para a busca pelo serviço é este profissional.

Ah, eu acho, porque é bem diferente... O atendimento é bem diferente, assim ó, porque lá na ESF tu tens uma continuidade e aqui no hospital tu vens, tu fazes tua consulta e tu vais embora, tu não tens uma continuidade assim ó, nem o paciente e nem o profissional que atendeu, ele atendeu aquele paciente, ele medicou o paciente foi embora e ponto, né?! É um Pronto Socorro. Na ESF não existe isso assim, tu tens todo o acompanhamento, geralmente os pacientes são pacientes de grupo [...] Então, tu tens todo um ciclo que tu tens que fazer com aquela mesma pessoa, para evitar as complicações e aqui é bem diferente, aqui tu vais tratar, está hipertenso? Medicou, a pressão cedeu? Está, está liberado, a pressão cedeu. E na ESF não é assim... O vínculo é bem maior. **Margarida**

A centralização na figura do médico também é constatada quando Girassol a aponta como uma fragilidade na vinculação das ESF com as comunidades e a permanência desse profissional nas equipes, dificultando a continuidade da terapêutica escolhida. A entrevistada alerta, igualmente, para possíveis incongruências entre o trabalho desenvolvido por esses profissionais e a proposta das ESF.

A gente vê muito, a gente tem uma dificuldade, principalmente do profissional médico, dele ter um vínculo com essa comunidade, isso é bem importante, a questão do vínculo, né?! A gente não consegue porque os profissionais não ficam nas estratégias, entendes? ã é muito difícil tu encontrares um profissional médico hoje em dia com o perfil para saúde pública e com perfil para Estratégia de Saúde da Família porque a gente precisa desse profissional disponível 40 horas por semana, então ter, por exemplo, três empregos... Existe essa dificuldade de vínculo, né?! E existe toda essa questão mesmo de perfil, né?! Cada vez mais difícil o profissional ter perfil para saúde pública, porque já na formação eles são voltados para especificidades. Para formar específicos, porque eles ganham mais, né?! [...]
Girassol

Anteriormente se expôs o acolhimento como uma função do enfermeiro e o vínculo do médico, mesmo que atrelado à fixação do profissional. A seguir, o relato de Azaléia dá pistas do porquê disso acontecer. Assim, pode-se imbricar essa dualidade à compreensão de que acolher significa dar mais atenção ao usuário. E isto demanda mais tempo dedicado ao atendimento por parte do profissional, mas nem sempre é entendido como algo positivo, especialmente quando quem dedica mais tempo ao atendimento é o médico, gerando inclusive conflitos internos nas equipes, mesmo quando esse médico entende o acolher e o escutar como mais importantes que o receituário e utilização de tecnologias médicas.

[...] porque só passar o medicamento, como que se aquilo ali fosse fazer um milagre, muito mais do que o olho-no-olho, né?! Isso que eu penso assim, puxa, tu olhares no olho da pessoa, tu estares demonstrando atenção com ela. Isso para mim que é o importante, que é realmente o acolhimento, só que isso demora... Tu vais, enquanto tu és atenciosa com uma pessoa, tu sabes que tu estás demorando mais, então isso eu sei que eu procuro fazer dentro do possível e isso para mim é gratificante. Eu, por isso que eu te digo, trabalho de formiguinha, muitas vezes tu não vais ter grandes resultados e tudo, mas tu ficas no final do dia, da semana e tu estás com tua consciência tranquila, bom eu fiz o melhor dentro desse contexto aqui, mas muitas vezes eu tenho certeza que a gente até é criticado por demorar, se a gente, mas eu não estou querendo me ver livre daquela pessoa, ela veio aqui porque ela precisa [...] **Azaléia**

O caso citado no relato dá indicativos do quanto a consulta médica é valorizada pelos profissionais e não somente pelo usuário. Possivelmente, os conflitos citados por Azaléia estejam ligados também ao quanto essa ação significa para o trabalho desenvolvido pelos serviços, pois ficar mais ou menos tempo em um único atendimento pode refletir na realização de maior ou menor quantitativo de consultas em determinado turno de trabalho. No entanto, também reflete o valor dado ao acolhimento e ao estabelecimento de vínculo entre equipes e usuários, e o papel dos profissionais no desenvolvimento das ações em saúde. Dedicar mais ou menos tempo relaciona-se ao desempenho de determinadas tarefas que cada profissional determina para atender ou não a demanda que percebe possuir, a partir da lente que utiliza para captá-las.

Frente aos relatos, é significativo lembrar que quando se trabalha a partir da cobrança de um padrão ignora-se a possibilidade de negociações entre os atores envolvidos. E, por conseguinte, são poucas as probabilidades de haver mudanças nas posições ocupadas por eles, e de suas capacidades de relativizar e desenvolver relações que reconheçam as diversidades das situações e das interações cotidianas da saúde. Ou seja, para que possam “empaticamente identificar-se com as dores e demandas do outro” (p.302), seria fundamental sentirem-se tão humanos quanto aquele que é objeto do cuidado profissional, identificar referências que transmitam segurança, valorizando a fragilidade da vida, das decisões e recursos de apoio (MOREIRA, 2009).

Nas falas a seguir, há menção aos elementos constituídos como referência para se estabelecerem encontros entre profissionais e usuários. O acolhimento exige habilidades atreladas ao perfil dos indivíduos, quase uma habilidade nata, um agir que se aproxima de uma ação mobilizadora do profissional ao dirigir-se ao outro, de uma pessoa que se dispõe a oferecer uma ação à outra em dificuldade.

[...] Eu acho que se dá muito, atualmente mais no modo da pessoa. Daquela pessoa que tem aquela coisa de conseguir... Ter aquela coisa assim: - Eu quero ajudar. Porque uma coisa é tu dizeres assim: - não tem mais fichas, tem o sistema de referência, tu vais ter que ir lá, tu vais ter que ir aqui ou de tu veres: - Como eu vou te ajudar? Entende? Então, acho que é uma coisa da pessoa. Tu entendes? Tem pessoas que são, não que não são educadas, mas que não tem, não conseguem ter aquela... Aquela empatia. **Iris**

No depoimento a seguir, acolher ganha valores éticos e mesmo que houvesse atividades de educação permanente, alguns quesitos para o desenvolvimento desta ação não poderiam ser ensinados. Contudo, na fala de Flor de Lótus, o acolhimento não se restringe a uma ajuda ao tomar contornos que envolvem uma postura de respeito pelo outro.

[...] por isso que eu te digo, é muito fácil falar sobre o acolher, mas tu tens que saber acolher essa pessoa. Porque assim tu não podes, a gente tem esses treinamentos que eles vêm e falam ai sobre o acolhimento, mas tem... Como eu vou te explicar? [...] Acontece bastante, a gente vê pessoas, como por exemplo, a enfermeira ontem, puxa fiquei tão chateada do preto, branco, azul, amarelo, todo é ser humano, ontem ela disse assim: - Ah, aqueles dois negrinhos. Pô, o que é isso? Dois negrinhos? Ontem daquela menina ali, eu acho assim... dois negrinhos, o que é isso? Não tem dois negrinhos, é a mãe e o filho! Fulano e fulana. Pô, dois negrinhos?! Eu achei aquilo ali, eu acho aquilo ali uma coisa muito, muito... Grossa, sabe?! Muito grossa mesmo. Sim, tu tens que, por isso que eu digo não adianta ser pobre ou rico ou preto ou branco, tem que ser igual com todos. **Flor de Lótus**

Outro ponto a ser ressaltado aqui é a importância dada à necessidade de o profissional ser humilde frente ao usuário. No entanto, este termo mostrou sentidos diferentes: na primeira fala, de Dália o termo assume a conotação de que o profissional deve se igualar ao usuário que é menos favorecido – ser humilde. De acordo com a percepção relatada, o profissional pode facilitar ou não encontros subsequentes entre ele e os usuários, mas isso depende do quanto ele consegue entender que a população pode se sentir desconfortável ao se perceber menos favorecida diante do profissional.

[...] Primeira coisa, tu tens que ser humilde, porque não adianta chegar como um rei nessa população, eles já são humildes, tanto é que na vestimenta, tudo, a gente não pode ir trabalhar de salto, arrumada, maquiada, essas coisas, para ir trabalhar lá, porque eles vão se achar diminuído e tem muitos que já não querem mais voltar lá, porque eles estão se sentindo mal. [...] lá, no interior, tu não, eles se tu vais toda elegante, toda na beca, na colônia que nem a gente foi hoje, chegar numa casa, tu viste, ai já ficam todo errados, ficam com aquelas coisas assim, e outra quando chegar tem que conversar, tem que agradar, tem que... Porque acolher eu acho assim que tu... Tudo que vale ali é o acolhimento se tu não te sentes bem, no primeiro momento que tu chegas num lugar, depois tu não vais voltar mais. [...] **Dália**

Nas falas seguintes, ser humilde assume outro sentido: ter humildade para não ser autoritário, ter humildade para compreender o outro, entender que o serviço oferece algumas ações e os usuários as demandam e isso exige negociações.

Da humildade... Ser humilde... Tu te, tu não assim, tu te colocar não te colocar na situação da pessoa, mas assim... Sei lá, entender, tu estás assim, vamos supor... Até passar para o outro lado, entende, te colocando na posição daquela pessoa ali. É uma coisa assim... Se é uma coisa que eu sempre, eu sou muito assim... Eu tento resolver, resolver, tanto o lado meu profissional, como... Assim, das pessoas que procuram assim, me procuram, no caso, mas eu sou, sei lá, tu tens que ter a humildade, tudo que tu fazes, tu tens que ter humildade. Tu não tens que ser autoritário. Chegar e dizer assim: - Eu quero isso e acabou. Não é assim. Tu tens que ser humilde, tu tens que conversar. [...] **Flor de Lótus**

Acho que, a pessoa tem que ser simpática, humilde, porque ninguém é mais do que ninguém... As pessoas estão precisando de um serviço para eles e a gente, na verdade, é igual a eles, né?! Todo mundo... Não sei se consegui te responder... **Gérbera**

Discorrer sobre o significado do acolhimento e vínculo nas relações instituídas ganha sentido ímpar quando se pensa que para haver a deflagração de todo o potencial existente nos encontros é necessário que seus atores se disponham a se doar e a se arriscar ao colocar-se diante do outro. Pois, como vem sendo exposto ao longo do texto, existem tangenciamentos que excedem delimitações prévias, fazendo dos encontros um momento que sofre influências de outros espaços que os circunscrevem, especialmente quando trata de uma RAS.

As entrevistas também permitem perceber o quanto as relações estabelecidas localmente nos serviços de saúde influenciam a forma de os profissionais e usuários perceberem a RAS como um todo. As falas revelam a interdependência entre os serviços que compõem a rede assistencial, pois, por mais que se esforcem para se dedicarem às relações de acolhimento, o usuário não teria a mesma atenção dedicada por eles noutros serviços. Além disso, ao encaminharem os usuários os profissionais das ESF mostraram-se inseguros e insatisfeitos, uma vez que poderão ter seu trabalho menos valorizado pelos profissionais de outros serviços.

[...] Que adianta a gente dar o acolhimento para eles aqui, encaminhar lá para o hospital lá, se muitas vezes, aquele, o plantonista que está lá ele vai olhar: - Não, isso aí foi médico de postinho, pode ir embora, ela não soube te avaliar. E mandar o paciente embora, como que a gente vai trabalhar se não, se todos não trabalham juntos [...] **Chuva de Prata**

Esses relatos contribuem para a reflexão de que, aquilo que ocorre nos espaços individuais, excede os limites dos encontros e se refletem na conformação da rede assistencial

do Município. Desta forma, pode-se considerar que, quando nos inserimos enquanto profissionais em determinados espaços estamos assumindo um compromisso e uma posição, de oferecer cuidado que se refletirá na RAS em toda sua extensão.

Assim, de acordo com Merhy (2012), pensa-se que, atualmente, no campo da saúde é possível afirmar que há redes compartilhadas, entretanto, o compartilhado é altamente questionável. O autor afirma que se tem compartilhado a medicalização das vidas, em que o modelo de atenção condena o outro a viver como doente. Diz, ainda, o autor, que o setor da saúde produz imaterialidades próprias do trabalho desempenhado e os encontros são baseados em afetos que dependem do tipo de aposta feita pelas equipes. Assim, as implicações a serem empreendidas seriam aquelas ligadas à vida do outro, apostando que pode ser compensadora a vida daquele que a vive, sendo este o interesse mais importante e valioso de compartilhamento nas redes de atenção (MERHY, 2012).

5.3.2 O entendimento do que é o cuidado: o sentido das relações

O cuidado só se estabelece no momento em que os sujeitos envolvem-se mutuamente e, por conseguinte, o entendimento mais limitado ou ampliado do que seja ele pode facilitar ou não as trocas necessárias à constituição dessas relações entre os sujeitos. Mesmo entendendo que não se necessita de definições estritamente delimitadas ou finalizadas sobre o que é o cuidado, mas sim que as ações tenham um sentido prático e sejam fruto do negociado como uma ação de cuidado, pode-se criar e recriar sentidos a cada momento em que, diante do outro, se inferem práticas ao campo da saúde, do mesmo diz Ayres em prol da felicidade na vida dos indivíduos. Assim sendo, foi explorado junto aos profissionais o entendimento que eles detêm sobre o cuidado e as formas que o cuidado assume frente às ações desenvolvidas em diferentes pontos da rede assistencial.

O entendimento dos profissionais entrevistados revelou que o cuidado pode assumir sentidos práticos que diferem entre si nos distintos pontos da rede assistencial. No relato abaixo, o profissional considera o cuidado um atendimento a ser realizado na ESF, desvelando a idealização de que determinados pontos da rede teriam mais condições de oferecê-lo em detrimento de outros. Segundo o informante, a rotina do serviço do qual fala o profissional não permite que relações de cuidado se conformem, de maneira a eximi-lo desta obrigação.

[*silêncio*] É aquilo que eu te falei assim, eu acho que como têm equipes de PSF poderia ser feito... Esse cuidado, esse atendimento lá, entendeu? Só que... Aqui a gente acaba fazendo, não acaba fazendo esse cuidado. Porque

é um atendimento rápido, ver assim, está acumulando ficha, acumulando ficha, eu tenho que atender, né?! Qual é o cuidado que eu vou dar para esta paciente que precisa de uma palavra, ela precisa conversar, precisa desabafar. **Hortência**

O enfoque delineado pelo discurso dos profissionais entrevistados evidencia o cuidado como ações imbricadas àquelas práticas de atenção em saúde normatizadas pela oferta que o serviço dispõe.

Primeiro, eu acho que, fazer uma, me fugiu a palavra agora... Não digo um atendimento, ver quais são as condições que esse pessoal se encontra. Tanto em termos de moradia e alimentação, acho que até mesmo financeiro, claro, é um pouco difícil conversar isso daí com as pessoas. Mas isso aí muda muitas coisas na parte de saúde mental ou na parte de psicologia. O que tu escuta? Ah, o cara se endividou e tentou o suicídio. Então, tem que avaliar, como que está a saúde financeira dessas pessoas, quais são as condições de vida que eles têm, por exemplo, tem pessoas aqui que vivem muito bem, com uma alimentação boa, com uma higiene muito boa e agora tem usuários que não tem o mínimo de higiene dentro de casa. Não tem nada para comer dentro de casa, acho que tinha que começar por aí, vendo o que cada um necessita e o que dá para melhorar para essa pessoa ter uma qualidade de vida melhor. **Açucena**

Os significados assumidos pelo cuidado margeiam a própria interpretação detida pelos profissionais sobre as pessoas com as quais se relacionam, demonstrando determinado distanciamento entre eles, enquanto profissionais, e os usuários enquanto pessoas menos favorecidas. Foram verbalizadas algumas condições de vida não condizentes com aquelas entendidas como as mais adequadas, identificando, nessas situações, aquilo que os profissionais poderiam ensinar àqueles que menos sabem. Ou ainda, o fato de os usuários não conseguirem identificar aquilo que lhes estaria causando adoecimento, sendo necessário exaltar as condições de vida das pessoas como determinantes do processo de adoecimento. Reconhece-se o quanto é importante contextualizá-las quanto aos processos de adoecimento na vida das pessoas, mas limitar-lhes o cuidado, ou culpá-las por suas condições pode não favorecer a ampliação das ações que se dizem ser de cuidado.

Assim, mesmo o cuidado se mostrando uma ação ampla, que individualiza o contato do profissional com o usuário, ele pode demonstrar o quão distanciado pode ser esse contato, pois o profissional detém a possibilidade de reconhecer no outro suas potencialidades de cuidar-se sozinho, de maneira que profissionais e usuários ocupem espaços diferentes nessa organização por si só verticalizada. Mas, esse cuidar-se sozinho pode se inscrever em práticas medicalizantes de cuidado, pois a ação de escuta pode limitar-se a determinadas ações que pouco se aproximam do significado desejado pelos usuários. Além disso, como já se

mencionou,, ao se escutar o outro é possível identificar determinadas demandas em saúde que passam pelo cunho do profissional para serem legitimados ou não, e a intervenção dedicada àquilo que foi identificado pode limitar-se a encaminhar o indivíduo a outro profissional.

Aí o cuidado é tão amplo... Meu Deus, cuidado é tanta coisa... Para te listar tudo que eu acho que é cuidado... Bom, primeira coisa, eu acho assim que o cuidado é escutar, né?! Tu tens muito o que escutar dentro do cuidado porque tu tens que saber quais os medos deles, porque muitas vezes aquele, o que ele te disse ele veio para consultar para uma dor no pé, aquela dor no pé é só um... Uma passagem para ele chegar até aqui, então assim, tu escutares a pessoa porque muitas vezes tu consegues dar um suporte maior não só da parte clínica, não só da dor do pé, se ele chegou aqui para nós e a gente consegue identificar alguma outra coisa, tem tanto suporte, tem o suporte psicológico, tu tens o suporte... Da assistente social, então assim ó... Daqui a pouco é lá na casa que não está legal, né?! [...] **Margarida**

Ao relacionar-se cuidado com escuta é pertinente citar as considerações de Araújo (2012) ao discutir cuidado e comunicação. Essa autora reflete sobre a nomeação do outro, no sentido de lhe atribuir uma identidade, como uma forma de usar relações desiguais e dar ao outro um lugar, uma cota de poder nas relações que se instituem. A autora usa como ilustração um indivíduo com uma ocupação definindo seu lugar no mundo, como um chefe de família, mas, ao adentrar em um serviço de saúde perde esta identidade, porque passa a ser um usuário com tais e tais problemas. Esse indivíduo recebe tal nomeação pelo polo que possuía mais poder naquele momento de interlocução, um profissional, e é nesse espaço de interlocução que a autora mostra que, ou é possível que as relações fortaleçam esse distanciamento, ou é possível que negociações se instituem a fim de provocar mudanças.

A partir disso, questiona-se a escuta que se institui: é aquela que nomeia a necessidade do outro a partir da interpretação de um dos proponentes do encontro? Ou, é aquela que se arrisca em não nomear, mas em negociar o possível, a oferecer enquanto práticas em saúde a partir do que o outro deseja e aquilo que o profissional detém? Como desenvolver uma escuta capaz de desvendar demandas e necessidades em saúde, quando profissionais se resguardam em normas e protocolos e protegem-se dos riscos dos encontros?

O cuidado ganha maior amplitude em outras falas, mas o que as difere das anteriores é a interpretação sobre o que são ações de cuidado. Essas falas, em determinados momentos, saem do campo do prescrito pela saúde, para analisar situações da vida cotidiana dos indivíduos, elementos altamente dependentes das experiências vividas pelos indivíduos. O sentido das relações de cuidado ganha significados que excedem as relações institucionalizadas dos serviços de saúde, sendo relacionados ao afeto e ao respeito entre as

peessoas. As falas denotam a importância dos laços de afetividade na conceitualização do cuidado.

Ah, é tudo, né?! Tu... [...] A gente faz tudo que estiver ao alcance, é a atenção, é carinho, é comprometimento. **Lírio**

[...] Assim... Eu não sei, pelo o que eu vejo, ser atencioso com a pessoa, tu... Sei lá tu passares algo positivo para ela, cuidar daquela pessoa... Sei lá procurar passar carinho, atenção, enfim... Dependendo... De cada caso assim... Tem aquele ditado, o que eu não quero para mim eu não quero para o outro... Não quero para o próximo... **Chuva de Prata**

Eu acho que, primeiro lugar o cuidado é ter que saber respeitar... O respeito... Primeiro lugar, acho que a pessoa tem que respeitar [...] **Flor de Lótus**

Ah, o cuidado dela é... Mental, espiritual... Físico... Acho que tem que ser o todo, né?! Não adianta eu cuidar só da ferida dele ali ó, eu me preocupo, eu sei que ele não tem condições, ele recebe só um salário de aposentadoria, ele vai comprar gás, curativo... [...] **Gérbera**

É interessante ressaltar que as falas traduzem o cuidado a partir de uma visão ampliada, mas diferem entre si quando desenham as fronteiras desta amplitude. A dimensão retratada na fala de Margarida se circunscreve sobre fronteiras delimitadas, exemplificando outras falas que também assumiram esse sentido, sendo vocalizadas por profissionais com formação universitária. As falas de Lírio, Chuva de Prata, Flor de Lótus e Gérbera, mencionam as fronteiras com as experiências individuais vividas, sendo falas de profissionais com ensino técnico. Martins (2011) traz importante reflexão quanto ao que foi constatado, onde, para o autor, ainda prevalece a prática do cuidado largamente dependente da lógica que divide as tarefas a partir de funções técnicas que refletem o nível de prestígio social e profissional dos envolvidos. E, ao mesmo tempo, reforça mecanismos hierárquicos e corporativos, negando o valor da participação do usuário como sujeito reflexivo das práticas em saúde e ganha visibilidade enquanto ator solidário e corresponsável pelo cuidado. Os relatos dos profissionais participantes da pesquisa que foram citados anteriormente incitam a pensar que o prestígio social pode exigir determinadas posturas dos profissionais que pouco favorecem a instituição do cuidado. Lacerda (2010) enfatiza a distinção que se faz na prática profissional acerca das dimensões afetivas e profissionais e o quanto pode ser difícil aproximá-las frente ao modelo hierárquico vivenciado no campo da saúde. Assim, uma hipótese para essas questões estarem mais presentes no discurso de alguns e menos de outros pode ser a formação em saúde que vivenciaram e a postura que lhes é exigida pelo imaginário social: quanto mais se exige dos sujeitos uma “postura profissional” menos se valoriza neles

as relações que permitam a demonstração de emoções e, sim, aqueles saberes comuns ao conhecimento adquirido sobre determinada disciplina.

A seguir, relatam-se situações que ocorreram a partir das práticas cotidianas nos serviços que foram acompanhadas durante a observação participante. Tornam-se relevantes aqui por se expor como ocorrem os encontros (FRANCO; MERHY, 2009) no processo de trabalho dos profissionais. Dentre as visitas domiciliárias se fez uma em especial ilustra como a comunicação ocorre e como reflete as diferentes formas das equipes se relacionarem com seu objeto de trabalho, os indivíduos. Essa visita revela diferentes aspectos envolvendo a produção do cuidado, particularmente as dificuldades das pessoas em receber atenção e as limitações dos profissionais em atuar frente ao sofrimento humano.

Na casa visitada morava uma senhora com aparência de já ter passado por muitas experiências de vida. Conforme informações obtidas da equipe, além de conviver com situações de sofrimento mental, aquela senhora vivenciava o diabetes, fazendo uso contínuo de insulina, mas naquele dia o profissional a visitou em função da aplicação de medicação neuroléptica. A senhora informou não estar fazendo uso da insulina em virtude de não ter mais sua geladeira em funcionamento porque seus familiares haviam estragado o eletrodoméstico.

Combinou-se com a usuária que um dos profissionais do serviço retornaria à casa dela para verificar a glicemia capilar em jejum de 12 horas, no entanto, ao retornar ao serviço esse assunto não foi tratado com a equipe pelo profissional que a visitou. Retornou-se, em companhia da equipe à casa da usuária dois dias depois, e, mais tarde, fez-se o relato da visita no diário de campo.

[...] Comentei na sala de uso comum da equipe sobre a usuária, ela havia esperado pela visita domiciliária dos mesmos e não tinha se alimentado até as 15 horas na expectativa de sua chegada E, a primeira fala de um dos profissionais foi sobre sua condição de adoecida: “Ah, ela não segue o tratamento”. Outro falou: “Nunca vi, pessoas com um pouco mais de 200 mg/dL já estão no hospital e ela não”. Essas palavras foram faladas como se o tratamento fosse algo simples de ser seguido pelo usuário, de certa forma culpabilizando a usuária. Questionei-me então, se ela está nesta situação por tanto tempo, não haveria outras intervenções passíveis de serem acionadas? Além disso, a questão de terem esquecido a visita pactuada não foi discutida pelos membros da equipe em nenhum momento. **Diário de Campo**

Situações como a destacada ferem a confiança que os atores instituem uns nos outros, fragilizando a potencialidade das equipes em construir, em seus territórios, alianças com os usuários. É oportuno pensar, como diz Moreira (2009), sobre a busca por cuidado profissional. Dentre as diferentes possibilidades que se tem, denota-se a necessidade de que os

indivíduos sintam-se convidados⁸ a cuidar-se, pois lhe é oferecido um conjunto de tratamentos, recursos, orientações que precisam ganhar sentido para que seja acionado o processo de adesão ao cuidado em saúde. No entanto, é preciso que vença o contexto em que se encontram as práticas enquanto relações assimétricas, distanciadas, com baixa disponibilidade para escuta ou interesse para tornar-se uma referência terapêutica.

E, por outro lado, não adverso, mas complementar, a todo convite cabe um aceite ou uma recusa e isso nada mais é do que uma postura, em que a liberdade de escolha é um pré-requisito para relações simétricas entre os sujeitos. Entretanto, isto é mais ou menos facilitado, a depender das relações que se estabelecem entre os atores envolvidos no cuidado. Relações embasadas exclusivamente no conhecimento profissional sobre o corpo doente, especialmente quando este se sobrepõe à experiência vivenciada pelo outro, tornam as possibilidades de instituir graus de liberdade limitados ou fíndos, pois as relações ocorrem a partir de negociações (MOREIRA, 2009).

Em outra situação, ao acompanhar a rotina de um dos serviços do urbano de grande procura pela população rural, conversou-se com um idoso residente do rural, que estava em companhia da esposa e um filho. Segundo seus relatos, nesse dia ele havia sentido algumas palpitações e considerou ser necessária a realização de um eletrocardiograma. Consultou-se com um dos médicos do serviço e permaneceu aguardando para realizar o exame, mas o que chamou a atenção para esta família foi a situação que se desenrolou. Ao saírem do consultório médico, eles não sabiam o que deveriam fazer, entenderam que outro profissional iria conduzi-los, mas não sabiam quem era e onde seria feito o exame, de maneira que caminhavam de um lado para outro dentro do serviço. Um dos profissionais se identificou, dizendo que iria conduzi-los à sala do exame, e eles começaram a segui-lo enquanto o profissional realizava outras atividades. Mas enquanto os usuários caminhavam atrás dele, ele não lhes dirigiu a palavra uma única vez. Os sentimentos que se teve ao observar a cena não poderiam deixar de constar no diário de campo.

[...] Fiquei triste com isso, porque a família demonstrava ter um “respeito” pela figura do profissional os impedindo de perguntar aonde seria realizado o exame e o que deveriam fazer enquanto aguardavam, evidenciando visivelmente por suas feições o receio que tinham em perguntar. Quando o filho se arriscou a questionar não entenderam bem a resposta, porque o profissional falava num tom de voz quase inaudível. Penso que interessava a

⁸ O convite citado pela autora apoia-se nas contribuições de Marcel Mauss, em que um convite gera o compromisso com a retribuição, em que o convidado tem a liberdade de aceitar ou não, mas que ao aceitar sente-se na obrigação de retribuir. E, uma vez retribuído este circuito/círculo é alimentado.

ele que as pessoas sentassem e esperassem, no entanto não verbalizava isso.
Diário de Campo

Mais uma vez, a comunicação entre os atores assumiu papel importante na maneira como as relações entre usuários e equipes ocorrem, especialmente quanto ao estabelecimento de relações compromissadas. Assim, ressalta-se que o ato de responsabilizar-se prescinde do compromisso mútuo entre seus envolvidos. Conforme Ayres (2004), a responsabilização pelas ações em saúde é um movimento, “mais facilitado quanto mais se confie em que o outro fará o mesmo, mas, no seu sentido mais forte, a responsabilidade prescinde desta garantia, isto é, responsabilizar-se implica correr o risco de tornar-se caução de suas próprias ações.” (p.24).

A seguir, Chuva de Prata cita elementos relativamente simples que interferem negativamente na forma como profissionais e usuários se encontram, de maneira que, ao desempenhar suas atividades recebe relatos de insatisfação por parte dos usuários quanto ao atendimento recebido. A entrevistada se refere especificamente à forma como alguns profissionais se dirigem aos usuários. Sobre as conversas desses atores, Lacerda (2010) fala sobre a dádiva da palavra, inspirando-se em Caillé (2002)⁹, considerando que as palavras e suas expressões permitem ou não que sejam construídos alianças e vínculos sociais entre profissionais e usuários, “os afetos são trocados por palavras” (p.149).

[...] porque, às vezes, acontecem algumas coisas assim que, como se diz, sai fora do rumo. Então, é tu procurares explicar direitinho tu cuidares com o tom de voz, o que me incomoda muito [*diminui a voz para falar*], às vezes, acontece aqui no posto, chegou um paciente, por exemplo, consulta médica é de manhã e ele veio de tarde [...] Então, tu dizes não. Dizer direitinho, não, de tarde não tem consulta, é sempre de manhã. Mas o que acontece? Está! Mas aquele tom de voz, aquele, ai a gente chega lá na casa: - Bah, mas a Enfermeira de lá do posto foi uma... Falou grossamente, falou... Mas espera ai, como é que eu vou trabalhar nesse, se a coisa não anda tudo junto, não anda... **Chuva de Prata**

No caso relatado, as palavras revelaram outros tipos de trocas, aquelas que não contribuem para o estabelecimento de confiança e encontros baseados em negociações, afastando ainda mais usuários e profissionais, principalmente ao se compreender que o cuidado é muito mais do que uma ação pontual, é uma ação que busca formas de ajudar os indivíduos a aliviar o sofrimento e dar-lhes o apoio necessário para superar dificuldades do

⁹ A dádiva ou o dom para Caillé (2002) é a mola-mestre, o propulsor, a característica que dá a qualidade, a vida às alianças, os dons circulam a favor dos vínculos neste caso. Para o autor, ao discursar sobre as relações que se formam para que o dom seja instituído “é dando que se declara concretamente disposto a tomar parte no jogo da associação e da aliança, e que se solicita a participação dos outros nesse mesmo jogo” (p.19).

cotidiano (LACERDA et al., 2009). E este caráter eminentemente relacional e negociador do cuidado revela a necessidade de ele ocorrer em redes.

Uma contribuição importante vem de Ayres (2001), quando retrata a linguagem como o instrumento que possibilita o reconhecimento de si e do outro. Dependendo do grau de possibilidades que os profissionais têm em se colocarem como avalistas das ações empreendidas, as relações que se constituem entre profissionais e usuários podem não ser baseadas na comunicação entre si, isso porque, em diferentes contextos, foi possível acompanhar situações em que a equipe apesar de entender e, possivelmente, desejar intervir, receava se envolver com a situação. Considerações também abarcadas na subseção 5.2.2, quando se adentrou na discussão sobre as incongruências entre o entendimento que o profissional tem sobre a demanda em saúde e aquele que é de apropriação do usuário, gerando conflitos nos encontros.

Em relação à outra face das relações instituídas, foi possível presenciar situações que muito têm a ensinar sobre o que é o cuidado e como ele se constitui no cotidiano dos serviços, em que determinadas situações tornam-se altamente complexas dependendo do sentido que tomam para os envolvidos. Acompanhar as visitas domiciliares realizadas pelas equipes propiciou importantes reflexões sobre como é possível ser inventivo, fazer diferente quando se quer ou se tem a liberdade de fazê-lo. Lacerda (2010) refere-se especificamente sobre as visitas domiciliares, entendendo-as como ações em saúde que aproximam o cuidador daquele que está sendo cuidado, havendo a possibilidade de redimensionar as relações intersubjetivas ao sair do distanciamento à aproximação. Além disso, a mesma autora, declara que a afetividade na produção do cuidado se expressa mais livremente nas relações fora dos espaços formais, o que vem ao encontro dos achados deste estudo.

Em outra visita domiciliar, a uma usuária que, segundo relatos dos profissionais, nem todos conseguiam estabelecer comunicação com ela, acompanhou-se justamente a pessoa da equipe que tinha maior facilidade em comunicar-se com ela. A usuária, segundo relatos, era uma pessoa que vivia a vida permeada de desconfianças que se traduziam em dificuldade de estabelecer relações com outras pessoas. Seu esposo havia perdido as terras herdadas da família em jogos e ela ainda resguardava inseguranças de maneira a não assinar nem mesmo as fichas de atendimento e não se afastar de sua casa em nenhum momento, ofendendo-se quando lhe era solicitado fazê-lo.

Desta vez, ela estava em dívida com [...], pois havia prometido levar um chocolate, de forma que, antes de irmos ela comprou um chocolate para levar. [...] Andamos por algum tempo pela estrada, o motorista dobrou num

lugar que nunca eu imaginaria que teria uma estrada secundária. Até mesmo, uma família morando mais adiante, dentro da mata. Pelas gramas em cima da estrada, provavelmente não passava carros por ali há algum tempo. [...] De repente avistei um barranco e a Kombi continuou a andar, parou na beira e de longe visualizei que havia casa, que se não fosse [...] dizer que ali era a casa eu pensaria que era um galpão, unicamente, preto da fumaça, dentro vi que havia uma mulher já envelhecida e nua parada à porta. [...] Fiquei desassossegada com a forma como o profissional se relacionou com a usuária, respeitando seu espaço, sabendo até onde ir a cada momento da conversa, as fronteiras de entendimento e possibilidades da usuária. As condições de vida dela me sensibilizaram, provavelmente se relaciona com pouquíssimas pessoas, haja vista que mora ela e o esposo. [...] Chegamos ao serviço passado do meio-dia, antes paramos para colhermos cáqui que uma família nos ofereceu, [...] ganhou suco de uma senhora, ela falou que era para agradecer por tudo que ela tinha feito por sua família; referindo-se aos serviços prestados na ESF. Passamos ainda na casa de outra senhora para Cléia comprar ovos e leite, a família de lá nesta mesma semana presenteou a equipe com uma galinha, de forma que os profissionais estavam muito orgulhosos por isso. **Diário de Campo**

O que se instituiu na visita à usuária foram trocas, negociações entre os atores envolvidos, o que foi possível construir na ocasião representou muito para os envolvidos. Possivelmente, a presença do profissional é um dos poucos momentos de convívio social que a usuária possui e que lhe proporcionou momentos de sociabilidade e consideração aos investimentos empreendidos por parte do visitante, de forma a permitir que dons circulassem entre elas e fortalecessem a relação no reconhecimento e confiança de que em outros momentos poderiam voltar a se instituir. Essa compreensão abarca momentos onde há a possibilidade de instituírem-se retribuições simbólicas, o chocolate como uma materialidade que se presta a essa função e, da mesma forma, a permissão para que a medicação fosse aplicada. Esta última ação pode representar a abertura de espaços, de um lado, para o profissional desempenhar seu papel e, de outro, para a usuária se relacionar com o ele, e de este último receber o reconhecimento por parte de sua equipe por ser um dos poucos profissionais a conseguir se relacionar com a usuária.

Essas relações que se instituem no cotidiano e têm grande potencial de mobilizar recursos que beneficiam o usuário podem ser entendidas a partir da perspectiva da dádiva. Godbout (1998) afirma que dádiva é tudo o que circula na sociedade, não está ligado nem ao Mercado e nem ao Estado, é o que circula em prol do ou em nome do laço social. O Mercado baseia-se na liquidação da dívida, enquanto transação pontual; a Dádiva, na dívida, enquanto obrigação de relacionar-se novamente. Por exemplo, quando se oferece um presente a alguém, quem o oferece não deixa o preço do presente nele, pelo contrário, dá mostras de modéstia exagerada: “- De nada”; “- Foi só uma lembrancinha”. Assim, deixa quem recebe

livre para retribuir ou não, ou pelo menos diminui a obrigação que o outro o faça, tornando a retribuição incerta. Mesmo quem o recebe entende que recebeu uma oferta e que precisa retribuir com uma retribuição material ou não. Esses atores assim se afastam do compromisso contratualizado, percebe-se, aqui, a liberdade, que não se centraliza na liquidação da dívida e na facilidade de sair da relação, mas situa-se dentro do laço social, consiste em tornar o próprio laço livre, diminuindo para o outro o peso da obrigação instaurada na relação. O sentido que toma esse diminuir circunscreve-se no entendimento de que tende-se a aumentar a incerteza porque se pretende reduzir, no outro, qualquer sentimento de obrigação, mesmo nunca deixando de existir, assim o ator de um sistema de dívida tende a manter o sistema em um estado de “incerteza estrutural, para permitir que a confiança se manifeste”.

Nas outras visitas narradas no mesmo trecho do diário de campo percebe-se o quanto a presença da equipe mobiliza a comunidade e isso gera ações outras que não somente as circunscritas ao espaço físico do serviço. Assim, a comunidade dispõe de oferecimentos visando retribuir simbolicamente o que a equipe lhe oferece, gerando relações para além das prescritivas. Aqui foram narradas situações em que o oferecimento ocorreu mediante objetos materiais, mas o reconhecimento que as equipes têm perante as comunidades também é uma forma de reconhecer positivamente a inserção das ESF no rural. O profissional, por sua vez, sente-se valorizado e estimulado a dar continuidade àquelas ações, à medida que se sente com liberdade para isso. Para Lacerda (2010), essa valorização faz os profissionais sentirem-se mais confiantes, ampliando a interpretação que têm sobre as possibilidades de ajudar os usuários com as ações de cuidado em saúde que detêm. Assim, a cada elogio, a cada ação que denota o reconhecimento por aquilo que o profissional se esforça em exercer faz com que as relações de vínculo se fortaleçam. O profissional também retribui a isso, no caso descrito com um chocolate, uma galinha, caquis, com abraços, sorrisos, demonstração de empatia.

O exposto reforça o entendimento de que, para o cuidado se descortinar enquanto ações de mediação e, a partir disso, possa-se explorá-lo em relação à sua força inovadora no campo da saúde, é necessário deslocar o olhar para as interações do cotidiano da saúde. Assim, vivenciou-se, no campo da saúde, as formas em que o saber biomédico coloniza o saber do homem comum, a emergência da constituição do cuidado como dispositivo de mediação, pois a relação entre profissionais e usuários nessas circunstâncias de mediação não se limita ao prescritivo, às normas, mas envolve, além disso, a participação solidária e a responsabilização do usuário no funcionamento do sistema de saúde local (MARTINS, 2011).

5.3.3 Quando a mediação tem como desdobramento o cuidado

Mesmo frente às inovações conceituais que se vivencia na saúde ainda se enfrenta a lógica da hierarquia técnica e vertical de poder, em que o usuário assume o lugar com menores possibilidades de participação. E nessas considerações que se faz conveniente trazer as noções de cuidado que abracem compreensões de processos de interação na saúde a partir de saberes e práticas que se encontram marginalizadas e desperdiçadas frente ao modelo hegemônico que inspira as práticas em saúde (MARTINS, 2011). Entretanto, as noções expostas, assim como àquelas referentes ao acolhimento e vínculo quando usadas como discurso, peças de uma retórica solitária, sem serem acompanhadas por uma mudança na concepção do cuidado como “metáfora, como mediação de processos simbólicos, afetivos, pedagógicos, políticos e biofísicos” se tornam inócuas, sem poder de mudança ou intervenção (MARTINS, 2011, p.40).

Assim como descrito nas visitas domiciliares, em determinados momentos as relações dos profissionais e usuários rompem os espaços físicos dos serviços e das atividades preestabelecidas. Nesse momento, as trocas, entendidas aqui como ações de mediação, atitudes favorecedoras à caminhada do usuário pelo Sistema de Saúde, são impulsionadas pelos encontros que se tornam espaços de cuidado. Os atores desses cenários assumem os riscos dessas relações que se alargam para espaços além daqueles em que o cuidado inicialmente se instituiu. A partir da observação verificou-se maior envolvimento de alguns profissionais, com mais frequência e intensidade, mostrando-se mais atenciosos e comunicativos que outros. Com eles exploram-se questões de mediação e trocas, tanto nas observações feitas, acompanhando atividades fora do serviço, quanto nas entrevistas realizadas.

Cada serviço de saúde tem uma dinâmica em seu cotidiano amparada pelo trabalho que é desenvolvido, não se movimentando “apenas pelo comando das leis que tentam reger seu funcionamento. Ela se desloca e entra em atividade com base no rico e poderoso processo dos próprios sujeitos que se encontram na base produtiva do cuidado” (FRANCO; MERHY, 2009, p.309). Entre aqueles profissionais reconhecidos enquanto mediadores de cuidado, a responsabilização pelo usuário foi um elemento de suas falas, em que esteve presente o sentimento de que ele pode ser um dos poucos recursos sociais disponíveis ao usuário, sendo o empreendimento da mediação de cuidado um apoio na resolução de problemas. Alguns elementos citados nos relatos dão indícios das vicissitudes que permeiam a forma como os profissionais se envolvem com os usuários, especialmente em relação ao questionamento do

quanto se envolver com o outro é um papel seu enquanto profissional, não sabendo definir suas fronteiras. Deixam a impressão de que, talvez, essa seja uma pergunta que não tenha e nem deva ter respostas, guardando assim sua riqueza na incerteza, **desta forma** gerando a criatividade e o ineditismo demandado pelo cuidado.

O momento que saiu daqui, fora do posto, ela vai ser responsável por ela, mas se tu não deres uma forcinha, uma ajudinha, tipo marcar esse exame... Ela vai ver assim, ela vai pensar, eu não estou sozinha, eu vou fazer o melhor que eu posso fazer, porque eu não estou sozinha, estou sendo ajudada. Tu entendes? Ela está sendo auxiliada, por outras pessoas, porque muitas vezes com a família dela ela não pode contar. A gente tem bastante apoio assim da... Da coordenadora, claro de alguns, não são de todos, mas tudo é questão de conversa, tu colocares... Não sei se... Mas eu não sei até que ponto a gente tem que pegar e fazer, tu entendes? Não tem como explicar até que ponto. **Flor de Lótus**

Partindo-se da compreensão descrita anteriormente, o ACS é um dos profissionais que tem sua atuação circunscrita a ações de mediação que, reconhecidamente, tem como uma de suas atribuições aproximar a comunidade dos serviços de saúde e fazer a mediação entre a equipe e os usuários. No entanto, isso não pode ser entendido como um papel naturalizado ou simplificado. Enquanto mediador, o ACS, ao interagir com os usuários e famílias e demais membros das equipes, estabelece relações de trocas e comunicação entre os diferentes atores e contextos socioculturais, sem menos valorizar ou substituir as ações de mediação de outros profissionais nos territórios em saúde (LACERDA, 2010).

O relato a seguir, de um dos ACS entrevistado, envolve o caso de um casal idoso que não dispunha de água encanada em casa e coletava água da chuva. Esse profissional descreve a resposta obtida por um dos coordenadores da Atenção Básica frente ao questionamento acerca das possibilidades de intervenção. Como não foi dada uma possibilidade consistente de intervenção sobre o caso ele informou a resposta obtida à família, mas reconhece não saber se haverá, de fato, alguma intervenção e caso alguma venha a ser empenhada ele tomará conhecimento nas visitas realizadas à família.

Eu acho que pela orientação que a gente tem da enfermeira-chefe, não cabe a nós, a gente é orientar, passar, levar, a gente fala ali, que nem eu falei com a [...] direto esses dias... Ai tu viste o que ela falou e eu já falei para ele. É isso que a gente faz. Agora nós, no caso, se nós se envolver muito, isso dizem que não é nosso. Porque nosso, eles não querem porque o nosso serviço é visita domiciliar e não cabe a nós esse serviço. Porque se nós vamos ter que ficar resolvendo outras coisas como que a gente vai trabalhar a nossa visita? Não tem como. Então a gente tem a nossa função de repassar, eles estão sabendo, se eles agora vão fazer alguma coisa... Isso eu não sei, eu vou ficar sabendo pela visita, porque não tem como nós se envolver em outras... Além,

porque vai prejudicar a nossa visita, nosso papel, é assim que funciona.

Cerejeira

Esse relato também revela a orientação acerca do papel a desempenhar junto às famílias, demonstrando não necessitar se envolver em situações como essa. Explica que, ao tentar resolvê-las ocuparia o tempo que deveria estar realizando seu trabalho, as visitas domiciliares. Isso, de certa forma, institui essa ação como aquilo que verdadeiramente seria de sua incumbência, delimitando o papel desempenhado junto às famílias. Assim, esta explicação se aproxima de uma justificativa, pois ao passo que não se envolveu da forma como possivelmente desejaria, o ACS se dispôs a conversar com o coordenador. Mesmo a ação tendo se limitado a este círculo (da família para a equipe, da equipe para a coordenação e desta última à vigilância sanitária e retornando à família), o profissional se expôs frente à coordenação a fim de minimamente intervir na situação, mesmo tendo consciência de não ser uma de suas atribuições.

No entanto, na fala a seguir, outro ACS revela existirem diferentes elementos do cotidiano permeando as relações estabelecidas nos territórios e gerando ações que se afastam do inicialmente prescrito como sua função, o que instiga a se pensar sobre os limites e delimitações de seu campo de atuação como extremamente tênues.

[...] eu já tenho outro nome, não é agente de saúde, é agente de cidadania, e... Também, porque tu escutas tanta coisa, às vezes, tu acabas de Agente de Saúde tu já estas virando uma psicóloga ali, porque tu escutas... Não é só assunto de saúde que tu vais, mesmo que, vai lá o assunto é sobre saúde, tu dá a tua orientação, tudo ali direitinho, mas ai já começa, já envolve outros assuntos... a família, começa a falar de tantas outras coisas que, já tudo é... Às vezes, coisas assim que eles revelam para a gente que não é revelado, às vezes, para um filho deles que... Para um irmão deles, esposa, que ele expôs para a gente, né?! Então, sei lá... [...] **Chuva de Prata**

Essas ações de mediação promovidas pelos ACS podem gerar conflitos, porque, se, por um lado, esses profissionais realizam atividades junto às comunidades — visitas domiciliares e outras atividades — que devem ser relatadas às equipes, por outro lado, “exercem ações de solidariedade em função das relações de amizade e vizinhança, e que, a priori, não fazem parte do seu trabalho e não precisariam informar aos demais profissionais” (p.36). Evidencia-se, assim, a complexidade dessas ações e a responsabilidade atribuída ao trabalho, reafirmando a importância do trabalho em equipe e de ações intersetoriais articuladas em redes (LACERDA, 2010).

O ACS, mesmo reconhecendo que determinadas ações não seriam de sua responsabilidade, exerce a mediação com o intuito de facilitar o acesso aos usuários que

vivem no rural, mesmo que ocorram fora de seu território formal de atuação, o urbano. Ele poderia não se envolver, protegendo-se com aquilo que lhe é atribuído formalmente, mas se deixa envolver por motivos pouco explorados aqui, mas, na fala de outros mediadores, em determinada medida se mostram com sentimento de responsabilização e de solidariedade.

É, essa parte assim de, a nossa parte de tentar resolver não é também nem com a gente tentar resolver, a nossa intenção assim de informar eles, está o posto de saúde está ali, então tu vais lá, porque quem tem algum poder de tentar resolver, de dar medicamento, de encaminhar, fazer alguma coisa é a médica, né?! Mas, claro, que a gente acaba se envolvendo, que nem às vezes tem um... Parte de tirar receita, a gente nem deveria estar tirando receita. Eles deveriam estar aqui, mas vai e tira, fulano liga e diz. Tira para mim? Tu não vais dizer não, está eu tiro, né?! Às vezes, tem um exame encaminhado lá na secretaria. - Ah, quando tu fores para a cidade, vê lá para mim, a gente já vai se envolvendo, não quer dizer não, quando vê a gente já vai lá, já vai vendo isso aí para o paciente, mas não deveria a gente estar se envolvendo tanto, né?! Deveria, se não a gente acaba baseando eles, aí eles colocam já tudo em cima da gente. Ah, que a gente tem que fazer isso, tem que fazer aquilo, mas o nosso papel mais é de informar, né?! [...] **Chuva de Prata**

Na fala desse mediador o prestígio social do profissional médico se mostra como um elemento latente quanto às ações que desenvolve, seja por entender que ele detém a resolução de determinadas situações e de reduzi-las a essas intervenções, ou por não ter seu papel reconhecido, no sentido do potencial que detém. Além disso, o entrevistado ressalta serem cobrados pelos usuários se iniciarem essas ações de mediação, gerando o sentimento de obrigação em realizá-las. Caso as ações de mediação não sejam tratadas a partir do reconhecimento de sua importância pelos gestores e equipe pode haver uma limitação de seu espectro de atuação, porque, com o sentimento de obrigação, pode emergir o sentimento de opressão, no sentido de que podem existir situações em que os usuários poderão verbalizar essas cobranças de diferentes maneiras, até mesmo aquelas que favorecem o clientelismo. Como foi exposto por um dos profissionais na subseção 5.2.3, nem sempre os interesses dos usuários se complementam nos interesses dos profissionais, havendo momentos de embate entre ambos.

Ao se refletir sobre a mediação e as cobranças que a mediação provoca ao ser exercida, é importante lançar mão das considerações de Lacerda (2010), que evidencia a diferenciação que existe nos sentidos atribuídos para a solidariedade, havendo uma dimensão filantrópica e uma dimensão democrática. Para a autora, especialmente na saúde pública, vem sendo utilizada sob sua dimensão filantrópica, enquanto ações dos trabalhadores que substituem a ausência do Estado no cumprimento de seus. A autora discute a função da solidariedade no cuidado, especialmente a importância de estar presente na prática de todos os

profissionais da saúde. Mas, quando se pensa nos ACS *in loco* corre-se o risco em atribuir a ajuda solidária como algo inerente ao sujeito, se aproximando da lógica de solidariedade filantrópica ou de caridade, o que dispensaria a demanda por qualificação, pois seria algo nato do indivíduo. No entanto, Lacerda enfatiza a solidariedade no que concerne às equipes: “deve ser fundamentada pelo princípio democrático e pela garantia da saúde enquanto direito, o que exige a formação desses trabalhadores [ACS] para lidar com a complexidade da realidade local e o trabalho em equipe articulado por meio das redes de apoio social” (p.36).

No caso narrado por outro mediador, a equipe se mobiliza para arrecadar roupinhas para bebês da comunidade, neste caso a solidariedade pode ser entendida como uma ação que substitui a intervenção de outros setores e que excede o território prescrito de ação da ESF. O entrevistado denota a necessidade de uma ajuda externa, no sentido de que nem sempre as pessoas detêm todos os recursos materiais e imateriais para viver a vida. Nesse caso a ajuda advém de bens materiais e tem grande potencial de disparar a geração de relações que poderão ocorrer em outros momentos entre usuários e profissionais.

Às vezes, a gente ajuda, umas duas meninas ali que tiveram bebezinho a gente arrecadou umas roupinhas para trazer, para tentar ajudar. Porque senão, se não tem essa ajuda externa assim, às vezes, não... A criança, às vezes, não tem nada para colocar aí chega nessa parte da internação, usa uma roupinha no inverno que é frio, não tem roupa para colocar ou não tem fralda para trocar, está com a fralda sempre úmida e aí é inverno, condições insalubres, problemas respiratórios aí interna por problema respiratório interna por alguma outra infecção, isso aí uma coisa que a gente não, pelo menos eu não vejo como controlar isso daí, como interferir. **Açucena**

Esse caso tem importante representação nas ações estudadas aqui, pois demonstra ser possível intervir naquilo que porventura os profissionais podem entender como não sendo o adequado à sua atuação. Mas, mostra, também, o quanto essas ações de mediação ocorrem em âmbito setorial, ou seja, é uma situação clara em que outros setores poderiam intervir, mas por um ou outro motivo não se mostram visíveis à ação do mediador.

Essa dimensão da solidariedade que perpassa as ações de mediação desempenhadas traz o sentimento de responsabilização por parte daqueles que as exercem, mas como um dos entrevistados ressalta, ele não consegue apontar isso como uma habilidade de toda a equipe, fala por si próprio, dizendo que o interesse para realizar a mediação não é compartilhado por todos os seus membros. Essa é uma das motivações para exercerem as ações que desenvolvem, pautando-se no comprometimento com o trabalho desempenhado nos serviços. Na primeira fala, as ações de mediação citadas foram aquelas em que o profissional facilita o acesso à retirada de exames em laboratórios do urbano e compra medicações. Na fala

posterior, o mediador relata a importância de as pessoas dedicarem confiança na relação que estabelecem, assim, em outros momentos ele também será acionado pelo usuário como uma referência dentro do serviço, pois de outra forma seria mais difícil o acesso.

Eu acho assim, nesses casos, como é que eu vou te explicar... Eu tento ser o melhor, dar o melhor de mim, tu entendes, para que aquela pessoa tenha confiança em mim, adquirir a confiança e quando precisar, que tiver uma dificuldade, alguma coisa que ela não consiga resolver, cada um tem que resolver seus problemas, mas dentro do profissional, do... Aonde é meu local de trabalho que eu atuo, eu gosto que a pessoa... Um ponto de referência tu entendes? Que eu seja um ponto de referência da pessoa, vamos supor assim, se, no caso desse exame, que eu fui marcar para a mulher... Como é que eu vou te explicar, assim ó. Ela veio, ela veio no posto aqui, se ela não tem um ponto de referência... Ela vai chegar e vai falar: - Ah, eu queria falar com fulana. Ai vão jogar ela para cá, vão jogar ela para lá, eu tenho um papel importante aqui dentro, eu acho assim, e o que eu faço acho que é bem feito [...].**Flor de Lótus**

Semelhante à fala anterior, na subsequente o profissional reconhece a importância do papel desempenhado junto aos usuários. Entretanto, no segundo relato o profissional percebe que para desempenhar as ações entendidas como importantes para os usuários não pode obedecer a tudo o que é prescrito nas normas, as quais, em alguns momentos, mais dificultam do que facilitam o trabalho realizado. No trecho a seguir foi destacado a escuta como um elemento fundamental nessas ações de mediação.

Sim, às vezes, as pessoas dizem: ah se não fosse isso aqui - Eu não sou Deus, pior que eles tem razão, coitados, eu sei. (riso) Sabe?! Porque aquela coisa imposta, tem que ser assim, tem que ser assado, tem que ser, nós temos um método e nós temos que cumprir ele, mas método de convívio com as pessoas humanas, tu tens que ouvir o ser humano, tu tens que entender da pessoa, tem que entender, tudo aqui, agora mesmo eu mandei duas vezes para ele conseguir os argumentos certos, já que ele estava me dizendo, o médico que vai fazer, então tudo tem que saber ouvir, né?! Não é só dificultar, não é dificultar, tem que ouvir, ai eles ficam bravos, ah a [...] deu um jeito. Eu não dei um jeito, eu ouvi a pessoa, reconduzi, que ela estava numa fila que nunca ia sair e o problema dela poderia ser conduzido para outras coisas, ouvindo as pessoas tu consegues, né?! [...] E não é que tu faças milagres, que tu queiras aparecer, não! Tu estás ouvindo as pessoas, isso quase ninguém faz... E quando eu mando para outras salas as pessoas para serem ouvidas, ninguém gosta. A [...] já mandou, ai a [...] só incomoda, ai a [...]... Sabe?! E assim que eu sou vista quando eu não consigo resolver que não depende de mim, que eu tenho que terceirizar as informações. **Bromélia**

O profissional ressalta que existem momentos em que é necessário formar laços com outros profissionais para que a ação de mediação se concretize, pois a ação iniciada por um mediador precisa de apoio de outros profissionais, mas nem sempre são bem acolhidas pelos

demais. Para que as ações sejam disparadas a escuta é imprescindível, mas, segundo Bromélia, nem todos os profissionais têm essa disponibilidade, gerando, assim, embates entre os próprios profissionais.

5.3.4 Mediação: as dificuldades que se colocam frente à ação

O descrito anteriormente dá indícios do quanto empreender ações de mediação implica em se envolver com dificuldades subsequentes que se apresentam à medida que se as desenvolve, pois não são algo simples para os profissionais que se propõem a fazê-las, gerando inquietações e percepções das limitações que possuem no sentido de poder levá-las adiante. Os relatos a seguir falam sobre os limites das doações dadas nas relações e envolvimento que os profissionais têm com as pessoas que se propõem a exercer ações de mediação. Os limites das doações surgem, ou em função de fragilidades na formação de alianças com outros profissionais em prol da ação, ou pela concepção de verem-se sozinhos nesses empreendimentos. Há, assim, uma constante tensão entre aquilo que desejam fazer e o que lhes é possível fazer, relatando dificuldades em incluir outros atores que compartilhem com eles a responsabilidade assumida.

Mas a gente fica assim, meio de mãos atadas, então no caminho né, a gente quer fazer muitas vezes, o bem e ajudar, e tentar solucionar, mas também não consegue. Às vezes, a gente acaba se envolvendo também, dependendo do caso. Que nem esse senhor que a família não quis [*acompanhar o usuário até o hospital*]. Tu acabas te envolvendo. [...] **Camélia**

É muita burocracia, tu até entra em contato, mas no momento que tu queres solucionar o problema, tu entras em contato, sabe o que? Tranca! Eu não sei onde que o troço tranca, tu entendes? Eles não... Tu até, até ajuda assim, mas olha... É uma burocracia que, às vezes, é melhor resolver as coisas sozinha do que envolver outras coisas assim, sabe? [...] Eu acho que tranca nas pessoas que são superiores... [...] **Flor de Lótus**

Surge, nos relatos, a questão da dificuldade de levar adiante esse tipo de ação, em que mesmo não identificando exatamente em qual espaço as resistências são maiores, observa-se que as maiores barreiras aparecem quando a ação é disparada, o que faz emergir o seguinte questionamento desses profissionais: realmente é realmente vantajoso buscar outros setores para auxiliá-los na tentativa de resolver problemas dos usuários?

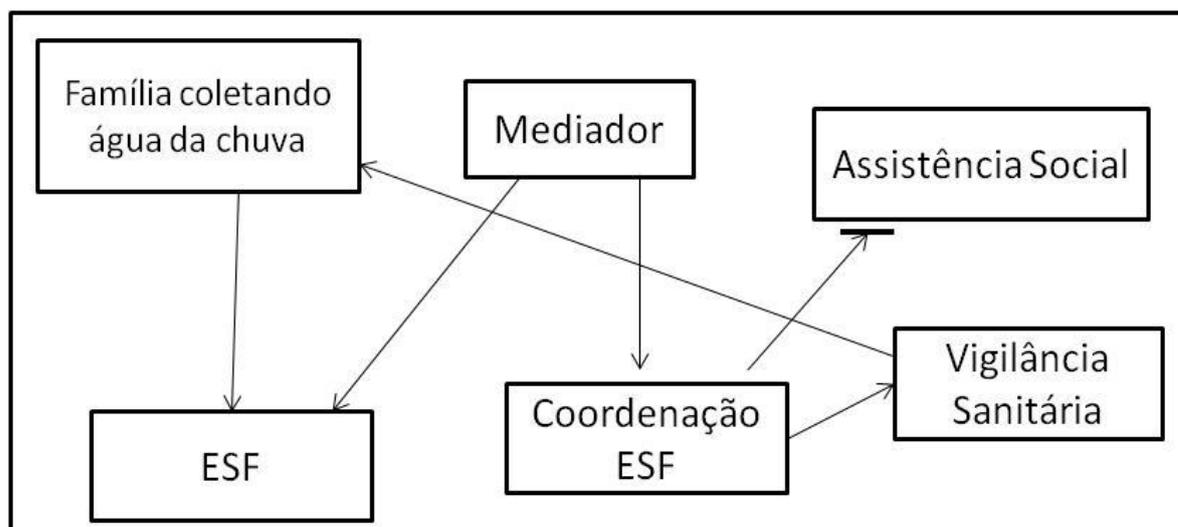
Outro mediador fala sobre uma situação em que se esforça para exercer a ação que julgava ser a mais correta em determinado momento, mas encontrou resistências em outros espaços que não o da ESF. Fica demonstrado, mais uma vez, quando a ação adentra territórios

que extrapolam aquele de atuação direta de um mediador, determinadas dificuldades se apresentam, alertando novamente para a latência de ações intersetoriais. Além disso, se agregam a essa dificuldade as questões de relações entre os próprios profissionais em outros pontos da rede assistencial, questões que acabam interferindo na ação de mediação iniciada pelo profissional da ESF. E o entrevistado diz que poderia ser empreendido maior empenho por parte de outros profissionais em outros pontos para resolver ou encontrar outras soluções para a situação.

Sim, aí a gente passa para a assistência social, aí é com a assistência social e com a prefeitura, com o prefeito, com a parte das obras, tanto é que a [...] falou que ali tem uma família que eles não tem água, que eles juntam água da chuva para tomar, para tomar banho, essas coisas assim. E aí falou com a [...] se tinha alguma maneira de alguém resolver isso para eles lá, vir colocar uns canos lá, puxar um cano, colocar uma torneira, colocar algum negócio e aí eu vi que a [...] falou para eles. Aí eu disse - Está, e o que a [...] te deu como resposta? - Ah, ela disse que não tem o que fazer, que a única coisa é ir à vigilância sanitária aqui para conseguir cloro para botar na água da chuva para eles tomarem. Porque se é outra já diz: - Não, procurem a assistente social que a assistente social, como eles são idosos, vai na promotoria e aí alguém terá que dar uma solução, vai ter que dar, vai ter que ajeitar ali para aqueles idosos lá. Só que a [...] já largou isso para a agente de saúde. Lá eles não tem nada o que fazer, que eles por conta que a única coisa que pode fazer é mandar uns cloros para colocarem na água lá. [...] Só que assim, o chefe, da assistência social, é que nem o lado A e o lado B... Não se dá com o [...], não se dá com a [...]. Aí quebra, porque ele nega, ele tranca as coisas, porque o chefe da assistência social, ele toda vida ele quis criar uma secretaria. **Dália**

Na Figura 7, a seguir, ilustra-se a ação descrita pela mediadora na fala anterior, o caso do casal de idosos que não tinha água encanada em sua casa. Assim, o mediador se dirige a coordenação das equipes para expor a situação, na expectativa de que houvesse alguma intervenção sobre a situação, especialmente quanto à Assistência Social ou outro setor que pudesse intervir, como o de habitação. Entretanto, a posição do representante da coordenação é de que buscará auxílio junto à vigilância sanitária. Os mediadores têm a consciência de que existem possíveis divergências entre a coordenação das ESF e o setor de Assistência Social, diluindo as chances de haver a intervenção que acreditam ser a mais adequada.

Figura 7– Ilustração das dificuldades que se colocam ante a ação de mediação.



Fonte: Pesquisa direta, 2012.

Mesmo enfrentando dificuldades e sabendo que podem não alcançar o desfecho desejado, os profissionais intervêm, e dependendo do grau de liberdade (poder), alguns deles se posicionam de maneira diferenciada. Essa posição assume a conformação de resistência, a fim de realizarem ações além daquelas que precisariam fazer, no sentido de que se não as fizessem não chamariam a atenção de outros profissionais que também atuam na rede assistencial. E, se não as fizerem, provavelmente não fará diferença, mas se resolverem fazê-las demandará maior empenho e mobilização do que o não fazer.

É, não gostam, não gostam. Não gostam, eu só incomodo eu... Aí de novo, de onde ela tirou, entendes? É assim que funciona... Mas eu só mando quando é necessário, eu não uso as pessoas para mandar, se eu posso pensar, mesmo que não seja comigo, a maioria das vezes, mas se eu tenho como eu mesma fazer... Eu não mando... Porque eu sei que vai ser de tudo isso e nada vai ser feito e como não é, então tento para não mandar. **Bromélia**

É porque eu fico de marcação, entende? Eu estou sempre atrás. Coisa que... Acho que só eu acho que... Me proponho a fazer isso... De encaminhar, levar a documentação e confiar naquela pessoa ali, mesmo assim eu deixo passar dois ou três dias eu ligo. Escuta e aquele paciente assim que eu te mandei, te encaminhei, já conseguiram? Sabe por quê? Porque tem muitas pessoas ali que eu me dou bem [...] **Dália**

Na última fala, o profissional relata casos em que precisa encaminhar usuários com maior emergência para realizarem exames diagnósticos, e dependendo da gravidade ele entrega a documentação a quem confia mais — confiar no sentido de que a pessoa se

responsabilizará pelo caso e compreenderá o porquê demanda mais atenção. Dessa forma, a relação entre os próprios profissionais facilita com que a mediação se institua.

No relato abaixo, a ação de mediação não se concretizou na plenitude do que o profissional pretendia, mas interferiu de maneira positiva, facilitando o fluxo de utilização do usuário. Sua ação foi interceder para que determinada normatização se flexibilizasse. Essas situações deixam como saldo a percepção de que intervir é difícil, pois, quando não conseguiu fazer contato por telefone, o mediador tenta facilitar para o usuário marcar transporte e sair do município a fim de realizar exames. Assim, o usuário teve o prazo estendido e conseguiu realizar o exame. Esta situação ilustra o quanto os setores dependem uns dos outros e o quanto flexibilizar-se frente a determinadas situações é importante, denotando-se imperativo que se estabeleça comunicação entre eles. Assim, é possível refletir que, caso alguém não se dispusesse a intervir, possivelmente o usuário teria perdido os prazos e seu lugar na fila de utilização destes recursos e como não há trânsito de comunicação entre eles, também não haveria discussão posterior sobre o fato entre os setores.

É fica bem mais difícil. Tive um caso que o exame do paciente retornou pra nós, de manhã, e era no outro dia a consulta em Pelotas. E ele precisava marcar o transporte, e aí ele tinha que ir até a cidade naquele mesmo dia de manhã que ele veio aqui pegar, para poder marcar o transporte para poder ir. A princípio ele conseguiu. Eu consegui porque geralmente eles fazem, tem que ter três dias de antecedência da data da viagem e tem horário também e aquele dia, deste fato, eu liguei prá lá e tentei por telefone e elas me disseram: Não, que não dava. Que ele teria que ir direto lá porque precisava da documentação. Aí, só que tinha que estar até o meio dia, só que aquilo era 10h30min - 10h45min. A gente sabe que daqui até lá não dá esse tempo né, e quando ele chegasse lá estaria fechado. Aí eu ainda consegui que ele se apresentasse na primeira hora da tarde pra poder marcar o lugar dele. [...] Pedi essa autorização para esperarem ele para conseguir marcar o transporte. Mas é bem assim... para alguns é difícil ir até a cidade. Aí depois volta e retorna de novo. Quando a gente tem lugar na Kombi a gente até leva eles junto. Aí eles ligam pra cá: A gente tem consulta amanhã, ou: A gente tem exame amanhã, podemos ir junto? Aí a gente pergunta né: Quantos vão? Se tem lugar na Kombi? Às vezes a gente consegue levar eles. Mas quando não tem lugar não tem como. **Camélia**

Em busca de alternativas, os usuários recorrem a outros mediadores, estes da mesma forma facilitam sua trajetória pela RAS, os vereadores do município, que se propõem a acionar essas ações, pois pressionam de uma ou outra forma os diferentes setores envolvidos para que os usuários alcancem aquilo que desejam. Mas, considera-se que os vereadores possuam maior liberdade do que os profissionais que atuam nos serviços, talvez por terem maior reconhecimento acerca das ações que desenvolvem junto aos usuários ou pelo espaço

para solicitar essas demandas, sem o receio de sofrerem retaliações diretamente dos usuários ou dos gestores do município.

[...] Geralmente quando é muito demorado existem exames, que é, ele leva, leva muito tempo, né?! Aí eles acabam procurando, se é caso de urgência, né?! E aí eles acabam procurando, vereador e... Às vezes, até o prefeito, né?! Para tentar resolver, às vezes, conseguem, às vezes, não também, né?!

Chuva de Prata

Quando o mediador foi questionado sobre o que se fazia mais presente, ouviu-se:

[*Silêncio*] Acho que a parte dos vereadores com a Secretaria de Saúde, a primeira coisa assim, eu tenho, até tenho uns na minha área assim que, a parte de urologia, leva, tem um senhor lá que ele esperou dois anos para ser encaminhado para um especialista urologista. E ele esperou esses dois anos, nunca mais, ele não foi chamado, até que aí, quando ele foi procurar tinha passado os dois anos, aí eles mandaram ele ir no posto de novo, para fazer um encaminhamento novo. Aí ele encaminhou de novo e aí ele foi no vereador, aí o vereador foi lá no setor de marcação lá! E na próxima semana já chamaram ele... Porque que... Sei lá, aí ele dizendo assim: - Bah, mas tem que apelar. Como é que aí, como que aí... Ele conseguiu marcar tão ligeiro, por quê? O que aconteceu? **Chuva de Prata**

Assim, o mediador se questiona como é possível que em determinados casos a resolução ocorra de maneira rápida e em outros não, mas exalta a intercessão de um vereador no caso. Reconhece-se que nem sempre as ações de mediação promovem cidadania, por vezes reforçam ainda mais as relações clientelistas que mais fragilizam do que fortalecem as relações entre os sujeitos, mantendo-o excluído e menos favorecido sempre nessa posição, enfraquecendo seus recursos para sair dela (GERHARDT, 2011).

5.3.5 Quando a mediação desencadeia cidadania: o potencial das relações

A mediação em saúde descrita anteriormente pode ser considerada uma forma de reconstituir as redes a partir de outros valores, outras lógicas que guiem os profissionais e usuários. Essas ações de mediação somente se conformam ou encontram êxito a partir da formação de vínculos entre profissionais e usuários, como Gerhardt et al. (2011) afirmam, dizendo que o vínculo é um laço ou tudo aquilo que liga os sujeitos uns aos outros. O cuidado como mediação pode ser entendido com uma inovação em saúde, no sentido de recorrer a ele em suas outras possibilidades além das prescritivas, de maneira que é fundamental se pensar o cuidado sob uma perspectiva que valorize mais as pessoas do que as normas, centrando-se prioritariamente em valores de confiança e de solidariedade (MARTINS, 2009).

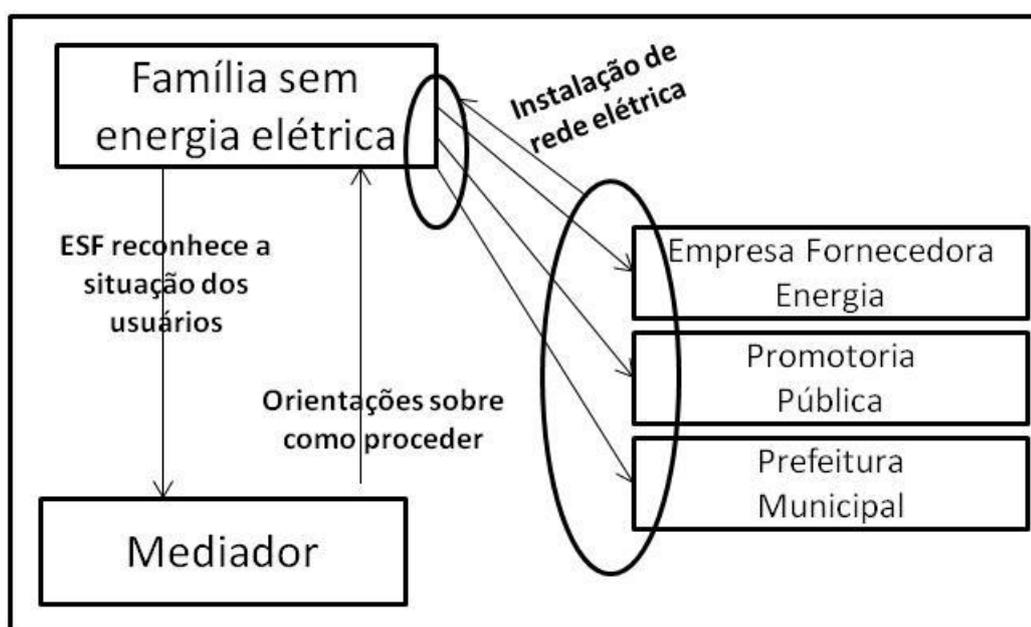
Assim, as análises induzem a que se questione o porquê e como os profissionais entram no sistema de Dádiva, no sentido de exercerem a mediação como um *start* para que o sistema opere. Godbout (1998) afirma que as pessoas doam ofertas geradoras de dádiva para se ligar, “se conectar a vida, para fazer circular as coisas num sistema vivo, para romper a solidão, sentir que não se está só e que se pertence a algo mais vasto, particularmente a humanidade”. Assim, a dádiva é o que mantém e alimenta, os laços sociais vivos, dando ao doador o sentimento de poder, de transformação, de abertura.

No caso narrado por Dália, a ajuda advém de recursos materiais que a equipe consegue mobilizar a partir de uma orientação relativamente simples que facilita a trajetória em busca de um recurso pelos usuários, e a atuação dos mediadores ocorre por meio da mobilização de outros setores que intervêm em uma situação que também influencia o campo da saúde. A orientação dada à família para buscar os recursos sociais mais adequados facilitou e encurtou o percurso para conseguirem o que precisavam. A equipe não intercedeu diretamente junto a outros setores, mas facilitou para estes intercederem e a família teve a energia elétrica instalada em sua casa. Nesse caso, a mediação gerou grande satisfação aos envolvidos e possivelmente reconhecimento por parte dos usuários. Houve o relato de que a família seguidamente procurava a ESF, o que não continuou acontecendo devido ao fato de terem energia elétrica em sua casa, o que, segundo o profissional, poderia estar ocorrendo em função de os usuários assumirem outras atividades para desenvolver, outras formas de sociabilidade que não aquelas restritas à equipe.

[...] tinha um senhor que não tinha luz, não tinha uma geladeira dentro de casa e nada, aí o [...] orientou ele que fosse em tal lugar, que fosse lá, fosse na CEEE, que fosse na prefeitura, que fosse na promotoria, aí ele foi denunciou que não conhece dinheiro. Tu sabe, não sabia, não sabe, a filha que vende soja, vende isso, vende aquilo para ele e aí com dinheiro eles, aí até que vieram, veio o pessoal da CEEE e colocou luz na casa, aí a gente foi lá fazer uma visita, fui eu, o [...] e a [...], tu tinhas que ver a faceirice dele mostrando a geladeira... Entende? Que era uma geladeira que não era nova, mas era de segunda, mostrando a geladeira, mostrando a televisão, sabe?! Ele não falava, mas ele mostrava a televisão, que tinha uma televisão, olhar, que daí ele olhava. [...] Ai só sei que, o Seu [...] tu tens que ver, ele mostrava as luzes, sabe? Faceiro, mostrava as luzes e aí tu tinhas que ver, diz que eles, aí eles não tem muitos móveis, aí eles, botavam três cadeiras, o casal e a filha, e as três cadeiras bem certinhas na frente da televisão, que olhava a novela. Tu tinhas que ver, depois de quantos anos... sem luz! E aí eles iam seguido no posto, sabe?! Sempre tinha uma queixa, uma coisa e agora, tendo luz na casa eles não apareceram mais... De repente, estão entretidos com a televisão, com a luz, em ter as coisas para colocar na geladeira, que eles melhoraram, acho que aquela escuridão era que estava... [...] **Dália**

A Figura 8 a seguir ilustra a atuação da mediação neste caso, em que a situação em que se encontrava a família foi reconhecida pela equipe. O mediador atuou ao orientar a família em como proceder para que obtivesse energia elétrica em casa, e sua atuação, apesar de não ocorrer diretamente com os setores envolvidos, facilitou à família buscar a solução na ajuda externa.

Figura 8- Ilustração da atuação do mediador.



Fonte: Pesquisa direta, 2012.

Moreira (2009), ao apoiar-se também no sistema de dádivas de Marcel Mauss, refere que, no circuito de cuidado à saúde, para que esse sistema opere, é necessário que sejam resgatadas as interações entre as pessoas face a face, personificadas e dinamizadas, com o cotidiano entendido como um *locus* de afetos, motivações e desejos, instaurando a saúde como um bem social. O caso relatado a seguir pode ser considerado um exemplo do sistema de dádivas, a partir da concepção de Godbout (1998) e Caillé (2002), em que o mediador ofereceu dinheiro ao usuário que se encontrava em uma situação de grande angústia, este se valeu da confiança a ele atribuída.

[...] teve um rapaz que ele disse assim para nós: - Eu vou me matar. Um guri novo. [...] A doutora [...] disse assim para ele: - Não, te acalma, vamos pensar, o que está acontecendo? Aí ele disse: - Não, eu não tenho comida, eu não tenho gás, eu não tenho nada, eu tenho uma filha pequena para eu sustentar, ninguém me dá serviço. Aí o que a doutora fez? Claro, não é o certo, mas ela disse: - Não, eu vou arriscar. Pegou e deu R\$ 20,00 para ele...

Agora, ela disse, tu compras o teu gás, um botijãozinho pequeno. - Compra teu gás e o que sobrar tu compras alguma coisa de comida, é o que eu tenho agora, não tenho mais. Aí o que aconteceu? - É, não porque ele vai sair e vai... Não! Justamente, a [...] [*assistente social*] foi na casa dele no outro dia, ele tinha comprado dois quilos de arroz, um botijão de gás e não me lembro a outra coisa que ela disse que tinha. [...] Para ti veres é um voto de confiança que a doutora deu para ele, e o que ele fez? Ah, poderia comprar pedra, não, foi lá e comprou, aí depois estava tão faceiro. Na outra consulta de alta, né?! A doutora estava fazendo profilaxia, aí veio na outra consulta faceiro, tinha arrumado serviço, sabe? Nessas empreiteiras que estão, fazem obras, né?! Deram serviço para ele, está feliz da vida. Precisa tu ver. E agora esses dias eu vi ele aqui, aí disse para a doutora, veio agradecer, né?! Pelo tratamento que ele fez, se uma coisa que é dado pelo SUS, é dado, assim pelo tratamento e pelo... Ele disse bem assim ó: - Eu vim agradecer para vocês pelo tratamento que deram e pelo carinho que tiveram e pela compreensão que tiveram comigo. Não me trataram como drogado. Bah! Quando ele disse aquilo lá, doeu lá dentro. Aquilo dói na gente, sabe? Saber assim que ele teve aquela gratidão pela gente. A gente não tratou ele como uma pessoa que usa droga, uma pessoa comum, normal, bah! Aquele dia a doutora até chorou dentro da consulta dele, que ela deu alta para ele, porque ele veio, teve a consulta ali. Ah, tem coisas que satisfazem a gente, assim de ajudar, de bom assim, sabe? Mas tem coisas também que magoam muito [...]

Flor de Lótus

Ainda, a mediadora expressa que o tratamento é algo garantido pelo sistema de saúde, não tem um custo direto para o usuário, mas, mesmo assim, ele retornou ao serviço para agradecer, pois esta doação material provocou mudanças imateriais em sua vida. Além disso, o usuário atua como mediador em sua própria família, pois a cidadania (MARTINS, 2009) que fora despertada com a primeira ação desencadeou outras. Ele mostrou-se comprometido, convidado a participar do circuito que se instaurou. Por sua vez, o profissional se sentiu satisfeito e motivado a continuar empreendendo ações com esse grau de doação. Isso incitou, nos demais, o sentimento de ser possível continuar apostando em relações desse tipo, que promoveram outros fluxos de utilização dos serviços por parte do usuário, que poderia ter se findado ali ou ter desencadeado outros tipos de relações entre os atores.

Os relatos acima fazem com se pense que a mediação do cuidado em saúde empreendida pelos profissionais para com os usuários tem o potencial de levar ao questionamento do quanto esses atores conseguem traçar os limites entre aquilo que é instituído como um de seus papéis e aquilo que o excede, assim como foi descrito por Lacerda (2010) sobre o papel instituído e desempenhado pelos ACS. De mesma forma, é possível estender o exposto ao próprio Sistema de Saúde, pensado a partir de lógicas que formatam as ações descritas aqui como mediação do cuidado, sejam exceção e não à regra, no sentido de ações cotidianas. O próprio profissional que relata o caso expressa em sua fala que “não é o certo”, mas, mesmo assim, os mediadores se arriscam na relação de confiança que instituem.

A seguir outro profissional narra o mesmo caso anterior, entendendo também não ser certo fazer o que o outro profissional fez, dar o dinheiro, mas reconhece que o usuário demonstrou um desfecho diferente do que esperavam, surpreendendo-os.

A gente tem que ajudar, mas não... Porque no fim tu já começa a misturar. Que aí tu já ficas com pena, dá vontade de dar um dinheiro. [...] É, que não é, que não faz parte da tua... Um colega, nós estamos fazendo um atendimento e ela disse: - Vou te dar... Vai comprar um liquinho. Uma pessoa que veio e disse para ela, eu estou com fome, né?! Então, drogado, usuário de crack. Mas, eu quero parar, mas eu preciso de um liquinho. Está, então toma. Aí [...], é certo? Claro que não está certo, são coisas que a gente não deve, mas assim, o que é? Tocou nela, né?! Ela estava vendo que aquilo era uma coisa sincera, não era uma conversa de quem estava passando uma conversa. **Flor de Lótus**

Quando o profissional foi indagado sobre os efeitos acarretados na vida do usuário e para o trabalho deles enquanto equipe, ele diz que apesar de não ter acreditado, em um primeiro momento, que pudessem alcançar o efeito que alcançaram se surpreendeu com o resultado. Reconhece, também, que não estava a par da situação, mas que a partir da ação dos colegas, aqui entendidos como mediadores, percebeu que nem tudo estava perdido, que os casos podem ter outro desfecho além do esperado.

Surtiu, surtiu efeito... Por incrível que pareça, né?! A gente está tão... Desacreditando dessas coisas, que acha que vai pegar e vai direto lá para a pedra, que vai direto para o álcool, foi uma coisa assim que a gente se olhou e disse: - E agora? Eu até aquele dia, eu não estava muito por dentro, eu estava entrando e saindo, entrando e saindo, não acompanhei bem de perto esta situação, mas acompanhei as consultas, subsequentes que, enfim, tinham algumas que eram da TB que não vinha ele, vinha a esposa pegar a medicação, trazer exame, porque ele já estava conseguindo fazer uns bicos. Tu me entendes? Então, nem tudo está perdido, entende? A gente não pode ser tão cética, tão negativa. Então, sempre tem alguma coisa de bom para dar para alguém, né?! Porque se não está tudo perdido, né?! **Iris**

Na fala anterior, o dinheiro *a priori* não foi questionado pelo seu valor material, mas pelo que representava aos envolvidos, o que foi mais enfatizado pelo segundo entrevistado, ao citar detalhes que não haviam sido mencionados no relato anterior. Para ele, dar um voto de confiança na possibilidade de resolução do problema identificado pelos profissionais também lhe trouxe satisfação, mesmo que saiba que nem sempre esse é o desfecho. Assim, é possível que em outros momentos, com outros usuários, ele também se sinta convidado a realizar ações que não estejam previamente planejadas e que, caso não sejam realizadas, não serão notadas, mas, se o forem, possivelmente serão percebidas pelos colegas. Como já foi

explanado em outra passagem, a ação de mediação mostra-se uma ação ímpar, tanto pelo que desencadeia aos envolvidos quanto pelo que desperta nos demais profissionais que se inserem no cenário em que a ação é iniciada.

Dessa forma, os relatos acima, apesar de se contraporem em determinados pontos, se aproximam em outros, oferecendo diferentes formas de olhar para um mesmo acontecimento, mobilizando a equipe e gerando ações de mediação e de apoiadores dessas ações diferenciados. Assim, é possível refletir que, disparar ações de mediação vai ao encontro da forma como a sociedade está organizada¹⁰, que pouco permite às pessoas se doarem em relações mais afetivas e com mais alteridade. Ayres (2009; 2011) fala sobre o quanto demanda arricar-se, estabelecer diálogo, doar-se ao desconhecido ao dispor de si mesmo para o outro. As ações descritas tanto nesta subseção quanto nas anteriores denotam o quanto os profissionais tem potencialidades em seu trabalho.

Considera-se que a caminhada pela rede assistencial do município pode ter uma pausa neste momento, pois ao relatar os casos já expostos percebe-se que os profissionais, no seu cotidiano, se veem frente a situações de grande complexidade e estas, por diferentes motivos, despertam neles o “deixa-se afetar”, sensibilizando-os. Assim, provocam mudanças no outro, e este outro pode ser o usuário *in loco* e também outros profissionais, pois essas provocações os afetam também. A partir do que foi sistematizado neste estudo e vivenciado em campo, acredita-se que a pesquisa não se encerrou por aqui, pois ainda é necessário que outros momentos a componham.

Partindo-se do entendimento da equipe de pesquisa com a qual se estabeleceu relação e que muito contribuiu para a presente pesquisa, esta investigação não se encerra nela mesma. Ao se produzir ciência assume-se o compromisso não só com os pares na academia, mas também, e principalmente, com a sociedade sem a qual a ciência perderia seu sentido e essência enquanto ação pública (SANTOS et al., 2012). Assim, pretende-se fazer a devolução dos dados sistematizados aqui aos participantes da pesquisa ao retornar ao município.

Como afirmam Gerhardt et al (2011), a ideia de mediação como inovação apresenta um potencial considerável a ser explorado na construção de ações e políticas sociais mais participativas e inclusivas, à medida que é uma prática socialmente aceita e já inserida no cotidiano de vida dos sujeitos. Despendeu-se muito esforço nesta pesquisa para apreender as

¹⁰ Bauman é um autor contemporâneo aos nossos dias, e sistematiza com clareza a labilidade das relações entre os sujeitos, sobre a forma como a sociedade está organizada faz com que cada vez mais tenhamos dificuldades em promover laços duradouros com o outro.

ações de mediação de maneira a captar, junto aos mediadores, os elementos que as compõem, entretanto, ainda há muito a ser explorado, especialmente em relação aos fatores que os motivam a exercer as ações de mediação e o que isso desperta nos demais profissionais. Além disso, constata-se o quanto é possível construir uma rede de mediadores, no sentido do quanto um profissional se reconhece e reconhece os demais na condição de mediadores? Além disso, até que ponto estas ações que se mostraram isoladas impactam na atenção em saúde ofertada no Município? Apreende-se, a partir deste estudo, que a exploração destas questões poderiam reforçar a importância destas ações para o campo da saúde e dar mais visibilidade à ação e aos mediadores, visto a potência que resguardam.

6 CONSTRUINDO CAMINHOS PARA PENSAR AS REDES SOB OUTRAS PERSPECTIVAS

A presente pesquisa se desenvolveu em um momento político em que se aposta nas RAS como uma possibilidade de empreender um novo arranjo organizativo dos serviços e ações em saúde. Dessa forma, debrucei-me sobre este tema, não deixando apagar as concepções ideológicas que me movimentam e foram recarregadas de energia nesse período, em função do amadurecimento teórico, das vivências tidas nos serviços, discussões com os profissionais e com o grupo de pesquisa.

O objetivo inicial da realização deste estudo estava circunscrito às ICSAP entre idosos, entretanto, o campo de pesquisa revelou que as interações não são focadas a partir dessa denominação, de forma a não fazerem parte do cotidiano dos profissionais. Assim como não são enfocadas as ações em saúde destinadas aos idosos, as ações dos profissionais não se fazem a partir de populações específicas e, sim, a partir da demanda espontânea que se mostra diariamente e que possibilita desempenhar um suposto papel para atendê-la. Além disso, o município de São Lourenço do Sul, ao se iniciar a pesquisa possuía, majoritariamente, as ESF no rural, portanto, as questões debatidas priorizaram essa realidade. Dessa composição, a discussão do fluxo de utilização dos serviços pelos residentes do rural, a partir de casos de ICSAP, se mostrou o disparador para a compreensão do funcionamento e organização da rede assistencial do município. Esses casos propiciaram, igualmente, maior visibilidade dos papéis exercidos pelos profissionais de saúde em cada ponto da rede e uma melhor compreensão dos significados e sentidos elaborados quando os profissionais interferem no fluxo de utilização dos serviços de saúde pelos usuários.

Ao se adentrar na rede assistencial produzida pelas interações entre profissionais e usuários no município em estudo, emergiram fragilidades e potencialidades da realidade cotidiana. A Atenção Básica se mostrou com grande potencial de promover o cuidado, mas ainda à margem do funcionamento da RAS como um todo, principalmente quando é enfocada a comunicação entre os serviços. Esse processo é extremamente complexo porque a comunicação depende menos de recursos normativos e mais da forma como os profissionais se relacionam entre si e com os usuários.

Emergiram, também, outras questões para o debate, como a que ganha a centralidade nas ações e práticas dos profissionais, no sentido de qual a intensidade com que o rural é reconhecido como um território vivo. A inserção das equipes nesse espaço demonstra o

quanto as ações em saúde são pensadas a partir de um modelo de atenção que pouco trabalha em conjunto com o território no qual se insere. Assim, apesar de os profissionais identificarem particularidades no espaço onde atuam, o olhar que lhe dedicam as naturalizam.

As constatações retratadas acima fomentaram questionamentos e reflexões sobre o quanto é viável a responsabilização da Atenção Básica em coordenar a RAS e o quanto isso fortalece os recursos já existentes na rede assistencial. Assim, foi possível explorar as iniciativas que existem em aproximar os serviços, elementos que embasaram a compreensão de que a aproximação almejada depende da postura dos envolvidos em desejarem e compreenderem como importante a existência de trocas de informações. Mas, isto gera a necessidade de haver o compartilhamento das responsabilidades sobre a atenção em saúde ofertada, principalmente no quanto a Atenção Básica, e mais amplamente a RAS como um todo, deve ser fortalecida em seu caráter relacional e ampliadas as condições para ser possível o estabelecimento de conexões entre os diferentes pontos da RAS. Promover o cuidado (no sentido adotado nesse estudo) em um só ponto da rede não garante o funcionamento em rede das estruturas que a compõem. Ou seja, para se considerar a existência de uma RAS funcionando enquanto rede é preciso ir além de suas estruturas físicas e suas normas administrativas, sendo, portanto, necessário a todos os seus pontos o estabelecimento de negociações e trocas, e um fluxo de interações. A rede é entendida aqui como sendo não apenas um conjunto de pontos e nós que se ligam, mas pontos e nós interagindo mutuamente.

O cotidiano dos serviços mostrou-se, de um lado, permeado por incongruências e, por outro, com grande potencial, estas duas dimensões resguardam-se nas formas com que os profissionais e usuários se relacionam. As incongruências mencionadas mostraram-se relacionadas às relações estabelecidas entre a demanda e a oferta em saúde, causando, em determinados momentos, o sentimento de angústia e falta de perspectiva por parte dos profissionais, pois veem esgotados os recursos terapêuticos pensados a partir do modelo de atenção vigente. As limitações de tal modelo trazem à tona, ainda, um atendimento à demanda gerador de embates entre os profissionais e os usuários. Nesse movimento, de ofertar atenção em saúde e demandá-la, ambos colocam-se em lados opostos, posições causadoras de tensões conflituosas que deixam o sentimento mútuo de insatisfação.

E as potencialidades aludidas relacionaram-se às ações de mediação do cuidado que ocorrem no cotidiano e envolvem alguns profissionais, quase sempre solitários nos serviços. Mas, podem balizar a rede a partir de centralidades outras que não somente na oferta limitada ao serviço de saúde. A partir disso, o cotidiano avaliado nessa perspectiva dá à rede

assistencial formatações determinadas a partir das relações que se estabelecem e essas relações resguardam um imenso potencial de mudanças na maneira como é racionalizada a organização das redes assistenciais e na própria normatização do Sistema de Saúde. Mas, como foi mencionado no texto, todo convite exige um aceite ou uma recusa, de forma que essas ações podem ser entendidas a partir do que têm de positivo ou de negativo, mas, sobretudo, a partir da necessidade de que os profissionais tenham a liberdade de promover os convites.

Assim, por mais que se tenha iniciativas de implementar redes ou fortalecer aquelas existentes, se não forem valorizadas, visibilizadas e potencializadas as relações entre os sujeitos implicados no cuidado, estas podem ser discutíveis do ponto de vista da aplicabilidade e efetividade. As ações de mediação do cuidado aqui discutidas mostraram que as relações que se instituem não se circunscrevem às delimitações normatizadas nem ao microespaço local, envolvendo contextos mais amplos. Mediante a voz dos profissionais depreende-se que a mediação que realizam facilita o fluxo de utilização pelos usuários e também se estende a outros recursos sociais que compõem apoios importantes à produção de saúde, principalmente em comunidades rurais que têm a limitação da distância física como uma barreira para acessar os serviços. A análise desenvolvida para essa compreensão denota que as ações de mediação do cuidado para existirem e se configurarem como tal exigem que envolvidos estabeleçam relações entre si, assim a própria mediação do cuidado se mostrou como uma relação entre os envolvidos.

O município mostrou-se solo fértil para serem estudadas questões envolvendo a mediação do cuidado, tanto pela receptividade com que os profissionais aceitaram participar da pesquisa, quanto pelas particularidades que envolvem a oferta de atenção em saúde. A contextualização da disponibilização física, por meio de bases de dados secundárias, até a descrição do fluxo de sua utilização colocou em evidência que para produzir cuidado a rede assistencial não pode ser entendida sob uma dimensão linear e plana. A geração dos dados, e as reflexões construídas a partir dos mesmos, mostraram a conformação da rede como sendo um produto do molde dado pelos encontros entre os profissionais e os usuários: elas se configuram desde a conformação do território (disponibilidade física e comunicação administrativa entre os serviços), até as relações entre os indivíduos nos microespaços dos encontros.

Dar crédito às relações entre os profissionais e usuários ao mostrar aquilo que têm de positivo e que já é feito por eles no cotidiano dos serviços pode ser uma maneira de tornar visíveis as ações a fim de facilitar o acesso aos serviços de saúde e promover a acessibilidade

ao cuidado, temas debatidos na revisão de literatura. É possível apontar que as relações embasadas mais na alteridade do que na normatividade da organização do sistema de saúde têm o potencial de promover redes que favoreçam o usuário e lhe facilitem o fluxo de utilização.

Este estudo não alcança um fim nele mesmo, pois foi um meio de sistematizar o vivido em campo de pesquisa, tendo-se a pretensão de partir para outro momento, onde haverá a discussão dos dados com aqueles que se envolveram com o processo de pesquisa, que permitiram que os dados fossem gerados, os profissionais de saúde. Sabe-se que outras questões surgirão desse momento, mas o principal objetivo é dar visibilidade às ações de mediação do cuidado realizadas no cotidiano.

Assim, espera-se que o estudo possa servir de incentivo a outras pesquisas que trabalhem sobre o tema das RAS, a partir de outras perspectivas que não somente a normativa. Considerando-se os resultados deste estudo, não se teve a pretensão de esgotar o tema ou oferecer debates finalizados, e julga-se prudente dizer que alguns questionamentos poderiam ter sido mais aprofundados em campo, pois podem contribuir para o campo da saúde: o que move esses profissionais a promoverem ações de mediação do cuidado mesmo tendo a consciência de que poderão ser mal interpretados? Existe, por parte dos gestores em saúde do município, o reconhecimento daqueles profissionais que atuam como mediadores? E, se há, qual a visibilidade que tem? Qual é a reciprocidade instituída por parte do usuário? Que possível efeito terá a valorização da mediação em saúde na conformação da RAS?

Ao dar visibilidade ao tema da mediação na RAS pode-se constatar que existem relações que também movimentam a conformação das redes e podem ser consideradas em sua positividade, mas elas exigem partilha do compromisso com a vida do outro, sentimento de que se pode promover a cidadania a partir de relações mais solidárias. Este também é papel do profissional da saúde em qualquer ponto da rede em que esteja, independente de seu prestígio social. As ações de mediação de cuidado propiciaram que se tecessem considerações e se construíssem outros questionamentos que novamente incitam a novas incursões. Dada a relevância do tema, deseja-se que essas incursões se concretizem e a caminhada aqui descrita sirva de motivação e fomento para a construção de outras pesquisas.

REFERÊNCIAS

- ABRUNHOSA, M. A.; BORGES, C. F.; MACHADO, F. R. S. Cuidado, acessibilidade e integralidade: elementos do trabalho do ACS. Trabalho apresentado no XXVIII Congresso Nacional da ALAS, nos dias 6 a 11 de setembro de 2011, UFPE, Recife/PE.
- ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 8, n. 15, p. 259-74, mar/ago 2004.
- ALFRADIQUE, M. E. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n 6, p.1337-1349, jun, 2009.
- ALVES, V. S.. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.
- ARAÚJO, I. S. Comunicação e Saúde. In: MARTINS, C. M.; STAUFFER, A. B. (Orgs.) **Educação e saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007. Disponível em: <http://www.retsus.fiocruz.br/upload/documentos/educacao_e_saude_livro_6.pdf> Acesso em: 20 jan. 2013. p. 101-124.
- ARAÚJO, I. S. Reflexões inquietas sobre a comunicação, as fronteiras e o cuidado. In: PINHEIRO, R. et al. (Org.). **Integralidade sem fronteiras: itinerários de justiça, formativos e de gestão na busca por cuidado**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ/ABRASCO, 2012. p. 127-147.
- ASENSI, F. D. Direito, estética e integralidade na saúde: uma reflexão multidisciplinar sobre valores. In: **Razões públicas para a integralidade: o cuidado como valor**. PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). 2.ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2009. p. 79-100.
- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n.11, p. 2865-2875, nov. 2012.
- ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S.; NASCIMENTO, M. A. A. **Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática**. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 3, p.815-823, 2003.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.8, n.14, p.73-92, set.2003-fev.2004 b.
- AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v.13, n.3, p.16-29, set-dez 2004 a.
- AYRES, J. R. M. C. O cuidado e o espaço público da saúde: virtude, vontade e reconhecimento na construção política da integralidade. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR,

A. G. (Org.). **Cidadania no cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC, 2011. p. 27-46.

AYRES, J. R. M.C Da necessidade de uma prática reflexiva sobre o cuidado: a hermenêutica como acesso ao sentido das práticas de saúde. In: **Razões públicas para a integralidade: o cuidado como valor**. PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). 2.ed. 2.ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2009. p. 127-144

BETTO, F. Alteridade. ALAI, América Latina em Movimento, 2008. Disponível em: <<http://alainet.org/active/3710&lang=es>>. Acesso em: 20 de jan. 2013.

BONET, O.; TAVARES, F. R. G. Redes em Redes: dimensões intersticiais no sistema de cuidado à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p. 385-400.
BRASIL. HumanizaSUS: **Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 32 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde. **CNES Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Info_Abrangencia.asp>. Acesso em: 25 set. 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Brasília**. Sistema e Aplicativos Hospitalares. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0405>>. Acesso em: 25 set. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.508**, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. 2. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

Brasil. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 114 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 221/GM**, de 17 de abril de 2008. Dispõe sobre a oficialização da Lista Brasileira de Condições Sensíveis a Atenção Primária. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Redes de produção de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mais Perto de Você: As Redes de Atenção à Saúde**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php>. Acesso em: 30 de jan. 2013.
BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Informações demográficas – IBGE Cidades. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 30 set. 2011d.

BRASIL. **PORTARIA Nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: < <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/107038-4279.html>>. Acesso em: 30 de jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 110p.:Il. Disponível em: < <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 12 de dezembro de 2012.

CAILLÉ, A. **Antropologia do dom: o terceiro paradigma.** Petrópolis: Vozes, 2002a.328p.

CAMARGO JR, Kenneth Rochel. Das Necessidades de Saúde à Demanda Socialmente Construída. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS R. A. (Org.). **Construção Social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos.** 2. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO; 2010. p. 93-106.

CAMINAL HOMARJ.; ESPINOZA, M. M. E.; RUIZ, S.; LARROSA, M. J. C.; POBLET, M. B. Hospitalizaciones prevenibles mediante una atención primaria oportuna y efectiva. **Aten Primaria** , v.31, n.7, h. 6-17, Enero., 2003.

CAMPOS, G. W. S. A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n. 7, p. 3033-3040, jul. 2011.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p. 849-859, jul./ago. 2007.

CARNEIRO, M. J. Ruralidade: novas identidades em construção. **Estudos Sociedade e Agricultura**, n. 11, p. 53-75, out. 1998.

CECILIO, L. C. O. **A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói:** elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. *Interface- Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v.13, supl.1, p. 545-555, 2009b.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO R., MATTOS R.A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** 8ª ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2009a; p. 117- 130.

CECILIO, L. C. O. Escolhas para Inovarmos na Produção do Cuidado, das Práticas e do Conhecimento: como não fazermos “mais do mesmo”? **Saúde Soc. São Paulo**, v.21, n.2, p.280-289, 2012.

COHN, A. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.7, jul., 2009.

DIAS-DA-COSTA, J. S.; BÜTTENBENDER, D. C.; HOEFEL, A. L.; SOUZA; L. L. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária nos municípios em gestão plena do sistema no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n.2, p. 358-364, fev, 2010.

ELIAS, E. MAGAJEWSKI, F. A Atenção Primária à Saúde no sul de Santa Catarina: uma análise das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, no período de 1999 a 2004. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.11, n.4, p. 633-47, 2008.

FERNANDES, V. B. L.; CALDEIRA, A.P.; FARIA, A. A.; NETO, J. F. R. Internações na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia de Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, v. 43, n. 6, p. 928-936, 2009.

FERREIRA, M.; DIAS, B. M.; MISHIMA, S. M. Internações por condições sensíveis: possibilidade de avaliação na atenção básica. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. , v. 4, n. 14, p. 760-70, out./dez. 2012. Disponível em:<
<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/15797>>. Acesso em: 20 de jan. 2012.

FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p. 459-474.

FRANCO, T. B. **Linha do Cuidado da Estratégia de Saúde da Família e a relação com a Rede de Atenção**. In: VI Ciclo de Debates- Conversando sobre a Estratégia de Saúde da Família da Ensp/RJ. Realizado no Auditório térreo da Ensp no dia 14 de maio de 2010. Acervo da Biblioteca Multimídia da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Gravação de Áudio, 9,3 Mb. Disponível em<
<http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=10652>>; acessado em: 20 jan. 2013.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano: o debate no campo da Saúde Coletiva**. Merhy, E. E. et al. São Paulo: HUCITEC, 2007.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Mapas Analíticos: Um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho. In: CARVALHO, S.R.; BARROS, M.E; FERIGATO, S. **Conexões: saúde coletiva e políticas de subjetividade**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild: 2009. p. 301-321.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. A produção Imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS R. A. (Org.) **Construção Social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. 2 ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ; ABRASCO; 2010. p. 183 – 196.

FRAYZE-PEREIRA, J. A. A questão da alteridade. **Psicol. USP** [online]. v.5, n.1-2, p. 11-17, 1994. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/psicousp/article/view/34488/37226>>. Acesso em: 20 de jan. 2013.

GERHARDT, T. E. et al. **Gestão em Saúde e Usos do território: Fluxos de Utilização dos Serviços de Saúde e Mobilidade dos Usuários por Condições Sensíveis a Atenção Primária.** Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011. 38f.

GERHARDT, T. E. et al. **Sistemas locais de saúde, determinantes sociais e itinerários terapêuticos de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis.** Projeto de pesquisa. Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009a. 59f.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos e suas dimensões: desafios para a prática da integralidade e do cuidado como valor. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Razões públicas para a integralidade: o cuidado como valor.** 2.ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2009b.

GERHARDT, T. E. et al. Reconhecimento e estigma em uma comunidade rural: discutindo acesso, participação e visibilidade de usuários em situação de adoecimento crônico. In: PINHEIRO, R., MARTINS, P. H. (Org.). **Avaliação em Saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica.** Rio de Janeiro: CEPESQ/IMS/UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2009c.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cadernos de Saúde Pública**,22: 2449-2463, 2006.

GODBOUT, J. T. Introdução à Dádiva. **Revista brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 13, n. 38, Out. 1998.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, Suplemento 2, 2004.

HECKERT, A. L.; BARROS, M. E. B. C. Trabalho em equipe e processos de formação: usinando políticas de cuidado. In: Pinheiro, R. (Org.). **Integralidade sem fronteiras: itinerários de justiça, formativos e de gestão na busca por cuidado.** Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ/ABRASCO, 2012. p. 209 -228.

HECKERT, A. L. Escuta como cuidado: o que se passa nos processos de formação e de escuta? In: **Razões públicas para a integralidade: o cuidado como valor.** PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). 2.ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2009. p. 199-212.

INOJOSA, R. M. Acolhimento: a qualificação do encontro entre profissionais de saúde e usuários. In: Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Santiago, Chile, 18 - 21 Oct. 2005. Disponível em:< http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/OS/inojosa_saude.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2013.

KAGEYAMA, A. **Desenvolvimento rural: conceitos e aplicações ao caso brasileiro.** Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2008. 232p.

LACERDA, A. et al. Cuidado integral e emoções: bens simbólicos que circulam nas redes de apoio social. In: **Razões públicas para a integralidade: o cuidado como valor**. PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). 2.ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2009. p. 249-262.

LACERDA, A. Redes de Apoio Social no Sistema da Dádiva: Um Novo Olhar Sobre a Integralidade do Cuidado no Cotidiano de Trabalho do Agente Comunitário de Saúde. 2010. [Tese de doutorado] Rio de Janeiro (RJ): **Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca** - Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ. 2011f

LOFEGO, J. et al. Itinerários terapêuticos: prática avaliativa centrada no usuário de longa permanência do Hospital de Saúde Mental do Acre. In: PINHEIRO, R., MARTINS, P. H. (Org.). **Avaliação em Saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: CEPESQ/IMS/UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2009.

LOFEGO, J.; SILVEIRA, R. Três Marias e seus itinerários terapêuticos: mediadores na busca de cuidado para o câncer de colo de útero em uma Regional de Saúde no Estado do Acre. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Org.). **Usuários, redes sociais, mediações e integralidade na saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, LAPPIS, 2011.

LUZ, M. T. Demanda em Saúde: construção social no campo multidisciplinar da saúde coletiva. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.

MADEIRA, L. M. et al. Escuta como cuidado: é possível ensinar? In: **Razões públicas para a integralidade: o cuidado como valor**. PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). 2.ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2009. p. 185-198

MARTINS, P. H. Dom do reconhecimento e saúde: elementos para entender o cuidado como mediação. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Org.). **Usuários, redes sociais, mediações e integralidade na saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, LAPPIS, 2011. p.39-50.

MARTINS, P. H. Repensando socialmente sociologicamente a noção linear de determinantes sociais. In: PINHEIRO, R. MARTINS, P. H. (Org.). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: CEPESQ/IMS/UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2009a. p. 53-60.

MARTINS, P. H.; SANTIAGO, M.; CARVALHO, R. B. A cidadania como afetividade: a luta pela autoconfiança. In: PINHEIRO, R., MARTINS, P. H. (Org.). **Avaliação em Saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: EPESQ/IMS/UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2009.

MATTOS, A. G. Determinantes sociais em saúde: em busca de um olhar diferenciado. In: PINHEIRO, R., MARTINS, P. H. (Org.). **Avaliação em Saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: CEPESQ/IMS/UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2009. p.347-370.

MATTOS, R. A. Direito, Necessidades de Saúde e Integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção Social da demanda: direito à saúde, trabalho em**

equipe, participação e espaços públicos. 2. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO; 2010. p. 35-48.

MATTOS, R. A. Repensando a organização da rede de serviços de saúde a partir do princípio da integralidade. In: **Razões públicas para a integralidade: o cuidado como valor.** PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). 2.ed. 2.ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2009.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

MENDES, E. V. O SUS que temos e o SUS que queremos. In: Brasil. CONASS Documenta. **Convergência e divergências sobre gestão e regionalização do SUS.** Brasília: CONASS. 2004 (6): 28-61.

MERHY, E. E. **Cuidado Compartilhado em Redes de Atenção em Saúde.** In: VI Seminário Internacional de Atenção Básica "Universalização com Qualidade". Realizado no Rio de Janeiro, dos dias 29 de julho a 01 de agosto de 2012. Gravação de vídeo. Disponível em: < <http://dab.saude.gov.br/sistemas/6seminariointernacional/videos.php> > Acesso em: 20 de jan. de 2013.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 11. 161Q. São Paulo: HUCITEC; 2008.

MINAYO, M. C. S.; MINAYO-GÓMEZ, C. Difíceis e possíveis relações entre métodos quantitativos e qualitativos nos estudos de problemas de saúde. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R. M. G.; GOMES, M. H. A. (Org.). **O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz. p. 117-142, 2003

MOREIRA, M. C. N. Dádiva e rede na saúde: circuitos de troca e construção de estratégias de cuidado. In: **Razões públicas para a integralidade: o cuidado como valor.** PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) 2.ed. 2.ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2009. p. 301-316.

NEDEL, F. B.; FACCHINI, L. A.; BASTOS, J. L.; MARTÍN-MATEO, M. Conceptual and methodological aspects in the study of hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1145-1154, 2011.

NEDEL, F. B.; FACCHINI, L. A.; MARTÍN, M.; NAVARRO, A.; Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 19, n. 1, p. 61-75, jan-mar., 2010.

OLIVEIRA, L. H.; MATTOS, R. A.; SOUZA, A. I. S. Cidadãos peregrinos: os "usuários" do SUS e os significados de sua demanda a pronto-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação no modelo assistencial. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n.5, p. 1929- 1938, 2009.

ONOCKO CAMPOS, R. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p. 573-583, Jul./Sep. 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

PERPETUO, I. H. O.; WONG, L. R. Atenção hospitalar por Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial (CSAA) e as mudanças no seu padrão etário: uma análise exploratória dos dados de Minas Gerais. In: **XII Seminário sobre a Economia Mineira**, a ser realizado em Diamantina (MG), no período de 29 de agosto a 01 de setembro de 2006.

PINHEIRO, R. Demanda por cuidado como direito humano à saúde: um ensaio teórico-prático sobre o cuidado como valor dos valores. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. , organizadores. **Por uma sociedade cuidadora**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ:ABRASCO, 2010.

PINHEIRO, R. Integralidade do cuidado: a promessa da política e a confiança no direito. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. **Usuários, redes sociais, mediações e integralidade na saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, LAPPIS, 2011. p. 51-66.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L.; Machado, F. R. S.; GOMES, R. S. Demanda em Saúde e Direito à Saúde: Liberdade ou Necessidade? Algumas Considerações Sobre os Nexos Constituintes das Práticas de Integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção Social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. 2. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO; 2010. p. 197- 208.

PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. A centralidade do usuário na avaliação em saúde: outras abordagens. In: PINHEIRO, R., MARTINS, P. H. (Org.). **Avaliação em Saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: CEPESQ/IMS/UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2009. p.37-52.

PINTO, J. M. Práticas Avaliativas na Atenção Básica à Saúde: a gestão local entre reprodução e inovação. 2012. [Dissertação de Mestrado] Porto Alegre (RS): **Escola de Enfermagem**, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 133f.

RIGHI, L. Redes de Saúde: Uma Reflexão sobre Formas de Gestão e o Fortalecimento da Atenção Básica. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Série Textos Básicos. **Cadernos Humaniza SUS**, Brasília, v. 2, 2010.

ROESE, A. Fluxos e acesso de usuários a serviços de saúde de média complexidade no município de Camaquã, RS. 2005. [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre (RS): **Escola de Enfermagem**, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 193 f.

SANTOS, L. O que são redes? In: CARVALHO, G. (Org.) Redes de Atenção à Saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde. 2 ed. Campinas, SP: Saberes Editora, 2011.

SANTOS, V.C.F. et al. **A mediação no meio rural como possibilidade para a incubação da integralidade na saúde: caminhos de uma experimentação**. In:

10º Congresso Internacional da Rede Unida. Realizado entre os dias 06 a 09 de maio de 2012 no Rio de Janeiro (RJ). Disponível em: <<http://www.redeunida.org.br/congresso2012/anais-do-congresso>>. Acesso em: 20 de mar. 2013.

SÃO LOURENÇO DO SUL. Secretaria Municipal de Saúde. **Apresentação do Sistema de Saúde de São Lourenço do Sul**. São Lourenço do Sul: Secretaria Municipal de Saúde, 2011. Documento da gestão do Município. 37 slides.

SARTI, C. O lugar da família na Programa de Saúde da Família. In: TRAD, L. A. B. (Org.). **Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010. p. 91-104.

SCHRAIBER, L. B. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.26, n.5, p. 961-970, mai. 2010.

SILVA JUNIOR, A. G.; ALVES, C. A.; ALVES, M. G. M. Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção Social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. 2. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO; 2010. p. 79-92.

SILVA, J. P. V.; PINHEIRO, R.; MACHADO, F. R.. Necessidades, demanda e oferta: algumas contribuições sobre os sentidos, significados e valores na construção da integralidade na reforma do Setor Saúde. **Saúde em Debate**, n. 65, v. 27, p. 234-242, set.-dez. 2003.

SILVA, S. F. Redes de Atenção à Saúde: Modelos e diretrizes operacionais. In: CARVALHO, G. (Org.) **Redes de Atenção à Saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde**. 2 ed. Campinas, SP: Saberes Editora, 2011.

TEIXEIRA, R. R. Humanização e Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p. 585-597, 2005.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G. W. S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, [online] Rio de Janeiro, v.15, suppl.3, p. 3615-3624, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v15s3/v15s3a36.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2013.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Utilização de Serviços de Saúde. . In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S. LOBATO, L. V. C.; Noronha, J. C.; Carvalho, A. I. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre o conceito de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública*, 2004; 20, Suppl 2: 190-198.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F.; FERNANDES, C.; ALMEIDA, C. M. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online]. 2000, vol.5, n.1, pp. 133-149.

UNGLERT, C. V. S. Territorialização em sistemas de saúde. In: MENDES, E. V. **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1999.

WANDERLEY, M. N. B. A emergência de uma nova ruralidade nas sociedades modernas avançadas – o “rural” como espaço singular e ator coletivo. **Estudos Sociedade e Agricultura**, v. 15, p. 87-145, out. 2000.

WANDERLEY, M. N. B. **O mundo rural como um espaço de vida: reflexões sobre a propriedade da terra, agricultura familiar e ruralidade**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.328p.

APÊNDICE A - Roteiro para entrevistas com profissionais de saúde do interior da rede de serviços de saúde

Data da Entrevista e horário:
Nome/Profissão/Serviço onde trabalho :
<i>Organização do fluxo de utilização dos serviços de saúde pelo usuário</i>
1. Tu te recordas de um idoso que tenha sido atendido pelo serviço com alguma destas CSAP que estamos vendo na Lista de CSAP? Conte-me como foi.
2. Tu recordas de algum caso de um usuário idoso que tenha internado por uma CSAP? Como se deu a trajetória dele? Como tu soubestes de sua internação? Se não, quem poderia falar em casos desse tipo?
3. Depois que o usuário idoso sai do serviço é possível saber o desfecho de seu atendimento? (foi para onde, conseguiu atendimento em qual serviço, saiu do serviço já com encaminhamento) Quais os serviços o usuário percorre depois de ser atendido neste serviço?
4. Que meios os profissionais dispõem para ter conhecimento acerca da situação de saúde do usuário depois dele receber atenção no serviço de saúde onde tu trabalhas?
5. Qual a forma de atendimento realizado no encontro com o usuário (escuta qualificada, acolhimento às suas necessidades, capacidade de dar resposta);
<i>Processo de trabalho relacionado às CSAP</i>
6. Fale sobre as atividades/ações que desenvolves com outros serviços/setores da rede de atenção do Município.
7. Como que se dá o compartilhamento das responsabilidades pelo cuidado que o serviço oferece ao usuário com outros profissionais da rede de serviços? Existe alguma pactuação formal? (explorar potencialidades e fragilidades)
8. Quais os fluxos de trabalho atitudes favorecem o acolhimento e a responsabilização?
9. Tu consideras possível mediar as demandas que os usuários trazem para o serviço com os demais profissionais que compõem a rede assistencial do Município?
<i>Acolhimento da demanda e Vínculo com o usuário</i>
10. Como é feita a abordagem à população que chega ao serviço? (quem faz, quais os profissionais envolvidos) Existem mecanismos para isso? Quais?
11. Como a equipe se organiza para responder a demanda dos idosos? (existe ficha, agendamento prévio, demanda espontânea, acesso em situação de emergência).
12. Como se dá a formação de vínculos com as pessoas que tu trabalhas? Quais as ações das equipes são capazes de facilitar a formação de vínculos com usuários?
13. Existem práticas de avaliação do vínculo e responsabilização nos processos de trabalho? Por quê?
<i>Entendimento acerca das ações e práticas de cuidado</i>
14. O que tu entendes por ações e práticas de cuidado?
15. Que ações e práticas de cuidado o serviço dispõe para oferecer ao usuário idoso?
16. É possível exercer ações e práticas de cuidado em conjunto com outros serviços? Se sim, como isso pode se dar? Se não, o que dificulta?
17. Como eu conseguiria observar/acompanhar como se dá o que nós conversamos aqui?

APÊNDICE B – Roteiro para observação com profissionais de saúde do interior da rede de serviços de saúde

Data:

Início:

Término:

Local:

- Assistência prestada ao idoso portador de CSAP em relação ao seu fluxo dentro da rede de serviços:

- Quais são os profissionais envolvidos no atendimento;
- Aspectos relacionados à organização do trabalho em saúde para o fluxo dos usuários pela rede;
- Como os profissionais trabalham conjuntamente, como é o registro das atividades (prontuário multiprofissional)

- Relações que se estabelecem entre:

- Os profissionais da equipe e usuário idoso (oferta de espaços de escuta, acolhimento e vínculo);
- Os profissionais da equipe com os profissionais de outras áreas envolvidas na assistência ao usuário idoso;

- Ações dos profissionais que:

- Promovem integração de outros serviços ao realizar seu trabalho;
- Conseguem identificar o usuário (se não é a primeira vez que vem ao serviço)

-Atividades ou rotinas que mediam as necessidades em saúde do usuário com outros serviços;

- Existência de referência e contrarreferência;

- Como é realizada a abordagem ao usuário que chega ao serviço? (quem faz, como)

- Quais usuários vêm várias vezes ao serviço;

APÊNDICE C– Termo de Consentimento**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Declaro que, assinando esse documento, estou ciente que estou dando o meu consentimento para ser entrevistado(a) pela Pesquisadora Vilma Constancia Fioravante dos Santos, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a orientação da Profa. Dra. TATIANA ENGEL GERHARDT. O estudo desenvolvido é intitulado “Articulação das ações e práticas de cuidado às Condições Sensíveis Atenção Primária mediada por profissionais da rede de serviços de saúde de São Lourenço do Sul/RS”, cujo objetivo é analisar a articulação das ações e práticas de cuidado realizadas pelos profissionais de saúde na rede de serviços públicos de saúde disponível no município em estudo.

Estou ciente que a coleta de dados ocorrerá em bases de dados, com profissionais e usuários de serviços de Atenção Básica e de Média Complexidade, por meio de entrevista e observação das práticas em saúde. A entrevista será gravada em gravador de voz digital e registrada posteriormente por escrito. Fui informado(a) também que, mesmo após o início da entrevista e da observação, posso a qualquer momento, recusar-me a responder a qualquer pergunta ou encerrá-la, sem que isso venha a meu prejuízo, pois trata-se de livre participação. Declaro que me foi assegurado o anonimato das informações por mim fornecidas e a garantia de que estas serão mantidas e utilizadas somente para fins de pesquisa. Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicado(a), poderei contatar a pesquisadora responsável, no endereço que segue: Rua São Manoel, 963 – Campus da Saúde – Porto Alegre/RS – Fones: (51) 33165481 (horário comercial) / (51) 99979248. O pesquisador principal do estudo me ofertou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Considerando-me esclarecido em relação à proposta da pesquisa, concordo em participar da mesma.

_____, __/__/__.

Assinatura do Pesquisador:

Assinatura do participante:

ANEXO I – Carta de Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa – UFRGS



UFRGS
UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA

Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs



CARTA DE APROVAÇÃO

Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs analisou o projeto:

Número: 20494

Título:

Gestão em saúde e usos do território: fluxos de utilização dos serviços de saúde e mobilidade dos usuários por condições sensíveis a atenção primária

Pesquisadores:

Equipe UFRGS:

TATIANA ENGEL GERHARDT - coordenador desde 01/08/2011
ESTELA MARIS GRUSKE JUNGES - pesquisador desde 01/08/2011
MARTA JULIA MARQUES LOPES - pesquisador desde 24/11/2011
Juliana Maciel Pinto - pesquisador desde 24/11/2011
Eliziane Nicolodi Francescato Ruiz - pesquisador desde 24/11/2011
Andreia Burille - pesquisador desde 24/11/2011
Aline Alves Veleza - pesquisador desde 24/11/2011
Vilma Constancia Fioravante dos Santos - pesquisador desde 24/11/2011

Equipe Externa:

Roseni Pinheiro - pesquisador desde 01/08/2011
MARISTELA CORREA DE LIMA RODRIGUES - pesquisador desde 01/08/2011

Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs aprovou o mesmo, em reunião realizada em 15/12/2011 - sala 01 de reuniões do Gabinete do Reitor, 6º andar do prédio da Reitoria, por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, Terça-Feira, 3 de Janeiro de 2012



JOSE ARTUR BOGO CHIES
Coordenador da comissão de ética