

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGIA

PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
FAMÍLIA É ASSUNTO DE SAÚDE?

DAYSE AMANCIO DOS SANTOS

Recife
2005

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGIA

**PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
FAMÍLIA É ASSUNTO DE SAÚDE?**

DAYSE AMANCIO DOS SANTOS

Dissertação de Mestrado apresentada
ao Programa de Pós-Graduação em
Antropologia da Universidade Federal
de Pernambuco como requisito parcial
para obtenção do grau de Mestre em
Antropologia.

Orientador: Professor Dr. Russell Parry Scott

**Recife
2005**



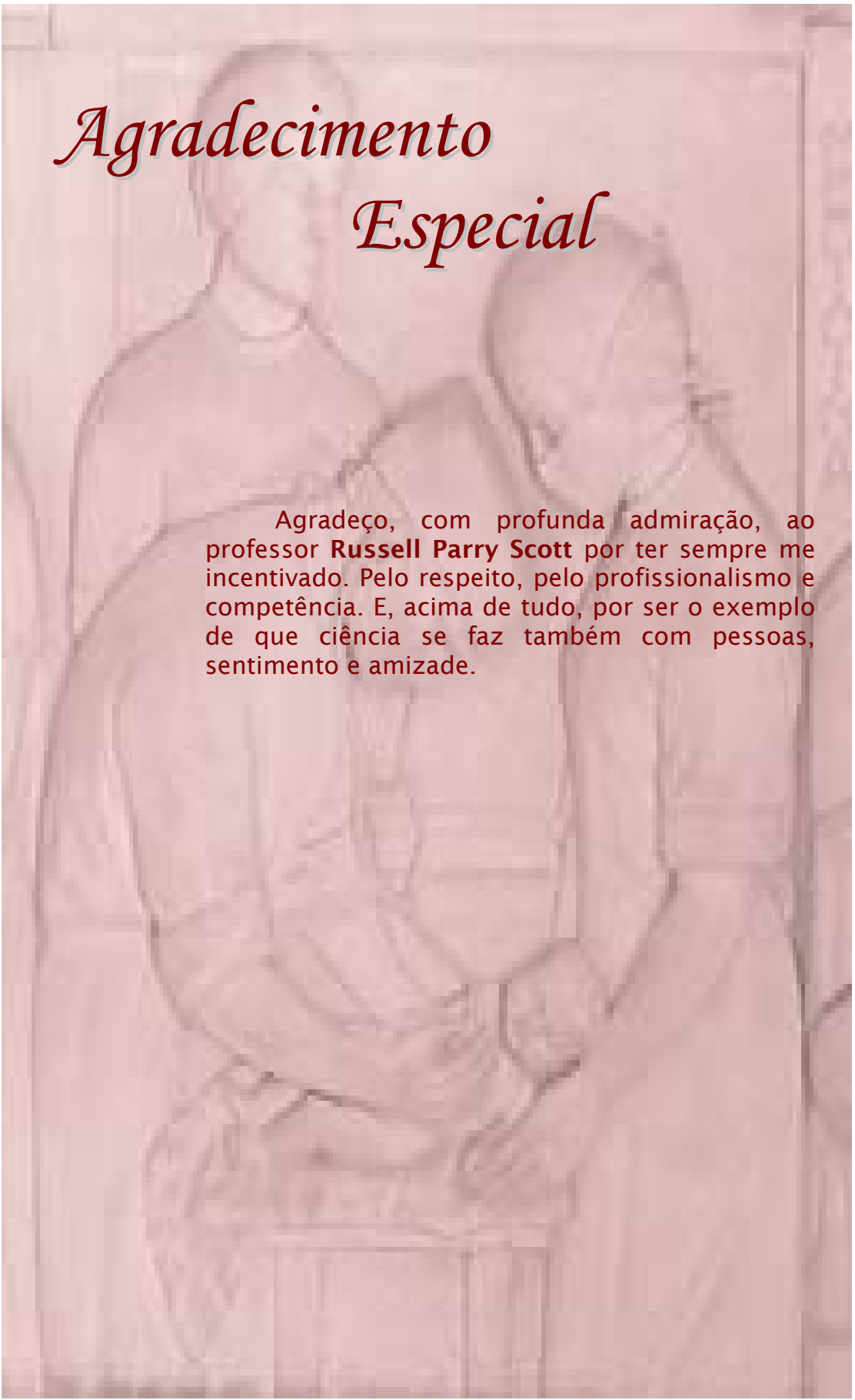
Dedicatória

Aos meus pais

Jonas Amancio dos Santos
e
Maria do Socorro dos Santos

Pelo amor, cuidado, incansável apoio, por terem dedicado suas vidas a trabalhar para que eu estudasse.

A vocês meu infinito amor e respeito.



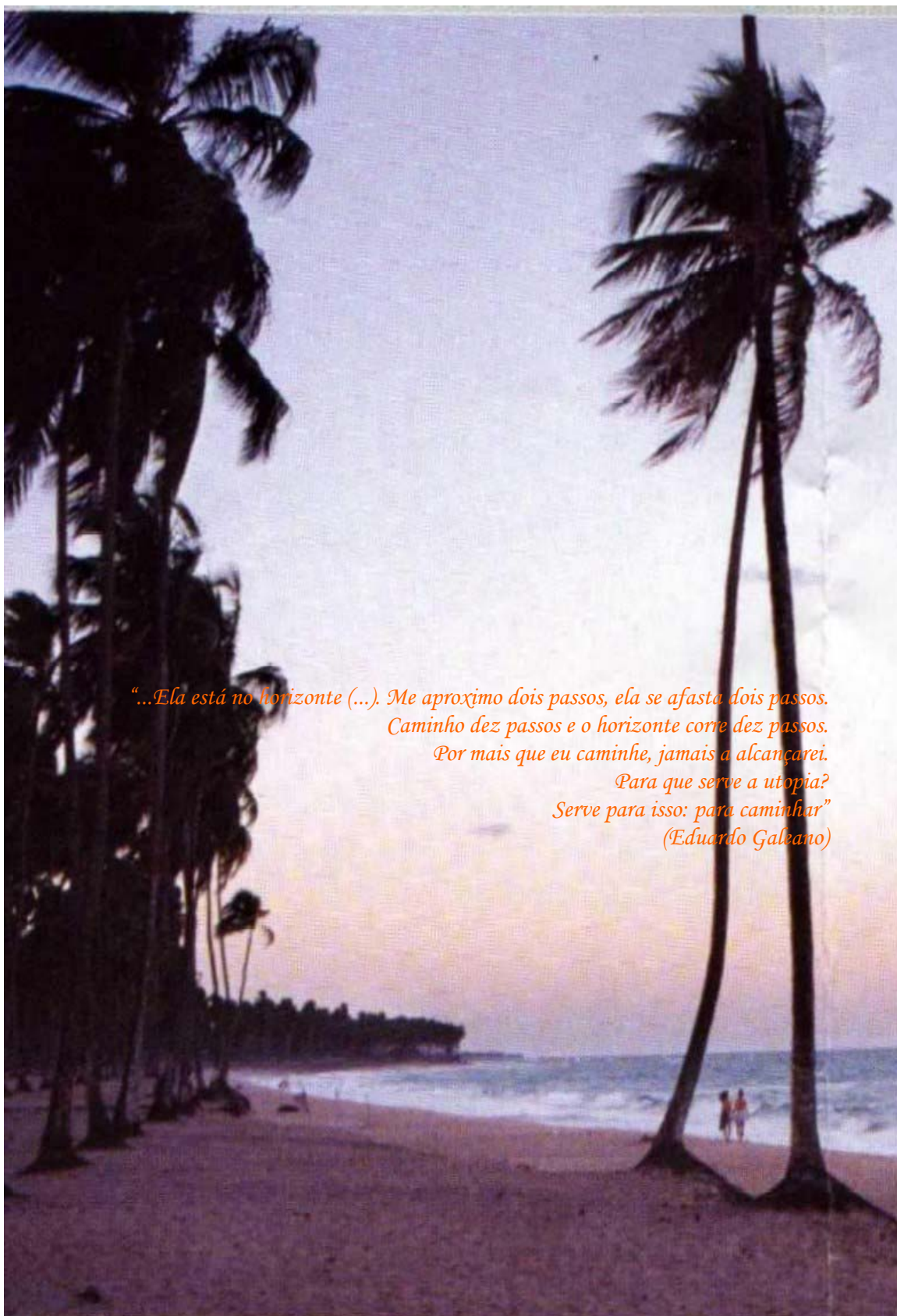
Agradecimento Especial

Agradeço, com profunda admiração, ao professor **Russell Parry Scott** por ter sempre me incentivado. Pelo respeito, pelo profissionalismo e competência. E, acima de tudo, por ser o exemplo de que ciência se faz também com pessoas, sentimento e amizade.

Agradecimentos

- ✦ A **Deus**, fonte de toda sabedoria.
- ✦ Às minhas irmãs **Elaine** e **Vanessa** pelo auxílio, compreensão e apoio constante que me concederam, e especialmente a **Ângela**, que tem sido um exemplo para mim.
- ✦ A todos os que fazem o Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal de Pernambuco.
- ✦ Aos Integrantes do Núcleo de Família, Gênero e Sexualidade (Fages).
- ✦ Aos muitos amigos que enriqueceram minha vida mais do que eu poderia expressar.
- ✦ À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro.
- ✦ À Secretaria de Saúde da Cidade do Cabo de Santo Agostinho.
- ✦ Aos Informantes.
- ✦ À professora Vânia Fialho, sempre disponível a me ajudar.
- ✦ Ao MUSA – Programa de Estudos em Gênero e Saúde (ISC / UFBA) pela oportunidade de participar Curso de Introdução à Metodologia de Pesquisa em Gênero, Sexualidade e Saúde Reprodutiva, tão importante para a realização deste trabalho.

A todos minha profunda
gratidão.



*“...Ela está no horizonte (...). Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos.
Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos.
Por mais que eu caminhe, jamais a alcançarei.
Para que serve a utopia?
Serve para isso: para caminhar”
(Eduardo Galeano)*

DAYSE AMANCIO DOS SANTOS

**PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: FAMÍLIA É ASSUNTO DE
SAÚDE?**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal de Pernambuco como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Antropologia

Aprovado em 31 de Março de 2005

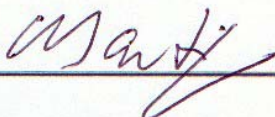
BANCA EXAMINADORA



Professor Dr. Russell Parry Scott
Orientador - UFPE



Professor Dr. Renato Monteiro Athias
T. Interno - UFPE



Professora Dra. Cynthia Andersen Sarti
T. Externo - UNIFESP

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS	IX
RESUMO	X
ABSTRACT	XI
INTRODUÇÃO	01
 CAPÍTULO 1 – Políticas Públicas: o Programa de Saúde da Família reavivando a ligação medicina, família e estado	 05
1.1 - O Sistema Único de Saúde: descentralização e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde	08
1.2- Programa de Saúde da Família	10
1.3 - Programa de Saúde da Família como reorientação	11
1.4 - Objetivos do Programa de Saúde da Família	12
1.5 - Os pobres nos serviços de saúde	13
1.6 - Os recursos humanos no Programa de Saúde da Família	15
1.7 - Educação em saúde	16
1.8 - Família, Estado e medicina	18
 CAPÍTULO 2 – O campo e o método	 23
 CAPÍTULO 3 – Simplificação do cadastro e das famílias: crianças e adultos no Programa Saúde em Casa	 30
3.1 - O cadastro das famílias	31
3.2 - Prioridades, ações e gerações no Programa de Saúde da Família	40
3.3 - Crianças e adultos: a atenção materno-infantil	44

CAPÍTULO 4 - Idosos e jovens no Programa Saúde em Casa	62
4.1.1 – O aumento da longevidade	63
4.1.2 - Os idosos na saúde	65
4.1.3 - A feminização da velhice	66
4.1.4 - Os idosos como vítimas	68
4.1.5 - Os idosos como ameaça	72
4.1.6 - O papel dos idosos dentro do Programa Saúde em Casa	78
4.2.1 - Jovens: o grupo rebelde	80
4.2.2 - Gravidez na adolescência e contracepção	82
4.2.3 - O outro lado da moeda: quando o perto afasta	85
4.2.4 - A difícil assistência aos jovens	87
 CAPÍTULO 5 – Múltiplas hierarquias na difícil assistência às Famílias	 93
5.1 - A estrutura dos postos e a relação da equipe com as famílias: a busca de respeito	94
5.2 – A formação dos profissionais e as hierarquias nas equipes	104
 CONSIDERAÇÕES FINAIS	 119
 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	 123
 ANEXOS	 129

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APA	Área Político-Administrativa
DST	Doença Sexualmente Transmissível
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PMF	Programa Médico da Família
PMCSA	Prefeitura Municipal do Cabo de Santo Agostinho
PSF	Programa de Saúde da Família
PSC	Programa Saúde em Casa
SARTE	Saúde, Arte e Educação (Equipe de apoio às Unidades de Saúde do PSC)
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

RESUMO

Este trabalho analisa as implicações de se definir a família como foco numa política pública de saúde, neste caso, o Programa de Saúde da Família (PSF). O programa teve início em 1994 num contexto de valorização da família internacionalmente. O estudo foi realizado no município do Cabo de Santo Agostinho, Pernambuco, Brasil. Foram realizados grupos de discussões, observação participante e entrevistas com profissionais de 10 unidades de saúde e de outros serviços relacionados com o PSF. Nos dados pesquisados identificamos o cadastro das famílias, por casa, como algo que dificulta o trabalho das equipes, haja vista a intensa dinâmica familiar. No PSF, o atendimento às famílias é organizado de acordo com as gerações; isto é, infância, adolescentes, adultos e idosos. Essa divisão está relacionada com os problemas de saúde mais comuns em cada faixa etária e com as prioridades do programa. A formação acadêmica dos profissionais, voltada para o enfoque biomédico, limita a percepção da família de forma integral e dificulta a interação com a comunidade. Esses resultados permitem afirmar a necessidade de uma visão mais humana e social na formação dos profissionais do programa.

Palavras-chave: Programa de Saúde da Família; Família; Gerações.

ABSTRACT

In this work, we analyze the implications of defining family as defined as a main goal of a public health program, i.e. the Family Health Program (known by its Portuguese acronym PSF). This program was implemented in 1994 in the context of international valorization of the family. This study was carried out in Cabo de Santo Agostinho, Pernambuco, Brazil, where we held discussion groups, made observations *in loco*, conducted surveys with professionals of the 10 PSF teams, and of other related actors. In the results, we find that the registration of families according to their home addresses complicates the work in the PSF since family dynamics very often change. In the PSF, consultations are organized according to age groups (children, adolescents, adults, and elderly), in order to pay more attention to the health problems which are more common for each age group and to better meet the objectives of PSF. We conclude that the biological view of the professionals of PSF limits their understanding of the family in its totality and creates difficulties in their relationship with the community. We also claim that it is necessary to include more human and social perspectives during the academic training of the PSF professionals.

Key Words: Family Health Program; Family; Generations.

Introdução

INTRODUÇÃO

Este trabalho tem por objetivo discutir as implicações de se definir a família como foco no Programa de Saúde da Família, PSF. Este programa se propõe a sair do enfoque individualista e ter a família como sujeito. Analisaremos como os profissionais do programa que trabalham com a noção de família.

O Programa de Saúde da Família, criado em 1994, tem como um dos objetivos específicos “*eleger a família e seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde*” (Ministério da Saúde, 1998 p. 10). O PSF representa uma alteração no modelo de atenção predominante até então que se caracterizava, dentre outras coisas, pela prática hospitalocêntrica e pelo individualismo.

A lógica do novo programa se dá a partir do deslocamento da centralidade do indivíduo para a família. “*O papel do profissional de saúde é aliar-se à família no cumprimento de sua missão, fortalecendo-a e proporcionando o apoio necessário ao desempenho de suas responsabilidades, jamais tentando substituí-la*”. (Secretaria de Políticas de Saúde, 2000. p. 317).

Mas o que é, afinal, uma família? Segundo o Dicionário Aurélio, família é:

“1. Pessoas aparentadas que vivem, em geral, na mesma casa, particularmente o pai, a mãe e os filhos. 2 Pessoas do mesmo sangue. 3. Ascendência, linhagem, estirpe. 9. sociol. Comunidade constituída por um homem e uma mulher, unidos por laço matrimonial, e pelos filhos nascidos dessa união. 11. sociol. Grupo formado por indivíduos que são ou se consideram consangüíneos uns dos outros, ou por descendentes de um tronco ancestral comum e estranhos admitidos por adoção”.

Embora seja admiravelmente diversa, essa definição não dá conta da variedade de arranjos familiares existentes, pois, como afirma Danda Prado, a família *subsiste sob múltiplas formas* (Prado, 1984).

No cotidiano as famílias vêm se modificando. Consangüinidade e afinidade que, em geral, tentam sintetizar os laços familiares, não esgotam a diversidade de composições. Apesar de existir algum consenso na sociedade,

definir o que se concebe como família é algo difícil. Sem uma definição clara, muitas vezes é através da descrição, sem constituir uma unidade, que se diz o que uma família. (Uziel, 2004 b).

Neste trabalho, entretanto, não pretendemos buscar uma definição para família. Nossa pretensão aqui é compreender como uma política pública de saúde, no caso o Programa de Saúde da Família, que tem a família como foco de atuação, vem lidando com a família no cotidiano. Como têm se dado a assistência às famílias? Partimos da hipótese de que a concepção irrefletida de família e as idéias implícitas sobre as mesmas são demonstradas no tipo de prática dos profissionais do PSF.

O PSF surgiu como estratégia de reorientação da atenção básica de saúde visando superar o modelo assistencial de ações curativas, com alto custo e verticalizado. Este enfoque biologicista não consegue trazer impactos significativos na qualidade de vida da população pois não compreende as dimensões sociais, econômicas e culturais. Embora existam inúmeros fenômenos que tem influência sobre a saúde, o enfoque biomédico privilegia apenas o biológico.

As noções de saúde e doença são fenômenos complexos que abrangem fatores biológicos, sociológicos, econômicos, ambientais e culturais. Considerando que a saúde tem muitas dimensões, não é possível representá-la por um único parâmetro. Assim, as estatísticas são úteis mas não fornecem informações suficientes para se conhecer como está a saúde da população (Uchoa e Vidal, 1994, Capra, 1982).

A Antropologia, ao considerar a saúde e o que se relaciona com ela, como fenômenos culturalmente construídos e interpretados, demonstra os limites da tecnologia médica para dar conta da saúde da população. A Antropologia deve ser vista, então, numa relação de complementaridade com a epidemiologia (Uchoa e Vidal, 1994).

No PSF, cujo foco recai sobre a família, há a interação entre as equipes multiprofissionais e as famílias. Cada um desses pólos possuindo uma dinâmica própria que precisa ser reconhecida nas várias dimensões interdependentes (Trad e Bastos, 1998).

A Antropologia contribui para uma análise do próprio objeto família, dentro do PSF. Na perspectiva antropológica o universo sócio-cultural não é visto como um obstáculo para a efetividade do programa, e sim, o contexto no qual se situam as concepções sobre os problemas de saúde e o procedimento a ser tomado.

A realização dessa pesquisa que busca compreender a concepção de família dos profissionais do Programa de Saúde da Família de diferentes níveis (médicos, enfermeiras, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) e a influência da mesma na forma de atuação / atenção à saúde, além de contribuir para o enriquecimento das informações sobre o tema, pode ser um instrumento útil para se considerar na formação dos profissionais, já que a educação continuada visando uma readaptação às necessidades é uma característica essencial do trabalho no PSF.

Gostaríamos de ressaltar, antes de mais nada, nossa posição favorável à implantação do programa. Nossa intenção é trazer elementos para a reflexão sobre o mesmo no sentido de buscar um atendimento mais adequado à realidade das famílias atendidas.

Analisaremos o PSF no município do Cabo de Santo Agostinho que priorizou a implantação do programa e o batizou de Programa de Saúde em Casa (PSC). Assim, iniciaremos o primeiro capítulo falando sobre o caminho percorrido até chegar à família como centro das políticas sociais. Falaremos sobre o Programa de Saúde da Família e da relação entre família, Estado e medicina. No segundo capítulo apresentamos o local onde foi realizado o estudo e o método utilizado.

Nos três últimos capítulos serão analisados os dados coletados em campo. No terceiro capítulo falaremos sobre o cadastro das famílias e a assistência às crianças e aos adultos dentro do PSC. No capítulo seguinte continuaremos abordando especificamente como vem se dando a assistência, mas, desta vez, aos jovens e idosos dentro do programa. No último capítulo falaremos um pouco das relações vivenciadas entre a equipe e comunidade e o papel da formação dos profissionais na assistência às famílias.

Capítulo 1

POLÍTICAS PÚBLICAS: O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA REAVIVANDO A LIGAÇÃO MEDICINA, FAMÍLIA E ESTADO

No cenário brasileiro a noção da relevância de unidades de atuação como a comunidade e a família dentro das políticas sociais não podem ser vista como algo que se deu ao acaso. A política social brasileira vem se configurando ao longo da história com algumas características significativas: por um lado ela apresenta um caráter elitista que privilegia um grupo minoritário favorecido socialmente, e, por outro, tem uma postura assistencialista e protetora para a população mais empobrecida. Dessa forma, reflete-se nas políticas sociais uma cultura arraigada ao longo do tempo de manutenção da subalternidade que dificulta uma mudança na condição dos indivíduos em situação de pobreza e exclusão a partir destas políticas (Carvalho, 1994).

Além disso, a política social do Brasil foi influenciada pelo “Welfare State” e os direitos sociais vigentes no mundo ocidental capitalista. Esta influência colaborou para o delineamento de uma política social setorializada, centralista e institucionalizada na qual o elemento central é o indivíduo portador de direitos. O foco sobre os indivíduos fazia com que os coletivos como a família ou comunidade ficassem subsumidos, sendo substituídos por serviços sociais institucionalizados como a creche, a escola, etc. (Carvalho, 1994).

A atenção pública passa a fragmentar o indivíduo. Separa-se o direito da mulher, do trabalhador, do negro, o direito à habitação, etc. Nesse contexto, a atenção à família se torna periférica e o trabalho com a mesma frequentemente se dava de forma conservadora e disciplinadora qualificada de planejamento familiar (Carvalho, 1994).

Com a crise do “Welfare State” surge uma nova situação para a política social no Brasil e no mundo. Passa-se a refletir sobre a opção pelo indivíduo como prioritária na atenção pública. Ressurgem a família e a comunidade como foco de atuação (Carvalho, 1994).

A escolha do ano de 1994 como Ano Internacional da Família reflete a mudança de foco nas políticas sociais. Os anos internacionais promovidos pelas Nações Unidas são um momento privilegiado para a mobilização ética, social e política sobre um determinado tema. É possível exemplificar os anos internacionais da mulher, da criança, do jovem e do adolescente que inspiraram políticas sociais e legislações nessas áreas. Os diversos países tendem a refletir nas legislações nacionais o que vê sendo apresentado nas normas internacionais (Costa, 1994).

No caso brasileiro, há uma propensão a sintonizar a legislação e as políticas públicas com as conquistas no plano internacional. O Ano Internacional da Família surge, no Brasil, como uma possibilidade de consolidação e avanços dos direitos humanos no Brasil.

“Em primeiro lugar, porque todas as problemáticas relacionadas à pessoa (criança, adolescente, jovem, mulher, deficiente e idoso) encontram seu desaguadouro natural na grande questão da família. Em segundo lugar, porque o tema da família tem sido historicamente relegado a um plano secundário na evolução das lutas sociais do país (Costa, 1994, p. 21).”

O enfoque na família, representado pelo Ano Internacional da Família, é uma oportunidade para se introduzir no Brasil, nas palavras de Costa (1994) um “claro raio ordenador” no conjunto da política social.

No âmbito da saúde, a menção à família como objeto de intervenção em saúde surge na figura do médico de família. A visão nostálgica, intimista e humanizante, de médico de família é resgatada pelos serviços oficiais de saúde. A Organização Mundial de saúde – OMS – preocupada com a questão da superespecialização da prática médica, que resultava em altos custos e numa relação desumana com os pacientes, em 1963 publica um documento (Informes Técnicos 257) sobre a formação do médico de família (Vasconcelos, 1999).

Esta proposta surgiu inicialmente nos Estados Unidos. A idéia do médico de família era o ressurgimento de um modelo antigo no qual o médico cuidava, ainda que na prática privada da medicina, dos problemas de saúde de toda a família com o objetivo de humanizar a medicina e se opor a grande tendência a especialismos.

Entretanto, o Programa de Saúde da Família se diferencia dessa “medicina familiar” primeiro porque insere-se dentro das políticas públicas do Sistema Único de Saúde (SUS). E, em segundo lugar, porque a concepção do PSF abarca conteúdo que, dentre outros, incorpora aspectos relativos a modelo e prática assistencial, processo de trabalho e formação de recursos humanos (Trad & Bastos, 1998).

Antes, porém, de nos determos sobre o Programa de Saúde da Família, faremos um breve percurso do surgimento do Programa no Brasil.

1.1 - O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: DESCENTRALIZAÇÃO E O PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Na década de 80 (com o fim do regime militar intervencionista e centralizador) o processo de democratização passa a primar pelos direitos de cidadania. O Estado democrático deve incorporar os cidadãos. Neste sentido, a descentralização é entendida como um meio que possibilita a ampliação e a diversificação de práticas sociais (Cohn, 1997).

O processo de descentralização de políticas públicas teve início no movimento municipalista da década de 70. Neste momento de mobilização pela redemocratização foi significativo o movimento pela democratização do setor saúde (IBAM, 2004).

A Constituição Brasileira de 1988 estabeleceu o Sistema Único de Saúde – SUS – caracterizado pela abertura política, ideal reformista, descentralização e municipalização. O SUS estabelece a descentralização administrativa dos serviços de saúde, repassando verbas federais para os municípios que adquirem, a partir de então, a liberdade de decidir sobre os programas de saúde locais. A idéia dessa mudança parte do princípio que os municípios conhecem melhor os problemas da sua área por estarem mais próximos à população. Essa reformulação possibilitou a implantação do PSF nos municípios (Mouzinho, 1999).

Os princípios do SUS de universalização, municipalização, integralidade e participação da comunidade, têm como caminho escolhido

para serem efetivados a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A origem do Programa de Saúde da Família se dá com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde pelo Ministério da Saúde, pois a partir do PACS começou-se a enfocar (embora sem muita ênfase) na família como unidade de ação programática, e não apenas o indivíduo. Além disso, passa-se a introduzir a noção de área de cobertura (por família). O programa trouxe também uma visão ativa da intervenção em saúde, de não “esperar” a demanda para intervir e sim atuar preventivamente, sendo um instrumento de real organização da demanda. Outro aspecto diferenciador do atendimento à saúde até então vigente, é a concepção de integração com a comunidade e de uma visão menos reducionista sobre a saúde, não se focando apenas na intervenção médica. Esses elementos presentes no Programa de Agentes Comunitários de Saúde são centrais na formulação do Programa de Saúde da Família (Viana e Dal Poz, 1998).

O objetivo principal do Programa de Agentes Comunitários de Saúde foi o de reduzir a mortalidade materna e infantil, sobretudo no Norte e no Nordeste, ampliando a cobertura dos serviços de saúde para áreas mais pobres (Scott, 2000). O PACS foi implantado inicialmente no nordeste priorizando as ações de informação e educação em saúde voltadas para a área materno-infantil. Posteriormente, a partir da entrada do cólera no país, o PACS se expandiu emergencialmente para a região norte, contribuindo para o controle e prevenção dessa doença (Scott, 2000, Viana e Dal Poz, 1998).

Para fazer parte do programa, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) devem ser moradores há pelo menos 2 anos na comunidade, maiores de 18 anos, alfabetizados e com tempo integral disponível. Eles devem ser responsáveis, em média, por 100 a 250 famílias. Sendo, idealmente, na faixa de 100 a 150 famílias na área rural e de 200 a 250 famílias na zona urbana. A equipe do PACS é formada por um enfermeiro, uma pequena equipe de auxiliares de enfermagem e 25 a 30 agentes comunitários de saúde (Scott, 2004, Ministério da Saúde, 1998).

1.2 - PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

No contexto de descentralização dos serviços de saúde, valorização da família internacionalmente e da busca de práticas menos individualizantes, após alguns experimentos em diversos locais do país, o Governo Federal inicia o Programa de Saúde da Família. De acordo com o primeiro documento do PSF, de 1994, a concepção do programa é de fazê-lo um instrumento de reorganização do SUS e da municipalização.

Além do PACS, a reformulação bem sucedida do modelo de atenção primária à saúde em Cuba, no final da década de 80, baseada no médico de família contribuiu diretamente para o surgimento do Programa de Saúde da Família.

A proposta do PSF tem grandes semelhanças com a do PACS. Embora traga mudanças significativas na estrutura da equipe, com a participação de um médico com espaço bem determinado realizando o atendimento básico, mantém a estrutura de Agentes de Saúde com o mesmo número de famílias, apesar de ter a quantidade de agentes ser reduzida, passando para 5 a 6 por equipe. O número de agentes de saúde sob a supervisão do enfermeiro e dos auxiliares de enfermagem é menor e a supervisão compartilhada com o médico. (Scott, 2004 b)

A equipe de uma unidade de saúde da família deve ser composta, no mínimo, por um médico de família ou generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Segundo documento do Ministério da Saúde, podem ser incorporados a essas unidades outros profissionais de saúde, de acordo com as demandas e características da organização dos serviços de saúde. Esses profissionais devem estar identificados com uma proposta de trabalho que necessita de criatividade e iniciativa para trabalhos comunitários e em grupo (Ministério da Saúde, 1998). A composição da equipe multiprofissional representa uma mudança no modelo de atuação descentralizando o foco na prática médica.

Os profissionais da equipe do PSF são responsáveis pela população adscrita devendo trabalhar em horário integral garantindo, segundo os idealizadores do programa, a vinculação e identidade cultural com as famílias

sob sua responsabilidade (Ministério da Saúde, 1998). Entretanto, municípios afastados dos centros urbanos freqüentemente encontram dificuldades para manter os profissionais, sobretudo os de nível superior, e flexibilizam a carga horária.

O número de famílias sob responsabilidade da equipe se situa entre 600 a 1000 famílias com limite máximo de 4.500 habitantes. Este número pode ser flexibilizado devido à diversidade sociopolítica e econômica das regiões, considerando-se a densidade populacional e acessibilidade aos serviços e outros aspectos de relevância local (Ministério da Saúde, 1998). Não é raro o número de famílias extrapolar em muito este limite na prática, sobrecarregando muitas das equipes.

1.3 - PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA COMO REORIENTAÇÃO

O Programa de Saúde da Família é a estratégia central de reorientação da atenção básica do Ministério da Saúde que busca modificar o modelo de atenção predominante caracterizado pela prática hospitalocêntrica, o individualismo, a utilização irracional dos recursos tecnológicos disponíveis e a baixa resolutividade. Gerando um alto grau de insatisfação para a população, gestores e profissionais (Santos, 2001).

O PSF, visando reverter esse modelo, elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e o desenvolvimento de compromisso e coresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população.

A lógica é que para a reversão do modelo assistencial vigente é necessária uma mudança do objeto de atuação e organização geral dos serviços, reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios. Assim:

“essa perspectiva faz com que a família passe a ser o objeto precípua de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive. Mais que uma delimitação geográfica, é nesse espaço que se constroem as relações intra e extrafamiliares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida – permitindo, ainda, uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e, portanto, da necessidade de intervenções

de maior impacto e significação social” (Ministério da Saúde, 1998 p. 8).

Ao se formular políticas públicas voltadas à família é preciso ter em mente que isto incorre em alguns desafios. Um risco significativo é de que os programas voltados à família se dirijam, na verdade, aos membros individuais, não reconhecendo a família como sujeito. Há também a possibilidade de uma visão excludente, compreendendo a família numa definição restrita ignorando certas especificidades de arranjos familiares (Trad & Bastos, 1998).

Sem se fazer uma distinção sobre o que deve ser abordado nos indivíduos, famílias ou comunidades, o termo família fica sem especificidade e corre-se o risco de apenas fazer uma nova divisão de trabalho entre os profissionais, médicos, enfermeiros, auxiliares e agentes de saúde, ao invés de uma aproximação da realidade das famílias. Há o risco de reprodução do modelo tradicional que responsabiliza as mulheres pelo cuidado da família, associando os serviços para família a serviços para mulheres o que representaria um reforço a uma tendência materna na área de saúde (Vasconcelos, 1999, Schraiber et al, 1998, Trad & Bastos, 1998).

1.4 - OBJETIVOS DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

O Programa de Saúde da Família foi criado com o objetivo de *“contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população.”* Formulou os seguintes objetivos específicos:

- Prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita;
- Intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta;

- Eleger a família e seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde;
- Humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população;
- Proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais;
- Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde;
- Fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida;
- Estimular a organização da comunidade para o efetivo controle social. (Ministério da Saúde, 1998 p.10)

1.5 - OS POBRES NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

No PSF a família é o foco de atenção através do qual se chega à comunidade. O ponto central para o programa é o estabelecimento de vínculos entre os profissionais e a população. O governo, ao lançar o programa, com o intuito de desarmar as críticas que vem da criação do PACS e antes, esclarece que não é apenas uma estratégia barata para a população pobre.

O Ministério da Saúde declara que o PSF não é só para pobres nem para mulheres, *“não é uma estratégia desenvolvida para atenção exclusiva da mulher e da criança (...) Outro equívoco – que merece negativa – é a identificação do PSF como um sistema de saúde para os pobres, com utilização de baixa tecnologia”* (Ministério da Saúde, 1998 p. 8-9).

O PSF não é assumidamente um programa estruturado sob a influência do Banco Mundial, apesar de suas propostas serem semelhantes às do relatório para o Desenvolvimento Mundial que ressalta a importância de concentrar recursos nas ações de maior custo-efetividade para os setores pobres (Albuquerque, 2003).

O interesse do Banco Mundial de garantir a atenção à saúde das populações pobres dos países em desenvolvimento está ligado à legitimação da ordem social. Albuquerque (2003) discute a contribuição das políticas sociais como legitimadora do Estado e da ordem social a partir das considerações de Navarro sobre a medicina. Esta tem sua utilidade pelo fato de que leva as pessoas a crerem que uma situação causada por fatores políticos pode ser solucionada individualmente pela intervenção médica.

A ordem social seria garantida a partir da idéia de que se os pobres se beneficiam da assistência, em contrapartida devem se submeter aos controles médicos¹. No caso do PSF, como afirma Scott:

“Para ser aceita como proposta que atinja uma reversão total do modelo assistencial vigente, parece que é preciso expurgar aqueles elementos diferenciadores que inspiraram o PACS: não é mais para nordestinos e favelados em áreas metropolitanas, não é mais principalmente para mulheres e crianças (...). Só que os documentos não convencem. A realidade da implantação de programas PSF localiza as equipes junto às famílias mais necessitadas. As atribuições dos agentes comunitários de saúde continuam identificando uma maioria de atividades relacionadas com mulheres e crianças. E a família não se entende fora do contexto comunitário.” (P. Scott, 2000 p. 9).

Apesar das pretensões do SUS de ser universal, a ênfase na atuação recai sobre áreas carentes. No caso do PSF, os próprios profissionais ao se referirem à área onde trabalham, citam enfaticamente a pobreza e a miséria como uma característica da comunidade.

Pode-se dizer também que entre a população há uma identificação do programa como sendo voltado para pobres. Dentro do mesmo bairro, obviamente, moram famílias com condições econômicas e sociais diferentes. Em geral, as famílias mais abastadas se recusam a recorrer aos serviços, por vezes explicando que tem plano de saúde. Alguns nem chegam a atender o

¹ Essa era a idéia existente na *Lei dos Pobres* da medicina inglesa. Com esta lei “aparece de maneira ambígua, algo importante na história da medicina social: a idéia de uma assistência controlada, de uma intervenção médica que é tanto uma maneira de ajudar os mais pobres a satisfazer suas necessidades de saúde, sua pobreza não permitindo que o façam por si mesmos, quanto um controle pelo qual as classes ricas ou seus representantes no governo asseguram a saúde das classes mais pobres e, por conseguinte, a proteção das classes ricas.” (Foucault, 1979 p.95).

agente de saúde. Os profissionais percebem a aceitação das famílias ditas “mais ricas” como um reconhecimento do trabalho realizado².

Nesse estudo, ao trazer à discussão a parte da população que é alvo do programa, além de chamar atenção à idéia de se estabelecer uma ordem social para os pobres, buscamos enfatizar, como argumenta Vasconcelos, que, ao lidar com famílias extremamente fragilizadas, os serviços públicos precisam repensar sua tradição autoritária e normalizadora. *“Para isso é preciso superar a visão corrente entre os profissionais locais e os gestores das políticas sociais a respeito da incapacidade dos pobres de cuidarem de si mesmos”* e construir uma cultura de tolerância com a diversidade humana para que os profissionais possam compreender e respeitar as diferenças de cultura e de raça (Vasconcelos, 1999 p.13). Neste sentido, merece uma atenção especial os recursos humanos no PSF.

1.6 - OS RECURSOS HUMANOS NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A expansão do PSF vem resultando num impacto quantitativo e qualitativo nos sistemas de saúde locais, levando à organização e ao processo de fortalecimento do processo de municipalização e contribuindo para a descentralização do SUS. Entretanto, para que o programa venha a se desenvolver plenamente, um aspecto fundamental são os recursos humanos com perfil, competências e habilidades adequadas ao saúde da família.

O PSF, com o intuito de atrair os melhores profissionais, remunera os médicos e enfermeiras diferenciadamente. Contudo, encontra como entrave o fato de que o sistema formador não está adequado para a formação de médicos generalistas, dificultando a contratação desses profissionais e a conseqüente expansão do Programa (Viana e Dal Poz, 1998).

² Na fala dos diversos membros da equipe os pobres são vistos também como melhores para se trabalhar, pois são mais gratos, recebem melhor. Isto foi muito evidente na própria pesquisa de campo dessa dissertação e também na pesquisa “Como estão as Relações de Gênero no Programa de Saúde da Família?” onde a autora trabalhou. Esta pesquisa foi apoiada pela Prefeitura Municipal da Cidade do Recife via a Coordenadoria da Mulher e a Secretaria Municipal de Saúde, teve a participação da Faculdade de Medicina de São Paulo, da ONG SOS Corpo e do Fages (Núcleo de Pesquisas em Família, Gênero e Sexualidade).

De acordo com Mendes, citado por Santos (2001), a Atenção Básica é o nível de menor densidade e maior complexidade tecnológica, pois são utilizados poucos recursos em equipamentos diagnósticos e terapêuticos, mas são incorporados instrumentos tecnológicos provenientes das ciências sociais e humanas para compreender o processo saúde/doença e na intervenção coletiva e individual.

Nesse sentido, a educação continuada preconizada nos documentos do Ministério da Saúde, tem um papel muito relevante.

Para que se produza resultados satisfatórios, a equipe de Saúde da Família necessita de um processo de capacitação e informação contínuo e eficaz, de modo a poder atender às necessidades trazidas pelo dinamismo dos problemas. Além de possibilitar o aperfeiçoamento profissional, a educação continuada é um importante mecanismo no desenvolvimento da própria concepção de equipe e de profissionais com a população – característica que fundamenta todo o trabalho do PSF. (...) A formação em serviço deve ser priorizada, uma vez que permite melhor adequação entre os requisitos da formação e as necessidades de saúde da população atendida. (Ministério da Saúde, 1998 p.21).

Ao decidir implementar a estratégia do saúde na família o município possui responsabilidade com a qualificação do profissional, devendo empenhar-se no suporte e acompanhamento do trabalho das equipes, identificando aspectos a serem abordados na educação continuada (Santos, 2001).

1.7 - EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A educação em saúde, cujo objetivo é o de impulsionar o crescimento quantitativo e qualitativo da consciência sanitária, é um importante componente da atenção à saúde oferecida pelo PSF. O programa, por se relacionar com a vida cotidiana, situa-se numa posição privilegiada (Santos, 2001).

A educação popular tem um potencial de facilitar trocas entre os profissionais de saúde e a comunidade e superar o fosso cultural entre a população e a instituição. Ela deve ser o centro da abordagem dos problemas familiares e deve estar associada com ações de suporte material. No entanto,

essa abordagem necessita da mudança na visão de que os pobres não têm capacidade de cuidarem de si próprios, comum entre os profissionais de saúde, que resulta numa lógica de educação em saúde autoritária, prescritiva e moralizadora (Santos, 2001, Vasconcelos, 1999).

A educação em saúde praticada tradicionalmente vem sendo um meio de afirmação do poder dominante através de explicações dos doutores para serem seguidas pelos pacientes, responsabilizando o usuário pelos riscos à saúde. Trabalha isoladamente com públicos específicos como gestantes, idosos, diabéticos, buscando mudar os comportamentos individuais e desvalorizando o conhecimento popular (Albuquerque, 2003).

Conhecer a realidade social da população é essencial para a reflexão da eficácia das ações em saúde. A adesão ou não por parte da clientela das recomendações biomédicas se relaciona com a realidade e valores dos indivíduos. O fato dos agentes comunitários de saúde serem da comunidade visa, dentre outros aspectos, aumentar a eficácia das ações de educação para saúde visto que eles estão inseridos no mesmo contexto que os usuários do programa (Nunes et al 2002).

A composição da equipe do PSF incluindo profissionais de nível superior e também agentes comunitários, moradores da área e que trazem para a equipe os saberes locais, busca viabilizar uma interação entre o saber popular e o saber técnico. Este é o princípio da concepção e organização dos serviços e práticas desenvolvidos pelo programa (Santos, 2001). As ações de educação em saúde, graças à composição da equipe, se propõem, portanto, a uma maior adequação à realidade das famílias.

O PSF, ao ser implantado nos municípios, por vezes recebe denominações um pouco diferenciadas, como Programa do Médico na Família (PMF) ou Programa de Saúde em Casa (PSC). Essa última denominação, adotada no Cabo de Santo Agostinho, pode sugerir uma associação entre casa e família como significando a mesma coisa, sendo sinônimos. Essa noção pode levar a equívocos pelo fato de que a casa é uma unidade material de produção e consumo, enquanto a família é um grupo de pessoas ligadas por vínculos afetivos e psicológicos (Bruschini, 1990). Se for um caminho administrativamente mais viável identificar a casa com a família, ele corre o

risco de ofuscar os elementos “familiares” que vinculam umas casas a outras na vida cotidiana.

1.8 - FAMÍLIA, ESTADO E MEDICINA

Ter em mente o caminho traçado até chegar ao PSF, as diretrizes, objetivos e os riscos de um programa que busca ter a família como foco na abordagem é fundamental para a compreensão do que será aqui argumentado.

Além disso, com o intuito de facilitar a compreensão e interpretação da dinâmica existente na relação do PSC com as famílias atendidas, utilizaremos também estudos a respeito da relação entre família, Estado e medicina.

Como bem demonstrou Bronislaw Malinowski³ (1978), abordar um tema desconhecido através de um conhecido, refletir e tentar descobrir atitudes que desempenham um papel semelhante à situação estudada, contribui para a interpretação.

Ao trazer à discussão autores que estudaram a relação e as implicações da aproximação da medicina com as famílias em outros momentos, teremos mais clareza das repercussões dessa reaproximação e das construções e concepções dos profissionais.

Donzelot (1977), Costa (1979) e Badinter (1985) demonstram como a aproximação da medicina biomédica com o Estado traz implicações para a vida das famílias.

A família ao ser o local de ação para implantação de políticas seria rainha e prisioneira. Donzelot fala de uma aliança entre o Estado e a medicina que agiria nas famílias garantindo a ordem social. Os procedimentos de transformação da família levaram às formas de integração moderna que conferem às sociedades seu caráter policiado. O termo policiado aqui em questão não se limita ao sentido exclusivamente repressivo ao qual associamos atualmente, mas, numa concepção ampla, abrange os métodos

³ Malinowski, ao explicar como acontecia as trocas intertribais de colares e braceletes no Kula, utiliza exemplos conhecidos na nossa sociedade (como as jóias da coroa e os troféus) para justificar ações que, à primeira vista, pareciam inteligíveis em outro contexto.

de desenvolvimento da qualidade da população e da potência da nação (Donzelot, 1977).

A modificação dentro do agenciamento da família se inicia com um ataque às nutrizes e à criadagem. Em meados do Séc. XVIII passa a se tornar um tema corrente na literatura a conservação das crianças. A partir desta preocupação começam a ser questionados os hábitos educativos do século com foco em três aspectos: a prática dos hospícios de menores abandonados; a criação das crianças por amas-de-leite; e a educação “artificial”, por serviçais, das crianças de famílias ricas (Donzelot, 1977).

Estes três elementos, se não contornados, poderiam trazer conseqüências desastrosas à sociedade como o empobrecimento da nação e o enfraquecimento da elite. Quanto aos menores abandonados, era necessário que se controlasse a alta taxa de mortalidade pois eles seriam potencialmente mais adaptados às tarefas nacionais (colonização, marinha) por não possuírem vínculos familiares. A presença de amas-de-leite, hábito bastante comum para a população das cidades, se devia ao fato de que as mulheres eram bastante ocupadas com o trabalho ou ricas o suficiente para não precisarem carregar o fardo da amamentação. A presença de uma nutriz, que muitas vezes amamentava várias crianças e era pouco cuidadosa com os filhos alheios, levava a uma mortalidade infantil alta. Além disso, acreditava-se que os maus hábitos e desonestidade das nutrizes seriam transmitidos às crianças (Donzelot, 1977).

A educação das crianças ricas por serviçais também passa a ser enxergada como inadequada, pois estes utilizam opressões e intimidades impróprias ao desenvolvimento das crianças. Apesar de haver diferença entre os ricos e os pobres, o que há em comum é uma mudança na imagem da infância com uma revalorização das tarefas educativas. É necessário que os indivíduos voltem a cuidar dos seus filhos (Donzelot, 1977).

O papel desempenhado pela medicina nessa mudança é fundamental. Como mostram Badinter (1985), Costa (1979), Donzelot (1977) e Rohden (2001), até metade do século XVIII a medicina não se interessava pelas mulheres nem pelas crianças. As mulheres eram vistas como “máquinas de reprodução” que não mereciam atenção especial, ficavam a cargo das

“comadres”. Entretanto, nas últimas décadas deste século, os médicos elaboram para as famílias burguesas diversos livros sobre a criação, educação e medicação das crianças. A presença do médico de família passa a ser fundamental, pois, afasta o risco de charlatões e médicos não qualificados. Os próprios termos utilizados para qualificar as pessoas que não teriam educação formal em medicina é uma forma utilizada para acusá-los e garantir o espaço de atuação dos médicos.

Dentro da família o médico e a mãe formam uma aliança privilegiada, pois reproduzem a distância de origem hospitalar entre o homem do saber e a execução das recomendações que cabem à mulher. O médico e as mães desempenham papéis que não se confundem e se complementam, o médico prescreve e a mãe executa. A união das mães com os médicos resulta em benefícios para ambos. O saber do médico deslegitima o papel das comadres, se tornando hegemônico, e atribui às mulheres uma maior importância das funções maternas gerando um novo poder na casa. Se as normas higiênicas em relação à criação, ao trabalho e à educação das crianças surtiram efeito é porque elas ofereciam às mulheres a possibilidade de uma autonomia maior contra a autoridade patriarcal no interior da família (Donzelot, 1977).

O “acordo” estabelecido entre a medicina e o Estado não se deu explicitamente. O valor da aliança não foi percebido de imediato. *“Só historicamente é possível perceber que em meio a atritos e fricções, intransigências e concessões, estabilizou-se o compromisso: o Estado aceitou medicalizar suas ações políticas, reconhecendo o valor político das ações médicas”* (Costa, 1979 p. 28).

A noção levantada pela medicina e que se adequou rapidamente aos interesses do país foi a de salubridade. Os médicos higienistas ligaram a saúde da população ao Estado inscrevendo-a na política do mesmo.

No Estado brasileiro, no período colonial, a família, que antes era obstáculo para a sua consolidação, se torna alvo. A partir de uma nova moral da vida e do corpo a medicina higiênica desenvolveu a idéia de que a saúde e a prosperidade da família dependem da sujeição da mesma ao Estado (Costa, 1979). Os serviços de saúde, historicamente construídos, inseridos pelo Estado através do controle de enfermidades, têm com característica marcante

a capacidade de exercer o ‘controle social’⁴, buscando adaptar os indivíduos no contexto da sociedade capitalista (Singer, Campos e Oliveira, 1978).

O movimento higienista vai aos poucos se inserindo na vida cotidiana até obter uma das suas mais importantes conquistas que é impor a figura do médico à família. As recomendações higiênicas criaram uma situação nova, de incerteza, de não saber cuidar, dentro das famílias,

“Tudo era ao mesmo tempo sadio e doente. Era praticamente impossível à família acompanhar a velocidade criativa dos médicos. Onde acreditava acertar, errava; onde pensava errar, tinha acertado. A família desequilibrava-se e buscava um denominador comum para seus acordos e conflitos. Nessa procura recorria cada vez mais aos médicos [que] distribuíam conselhos e consultas, remédios e exortações. Instalavam-se nas famílias, faziam-se desejados. Saíam do ostracismo colonial e impunham a figura simpática do médico de família, ainda hoje tão chorada pelos nostálgicos” (Costa, 1979 p.139, 147).

Badinter, por sua vez, ao desconstruir a idéia de que o amor materno é inato, demonstra como a medicina contribuiu para a difusão dessa concepção atendendo aos interesses do Estado. Passa-se então a responsabilizar a mulher pelo cuidado com os filhos e interferir diretamente na vida da mesma para garantir o bem-estar das crianças.

Assim, Costa, Donzelot e Badinter, ao focar a história do ocidente, demonstram como a presença dos médicos e da medicina foi se incorporando no dia-a-dia das famílias estabelecendo um novo padrão de educação, novo papel das crianças na família. Passa a ser criticada a presença dos serviçais e escravos, é levantada a bandeira da amamentação pela própria mãe; são revistas as concepções sobre o casamento e casa. É necessário moralizar o comportamento. A natureza do casamento é modificada pelos mesmos princípios que alteraram a educação infantil. A casa também precisa ser reestruturada de forma que fosse pequena o bastante para abrigar apenas a família, sem “estranhos”, e grande o suficiente para que houvesse um espaço

⁴ Atualmente fala-se, inversamente, em controle social a partir da perspectiva da participação da sociedade nas decisões do governo “controlando” a sua atuação. Nesta acepção, a mais corrente no universo pesquisado, o controle das políticas públicas na área de saúde deve ser exercido democraticamente pelos usuários através dos Conselhos de Saúde. Amélia Conh (1997) ressalta a importância da participação dos cidadãos nas decisões do governo idealizando uma “cidadania ativa”. Neste trabalho, entretanto, a ênfase recai sobre o controle social exercido pelos serviços de saúde buscando uma adaptação dos indivíduos.

separado para os pais e os filhos, para que fosse possível vigiar os pequenos sem que fosse exposta a intimidade do casal.

O médico de família, como afirma Donzelot “intervém na organização doméstica do lar. Por suas sugestões no que diz respeito à higiene, por seus conselhos educativos, ele modifica substancialmente seu agenciamento interno” (Donzelot, 1977 p.156).

Não se trata aqui de desconsiderar ou desvalorizar o papel da medicina sobre a qualidade de vida da população. Como alerta Costa (1979), o progresso científico da higiene e os benefícios para os indivíduos são inegáveis. Entretanto, é necessário considerar que a eficiência científica da higiene auxiliou na política de transformação dos indivíduos em função das razões de Estado. Não foi uma atuação inocente. A medicina, dentre outras razões, devido ao fato de ser empírica e conceitualmente científica, teve a atuação política mais operante.

De forma semelhante às situações apresentadas pelos autores, que demonstraram como a aproximação do Estado às famílias através de uma política pública de saúde diminui a autonomia e liberdade das mesmas, o benefício trazido pela implantação de um programa como o PSF beneficia as questões de saúde, mas aumenta a vigilância do Estado sobre as famílias (Scott, 2004 a). Iremos justamente explicitar as dimensões desta realidade para o Programa Saúde em Casa no município do Cabo de Santo Agostinho.

Capítulo 2

O CAMPO E O MÉTODO

O município do Cabo de Santo Agostinho faz parte da Região Metropolitana do Recife – RMR e, com uma área de 445 Km², constitui-se como o segundo maior município dessa região, correspondente a 16,1% da área total da RMR e 0,45% do Estado. Localizado no litoral sul do Estado de Pernambuco, se situa a 33,6 Km da capital, Recife, e limita-se ao norte com os municípios de Moreno e Jaboatão dos Guararapes, ao sul com Ipojuca e Escada, ao leste com o Oceano Atlântico e ao oeste com Vitória de Santo Antão, tendo como vias principais de acesso, a BR-101 – que interliga o Litoral Sul à cidade do Recife, e a PE-60 – que interliga a cidade do Cabo de Santo Agostinho até a cidade de São José da Coroa Grande.

A escolha do local a ser pesquisado, Cabo de Santo Agostinho, no bairro de Ponte dos Carvalhos, se deu pelo fato do município ter priorizado a implantação do Programa de Saúde da Família como estratégia de reorientação do modelo de atenção à saúde, adotando-o como porta de entrada do sistema público de saúde. Além disso, há uma afinidade com o bairro por ser uma área de convivência da pesquisadora.

O programa teve início na cidade em maio de 1997. Atualmente o “Programa Saúde em Casa”, nome adotado pelo município, cobre 79% da população com 34 unidades de saúde da família.

Com o intuito organizar e administrar melhor as diferenças existentes no município a Secretaria Municipal de Planejamento dividiu-o em 9 Áreas Político-Administrativas (APAs) (Santos, 2001). A etnografia foi realizada na Área Político-Administrativa 06 (APA) com mais unidades de PSF do município, que é o bairro de Ponte dos Carvalhos, atualmente com 10 unidades, a última delas inaugurada em março de 2004. Esta grande concentração de equipes do PSF favorece a pesquisa.

Tendo em vista que pensar a noção de família é pensar uma conceitualização que não é facilmente verificável empiricamente, a pesquisa centrou a observação em componentes que levassem à reflexão de como é vista a família no cotidiano da unidade de PSF. O desenvolvimento desse

estudo privilegiou uma abordagem metodológica que permitisse apreender a concepção de família para os profissionais do programa e como ela influencia atenção à saúde.

Assim, consideramos a metodologia qualitativa a mais adequada para o estudo em questão. Atualmente uma estrutura bastante adequada em pesquisa empírica de caráter qualitativo é a triangulação dos dados, que objetiva obter a máxima amplitude na descrição e compreensão do objeto de estudo através do cruzamento de múltiplos pontos de vista através de uma série de informantes e diversos instrumentos de coleta de dados.

A triangulação de dados considera que na abordagem qualitativa a subjetividade do pesquisador e dos sujeitos participantes está presente a todo momento. Assim, quanto mais movimentos de aproximação da realidade forem feitos, mais chance haverá de se apreender melhor o objeto de estudo (Silva e Dalmaso, 2002).

A pesquisa de campo foi realizada no período de março a julho de 2004. O desenho da pesquisa foi estruturado em 4 etapas. No primeiro momento foram visitadas todas as unidades de PSF do bairro com o objetivo de se obter uma visão do todo, sua organização, estrutura física, distribuição geográfica, etc.

Após a identificação de todas as unidades, foi marcada uma reunião com a coordenadora do PSC, que agendou um dia junto com a supervisora da APA 6, para que a pesquisadora fosse apresentada aos profissionais das unidades. A via de acesso aos PSFs se deu a partir da Secretaria de Saúde. A entrada em campo por uma via formal visava facilitar o acesso da pesquisadora aos profissionais, sobretudo médicos e enfermeiros. A opção por esse tipo de entrada em campo se deveu a uma experiência bem sucedida na pesquisa também com profissionais de saúde “Como estão as Relações de Gênero no Programa de Saúde da Família?”.

A seguir, todas as unidades foram visitadas com cerca de 3 idas a cada uma delas. Graças às visitas em todas as unidades foi possível acompanhar atividades diversas como reuniões em grupo, festa junina, organização de relatórios e dias de consultas nos postos.

Posteriormente uma unidade foi escolhida para ser acompanhada mais efetivamente. Como critérios de escolha desta unidade foram considerados o fato da equipe do PSF estar completa no momento da pesquisa e que os profissionais estivessem nela há algum tempo. Evitamos profissionais recém ingressos no programa ou que mudou de posto há pouco tempo, não tendo, portanto, vínculos com a população. Mesmo que esta circulação seja uma característica que afeta o desempenho dos profissionais. Consideramos também o acesso às unidades, uma vez que apesar de estarem localizadas num único bairro, algumas são muito distantes e com acesso difícil, uma vez que não há transporte público dentro do bairro.

Inicialmente tivemos a preocupação de acompanhar uma unidade cuja área adscrita estivesse localizada numa área que representasse o melhor possível as demais áreas do bairro, entretanto, não conseguimos observar diferenças muito significativas entre as mesmas. Um posto foi desconsiderado para ser acompanhado mais efetivamente por ser o único posto de saúde do Cabo a contar com um profissional de enfermagem do sexo masculino.

Na equipe que foi acompanhada mais intensivamente a observação buscou conhecer a rotina da unidade, participar das ações de educação em saúde, acompanhar visitas às residências, conversar com usuários do serviço, acompanhar marcação de consultas, etc. Não foi possível, como tinha sido planejado inicialmente, acompanhar algumas consultas dos profissionais nos postos. A Secretaria de Saúde não permitiu tal observação por considerar um momento muito particular do profissional com o usuário, embora tenha sido esclarecido que as consultas só seriam acompanhadas com o consentimento de ambos. Todas as observações foram registradas no Diário de Campo.

Ainda nesse período foram pesquisados os dados sobre as famílias⁵ que são disponibilizados na Internet pelo Sistema Único de Saúde para conhecer melhor o perfil das mesmas segundo o cadastro.

⁵ Os dados sobre o cadastro das famílias são disponibilizados no **Sistema de Informações de Atenção Básica** – SIAB – Sistema destinado à coleta de informações aplicadas ao planejamento, acompanhamento e avaliação das atividades dos agentes comunitários de saúde e das equipes do PSF. O sistema utiliza 3 formulários para entrada de dados: um para cadastramento familiar e condições de moradia; outro para as informações de saúde; e o último com informações de produção e marcadores para a avaliação. Os dados são disponibilizados mensalmente pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS – no endereço <http://www.datasus.gov.br>.

Neste segundo momento a pesquisadora ficou intensivamente na unidade escolhida e também na comunidade sob sua adscrição. Os atores foram os profissionais da equipe de PSF e a população. O objetivo de incluir a população foi apreender o contraponto ao que foi observado com a equipe.

No terceiro momento de pesquisa foram realizados grupos de discussão com profissionais das unidades. A realização dos grupos se deu pelo fato dessa técnica permitir o confronto de opiniões dos profissionais para identificar qual o consenso sobre as questões trabalhadas. Foram realizados quatro grupos que foram agendados pela supervisora do PSC em Ponte dos Carvalhos. O grupo de médicos contou com a presença de 4 profissionais; os outros 3 grupos, de enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde contaram com a presença de 6 profissionais em cada. Os grupos de discussão foram realizados na sala de reuniões da Regional-3.

Na quarta fase foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com os membros de outras equipes. Foram entrevistados 7 agentes de saúde de 3 equipes distintas; 3 auxiliares de enfermagem; 3 enfermeiras; e 2 médicas. As entrevistas eram agendadas previamente e aconteceram nas unidades de saúde que os profissionais trabalhavam. Apenas uma entrevista marcada não se realizou. Uma médica que, no dia agendado, alegou ter esquecido e pediu para que a pesquisadora esperasse (estava numa reunião com a equipe, resolvendo qual o melhor dia para os agentes de saúde solicitarem o encaminhamento dos usuários das áreas). Posteriormente ela disse estar no final do expediente (apesar de faltar pouco mais de uma hora para acabar), já indo embora, que era difícil porque médico nunca fica sem ter o que fazer. Entretanto, a própria recusa da médica já demonstra a forma como ela percebe o tempo do profissional de medicina dentro do posto.

Foram entrevistadas ainda as duas dentistas que trabalham em PSC em Ponte dos Carvalhos; a supervisora da APA 6; uma das integrantes do grupo de educação em saúde - Sarte⁶ - existente no Cabo para dar suporte

⁶ O Sarte (Saúde, arte e educação), é um grupo de apoio em Educação e Saúde, é uma equipe interdisciplinar formado por uma psicóloga, uma assistente social, uma educadora física e com a consultoria de um filósofo. Surgiu a partir da necessidade das equipes do PSC de um apoio para o trabalho com a comunidade e na realização de grupos.

às equipes do programa; um dos responsáveis pelo programa de saúde mental que vem trabalhando a questão do alcoolismo junto com as equipes do PSC; e a assistente social da ONG PLAN⁷, que vem colaborando com o trabalho do PSC no bairro. As entrevistas, no total de 21, e os grupos de discussão foram gravados e transcritos. Nas atividades foram elaborados e assinados termos de consentimento informado.

Apesar da pesquisa ter sido realizada no período eleitoral, esse fator não foi um problema para a concretização da mesma. O que aconteceu de extraordinário foram algumas reuniões com os membros das equipes para discutir aspectos como o aumento de salário e o apoio ao candidato da situação. Essas reuniões não chegavam a alterar significativamente a rotina das atividades pois, em geral, se limitavam à participação de um membro da equipe, em geral um agente de saúde, o que demonstra o seu reconhecimento como profissionais mais próximos e capazes de influenciar a decisão da população; ou a conversas muito rápidas com a supervisora no posto. Apenas uma vez foi realizada uma reunião com toda a equipe fechando o posto no horário de atendimento. E, em outro momento, o diretor de uma policlínica foi levar os filhos para vacinar no posto de saúde, provavelmente com o intuito de demonstrar a qualidade do mesmo.

Apenas uma atividade tem destaque por ter sido realizada apenas nesse período: foram as reuniões de “prestação de contas à população” demonstrando como estava o serviço de saúde no município e comparando-o com os dados do início da gestão do atual prefeito que já exerceu o cargo outras 3 vezes, sendo esse o 4º mandato que se deu com a reeleição. Fazemos uma ressalva que nessas reuniões fica clara a tentativa de valorização do programa no município a qualquer custo, e não de um espaço de discussão. Assim, todas as críticas da população são rebatidas, como veremos adiante. Para o estudo foram bastante reveladores os argumentos usados ao responder as críticas.

Essas reuniões eram realizadas para a população usuária de 2 equipes. A pesquisadora assistiu a duas dessas reuniões.

⁷ A PLAN é uma ONG que atua no Brasil há 5 anos com programas nas áreas de Saúde, Educação e Direitos das Crianças.

Quanto ao fato da entrada da pesquisadora no campo ter sido via Secretaria de Saúde, os eventuais problemas dessa inserção foram minimizados com a presença freqüente da pesquisadora em campo. De forma semelhante à demonstrada por Silva e Dalmaso (2002), numa pesquisa realizada com agentes de saúde, as possíveis conseqüências limitantes resultantes do constrangimento dos sujeitos observados, e o possível “falseamento para melhor” ocorreu apenas no momento inicial, logo eles se sentiram à vontade para comentar todos os assuntos. Como afirma Malinowski (1978), como o passar do tempo, os informantes se acostumam com a presença do pesquisador que deixa de representar um elemento perturbador. Na unidade acompanhada houve, inclusive, uma festa surpresa para a pesquisadora no final do trabalho de campo; relatos de que a mesma se integrou de tal forma que parecia da equipe; e convites para visitar a unidade, mesmo já acabada a pesquisa.

A análise foi realizada à medida que os dados foram sendo coletados. Como argumentam Hammesley e Atkinson (1994), a análise é um processo cujo início é anterior ao trabalho de campo com a formulação e definição dos problemas de investigação. Mas, formalmente, admitiremos aqui a análise começando com uma leitura cuidadosa dos dados para extrair questões significativa dos mesmos. Os dados foram divididos em categorias para serem pensadas à luz das teorias e também dos conceitos “nativos”. Na análise dos dados a ênfase foi dada na conceitualização de família dos profissionais. Os dados recolhidos com os usuários serviram de apoio à reflexão. Os nomes dos informantes, quando aparecem, foram substituídos de forma a garantir o sigilo dos mesmos.

Uma vez delineado o percurso metodológico, passemos à análise de como vem se dando a assistência às famílias no Programa Saúde em Casa.

Capítulo 3

SIMPLIFICAÇÃO DO CADASTRO E DAS FAMÍLIAS: CRIANÇAS E ADULTOS NO PROGRAMA SAÚDE EM CASA

Ao se implantar uma unidade do Programa de Saúde da Família uma das primeiras diferenças percebidas em relação ao atendimento tradicional é a delimitação das pessoas a serem atendidas. Podem desfrutar dos benefícios (e também das cobranças) da unidade apenas as pessoas moradoras de uma área delimitada geograficamente. Para que tal ideal seja efetuado o primeiro passo é o cadastro das pessoas.

Assim, na análise dos dados coletados em campo, iniciaremos falando sobre a realização dessa etapa essencial para o atendimento. Após compreendermos como é realizado o cadastro das famílias e as implicações desse caminho, argumentaremos como vem se dando a assistência à saúde dos cadastrados e as suas implicações para a construção da concepção de família nos moldes deste programa.

3.1 - O CADASTRO DAS FAMÍLIAS

Segundo os documentos do Ministério da Saúde a Unidade de Saúde da Família (USF) deve ficar responsável por uma determinada área que é o seu território de abrangência. Deve ficar sob os cuidados da equipe uma média de 600 a 1000 famílias (Ministério da Saúde, 1998). Contudo, essa média dificilmente é cumprida e as equipes acabam tendo sob seus cuidados um número muito maior de famílias.

No caso das unidades pesquisadas, apenas duas tinha menos de mil famílias, uma com 940 e outra com 997 (lembrando que esse número não é exato devido às mudanças de endereço, casas de aluguel, etc.). As outras ficam entre 1.100 e 1.400 famílias. As duas unidades que foram divididas para formar o novo posto tinha entre 1400 e 1500 famílias. O novo posto já tem aproximadamente 1.120 famílias. O que demonstra que quando se aproximam da média estipulada é sempre para mais.

As equipes se sentem sobrecarregadas com o grande número de famílias.

*...Concebido no papel né, é maravilhoso que tem um número X de famílias a serem atendidas (...), o trabalho seria ótimo, poucos pontos negativos a se apontar. Agora a realidade é completamente outra né. A gente vê que tem o excesso de famílias. A equipe é pequena: um médico só pra dar conta de quatro cinco mil pessoas é quase que impossível né? / Graças a Deus no Cabo acho que o pessoal tenta levar a coisa a sério. Mas ainda tá muito longe do ideal, muito longe do papel, né. Assim, um dos pontos principais é esse exagero de família que cada um, cada equipe, tem de atender né. Não é possível você fazer um trabalho legal com tanta gente. (Grupo de Discussão médicos)*⁸

Uma coisa negativa é essa coisa do número da equipe entendeu? O número de pessoas, de famílias. São mais de 1.400 famílias tá entendendo? E é muita gente para o posto. Como a médica lá tá de férias a, médica (ferista) tá indo lá uma vez por semana. Ai fica um tumulto e o povo gosta de ir ao posto, já tô vendo o inferno que vai ser no posto amanhã. E as fichas não vai dar para todos (...) vai ser um inferno só dá vontade de mandar todo mundo embora. É horrível trabalhar assim... (Grupo de Discussão enfermeiras)

Esse também é um dos motivos de reclamação dos usuários. Mas quando a população tenta fazer críticas, parte-se sempre da filosofia do “é melhor assim que nada”. Além disso, a fala dos profissionais deixa transparecer um pouco de responsabilização do usuário pelo problema de sobrecarga como é possível perceber no “e o povo gosta de ir ao posto”. Numa das reuniões de prestação de contas, a população reclama da dificuldade de marcar consulta e que as enfermeiras estão estressadas, deviam passar por um psicólogo de 3 em 3 meses. Uma das médicas responde “do jeito que vocês falam parece que a gente é inimigo. Tem superlotação, é para atender 700 tem 1.400 (famílias) mas eu mesma atendo bem, chego na hora...” um dos organizadores continua “eu pergunto, responda com sinceridade, se o postinho daqui fechar amanhã, vai fazer falta?”.

⁸ As barras no meio das falas dos grupos de discussões indicam os comentários de pessoas diferentes.

Para se fazer uma reflexão sobre um programa que tem como foco a família é necessário um olhar mais detalhado sobre as mesmas. Segundo considerações de Britto da Motta a família é

“uma trama de relações sociais as mais básicas, corporificas em indivíduos que constroem sua identidade de gênero como homens ou como mulheres, de variados grupos de idade que se constituem (ou podem ser vistos) como gerações, e se identificam como crianças, jovens, adultos plenos ou velhos.” (1998, p.69).

Como argumenta Uziel (2004 b) as realidades sociais são ficções sociais que são reconhecidas pela coletividade. Assim, o que se acorda como sendo uma família é uma família real. A família é um princípio de construção da realidade social que é socialmente construído, repassado pela socialização que, por sua vez, se dá sobre a divisão em famílias.

O que é definido como família vai se modificando gradativamente. As alterações no aspecto legal ao longo da história são um reflexo das mudanças ocorridas na sociedade. O casamento que garantia a família e o reconhecimento da prole deixa de ser essencial para se reconhecer a família na constituição de 1998. A partir daí passa a se conceber como família qualquer dos filhos e acaba com a definição de filhos legítimos e ilegítimos.

A família ao longo do tempo ganhou novos formatos. Hoje encontramos com frequência famílias recompostas devido a novos casamentos; gravidezes na adolescência cujos bebês permanecem na casa dos avós; casamentos mais tardios, devido a estudos e trabalhos, aumentando o período de permanência na casa dos pais, dentre outras situações (Uziel 2004a).

Uma situação que também se encontra cada vez mais frequentemente é a existência de casais homossexuais, por vezes com filhos. Esse tipo de união tampouco goza de uma definição na sociedade. A heterossexualidade se mantém constitutiva do que, em geral, se convencionou chamar de família, associando a família à reprodução (Uziel 2004a, 2004b).

Como o PSF se posiciona diante dessa diversidade? A noção de família como um grupo de pessoas ligadas por vínculos afetivos e psicológicos em relações de hierarquia e autoridade, é preterida no programa por uma lógica burocrática e institucional que procura simplificar o

cadastramento associando as casas às famílias, desconsiderando as redes de parentesco e cooperação.

Assim, no Cabo de Santo Agostinho, são cadastrados como famílias todos os indivíduos que moram na mesma casa. Essa lógica se aplica inclusive nas áreas de prostituição na qual os bares também são cadastrados como casas e as profissionais do sexo que “moram” lá formam os membros da ‘família’.

A área de prostituição é o exemplo mais expressivo de um ‘problema’ vivenciado diariamente pela equipe e entendido como tal: as pessoas se mudam muito. A família toda se muda para morar em casas alugadas; os membros da família por motivos diversos: casam, se separam, vão trabalhar em outros locais, os doentes freqüentemente vão para a casa de outros parentes muitas vezes fora da área do posto; e as prostitutas, que mudam muito de bar, *‘cada vez que vai lá tem uma diferente’* (ACS).

A gente cadastra hoje uma turma, se o movimento essa semana for bom, aquela mesma turma vai estar com certeza na próxima semana. Se não for, na semana que vem já vai ter outras. Tinha 4 gestantes, a gente manda na (ficha) essas gestantes incluídas, só que no próximo mês, elas não têm feito pré-natal, não têm ido para o posto, eu não tenho visitado, porque já tem ido para outro lugar. Porque aqui ficou fraco, aí vai pra lá. É difícil, mas a gente cadastra o bar e vai levando. A gente cadastra o bar porque se conta como família, porque não deixa de ser, né? Não são mais de uma pessoa? (Entrevista com acs).

Outra coisa também é que elas (as profissionais do sexo) rodam muito, elas saem muito de lá. Aí um mês tá e um outro já não tá, um mês tá num bar, no outro mês está em outro. Elas saem muito, elas vivem pulando, elas não tem lugar certo. (Grupo de discussão com auxiliar de enfermagem)

Tem muitas grávidas, mas não terminam a gravidez aí não. Voltam para a terra dos pais. Ficam aí quando podem trabalhar, com 5, 6 meses que o cliente não quer mais vão embora. Eu tava com 5 gestantes da... (área de prostituição), foram embora tudinho. Eu conversei até com a supervisora para ver como fica isso, ela disse que ia ver como é que fica. Porque o povo fica procurando gestante que não existe. Porque, na verdade, elas vão embora. Aí eu perguntei se era pra fazer o cadastro no SIS-PRÉ-NATAL, que é esse controle que a gente tem, todas elas são captadas no 1º semestre e tem um cadastro que a gente faz, eu perguntei se a gente fazia esse cadastro mesmo sabendo que ela não é da área, é uma clientela que é muito

instável, tão hoje e amanhã não tão. E elas mudam muito de bares, passam 3 meses aí, aí vão para as zonas de Recife, Escada, Ipojuca. Não ficam fixas, mas a gente ainda tá cadastrando até que a secretaria diga que não é. (Entrevista com enfermeira).

A fala dessa enfermeira é bastante reveladora de como os profissionais se sentem: cadastrar ou não? Ela enfatiza *o povo fica procurando gestante que não existe porque na verdade elas vão embora*. Assim, o paciente “existe” na medida em que fica na área, existe para o posto. Mas esse existir está condicionado a uma certa estabilidade na permanência, *“eu perguntei se a gente fazia esse cadastro mesmo sabendo que ela não é da área, é uma clientela que é muito instável”*. Sugerindo que são “realmente” da área as pessoas que, “espera-se”, vivam lá.

O envelope do prontuário é estrategicamente preenchido de grafite, podendo ser apagado com facilidade para se adaptar às freqüentes mudanças. O local para o parentesco muitas vezes sequer é preenchido, até porque muitas vezes não se sabe exatamente o que colocar (como os casais homossexuais e na área de prostituição).

Daí decorrem novas questões. Morar sob o mesmo teto é condição essencial para ser uma família? O exemplo a seguir demonstra como o cadastro que facilita a administração reflete que o nome adotado pelo município sugere “Programa de Saúde em (por) Casa”. Essa é apenas uma das interpretações do nome escolhido pelo município como diferencial. Falaremos mais sobre essa questão adiante.

“A médica e a acs estão saindo para a visita quando chega um homem para marcar consulta para a esposa. A recepcionista explica que não pode porque ela não está morando em Ponte dos Carvalhos, mora em outro bairro.

Recepcionista – não pode porque ela tá em Pontezinha.

Homem – mas eu moro aqui, a mulher é minha, eu posso e ela não?

Recepcionista – Ela tem direito em Pontezinha.

Homem – que confusão, se a mulher é minha, a gente é casado, só que a casa de lá tá na justiça, não pode desocupar. Mas a gente tá aqui no fim de semana, também os meninos estão estudando lá, mas a casa dela é aqui também.

Recepcionista – mas lá é atendida do mesmo jeito

O diálogo dura aproximadamente uns 10 minutos. O homem tenta, sem sucesso, marcar. A acs e a médica também interferem. O homem

vai embora chateado dizendo que não vai mais ser atendido nesse posto. Quando ele sai a médica comenta “eu vou ligar tanto, com tanta gente para atender eu vou sentir tanto a falta dele” (Diário de campo).

“É um problema porque quando eles saem da área não querem sair do posto. Ou então, por exemplo, gente faz acompanhamento de gestante e quando elas têm menino vão para a casa dos parentes. A gente acompanha 3 gestantes e só nasce um bebê na área” (Entrevista com acs).

Na atuação cotidiana os profissionais vão utilizando estratégias para se adequar à regra, que é nacional, e atender às situações particulares encontradas. Além de preencher de grafite os prontuários, são realizados acordos e exceções que dependem, em grande parte, da afinidade do profissional com o usuário.

O exemplo a seguir ilustra bem um desses casos. A área do posto foi redividida quando se abriu uma nova unidade para desafogar outras duas que estavam com um número muito grande de pacientes. Uma usuária, cuja casa ficou exatamente no limite da divisão, consegue ser atendida com um acordo com a médica.

Eu estou entrevistando a acs e a médica diz que quer falar com ela, ela se aproxima.

Médica - olha é que eu vim te avisar que eu fiz um acordo com aquela moça, ela é tão agradável, me pediu tanto, aí eu fiz um acordo. Eu vou atender ela aqui, mas ela não pode dizer a ninguém, se ela disser vai para o... (posto onde é cadastrada). Ela veio, me pediu tanto. Eu disse a ela: olhe, eu faço um acordo com você, mas você não pode dizer a ninguém, nem na sua família. Se você disser, se o boato se espalhar, acabou o acordo, viu? Eu vou lhe atender mas não pode comentar.

ACS – é dra, ela veio, me pediu tanto (...) Mas eu disse tem que falar com a dra. “Porque tu não comprou a casa ao lado mulher?”

Médica - não é, ela ficou bem na divisa dos postos, aqui pertinho, se fosse uma casa do lado de cá...

ACS – e o prontuário dela, dra?

Médica - coloca no do irmão.

ACS – coloco o nome dela?

Médica - não... É.... coloca porque senão as meninas não vão saber quando ela chegar que tiver que pegar o prontuário.

ACS – ela e o filho?

Médica – é.

Num outro caso, a agente de saúde continua utilizando o prontuário antigo da família que se mudou.

A acs diz para a mulher ir no posto levar o filho e manda ela dizer o número do prontuário antigo. Eu fico sem entender e a acs me explica que a mulher morava na casa da sogra, que também é da área. Agora que tá nessa casa ela não trocou ainda o prontuário. “Ela vai voltar para a casa da sogra que também é da minha área. Ela e marido estão desempregados e alugaram esse quarto aí, daqui a um mês, quinze dias voltam, eu sei como é isso.” (Diário de campo)

Mas, se o problema da dinâmica existente entre as famílias é vivenciado por toda a equipe, ganha maiores proporções para os agentes de saúde. Pois, como são eles que devem fazer a visita com mais frequência, quando um deles desconhece a entrada ou a saída de algum membro da família isso é encarado como sinal de que o trabalho não está sendo realizado satisfatoriamente.

Há casos inclusive, da agente de saúde ir numa casa, identificar a necessidade de uma visita da médica ou da enfermeira, e, quando estas chegam lá, descobrem que alguém não mora mais lá ou que voltou a morar.

O exemplo de um rapaz que tinha que tomar vacina anti-rábica demonstra como fica a equipe, meio perdida, sem saber qual deve ser o procedimento diante das mudanças da população. Esse caso é de um rapaz jovem (uns 22 anos), e que, por não estar dentro das prioridades do PSF, é acompanhado de forma menos intensa. Podemos ver também aqui o argumento usado pelo usuário como “morando aqui mas passando um tempo em outro lugar”.

ACS – é porque esse rapaz veio tomar vacina anti-rábica mas ele não mora mais aqui e quer tomar, só que essa vacina tem que acompanhar, eu vou acompanhar como?

Pesquisadora – e ele não mora mais, como é que vai ser atendido?

ACS – não porque ele não é da minha área, é da área de... (outra ACS), mas ela tá de licença. Aí vacina anti-rábica tem que tomar 3 doses. Ele tomou uma, aí ontem a Secretaria de Saúde ligou para ele vir tomar a outra. Quando eu fui na casa dele ontem chamar, a mãe dele me disse ‘ele não tá aqui não, tá em barra de Jangada’, a mãe disse. Eu perguntei pelo cachorro que tem que observar também, ela disse que tava pra lá também. Quando é hoje o menino vem tomar, avisaram a ele.

Pesquisadora – e pode?

ACS - mas o problema é que tá o nome dele no prontuário da família, não tirou.

Pesquisadora – ele vai ser atendido?

ACS – (a auxiliar de enfermagem) tá ligando para a Secretaria de Saúde.

Pesquisadora – e se ele não tomar aqui faz o quê?

ACS – aí ela toma no 24h. Porque se toma no posto, a gente tem que acompanhar ele e o cachorro, como eu vou acompanhar se eles estão pra lá? No 24h não, quem não tá no prontuário toma lá porque aí eles se responsabilizam.

Outra ACS – é porque o nome dele está no prontuário, esse é o problema (a acs da área) não tirou.

ACS – agora vê, a mãe dele disse que ele não tá mais lá há muito tempo. E ainda deram na Secretaria o número errado. Eu fui procurar na rua não achei o número, perguntando ao povo eu achei a casa da mãe dele.

(...)

O rapaz vai ser atendido. Foi o que a Secretaria disse a auxiliar pelo telefone. Ela o chama irritada. Faz as perguntas a ele.

Auxiliar – você mora onde?

Rapaz – moro aqui, mas é que eu to passando um tempo em Barra de Jangada.

Auxiliar – Qual o endereço?

Rapaz – (não sabe direito o endereço daqui, nem o telefone. Pergunta à prima que veio com ele mas ela também não sabe).

(...)

A Auxiliar aplica a injeção irritada. Ela e as agentes de saúde ficam sem entender porque a Secretaria não mandou para o 24h. (Diário de Campo).

Como cabe aos agentes de saúde identificar as pessoas da casa / família, para colocar no cadastro, também são eles que tem que “inspecionar” quando as famílias tentam inserir no atendimento pessoas que não moram na casa por períodos ininterruptos como almeja o programa. Assim, os usuários aparecem como enganadores, que tentam esconder a realidade do acs que, por sua vez, tem que buscar formas de descobrir.

Tem um nenê que mora em Garapu, aí ela passou a gestação aí, a partir do 8º mês e do 9º e ficou aí com a mãe dela. Eu disse: - Tu vais ficar aí? Tu vais ficar morando com a tua mãe? – Vou. Não vou voltar mais pra casa não, vou ficar morando aí. Aí foi passou o primeiro mês, né? Que a gente acompanha até o 28º dia, a gente tem de acompanhar essa criança todos os dias. Aí quando passou o segundo

mês, fui num dia eu cheguei. – Cadê Fabíola⁹? Ela pegou e disse assim: - ta não. Aí eu fui disse assim, acho que Fabíola está morando em Garapu e está querendo se consultar aqui. Aí eu disse assim... aí eu fui no próximo dia né? Aí a vizinha disse assim: Fabíola não mora aí não. Aí eu disse assim, mas eu não vou poder passar isso para minha enfermeira primeiro eu quero ouvir da boca da família. Eu chegava lá batia na porta e perguntava a mãe dela. – Cadê Fabíola eu quero ver Diego, eu quero ver o cartão de Diego. – Não está. Aí quando foi no outro dia eu encontrei o irmão da Fabíola em casa e eu comecei a conversar. – Cadê Fabíola. Eu não consegui ver esse cartão ainda de, eu não consegui ver o cartão de Diego, faz dois meses que eu não vejo. Ele está indo para puericultura mas só que ele não está sendo acompanhado por mim. Eu disse ao irmão dela. Aí ele fez assim: - É porque ele não está aqui ele, está em Garapu. – Ela voltou para Garapu? – Faz dois meses que ela foi morar em Garapu. Eu disse; - Há então eu vou passar para minha enfermeira. Aí ele fez assim: - Minha mãe e meu pai agora vão reclamar comigo. Eu disse: - Isso não depende de mim porque o programa quer que a gente deixe só cadastrado quem mora realmente na área. Se Garapu não tem um programa vocês devem procurar um hospital ou unidade de saúde mais próxima. Mas só que eu não posso porque caso aconteça alguma coisa lá em Garapu, a gente é quem vai responder, porque a agente de saúde sou eu. Se essa criança tiver uma diarreia a gente tem de fazer a ocorrência, tem de preencher a fichinha e mandar para Secretaria, todo mês a gente tem de mandar dizer se essa criança teve resfriado, a gente tem que mandar dizer. Isso tudo tem de ser informado pra nossa enfermeira. Então como é que eu vou informar as coisas se eu não vejo a criança? (Entrevista acs).

Nesse caso aparece uma questão interessante, a importância da informação que venha da família. Mesmo a vizinha dizendo que a mulher e a criança não moram mais lá, é preciso ouvir “da boca da família” para retirar o nome do prontuário.

O ideal de família estática com número preciso de cadastrado está longe de corresponder à realidade. O número de famílias muda o tempo todo e também o número de pessoas dentro de cada família. A família “com mobilidade” cria um problema administrativo para o PSF.

Michel Foucault (1979) afirma que a higiene pública é uma versão sofisticada da quarentena, sonho político-médico da boa organização das cidades. Os países da Europa, desde o fim da Idade Média, possuíam um

⁹ Os nomes que aparecem no meio das falas são fictícios com o intuito de facilitar a leitura e garantir a privacidade dos sujeitos.

regulamento de urgência a ser aplicado em caso de peste ou de doença epidêmica numa cidade.

Idealmente, nesse plano de urgência, as pessoas deveriam ficar numa casa para serem localizadas num único lugar. Preferencialmente cada família na sua casa e cada pessoa num compartimento. A cidade seria subdivida em bairros sob a responsabilidade de uma autoridade que teria sob seu comando inspetores para percorrer as ruas ou ficar nas extremidades verificando possíveis saídas de moradores.

Esses inspetores deveriam observar diariamente todos os habitantes (pedindo para aparecer na janela). Caso a pessoa não aparecesse, estaria doente, seria retirado e a casa desinfetada. Os inspetores deveriam entregar relatórios diários sobre tudo o que foi observado (Foucault, 1979).

Esse sistema de vigilância, registro centralizado e da cidade subdividida, em muita coisa nos lembra o que é realizado no PSF.

O que ocorre com uma certa simplicidade para as famílias, como a chegada de um parente doente, em férias, desempregado, separado, etc. para morar temporariamente na casa, é algo complicado para a equipe que tem um cadastro como guia. E as famílias que se mostram inadequadas ao modelo são vistas como aproveitadoras.

Gostaríamos de ressaltar que as ações de higiene bucal que são realizadas pelas equipes (mensalmente as agentes de saúde realizam escovação e fazem aplicação de flúor a cada 6 meses) se diferenciam um pouco desse modelo. São realizadas nas escolas com os alunos. Nesse caso é a escola que tem que estar localizada na área da unidade, mas todos os alunos são atendidos.

3.2 - PRIORIDADES, AÇÕES E GERAÇÕES NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Uma vez resolvida a primeira questão, de se cadastrar as pessoas / “famílias” para serem atendidas no posto, parte-se para outro ponto: quem, dentre os cadastrados, atender. É aí que entram as prioridades atendidas no PSF: crianças, menores de um ano, (principalmente) os RN (recém-nascidos)

que têm que ser visitados todo dia até completar um mês, e gestantes. Hipertensos, diabéticos, os acamados, hanseníase, tuberculose.

Os profissionais da equipe necessitam também cumprir uma série de ações, com dias predeterminados, cujos dados são compilados quantitativamente e encaminhados para a Secretaria de Saúde do município, como consultas, visitas, atividades com grupos, reuniões administrativas, etc.

Como então atender as famílias focalizando as prioridades e dando conta das diversas ações a realizar?

A compreensão das famílias a partir das gerações simplifica o cuidado dispensado às mesmas. Embora a convivência com a população permita aos profissionais perceber a importância do pertencimento familiar e da solidariedade entre os membros, durante o atendimento o que predomina é a noção médico sanitaria que engloba as pessoas como segmentos da população, levando em consideração a idade e o sexo (Scott, 2004 a).

Nas ações desenvolvidas em saúde com frequência são identificados grupos por marcadores biológicos de sexo e idade. Os indivíduos são identificados por serem mulher ou estarem localizados num determinado momento do ciclo vital (crianças, adolescentes, idosos). Essa postura individualiza o alvo das ações de saúde por atributos biológicos, unindo os indivíduos por características específicas descontextualizadas do seu meio. (Scott, 2000).

Essa lógica engloba os indivíduos em segmentos descontextualizando-os da sua realidade. Scott (2000) apresenta a diferença entre segmentos sociais e grupos sociais. Segundo o autor *“segmento social tem uma conotação mais abstrata e costuma ser definido por alguma característica que pode contribuir para isolar “o segmento” do restante da população. Enquanto os “grupos sociais tem referências diferentes, ao mesmo tempo mais concretas e mais complexas. São congregações de pessoas, freqüentemente de características diversas, que interagem com regularidade na vida cotidiana.”* (Scott, 2000 p. 05).

Entendidos com segmentos teríamos, por exemplo, mulheres, idosos, negros, deficientes, etc. com uma característica identificadora que não é abstrata que “separa” a pessoa do contexto onde vive. Já como grupos sociais

pode-se exemplificar os grupos de familiares, parentesco e de vizinhança. Frequentemente os grupos sociais mantêm uma identidade com a sua localização numa inserção geográfica específica comumente chamada de comunidade, demonstrando uma identidade comum ao grupo.

O reconhecimento da necessidade de se atender aos “grupos sociais”, de relacionar as demandas dos segmentos com a identidade da comunidade, para que a atuação tenha uma maior eficácia, estimulou o apoio ao PSF por administradores sanitários, profissionais de saúde e representantes de segmentos sociais. (Scott, 2000).

Na formação médica, a medicina familiar destaca a identificação de problemas de saúde com maior incidência numa determinada faixa etária. Embora se reconheça o indivíduo inserido em redes familiares, o serviço de saúde enxerga as pessoas a partir de uma concepção medicalizada se centrando no crescimento e deterioro dos corpos biológicos individuais.

Um dos exemplos é o quadro genealógico, um método que permite conhecer profundamente a comunidade, as redes de parentesco, as diferenças de linguagem, etc. mas é usado com ênfase apenas nas patologias mais comuns em pessoas de diferentes idades.

Na formação dos profissionais são dadas orientações sobre a saúde infantil, da mulher, do idoso, do adolescente, do adulto¹⁰. Dificilmente se aborda a integração das pessoas nos grupos familiares e comunitários (Scott, 2004 a).

A partir da experiência em campo foi possível identificar uma lógica que organiza a população como crianças (infância), adolescentes, adultos e idosos.

Além da percepção geracional é bastante relevante a questão de gênero e o enfoque na reprodução na assistência à saúde. Assim, o que se entende por adulto praticamente só compreende as mulheres e estas quase sempre associadas às questões reprodutivas.

¹⁰ Os médicos, enfermeiros e odontólogos têm na faculdade disciplinas que destacam a noção biológica de patologias relacionadas a faixas etárias e repassam essa lógica no trabalho com as famílias para toda a equipe. Os próprios ACS passam a desenvolver suas ações a partir dessa lógica.

Pensar a questão de gênero e geração é, portanto, fundamental ao se refletir sobre uma política de saúde que tem a família como alvo. Gênero e geração são dimensões básicas das relações sociais. São categorias relacionais que se referem ao biossocial. O sexo e a idade são definidos no corpo e na cultura como gênero e geração. O elemento de ordem biológica é enfatizado para justificar o poder e a dominação (Britto da Motta, 2003).

E é justamente utilizando argumentos de ordem biológica que a mulher é tratada como alvo preferencial na atenção dos serviços de saúde em geral e do PSF, a atenção básica. Segundo Quadros (2002), a prática médica atual, reforça as desigualdades de gênero, pois trata de forma diferente os pacientes homens e mulheres; se interessa obsessivamente pelas funções reprodutivas femininas, contribui para a manutenção de estereótipos dos papéis sociais; reforça o servilismo da mulher nas relações familiares, contribuindo, obviamente para a opressão feminina.

Assim, gênero é uma categoria de análise que orienta este estudo e deve ser entendido a partir das formulações de Joan Scott, como sendo um elemento constitutivo das relações sociais baseado nas diferenças entre os sexos, uma forma de desigualdade social, definida e constantemente construída em um contexto concreto, articulada com outras formas de desigualdade social, como classe, etnia e geração, uma forma primeira de significar relações de poder (J. Scott, 1995).

Quanto à geração, ela é vivida em parte de forma homogênea e em parte diferenciando-se segundo o gênero, a classe, a etnia. É preciso lembrar da múltipla pertinência das pessoas. Não se vive uma dimensão e sim, um conjunto de experiências que são resultado dessa múltipla pertinência. (Britto da Motta, 2003).

A idade geracional tem um papel fundamental na estrutura familiar e no parentesco. Se é pai ou irmão independente da idade cronológica. As idades têm relevância quando o quadro político-jurídico tem precedência sobre as relações familiares. As gerações, diferentemente das idades, tem como referência a família (Debert, 1999).

Na tradição antropológica a geração é “*expressa em termos de idade (Grupos e categorias de idade), tendo como referência principal a filiação e guardando uma função classificatória de posições. Mas inclui tanto as posições geracionais na família como na própria organização social mais ampla.*” (Britto da Motta, 2003, p.7).

Dentro do PSF as gerações são percebidas segundo o referencial biomédico de patologias ou estados. Dividindo os usuários em segmentos e desconsiderando a múltipla pertinência das relações. Passaremos então a analisar as implicações dessa concepção num programa que tem a família como centro de abordagem.

Ligadas à reprodução as mulheres estão automaticamente relacionadas às crianças. Dessa forma, iniciaremos nossa análise sobre a concepção geracional no PSF pela infância conjuntamente com a geração que está diretamente relacionada a ela na prática dos profissionais: a de adultas, mulheres adultas.

3.3 - CRIANÇAS E ADULTOS: A ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL

A importância das crianças e das mulheres para a medicina foi aumentando gradativamente. Como mostram Donzelot (1977), Costa (1983), Badinter (1985) e Rohden (2001), a medicina nem sempre se interessou pela infância e maternidade. Estas questões ficavam a cargo das ‘comadres’. Com o passar do tempo e da mudança de mentalidade que foi se delineando, a medicina passa a se preocupar com a infância e com as mães, aliadas no cuidado.

A visão de um médico citado por Badinter (1985) demonstra a tomada de consciência da medicina pela infância com uma concepção que permanece até hoje: da criança como futuro. A desatenção da medicina à conservação das crianças se deu, segundo o médico, por indiferença e desconhecimento da riqueza em potencial que elas possuem.

O interesse da medicina sobre as mulheres e a reprodução se inicia no séc. XIX com a medicina sobre a mulher, que é expressa na criação da ginecologia como especialidade, que se definia como “a ciência da mulher”. Pouco se falava da importância do homem na reprodução, talvez porque não se questionasse o papel dos mesmos (Rohden, 2001).

Hoje há nos serviços de saúde uma grande ênfase no materno-infantil. A primeira referência para o sucesso da atuação do PSF nacionalmente é a diminuição da taxa de mortalidade infantil. No Cabo de Santo Agostinho não poderia ser diferente. A redução da taxa de mortalidade nos últimos anos é o dado escolhido para mostrar à população os benefícios trazidos pelo programa.

Numa das reuniões de “prestação de contas” à comunidade os responsáveis mostram os dados da mortalidade infantil. Apesar de trazer indicadores diversos de saúde (indicadores saúde da mulher; controle da hipertensão; controle da diabetes; saúde bucal; indicadores de dst/aids; tuberculose; hanseníase; vigilância ambiental; indicador financeiro; e controle social), destacam apenas a mortalidade infantil com a seguinte explicação :

“Aqui tem aquele indicador que a gente acha mais importante. Também porque é o mais valorizado que é a mortalidade infantil. Qualquer estudioso quando for ver a condição de vida do local vai observar a saúde infantil” (Diário de Campo).

MORTALIDADE INFANTIL NO CABO DE SANTO AGOSTINHO

INDICADORES DE SAÚDE DA CRIANÇA								
INDICADORES	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
*Taxa de mortalidade em menores de um ano de idade (1000 NV)	41,8	30,3	27,3	29,1	24,0	21,2	18,3	16,2
* Proporção de óbitos em menores de um ano de idade por causas mal definidas (%)	10,0	9,8	2,8	2,6	2,8	2,7	1,8	zero

Nº de exames do pezinho – 583 (a partir de set_2003) e 821 (Jan/abril_2004)
% de crianças com aleitamento materno – 54,4%
(PMCSA, 2004¹¹)

O Programa tem como carro-chefe do seu sucesso a redução da mortalidade infantil. Assim, os profissionais, e como consequência, as famílias, são bastante cobrados para nenhuma criança chegue a morrer. Os números alcançados são exibidos com orgulho nos materiais da Secretaria de Saúde, em bottons usados pelos profissionais das equipes “62% de redução da mortalidade infantil” (ver anexo).

Então assim, se uma criança dessa morre é muito ruim para o município. Por isso que a nossa responsabilidade é fazer de tudo para uma criança dessa não morrer, entendeu? Pra gente enquanto unidade é a Secretaria de Saúde vir aqui. O pessoal da Secretaria de Saúde vem saber o que aconteceu, até onde a gente foi, até onde podia ter ido. E para o município entra nos índices de mortalidade infantil. O indicador deve baixar e já baixou muito e ainda tem que baixar mais, então é ruim, para o município é muito ruim. (Entrevista com médica)

...na área, a mãe que não quer trazer os meninos pra vacinar a gente vai vacinar em casa.
(Grupo de discussão com auxiliar de enfermagem)

Esse bom desempenho é resultado de ‘disputas’ por parte dos profissionais a respeito de quem realmente merece o mérito desses números, quem, dentro da equipe, é responsável pelo sucesso do programa.

Ai quem o pessoal estabelece para receber o mérito, uma das coisas que achei mas interessante é da mortalidade infantil. Se fala da redução da mortalidade infantil, mas o responsável, ou os responsáveis, pela baixa da mortalidade são os enfermeiros, porque é quem acompanha a criança desde o ventre da mãe até ela completar 1 ano de idade. Então a baixa dessa mortalidade o mérito é nosso que agente acompanha. Não só nosso mas do acs que também através da orientação do enfermeiro ele vai lá acompanhar. O médico também. Mas como puericultura é uma clínica do enfermeiro então os méritos eram pra ser nossos. E teve essa oportunidade que esse mérito não

¹¹ Material de divulgação da Secretaria de Saúde utilizado nas reuniões de Prestação de Contas à comunidade.

foi dado à gente. Foi dado aos médicos, profissionais médicos. E teve um grupo que levantou e disse não, não. Só aí foi corrigido mas aí os médicos, já tinha sido dado em público os méritos pra eles. Não é a questão de disputa de categoria. É de reconhecimento. Eu acho que cada profissional, ele, ou até mesmo o agente de saúde. Ele tem o mérito dele. Eu acho que o mérito tem que ser dado à equipe. Ele deve ser dado a cada profissional que realmente contribuiu para que aquilo fosse possível (Grupo de discussão com profissionais de enfermagem).

Se a vida dos bebês e, por extensão, a gravidez, tem uma grande importância nas ações desenvolvidas pela equipe, é também o melhor exemplo para ilustrar como vem se dando a atenção às famílias na prática cotidiana desses profissionais.

Vasconcelos (1999), ao abordar a priorização das famílias nos serviços de saúde, argumenta que as políticas sociais fragmentadas em geral se voltam para o atendimento individualizado, desconsiderando o universo familiar e comunitário. Assim, exemplifica o autor, *“no pré-natal, a tradição médica se preocupa, essencialmente, com a gestante, como se a família não estivesse, de alguma forma, também grávida. Não se pensa na preparação dos outros familiares para o nascimento que ocorrerá”* (p.7).

O pré-natal é um momento ímpar de se analisar a assistência às famílias, nesse caso, das gestantes. As mulheres, futuras mães, são vistas como responsáveis pelos bebês. Cabe a elas, e idealmente só a elas, o cuidado com os mesmos.

Além das visitas mais frequentes e da consulta facilitada no posto às gestantes e crianças, uma das ações que demonstra a atenção às gestantes no posto, com o intuito de garantir um cuidado adequado para os bebês, é a realização do grupo de gestantes. Esse grupo, junto com o de idosos, funciona na maior parte das equipes. Mas tem um diferencial, este é o único grupo que tem o roteiro completo e objetivo a ser seguido. Não é só um grupo, é um curso para gestantes.

Na realidade o curso ainda não é realizado em todas as equipes. Esse é um ideal que está sendo arduamente perseguido, mas é uma das ações do Sarte mais sistematicamente seguida. No curso são trabalhados temas como a importância do pré-natal, da amamentação, cuidados com o bebê. Inclui

uma visita à maternidade familiarizando as futuras mães com o ambiente hospitalar onde deve ocorrer o parto.

A mãe ganha a agenda da gestante para registrar e acompanhar cada fase da gestação e, ao final do curso, tem direito a certificado (ver anexo). O curso é ainda apoiado pela Plan que contribui financeiramente garantindo um lanche ao final dos encontros, um mini-enxoval, e o ônibus que leva as futuras mães das unidades para a visita à maternidade.

Com os PSCs tem apoio para o curso de gestante, que tá em 17 unidades. Além do pré-natal a gestante tem essa capacitação onde ela vai aprender desde mudanças no corpo até cuidados com a criança. Aí vem tudo, aleitamento... Tem toda uma programação. Tem também uma visita à maternidade que ela vê para onde a mulher vai, todo o processo. A gente apóia com o transporte e o lanche dos encontros. E o kit como incentivo, até para ela participar do curso, tem banheira, fraldinha, coisa bem simples, não chega ser um enxoval. A gente forneceu papel, tinta para impressora para os certificados. (Entrevista com assistente social da Plan).

No bairro pesquisado o cuidado com as crianças é priorizado nos fins de semana quando os postos estão fechados, graças à Plan. Esta entidade criou junto com a Secretaria de Saúde um projeto de “voluntárias de saúde”.

A Plan ela trabalha mais ainda com a questão da criança e da gestante. Fez essa parceria, e conseguimos mais coisas para as equipes. (...) Mães voluntárias, que moram na área de abrangência, que ficam também no cuidado das crianças no fim de semana, em conjunto com o posto. Por exemplo, se tem uma mãe voluntária e vê que tem uma criança com algum problema, precisando de apoio, ela vai até a equipe levar o problema, principalmente se for no final de semana. Vai até a equipe (na segunda-feira) e leva o problema para lá. É para ser um trabalho em conjunto. (Entrevista com a supervisora).

Outro projeto nosso com interface com o PSC é o chamado ‘voluntárias de saúde’. (...) O que é? Vê a criança em todos os aspectos, desde o da doença, biológico, até assim, questão de higiene... então são voluntárias da comunidade que assim, quando o ACS não passa, ou são muitas famílias para dar conta. E elas estão na comunidade 24 horas, elas moram. São pessoas da comunidade que tiveram informações a mais sobre o cuidado com as crianças e elas repassam isso para as mães. Começamos com 30 voluntárias, hoje são 21. Escolheram um grupo de crianças de 0 a 5 anos que elas

visitam regularmente, são 10 para cada voluntária e aí ela faz um interface com o PSC. Por exemplo, se ela passa na casa e vê que a criança está com algum sinal de perigo, com alguma doença, ela diz logo, leve logo a criança. Se ela percebe que é algo mais leve diz, oh, faça assim. Incentiva o soro caseiro que a mãe faz em casa. Se ela chega lá e vê que o quadro tá muito grave ela diz 'leve imediatamente a criança' ela aprendeu a reconhecer alguns sinais. Tem a parceria com a Secretaria de Saúde, até porque é muito parecido com o da acs e também porque ela precisa saber como funciona a unidade de saúde, a participação de cada profissional. (...) É uma mulher que mora perto e que vai dar orientações corretas, como reconhecer sinais de desidratação que pode levar ao óbito rapidinho. Em Cuba já a algo semelhante, e uma médica de lá ressaltou que ainda algumas situações graves acontecem com a criança no final de semana quando a acs não tá. E aí com o papel das voluntárias muitas coisas podem deixar de acontecer com a criança porque a mãe sabe a quem pode recorrer antes de procurar a unidade a qualquer sinal. A Secretaria de Saúde vê com bons olhos essas voluntárias. O objetivo era ter na comunidade mais pessoas capacitadas para cuidar das crianças.

(Entrevista com assistente social da Plan).

O papel que é sempre desempenhado pelas avós, tias, vizinhas que tem filhos, de colaborar com o cuidado e orientações com as crianças pequenas, é feito agora por uma pessoa que “teve informações a mais”. Parte-se do princípio que as mães não são capazes de perceber se a criança precisa ir ao serviço de saúde e de que a população em geral sequer sabe como funciona a unidade de saúde e o papel de cada profissional. O intuito de buscar que tenha na comunidade mais pessoas capacitadas para cuidar das crianças demonstra que é preciso capacitar para cuidar das crianças, a mesma lógica que faz se entregar certificados para as mães, as pessoas não sabem cuidar dos seus filhos. Desconsidera-se todos os outros fatores sociais em que as pessoas vivem para responsabilizar as mães pelo “má criação”, daí a necessidade de capacitá-las.

O cuidado com as crianças é visto como algo que precisa de pessoas treinadas para tal. A assistente social completa. Fala-se “*Vê a criança em todos os aspectos, desde o da doença, biológico, até assim, questão de higiene...*”, transparece aí a dificuldade de identificar o que além do biológico essas voluntárias poderiam ver. Até porque elas são treinadas para *reconhecer alguns sinais*. O modelo de Cuba vem como referência também

para essa ação. E, ao que parece, a Secretaria de Saúde, tem o interesse de estimular o projeto “Voluntárias da Saúde”.

A secretaria já pensa inclusive em não mais fazer com o SENAC e sim na unidade de saúde com as próprias enfermeiras. (Entrevista com assistente social da Plan).

É aí, na assistência às mães e às crianças, o espaço no qual a vigilância se dá de forma mais intensa. Não que essa vigilância não ocorra com outros membros / gerações, é também bastante forte com idosos, por exemplo. Mas o fato da importância enorme dos bebês nos serviços faz com que a preocupação maior seja para as mães e crianças. Assim, as acs são orientadas a visitar a criança recém-nascida todos os dias até ela completar 1 mês (a rigor, 28 dias), e a inspecionar se há algum indício de desobediência às orientações, principalmente a de amamentar.

De forma semelhante à mostrada por Donzelot (1977), Costa (1979) e Badinter (1985), os médicos levantam a bandeira da amamentação para garantir a saúde e a sobrevivência dos bebês, só que agora o médico esta acompanhado por uma equipe.

Uma mulher que não tava amamentando, o bebezinho dela que tinha 2 meses tava com uma diarreia bem forte, né. E assim, eu caço os (bebês com) menos de um ano da minha área para não morra nenhum, tanto eu quanto a enfermeira, é uma questão de honra, ponto de honra. (...) Tem que ir diariamente. Se a gente não conseguir chegar e a criança, o bebê, não conseguir chegar na unidade de saúde com a mãe, aí o acs vai para dar alguma notícia pra gente. (Entrevista com médica)

A medicina teve um papel fundamental para a difusão do amor materno incondicional, natural, dado. Assim, considerando o amor dos pais pelos filhos, porque, então, as atitudes tomadas pelos pais nem sempre são as que têm melhores resultados para os filhos? Porque desconhecem o que é melhor para eles. Esse discurso desenvolvido pelos médicos higienistas, se mostra ainda atual. “O que a higiene precisava desenvolver, como de fato o fez, era a idéia de que os pais erravam por ignorância. Apesar de irresponsáveis, no

fundo eles desejavam para os filhos aquilo que a higiene previa como correto e bom.” (Costa, 1979 p. 70)

Entretanto, esse discurso não dá conta da realidade. Como argumentar que os pais desconhecem o que é melhor para os filhos se a equipe está lá, justamente para orientar? É aí que entram as classificações dos tipos de mãe. Estas, pelos profissionais, se distinguem em 2 segmentos: o das boas mães e o das mães desleixadas. São igualmente freqüente os 2 tipos.

As boas mães são as que levam as crianças ao posto, amamentam, segue as orientações.

Tem criança, assim, que adocece e a gente vê que a mãe se dedica mesmo. (...) Aí assim, esse neném que entrou em internamento domiciliar eu passei quase 2 semanas indo lá direto, e na mesma época entrou outra criança em internamento domiciliar, de 2 anos, que tava até mais grave do que ele com uma pneumonia. E assim, essa criança saiu muito melhor do que o neném, porque a mãe foi de um cuidado, tudo que a gente pedia ela fazia. Se pedisse para ela vir aqui 10 vezes por dia, ela vinha 10 vezes. Trazia ele. Foi não sei quantas vezes na Mista fazer exame porque a gente pedia exame quase todo dia. Então foi os dois extremos e na mesma época, eu tava com esses 2 internamentos. (Entrevista com médica).

Já as “desleixadas” são aquelas que se recusam a levar o filho, a amamentar, a cuidar. São essas que causam problemas à equipe. São elas que vão contra a “natureza”, não amam os filhos e conseqüentemente não cuidam deles. Badinter (1980) afirma que a condenação teológica às mães foi substituída no séc. XVIII pela condenação moral. A não amamentação passa a ser considerada uma injustiça com o filho. Essa condenação moral persiste até hoje, independente das condições e no contexto no qual a mãe se encontra.

E assim, uma paciente super resistente, o nenenzinho morrendo mesmo porque ela não queria dar o peito, ela se negava. Cheia de leite, cheia de condição mas ela não queria. Assim, essa me chamou muito a atenção porque eu me revoltei muito com essa mãe, sabe. Eu falei assim, você vai matar seu filho. Mas assim, depois a gente trabalhando com ela, e assim, a última visita, a visita que eu fui um pouquinho mais chata com ela, aí depois ela começou. Aí agora ela tá dando, peito e leite, peito e leite, peito e leite, mas pelo menos o

menino tá melhorando. Mas assim, me chamou muito a atenção porque justamente o descaso da mãe né? Aí eu conversando com ela “mas rapaz ele não pediu para nascer, você tem que dar o peito para ele, senão ele vai morrer”. Aí ela disse: “não, ele não pediu para nascer e eu também não pedi para ele nascer”. Então é assim, você vê que é uma mãe que não tá... (...) Eu lembro quando ela engravidou. Porque foi assim ela foi fazer uma laqueadura, aí tava grávida. Aí num fez, ou fez e engravidou. Foi um rolo. Assim, quando eu peguei ela já tava operada. Aí quando ela operou, ela achou que tava ligada, ou não sei o que foi, eu sei que com 2 meses a menstruação dela não chegava e ela me procurou no posto. Aí eu pedi o beta HCG e deu positivo. Essa mulher ficou muito revoltada. E assim, ela é de um descaso com a criança impressionante. (Entrevista com profissional de medicina).

A médica relata que se sentiu revoltada com a mãe que não queria amamentar. São essas mães também que são alvo da ameaça literal dos profissionais, levando ao máximo as implicações da vigilância às famílias

É ...há umas semanas atrás a gente descobriu.... a dentista foi fazer umas visitas.... Aí lá vamos fazer visita, fazer aplicação de flúor, a gente foi fazer visita com a agente de saúde. Chegando lá a gente descobriu que havia uma criança com diarreia há uma semana e que essa criança não era amamentada. A dentista disse você vai agora pro posto. Botou no carro e levou ela pro posto. Quando chegou no posto a gente conseguiu descobrir que a mãe não amamenta porque não quer, e já deu três filho antes desse. E disse que não ia amamentar porque não ia, não ia e não ia, que não tinha cristão que fizesse ela amamentar, ou seja, é uma confusão. Aí todo dia a gente ia lá e falou ... que era enfermeira, e falou que é a médica e falou a agente de saúde, e falou eu e falou a dentista, ou seja, se fosse uma a gente de saúde... uma equipe que não tivesse equilibrada essa criança ia se perder. Teve que ir para o Mendo Sampaio, não ficou internada porque não era caso de se internar, mas se desidratou, teve afundamento de moleira, os olhos ficaram fundos. Mas assim, se a gente não tivesse ficado atento o final dessa criança ia ser o óbito. Porque até hoje a mãe se recusa a amamentar a criança. O pai não trabalha, a mãe não trabalha é todo mundo desempregado. Não tem o que comer, como é que vai comprar leite bom? Como é que vai comprar leite Ninho? Como é que vai comprar nada? Porque não tem dinheiro, e tava dando também pra uma criança com diarreia, uma criança com mais de 15 dias de diarreia e o bichinho quase que vai embora. Aí é assim, a briga da gente foi tanta, inclusive o pessoal, os alunos de Cuba que estavam no curso foi também. A menina da Plan foi também, ou seja, foi todo mundo que tinha que ir, a gente chamou o Conselho Tutelar. (Representante da Secretaria de Saúde) apareceu no posto também para ver essa criança, e assim, a gente sente que a

criança só não foi embora porque todo mundo fez o que tinha de ser feito. Sabe?, tava todo mundo, todo mundo brigou, todo mundo discutiu. E foi uma confusão, uma confusão mesmo com a mãe, com o pai. O pai disse que ia bater na mãe se o menino morresse e a gente quase que viu o menino morrer, por causa de uma diarreia. Porque a mãe não queria amamentar. (...) É assim, eu não sei, eu não sei o que leva ela com tanto leite, porque a enfermeira colocou a criança para mamar e a criança mamou, o outro peito enquanto a criança mamava espirrava leite para todo lado e a danada da mulher não queria amamentar. (...) A dentista levou o nenê pro posto aí a enfermeira colocou o menino pra mamar e o menino mamou. (Grupo de discussão com auxiliar de enfermagem)

Neste exemplo, que citamos de uma forma extensa, fica claro como a vigilância é levada ao extremo. Foram para a casa ‘falar com a mulher’ a dentista, a enfermeira, a médica a agente de saúde, a auxiliar de enfermagem, os alunos de Cuba, a menina da Plan, uma pessoa da Secretaria de Saúde e o Conselho Tutelar. Mas o que se observa é que a mãe não “quer” amamentar. Embora haja o relato de que há o desemprego e não há o que comer, ignora-se a situação para focar que, pela falta de dinheiro não pode comprar leite bom, portanto, tem que dar de mamar.

Apesar de todos os problemas da família o único identificado é o risco da criança ir a óbito. O próprio termo já demonstra a ênfase no biológico, não é morrer, é ir a óbito, problemas para a equipe. As condições dessa mãe são deixadas de lado diante da negligência ‘já deu 3 filhos, não amamenta porque não quer’.

Quanto ao pai o relato *o pai disse que ia bater na mãe se o menino morresse e a gente quase que viu o menino morrer*. É quase um apoio ‘tem que bater mesmo, uma mãe dessas’.

A causa que quase leva à morte: “uma diarreia”. Fica subentendido “por causa de uma coisa tão simples...” A idéia de causa única para um problema de saúde, as condições sociais reduzidas a “uma diarreia”. A enfermeira coloca o menino para mamar, o outro peito espirrando leite e a ‘danada’ não queria amamentar. Considera-se aí que o único fator pelo qual uma mãe não amamentaria o filho é não ter leite. Assim, os profissionais precisam colocar no peito para essa mãe “não-racional(?)”.

E finalmente, “todo mundo” fez o que devia ser feito. Neste caso o papel do serviço de saúde se resume a fazer “confusão com a mãe, com o pai” e colocar o menino no peito, já que a mãe não o faz. E, a partir daí, contar com o ACS todos os dias (nesse caso mais de uma vez por dia) para garantir que a criança não vá a ‘óbito’.

Vasconcelos afirma que a intervenção educativa deve ser potencializada com suportes materiais. Assim, o trabalho educativo não pode ser dissociado de ações como o fornecimento de medicamentos, a complementação da renda familiar, criação de creches, criação de redes de esgoto, etc. Mas esses elementos parecem ser secundários na atuação diante de uma equipe equilibrada *“uma equipe que não tivesse equilibrada essa criança ia se perder”*.

E se a mãe ama naturalmente o filho. O que dizer então de uma mãe que dá o seu, mesmo tendo condições de criá-lo? É uma situação inaceitável que as coloca diante da equipe numa posição moralmente inferior às mães desleixadas. Desse grupo com frequência fazem parte as prostitutas. O exemplo de uma mulher que era profissional do sexo e engravidou, casou e depois deu o bebê é bem revelador.

Você viu aquela mulher de óculos que tava na consulta do pré-natal? Ela era prostituta, lá da rua da.... Ela arrumou um besta, pegou um bucho dele. Ele casou com ela, colocou ela numa casa boa, dá tudo a ela. (...) Ela até se cuida direitinho. Também, é claro, tem que cuidar do menino, né? (ACS, Diário de Campo).

Na fala da agente de saúde fica clara a idéia da gravidez como barganha para um casamento, para “prender” o homem que se torna marido (Salem, 2004). Mas quando o bebê nasce a teoria não se confirma porque a mãe dá o filho.

Agora eu disse a ela (à enfermeira) que tem uma puérpera na minha área. Ela não quer ir ver. Mas acontece que a gente não pode olhar se ela deu o filho não, tem que acompanhar mesmo assim. E se ela tiver alguma complicação? Vão cair em cima de mim, porque é puérpera e eu não acompanhei. E eu não posso fazer nada. Se ela (a enfermeira) não quiser ir fazer a visita comigo hoje eu vou dizer para anotar no livro de registro, como que eu fui na casa e visitei. (ACS, Diário de Campo). A moça tem 19 anos e esse é o terceiro filho. Ela deu todos e agora fez laqueadura.

Se, por um lado, a presença constante dos profissionais na área pode permitir uma identificação sócio-cultural, por outro, deixa os usuários mais suscetíveis aos valores morais dos profissionais. Assim, o atendimento facilitado ou dificultado resulta de uma maior ligação ou tentativa de punição da paciente.

Diante de todo empenho da Secretaria de Saúde em preparar bem as mães e vigiar o cuidado com as crianças, que conta ainda com o apoio da Plan, nos deparamos com uma questão. E os outros membros da família, como são inseridos nesse processo? Iniciaremos comentando sobre o papel do pai da criança dentro das atividades desenvolvidas para gestante o posto de saúde.

Badinter (1985) ao escrever sobre as funções do pai no Séc. XIX argumenta que, segundo o pensamento vigente na época, a natureza uniria naturalmente a mãe e o filho. Para os homens a participação na educação dos filhos serviria para criar laços que não são instintivos como o amor materno.

“Isso tampouco significa que o pai se viu realmente forçado a partilhar com a mãe as tarefas educativas. Felicitavam-se os homens de boa vontade, sem se lançar aos outros o mesmo opróbrio que recaía sobre as mães más. Pois continua presente no inconsciente coletivo a idéia de que a criação de uma criança cabe antes de tudo à mulher, de que o pai é antes seu colaborador do que seu associado em igualdade de condições e, finalmente, de que a sua participação é menos necessária, ou mais acessória.” (Badinter 1985 p. 286).

A visão sobre o papel do pai nas unidades de saúde não difere muito da apresentada pela autora. Não que não haja interesse em incentivar a participação masculina, mas, em última instância, cabe a mulher cuidar dos filhos, cabendo ao homem um papel incerto e acessório. Ele deve “entender” o que se passa com a mãe da criança mas não seria realmente necessário nem são gastos muitos esforços com essa participação.

Inclusive a gente sugeriu a participação do pai da criança, na medida do possível, junto com a mãe, porque a gente sabe que o homem é muito excluído nesse processo. Então a gente pediu também que eles abrissem algumas reuniões para que o pai pudesse participar e entender o que tá acontecendo com a mulher dele, ou pelo menos com a mãe da criança, porque nem sempre eles moram juntos, e com

a criança que vai chegar. A gente fez um trabalho com todas as enfermeiras e algumas agentes de saúde que estão participando do curso, nesse sentido de incluir o pai.

- Vocês sabem se estão conseguindo a participação do pai nesses cursos?

Eu não tive mais retorno, mas a capacitação foi muito gratificante porque todas elas (as enfermeiras) colocaram que precisavam de um suporte para trazer esse pai para a discussão. (Entrevista assistente social da Plan).

Considera-se importante a participação masculina, mas sequer há a preocupação em saber se eles de fato participam.

Entretanto, quando os homens realmente têm um papel importante na educação e nos cuidados com os filhos essa ação é mais valorizada que a feminina. Talvez partindo do princípio que eles não têm obrigação, quando o fazem aumenta o reconhecimento.

De forma semelhante ao que demonstra Luce Giard (2002) com relação a alimentação, que é de responsabilidade, na maioria dos casos, das mulheres e é uma atividade pouco valorizada, quando os homens vão para a cozinha é para preparar pratos sofisticados e não o trivial. Assim como cozinhar, cuidar da casa e dos filhos são ocupações cotidianas femininas que estão num nível de invisibilidade social. São trabalhos que só são levados em conta quando faltam e que jamais acabam.

Assim também, quando os homens cuidam da criança o reconhecimento desse trabalho é superior.

É raro ver o pai. (...) Mas aí eu falo esses que a mulher trabalha e eles levam são assim... / Mais cuidadoso. / Excepcionalmente cuidadosíssimos. / As crianças limpinhas, cheirosinhas. / É muito legal. / Uns pais bem comprometidos. / É. São pais que cuidam delas. / Tem uns que são bem cuidadosos. (Grupo de discussão médicos).

Se há interesse em fazer os homens, de forma geral, participarem das atividades do posto, esse se mostra mais difícil de implementar.

Teve uma (unidade de saúde) que disse “porque que a gente não faz o grupo de saúde do homem? Tem saúde do idoso da mulher, da criança e do homem. E então começamos a desenvolver um trabalho para os homens em idade adulta.” (...) Foi trazido para a equipe (do Sarte) o desejo, essa vontade, mais ainda não conseguiram desenvolver isso na prática aí eu não sei te dizer como está. (Entrevista com psicóloga do Sarte).

Segundo os profissionais, os homens, quando vêm ao posto é junto com as esposas, ou, quando jovens, das mães. O papel do homem no serviço de saúde se assemelha ao papel do pai nos julgamentos quando o patriarcalismo familiar dá lugar a um patriarcado do Estado.

Sobre a ausência do pai “será por que ele está ocupado com seu trabalho? Seguramente, porém, não é só isso, pois quando ele está presente, na quase totalidade dos casos, é para se calar e deixar a palavra à sua esposa. Sente-se que ele está presente é por insistência de sua mulher, ou por um hábito adquirido de se submeter às convocações mas, certamente, não na esperança de desempenhar algum papel. Pois, para ele, papel algum é possível.” (Donzelot, 1977 p. 98).

Quanto aos outros membros da família, além de não haver ações para integrá-los no processo, há, até a idéia de que eles atrapalham o bom andamento dos cuidados ensinados no posto e que deviam ser seguidos pelas mães. Como fica exemplificado na fala de uma enfermeira “você sabiam que o pior inimigo da amamentação são as avós?”.

São, portanto, preferencialmente às mães, para não dizer quase exclusivamente, que se voltam as orientações e cobranças.

“Se Mariana tem medo de pegar a criança para dar banho e pede à irmã, então a criança vai reconhecer a irmã de Mariana como mãe. Porque ela reconhece o cuidado. Se você não sabe, peça a alguém para lhe ensinar”. (Curso de gestante. Diário de Campo).

E, se não podemos afirmar que o trabalho das mesmas é encarado de forma negativa pela equipe é, no mínimo, um fator que dificulta o bom andamento das coisas.

A agente de saúde chega na casa para fazer a visita visivelmente irritada porque a mãe não levou a filha para vacinar no sábado. A mãe explica que não pôde porque trabalha também aos sábados mas que viu na tv que a campanha de vacinação é até o dia 3, a semana seguinte, e que vai levar. A acs meio desarmada e um pouco chateada porque a mulher seguiu o que viu na tv e não a orientação do posto, insiste que ela leve a criança naquele momento que a auxiliar está lá (a auxiliar tinha acabado de sair do posto para fazer um curativo). A mulher vai. Quando voltamos de outras visitas a vimos terminando de enxugar o terraço. Ela explica que tem que aproveitar que tem água e que a mãe dela ficou lá com a neta porque a auxiliar não tava e ela tinha coisa em casa para fazer e vai trabalhar hoje ao meio-dia. (diário de campo).

O que predomina é a imagem estereotipada da mulher dona de casa, cujo tempo é destinado às tarefas domésticas e ao cuidado com os filhos. E sobre o tempo das mulheres, prevalecem os horários determinados pelo posto e as disponibilidades e vontades dos profissionais.

Há um fluxo de atividades no posto maior no período da manhã do que à tarde, o que parece seguir também o ritmo das atividades domésticas, mais intensas pela manhã. O período da tarde geralmente é ocupado pelas visitas das médicas e enfermeiras e a realização dos grupos e reuniões administrativas da equipe.

Mas, nos dois horários, o que se observa é um desrespeito pelo tempo dos usuários. As visitas são realizadas a qualquer horário, independente das mulheres estarem ocupadas, chegando até a ocorrer mais de uma visita no mesmo turno à mesma casa.

Quanto às consultas, enquanto as pessoas precisam chegar cedo para garantir o atendimento, não raro as profissionais chegavam um “pouco” atrasadas e ainda faziam reuniões antes de começar o atendimento, resultando em 30, 40 minutos a mais de espera para a população.

E, mesmo presentes na unidade até o final do expediente, costuma encerrar as atividades antes do previsto. Num dos casos chegou um menino para tirar os pontos do corte no joelho e a enfermeira começou a reclamar, mandou voltar à tarde. O menino disse que estudava à tarde e ela resolveu atender. Só depois olhou o relógio e disse “meu Deus, eu reclamando com o menino mas ainda é 11:10”.

Se é evidente o desrespeito ao horário das mulheres, elas que devem estar adequadas ao horário do posto, é também gritante o desrespeito ao direito de escolha e privacidade das mesmas. Enquanto o serviço de saúde disponibiliza, além do posto, a maternidade para as mulheres realizarem o exame preventivo, na unidade há uma pressão deliberada para que o exame seja realizado no PSC.

A recepcionista chega e diz que tem uma mulher com a prevenção e pergunta se ela vai ver. A médica diz: “não, diga para ela vir marcar”. Quando a recepcionista sai, ela me explica “a gente tem que dificultar mesmo para esse povo porque se fizer a prevenção aqui, não marca para fazer nem para ver o resultado, mas o povo só quer fazer na

maternidade. A gente tem que acabar com isso porque não querem fazer aqui. Dizem que a enfermeira é muito nova, que tem vergonha, que o que sai aqui no posto todo mundo na rua fica sabendo, e isso é tudo mentira. A gente tem é que dificultar mesmo porque senão ninguém faz aqui. Vai acordar cedo, vir para a fila. Se fizesse aqui não tinha nada disso". (Médica, diário de campo)

Em outro momento, a agente de saúde que não faz prevenção no posto e também marca para a família dela na maternidade fala a sua opinião.

Agora eu acho assim, sabe, a pessoa devia ter o direito de escolher se quer fazer no posto ou na maternidade. Porque é um negócio tão privado, as pessoas têm vergonha. Mas não, tem que ser lá senão marca para a médica. Essa mulher mesmo tem vergonha, ela diz eu não vou. Eu olho direto para a cara daquela menina (enfermeira) vejo ela quase todo dia eu tenho vergonha de fazer preventivo com ela. O que é que custa a enfermeira olhar? Eu acho isso. Não, a gente tem que ir na área mandar o povo fazer no posto. Mas também melhorou muito porque antes não queria fazer. Dizia que o povo saía falando que tava assim, tava assado, não queria fazer. Agora elas fazem".

A agente de saúde começa falando do direito de escolha, que ela mesma quer ter de, dentre outras razões, não fazer com alguém que sente (mais) vergonha pela convivência. Argumenta que "não custa nada olhar". Mas conclui que é bom que as mulheres passem a fazer no PSC, apesar da quase obrigatoriedade.

Esse rigor para que façam no posto muito provavelmente deve-se às metas da equipe de manter um certo número de exames realizados no mês. A preocupação da equipe demonstra ser muito maior com os números alcançados que serão enviados para a Secretaria de Saúde do que com o direito de escolha das usuárias.

Quando são cumpridos os valores esperados não há grandes preocupações com as necessidades dos usuários. Isso ocorre também pela visão do usuário como aproveitador, que está sempre usando de artimanhas para conseguir uma consulta (que é o ponto forte e disputado do atendimento) a qual não tem direito.

Primeiro são as pessoas de fora da área que tentam ser atendidas. Dentre os que têm direito, mesmo assim, tentam levar vantagem.

Quando entra pra levar criancinha não pede pra olhar não? Ó doutora, trouxe o meu. / Pede. / Marque a consulta. / É, eu também faço isso. / Nem abro o exame não. / Eu já cheguei a brincar algumas vezes depende do meu humor também né. Doutora eu trouxe esse exame pra dar uma olhadinha aí eu digo é? Aí pego o exame... (gesticulando) ...devolvo. Sim, sim o quê? Já olhei. Você trouxe esse exame pra eu dar uma olhadinha ou pra eu lhe dizer o que é que deu, tratar? Aí é diferente. Tem que marcar uma consulta. Às vezes eu brinco mas sempre oriento marcar uma consulta. (Grupo de Discussão médicos).

Esse é um procedimento comum, não atender quem não está marcado. Isto pode até dificultar a adesão a algum tratamento, mas os profissionais não parecem muito sensíveis a isso.

A criança (4 meses) está tomando cefalexina porque tava com catarro, foi o médico do 24h que passou. A enfermeira acha muito forte porque ele é muito novo.

Enfermeira - Porque que tu não levou para a médica de novo, foi para o 24h?

Mulher - eu fiquei meio chateada com ela. Eu fui me consultar, aí levei ele (o bebê) que tava tossindo muito, com muito catarro e ela não quis ver...

Enfermeira – mas eu acho que não tinha necessidade desse antibiótico não, é o clima, criança fica assim mesmo. (...) Esse outro que ... (nome da médica) passou é antibiótico também mas é mais fraco que cefalexina, eu acho cefalexina bom não. (Diário de campo).

A visita na casa dessa mulher foi porque ela disse à agente de saúde que o leite estava secando. A agente foi então passar o problema para enfermeira que durante a visita deduziu que os “estresses” estariam colaborando para o leite secar.

Pode ter sido os stresses, com o filho doente. (...) ela cuida de casa, de 3 meninos, do marido, é roupa para levar, menino doente, não come direito. Tudo isso faz o peito secar.

Mesmo identificando que ter um bebê doente, além de outras preocupações, contribua para secar o leite, em momento nenhum se questiona o fato da médica não ter visto o bebê numa consulta da mãe.

Capra (1982) afirma que a tendência mais comum do modelo biomédico é a de “uma doença, uma causa”. Na atuação dos médicos essa tendência parece ampliada. Uma doença (com uma causa) equivale a uma

consulta. Logo, se você quer saber sobre mais de um problema, é preciso marcar mais de uma consulta.

Para finalizar, é preciso destacar que essa postura de se supervalorização da saúde materno-infantil tem conseqüências diretas sobre o resto da população porque limita o seu direito à assistência.

Um paciente chegou pra mim e disse olhe eu sou homossexual e eu acho que estou com a doença. Eu pedi. Sabe qual foi a resposta que eu recebi do (centro onde são realizados exames de HIV no município)? Quem é essa doutora que manda pedir? Só pode pedir pra gestante aqui. Isso faz pouco tempo. Eu fui pedir pro homem disseram que só podia pra gestante. (Ela não conseguiu que esse paciente realizasse o exame) (Grupo de discussão médicos).

Temos neste caso um homem, homossexual. Ou seja, totalmente distante do perfil priorizado no PSF. Eleger prioridades e fazer delas o público por excelência, neste caso o enfoque nas mulheres e crianças, além de resultar numa vigilância excessiva nesse público e de colaborar com o servilismo feminino, tem como conseqüência a diminuição das possibilidades de atendimento de quem não se encaixa nesse perfil. Embora não possam ser desprezados os índices de mortalidade infantil, não se pode fazer dele o referencial absoluto de que a saúde vai bem.

Capítulo 4

IDOSOS E JOVENS NO PROGRAMA SAÚDE EM CASA

Se as mães e as crianças são as gerações favoritas no PSF, há espaço também para o atendimento (ou tentativa) de outras duas gerações, a de jovens e a de idosos. Estas duas diametralmente opostas. Apesar de terem uma certa relação com a reprodução (preocupação maior das equipes), possuem características particulares.

Assim, completa-se o público da assistência (e completa-se também a família). Embora, como já foi apresentado, as gerações dentro do PSF estejam muito mais ligadas às patologias ou estados, num certo sentido o programa demonstra querer também dar assistência a toda família, o que se completa com essas outras gerações.

As outras prioridades, como hanseníase e tuberculose, são tratadas com ações pontuais: visitas da médica, acompanhamento mais intenso dos agentes de saúde, mas não há nenhuma atividade mais sistematizada nesses casos. Outras ações, como as de saúde bucal e mental, procuram se centrar também nesse desenho de atuação com gerações.

Seguindo a linha do que tem mais “importância” (ou pelo menos mais espaço, por diversas razões que falaremos a seguir) começaremos esse capítulo falando sobre a geração de idosos.

4.1.1 – O AUMENTO DA LONGEVIDADE

Conforme tem sido apresentado por vários autores, devido a diversos fatores, como a queda da fertilidade e o aumento da esperança de vida, tem aumentado no Brasil e no mundo, o número de velhos como proporção total da população. Essa situação é vivenciada cotidianamente pelos profissionais de saúde, sobretudo os do PSF que passam a ter a presença freqüente de um grande número de velhos nos postos de saúde.

No Cabo de Santo Agostinho os dados do censo demonstram uma diminuição da proporção da população de 0 a 19 anos, e um aumento da proporção de pessoas acima de 20 anos.

. População Residente Por Faixa Etária (IBGE - Censo)				
	2000		1996	
	População	%	População	%
0 a 4 anos	15.606	10,2	14.212	10,09
5 a 9 anos	15.400	10,06	15.556	11,05
10 a 19 anos	34.270	22,4	34.061	24,19
20 a 29 anos	30.096	19,67	26.813	19,04
30 a 39 anos	22.262	14,55	19.405	13,78
40 a 49 anos	15.673	10,24	13.358	9,48
50 a 59 anos	9.646	6,3	8.412	5,97
60 e +	10.024	6,55	8.947	6,35

(PMCSA)¹²

Devido ao acentuado aumento da população adulta e idosa, em menos de 40 anos a realidade epidemiológica brasileira saiu de um perfil de mortalidade materno-infantil, para um perfil de mortalidade por problemas mais complexos, típicos das faixas etárias mais avançadas. Apesar disso, o sistema público de saúde prioriza, quase com exclusividade, a atenção materno-infantil (Silvestre, 2000).

Essa realidade da assistência à saúde do idoso sugere a já discutida idéia da infância como potencial e da velhice como uma fase da evolução individual. A velhice teria desafios e dificuldades, como em qualquer outra fase, mas teria como diferencial o fato de se tratar da fase final¹³, caracterizada por mudanças biológicas de conotação negativa (Wong, 2000).

O fato é que o maior número de idosos resulta na necessidade de mais visibilidade para os mesmos nos serviços de saúde. Dentro do Programa de Saúde da Família como eles são vistos? Para responder essa questão o primeiro passo é apresentar quem são os idosos atendidos pelo programa.

¹² <http://www.cabo.pe.gov.br/>

¹³ Fase final, mas que engloba ainda muitos anos. Gerações de idosos, velhos e os muito velhos. A “terceira idade” já é insuficiente. Inventta-se uma “quarta idade” prenunciando uma “quinta” (Britto da Motta, 2002).

4.1.2 - OS IDOSOS NA SAÚDE

A periodização da vida e das relações entre as gerações, fundamental na Antropologia para a compreensão das formas de sociabilidades em diferentes contextos, é um exemplo de como um processo biológico é revestido culturalmente. Em todas as sociedades observa-se a presença de grades de idade para seus membros, mas estas grades não necessariamente são iguais nas sociedades. As divisões por idade são uma criação arbitrária.

Meyer Fortes, citado por Debert (1999), argumenta que o envelhecimento pode ser uma experiência muito distinta nas diferentes sociedades. A idade cronológica das sociedades ocidentais se baseia num aparato cultural, um sistema de datação que é independente e neutro à estrutura biológica, à incorporação de estágios de maturidade. A idade cronológica é um mecanismo básico de atribuição de status, de formulação de papéis ocupacionais e de demandas sociais.

Nas sociedades não ocidentais, entretanto, a partir da observação do ciclo de vida individual, procura-se incorporar o estágio de maturidade, a capacidade para a realização de certas tarefas. *“Estágio de maturidade é, portanto, diferente da ordem de nascimento, posto que, apesar da diferença na data de nascimento, as pessoas podem estar autorizadas a realizar atividades próprias a um determinado grupo de idade.”* (Debert, 1999, p.46).

A questão é que, apesar de estarmos incluídos num sistema que considera a idade cronológica por um sistema de datação, definir os limiares de idade não é um processo simples. A idade é uma construção social que está sendo sempre retomada. Diferente do que afirma o senso comum, os ritmos dos avanços das idades são instáveis. *Os lugares onde se elabora a legitimidade das fronteiras de idade são múltiplos e procedem a lógicas diferentes. O discurso científico classifica, a medicina prescreve, o mercado de trabalho delimita, o direito impõe limites...”* (Langevin p. 130).

Não há segurança para se estabelecer a entrada na velhice e as instituições multiplicam as proposições e são discordantes. No caso do PSF,

voltamos novamente ao aspecto biologizante, onde o grupo de hipertensos e diabéticos passam a formar o grupo de idosos.

Fazendo uma analogia ao estágio de maturidade de Fortes, que apesar da diferença de idade as pessoas realizariam atividades próprias a um grupo, na saúde as pessoas se tornariam 'idosas' por ter uma determinada doença mais comum nas pessoas idosas. Assim, encontramos idosos com menos de 40 anos.

4.1.3 - A FEMINIZAÇÃO DA VELHICE

Embora estejamos envoltos num sistema de datação que classifica as idades de forma objetiva, socialmente o processo de envelhecimento é vivido de maneira distinta. Apesar de predominar a mentalidade de um ritmo uniforme de degradação física acelerada e cumulativa, há evidências de uma taxa de morbidade distinta e de desigualdades sociais na longevidade. O envelhecimento fisiológico está relacionado com as condições de vida, poder econômico, formação e aquisições culturais (Langevin, 1998).

A idéia de papéis seqüenciados divididos por idades não dá conta da realidade na sociedade contemporânea, o que leva Held, citado por Debert (1999), a propor que as sociedades ocidentais contemporâneas têm como característica a "descronologização da vida". Dentro da família, por exemplo, a variedade de idades nos casamentos e nos nascimentos dos filhos (na adolescência e próximo da menopausa) leva à existência de mães pela primeira vez e avós com a mesma idade.

Mas, embora estejam relativizadas a radicalidade dos papéis, as idades ainda constituem uma dimensão fundamental na organização social. A incorporação de mudanças dificilmente ocorreria sem uma nova cronologização da vida (Debert, 1999). E se nas fronteiras de idades existem lógicas distintas, uma delas é a lógica de gênero. *"Idades de homens e idades de mulheres não estão submetidos aos mesmos critérios e não são nem equivalentes nem paralelas nem intercambiáveis"* (Langevin, 1998 p. 142).

A sexuação das idades é um indicador da hierarquia masculino / feminino. Um exemplo dessa diferença pode ser dado com relação às idades

matrimoniais. Uma mulher é considerada jovem ou idosa de acordo com as oportunidades no mercado matrimonial e a capacidade potencial de ter filhos. O envelhecimento feminino está relacionado ao funcionamento do corpo no que diz respeito à reprodução (Langevin, 1998, Britto da Motta, 1998).

Uma diferença marcante entre os idosos é a viuvez, que é fruto de uma questão demográfica, cultural e de gênero. Culturalmente porque grande parte dos homens viúvos ou separados casam-se novamente, freqüentemente com mulheres mais novas e até não idosas. Demograficamente a feminização da velhice é um processo evidente que se dá, principalmente, pela diferente mortalidade por sexo, tendo as mulheres uma maior esperança de vida (Britto da Motta, 1998, Nascimento, 2000).

Na fala dos profissionais, é como se os homens ao se tornarem idosos não fossem mais reconhecidos como homens. *“Ah, quem vem mais ao posto é mulher, homem não vem não. Quando vem é porque tem uma coisa muito séria ou porque a firma manda. Quem vem ao posto é mais a mulher com criança e idoso”*. Logo, a presença deles no serviço de saúde chama a atenção para um fato importante no que se refere às questões de gênero.

Os “idosos” representam uma população bastante freqüente nos postos de saúde do PSF, mas, nessa faixa etária, diferentemente das outras, é comum a presença tanto de homens quanto de mulheres.

E é aí que surgem elementos interessantes para a sexuação das idades do ponto de vista da saúde. A sexualidade, na construção ocidental, vem sendo percebida como sinônimo de reprodução. Sendo encarada como patrimônio exclusivo dos adultos. Isso traz como resultado o controle da sexualidade infantil e o desprezo da sexualidade dos idosos (Gontijo, 2004). Ao serem englobados na categoria de idosos, os hipertensos e diabéticos de diferentes idades estariam automaticamente encerrando também o exercício da sexualidade.

O posto tem seu atendimento muito voltado para o aspecto reprodutivo, centrado nas mulheres. Com o ingresso de uma população mais velha, afastada da reprodução, não necessariamente se modifica essa situação. Atende-se esse grupo como meio assexuado, feminilizando a todos e reafirmando a saúde como assunto feminino. Sugerindo que ao passarem da

“idade reprodutiva” os homens se assemelham às mulheres, como foco no serviço de saúde.

4.1.4 - OS IDOSOS COMO VÍTIMAS

O envelhecimento na sociedade ocidental vem acompanhado pelo afastamento do mercado de trabalho e por sua fragilidade física mais enfatizada que a real. Na modernidade capitalista com tecnologia avançada e modelos, inclusive de comportamentos, que se tornam rapidamente ultrapassados, os idosos, com seus gestos mais lentos, encontram-se numa situação meio indefinida (Britto da Motta, 1998).

Alguns estudos, como os de Britto da Motta, vêm demonstrando que, a despeito da imagem de fragilidade e impotência que é atribuída aos idosos, com muita frequência se encontra o idoso como autônomo, provedor e protetor das gerações mais novas.

Os idosos, como argumenta a autora, tem um papel dentro da família ligado à reprodução. Mesmo que contraditório à primeira vista, considerando o conceito de reprodução *latu senso*, além da simples multiplicação de nascimentos, os idosos têm um relevante papel para sobrevivência física e social da família. A idéia de dependência dos idosos não corresponde à realidade vivida por muitos deles que contribuem com a sua renda certa e a inventividade doméstica em muitos lares (Britto da Motta 1998). Os profissionais identificam algumas situações desse tipo nas áreas.

Fica a vó criando e a mãe vai trabalhar. A vó fica com o menino em casa a mãe sai pra trabalhar. (...) Porque, porque na verdade é aquela coisa. Tem os avós, os patriarcas, digamos assim, daquela casa, então tem a filha que engravidou cedo. (...) Sem nada, sem casar, sem marido sem emprego, sem dinheiro. E já fica lá. (...) Então já tá lá e lá continua. Então pronto. (Grupo de discussão médicos).

Ou às vezes também pode ser a avó, a pensão da avó sustentando a quantidade de netos, que os netos já vem com os filhos, já vêm com os maridos. (Entrevista auxiliar de enfermagem).

E tem uma casa mesmo, essa semana, que a doutora entrou, que a doutora ficou assim horrorizada. Porque ela disse: - como é que vive

vocês? – Ah! Vivemos como Deus quer. – Qual o salário daí? Alguma coisa, quem é que compra as comidas? Ela disse: - Não... é o salário da minha vó, que quando ela recebe por mês é o que.... 200, 260 parece, né, o salário. Aí tem de comprar o leite para o neto, a comida dela que é uma paciente diabética, hipertensa, não pode comer de tudo. (Ou) Ela dá prioridade a dieta dela, deixa o resto com fome, ou ela come tudo e esquece da doença dela. Porque ela não pode seguir uma dieta, porque se ela for comprar só a comida da dieta, os outros vão ficar com fome. E a avó é obrigada a alimentar esse menino, entendeu?/ Aí, pra situação daquela avó é muito constrangedor isso aí. (Grupo de discussão auxiliares de enfermagem).

Apesar dos profissionais perceberem que o idoso muitas vezes é provedor, com papel fundamental na sobrevivência da família, isso não é percebido como um fator que diminua a fragilização do mesmo dentro da família. Ao invés de se perceber o idoso como autônomo, prover a família é encarado como um sinal de exploração, seja ela intencional ou não.

“A avó é obrigada a alimentar o menino”, prover a família é quase um sinal de que ‘trabalhou a vida inteira e não pode nem ter uma velhice tranqüila, porque os filhos continuam lá’. “A filha engravidou cedo sem marido, ou traz o marido junto”. Comprar comida para a família é tirar o que deveria ser do idoso.

O fenômeno do envelhecimento vem acompanhado de um estereótipo negativo. A noção do idoso dependente, necessitando de proteção é a destacada. A relação dos idosos e suas famílias muitas vezes é encarada sem uma leitura mais aprofundada. Scott exemplifica algumas situações nas quais podem-se questionar as interpretações comumente dadas às relações dos idosos com seus familiares.

Apresentar indícios de sub-nutrição pode se relacionar mais às condições gerais da família do que de qualquer distribuição interna desigual de alimentos. Repartir os cômodos da casa deixando espaços mais diminutos para os idosos pode ser um reconhecimento da valorização da sucessão dos seus próprios filhos no patrimônio familiar (Scott, 2004 p. 14).

Nos serviços de saúde, e no nosso caso no PSF, o que predomina é a imagem dos idosos vitimados dentro da família.

É, porque o idoso na realidade nossa aqui ele é... fica no canto da casa. O pior quarto é o dele, se a casa não for dele o pior, a pior localização da casa fica o quarto dele, ele não tem o que fazer o dia todo, né. Então ir ao posto, ir ao médico, falar com a enfermeira, né então é uma atividade sim. É ir ao shopping.
(Grupo de discussão médicos)

Assim, querer ir ao posto seria, de certa forma, uma fuga para a realidade dentro de casa. Além de segregar os espaços, o idoso no pior lugar, a família não teria também cuidado com os idosos.

Idosos absolutamente abandonados. (...) É, caótico, porque... Não tem o que fazer. Idoso que mora sozinho não toma remédio não faz exame. É. O descompromisso com a velhice é algo que dói muito. / Tem um japonês que ele... Ele não sabe ler, ele mora sozinho tem oitenta e lá vai fumaça. Ele não adianta. Ele é hipertenso a pressão dele chega lá duzentos e lá vai quando por não sei quanto. (...) E não tem quem cuide / Não tem quem cuide, mora só, sozinho. Ai Deus.
(Grupo de discussão médicos)

Mesmo quando se reconhece que esse abandono não é total, pois tem um parente morando próximo, vigora a noção de que a família não cuida. Quanto a essa questão, aparecem relatos das pessoas que vivem no interior como sendo mais atenciosas com os idosos.

E a questão do idoso abandonado. / Muitas vezes eles são abandonados, eles são abandonados, assim, entre aspas. Porque, se a gente for avaliar um direitinho, é, pelo menos lá na minha área, os idosos que eu tenho morando sós eles têm alguma família que mora bem próxima algum familiar bem próximo. A filha, e... / Mais não cuida.
(Grupo de discussão médicos)

No ano que eu passei, morei na verdade, no interior, eu notava exatamente o contrário. Havia um compromisso maior. Aquele pessoal de sítio, que morava distante eles cuidam dos velhos deles, sabe, cuidam realmente. (...) Eles não tinham assim muitas vezes faltava uma orientação, pra eles, sabe. Falta por exemplo, um, uma história que eu acho interessante. Fui fazer visita na casa de uma senhora num sítio distante ela tinha hipertensão teve um AVC e aí ficou hemiplégica... E aí a mastigação dela também foi comprometida, né. Então a filha descompensava, ficava estressada com a mãe. (...) Aí então ela disse 'ó doutor ela não come nada. Tudo que a gente bota na boca ela bota pra fora'. Eu disse me mostre a comida. Feijão, carvão de feijão.

(...) Aí então eu disse não. Com feijão, não. A senhora vai machucar o cuscuz e vai dar pra ela. Ta entendendo? O cuscuz vai ter de colocar, um leitinho de gado como eles chamam lá, o leitinho de gado, vai molhar mais. Quer dizer, a orientação faltava. (...) Então quer dizer, é diferente daqui. Lá faltava assim a orientação, o norte. Mas o compromisso existia, o carinho existia. Aqui não muitas vezes eles têm orientação mas eles realmente não querem, eles não têm compromisso. Ta entendendo é diferente. Aí isso me chamou muito a atenção quando eu vim pra cá. (Entrevista profissional de medicina).

A própria idéia de que os filhos não cuidam dos pais está relacionada ao tipo de comportamento idealizado dos membros da família. Se os pais e, principalmente, as mães têm um amor natural pelos filhos, e dedicam boa parte da sua vida e da sua juventude aos mesmos, o que se espera é que ao envelhecer os filhos retribuam o esforço cuidando dos idosos. (Badinter, 1980).

Mas o “descuido” dos filhos com os pais podem ter outras razões que não a “maldade ou ingratidão”. A própria queda da fecundidade e a inserção da mulher no mercado de trabalho são fatores que trazem implicações para o cuidado aos idosos.

A diminuição do número de filhos significa a redução de membros da família cuidadores em potencial. Como mostra Nascimento (2000) as mulheres idosas solteiras admitem ir para um asilo quando não puderem mais se cuidar sozinhas pelo fato de não terem constituído família com marido e filhos. Já que, na expectativa delas, os filhos é que seriam os mais indicados para cuidar. Além disso, a mulher que era tradicionalmente a cuidadora da família tem seu tempo reduzido ao atuar no mercado de trabalho.

Outra noção que merece um olhar mais atento é a idéia de que os idosos vão ao posto de saúde “por não ter o que fazer”.

Ele (o idoso) não tem o que fazer o dia todo, né. Então ir ao posto, ir ao médico, falar com a enfermeira, né então é uma atividade sim. É ir ao shopping. (Grupo de discussão médicos)

Além da realidade já demonstrada por outros autores dos idosos como também produtivos, as conversas com os mesmo durante o trabalho de campo demonstram que eles têm, sim, bastante atividade no seu dia a dia,

cuidam da casa, fazem trabalhos extras para garantir uma renda a mais para a família.

Dona Ana, ao voltar do passeio dos idosos no SESI comenta: Eita, a doutora marcou a reunião para quinta-feira e eu tenho tanta coisa para fazer, tenho muita encomenda para entregar... mas eu vou dar um jeito. (Ela costura e tem uma lojinha, junto com a filha. Ela mora com esta filha e o neto)

A idéia do idoso sem ter o que fazer como um dos motivos que torna a sua presença constante revela-se, no mínimo, insuficiente, uma vez que os profissionais com freqüência também se referem à ociosidade dos jovens da comunidade e ao desemprego dos homens adultos e estes são, justamente, os que menos freqüentam o posto.

A interpretação dos profissionais, como sendo o posto um local de lazer para os idosos é bastante interessante, uma vez que o posto é, em última instância, uma unidade de saúde, cuja representação é relacionada com a doença, com os aspectos degenerativos da velhice tão propagados. Talvez a estrutura do PSC, montada numa casa, próxima da casa dos idosos, onde a sala de espera é um terraço e se conversa com os “vizinhos” altere essa percepção. Não pelo espaço em si, e sim a proximidade. Isto também está relacionado com a afinidade desenvolvida com os profissionais, de uma amizade, que pode se alterar quando muda a equipe.

4.1.5 - OS IDOSOS COMO AMEAÇA

O aumento da longevidade ocasiona mudanças na família, resultando numa superposição de papéis e também na convivência de diferentes gerações (Goldani, 1993, Bruschini, 1990). As pessoas vivem mais tempo e, simultaneamente, diversos papéis e relações de parentesco. Encontra-se hoje com freqüência bisavós, trisavós.

As questões econômicas também trazem elementos para se pensar como estão organizadas as famílias. A maioria das famílias brasileiras está situada em camadas populares e tem sua estrutura, o tamanho e a

organização interna, fortemente influenciada pelas condições de vida precárias (Goldani, 1993).

Para a população pobre a solidariedade entre as gerações torna-se necessária diante da omissão do Estado em relação às políticas sociais. Assim, por vezes os velhos necessitam do apoio da família e outras vezes eles é que apóiam, como já foi argumentado, com sua aposentadoria certa no contexto de desemprego.

Além da renda direta, os membros mais velhos, avós em geral, contribuem cuidando das crianças para os pais que passam o dia trabalhando, assumem o cuidado dos netos em casos de separações quando os filhos se unem novamente e assim, resolve-se o dilema de maternidade/paternidade e conjugalidade, já que os pequenos estariam sob os cuidados de uma “segunda mãe”, ou “duas vezes mãe”, ressaltando a força do vínculo.

Apesar do significativo papel dos idosos dentro da família, eles são vistos dentro do PSC como figuras que impediriam que a família convivesse segundo a idealização de família nuclear. A idéia de família desestruturada à qual se refere Goldani (1993) é bastante presente no discurso dos profissionais, sobretudo médicos, e também enfermeiras. As famílias desestruturadas seriam formadas por mães com vários filhos, várias vezes de pais diferentes, outras pessoas na casa além dos pais e filhos, etc.

Mas, se para os profissionais “neo-higienistas”¹⁴ as mães (os pais) são as mais indicadas para cuidar dos filhos, seguindo o modelo de família estruturada idealizado, os idosos, quando junto às crianças, também são vistos como figuras que levam à desestruturação.

“Tem casas com três gerações juntas (...) Muitas crianças sendo criadas pelos avós, por pessoas muito velhas, sem referência familiar nenhuma”. (Grupo de discussão médicos)

“A maioria é assim... é assim.... é meio desestruturada. Você não vê muito o pai, vê mais a mãe com a criança a gente vê muito aqui a avó com a criança. Porque a mãe trabalha fora ou porque não liga mesmo. Quem traz a criança é a avó, quem corre atrás das coisas é a avó, a gente vê muito. Agora também porque a gente tem muitas mulheres

¹⁴ Os médicos higienistas eram os profissionais de medicina teóricos ou executores da política de higienização das cidades, da população e da família (Costa, 1983).

na área que trabalham, aí quem fica com a criança é a avó mesmo.
(Entrevista médica)

A referência dos profissionais dos idosos como desestruturadores da família, a negação dos avós como família, é um indicativo da idéia normatizada de família, sendo o modelo pai / mãe e filhos o ideal, na ótica da saúde, para o desenvolvimento da criança.

Essa idéia é refletida na atuação dos mesmos. Como argumentou Vasconcelos que numa gestação o serviço para a família deveria estar atento também aos outros membros que também conviverão com o bebê, a postura dos profissionais segue a linha oposta, medir força com as famílias e não atuar junto a ela.

No atendimento no posto as instruções se voltam para as mulheres, mães. Num grupo de gestantes um discurso bastante comum exemplifica o que foi argumentado. A enfermeira conversa “*vocês sabiam que o maior inimigo da amamentação são as avós?*” depois explica “*elas querem dar leite artificial, farinha da terra, dizem que o peito cai*”. Depois das orientações ela comenta “*agora quando a mãe de vocês ou a sogra vier dizer que o menino tá com fome porque só tá mamando vocês já sabem como se defender*”.

Noutra situação...

A agente de saúde chega no posto e diz à enfermeira que na área tem um recém-nascido que está um problema. A bisavó não quer deixar vir ao posto. Conta que a criança chegou do hospital, não tomou vacina nem nada.

Enfermeira - foi no Santa Helena foi?

ACS - foi, mas não deram (vacina) lá não.

Enfermeira – e ela não quer vir trazer para tomar não?

ACS - não, a avó tava se arrumando para trazer, mas a bisa da menina veio de lá correndo e disse que não ia trazer não, porque não pode sair de casa antes de 7 dias. Se fosse para dar vacina levasse lá.

Enfermeira – é também a vacina (essa) é dia de quarta para não perder. Mas a gente vai trazer ela aqui para não fazer os gostos desse povo. Essas crença que o povo tem. (Diário de Campo)

É pertinente esclarecer que apesar dessa atitude se refletir na atuação, a idéia dos idosos como destruturadores foi verbalizada com ênfase apenas pelos médicos. No grupo de discussão, ao descrever as famílias isso foi a

primeira referência, enquanto que nos outros grupos surgiu inicialmente a descrição das condições financeiras da população.

Uma outra coisa que chama muita atenção também é várias gerações morando na mesma casa. / É. Sempre tem. Netos, os filhos dos netos. / Muito comum. / Doze, quinze pessoas na mesma casa

(...) Uma coisa que me chamou atenção, muito aqui na estrutura familiar, que assim eu não imaginava que fosse assim eu não tinha contato com esse tipo de realidade é muitas crianças que não são criadas pelos pais. Muitas, muitas famílias assim que ou a vó que cria, ou a mãe abandonou. Assim, vários irmãos espalhados cada um mora com uma família. Ah eu tenho um filho que mora com a minha mãe, minha irmã, minha cunhada. / A desestruturação realmente é total. / Porque casou mais de uma vez porque não é filho do mesmo pai. / Assim famílias extremamente desestruturadas, assim que mora com o pai, mora com a mãe, um irmão ta aqui o outro ta ali a mãe foi embora a vó quem cria.

E a criança acaba perdendo a identidade, chama a vó de mãe (...) E não tem, ele não tem uma referência, não é? / Até porque a criança pra crescer tem que ter aquela, aquela imagem paterna, né, imagem materna, né e ele não têm essa referência. / Sim, e às vezes assim, criança pequenas criadas por pessoas muito idosas, muito idosas. / Identidade familiar zero, né assim e você percebe assim a o distúrbio de personalidade, de comportamento das crianças por causa dessa, dessa... (Grupo de discussão médicos).

Os médicos percebem como fatores que levam à desestruturação o grande número de pessoas por casa, por vezes, dividindo um cômodo com lençol. As separações e as crianças sendo criadas por outras pessoas. Mesmo percebendo a situação de pobreza na qual vivem as famílias, a circulação de crianças de que fala Fonseca (1995) é vista como um sinal de desestruturação. Dificilmente se percebe uma rede de cooperação que possibilita esses intercâmbios e os vínculos estabelecidos porque não teriam, como deveria ser, a imagem paterna e materna idealizada.

A família pobre, como argumenta Sarti (1996), não se constitui como um núcleo. Ela envolve uma rede de parentesco ligada por obrigações morais que dificulta a individualização mas viabiliza a existência. O próprio fato de existirem muitas pessoas numa única casa demonstra o apoio da rede familiar. Ter uma casa, ou melhor, criar um núcleo independente, é a concepção ideal de casamento também entre os pobres. Mas quando isso não é possível o casal permanece na casa dos pais de um dos cônjuges.

Numa situação provisória, mas que acaba se tornando quase definitiva diante das dificuldades financeiras.

Os idosos não são vistos como os únicos desestruturadores. A rede como um todo é. As cunhadas, tias, irmãs mais velhas que cuidam das crianças também colaboram para corromper a imagem ideal, mas no caso dos mais velhos o problema é maior, gente idosa, cuidando de criança. Além de ser muito freqüente as avós cuidando dos netos, outro problema é que elas são velhas.

As crianças acabam “*perdendo a identidade, chama a vó de mãe*”. Os profissionais advogam os laços biológicos entre os pais e filhos como o único definidor de quem deve ser chamado de pai ou mãe. Desconsideram que as crianças (também) chamam de pais quem cuida deles. Apesar do vínculo biológico ter sua força simbólica, não é o único considerado (Sarti, 1996, Fonseca, 1995).

Quanto às enfermeiras, uma das coisas que mais pesou nos comentários delas foi a questão da pobreza. Embora percebam como “família estruturada” a de pai mãe e filhos, percebe-se o fato das avós sustentando netos devido a pobreza, mas não a falta de um referencial devido a presença dos avós. Apesar de não fazerem referência explícita dos idosos como desestruturadores a idéia implícita é de que eles têm um poder potencial de competir com as orientações do posto, porque mesmo quando não criam diretamente os netos, ficam junto, participando do cuidando com as mães e nem sempre aceitando o que “as doutoras” dizem.

É, 70% são pessoas bem carentes, mas tem uma parte, 10%, que é a parte privilegiada né. Que tem sua casinha com tijolo, tem saneamento. tem banheiro. Ai tem uma área de mangue, invasão, lá pra trás que é (...) que são pessoas que, quando saem da área, saem é com casa e tudo na cabeça, né. Assim, pega os pauzinhos e o telhado, que é de plástico, e saem. Lá é assim. Com casa na cabeça. Lá tem uma área que é, é cômico, um negocio desses, mas eles chegam lá: ‘é, doutora, mim mudei. Agora é numa área lá pra baixo ,é. (Grupo de discussão enfermeiras)

...família estruturada, pai, mãe filhos são poucos. Uma clientela pobre, pessoal carente. Muita gente desempregada. Geralmente quando tem uma mãe que sustenta um filho sustenta ele a nora os netos e vai enchendo a casa, são casas pequenas, que moram muita gente. (entrevista enfermeira).

As agentes de saúde e auxiliares de enfermagem ressaltaram apenas a situação sócio-econômica da população, tendo dificuldades de caracterizar a família por outros aspectos. Essa realidade se modifica ao se referir à área de prostituição, aí sim, vista como desestruturada.

Não tem saneamento básico, banheiro difícil, fossa pior ainda (...). Na média cinco pessoas por casa. Muitas dessas casas, é aquele caso, casa vai embora com o marido depois volta deixada do marido e com os filhos. Aí a casa vai realmente crescendo, muitos lares onde as mulheres realmente não tem parceiro pra sobreviver dependem do Governo Federal. A bolsa alimentação é uma briga. Deus queira que o Governo resolva logo isso. Em muitas casas só isso que eles tem para passar o mês. R\$ 95,00 para quem tem três filhos (Grupo de discussão acs).

O que mais me chama atenção é aquele prostíbulo. E tem uma família ali que eu vejo que é totalmente desestruturada. Tem uma criança que tem o vírus do hiv, tem prostituta na mesma casa. O povo sem condições e sempre vai criando. É criança que eu nunca vi. Não tem saneamento, condições nenhuma (entrevista acs).

A área de prostituição é vista como desestruturada. Mas quanto ao resto da comunidade a idéia é de que a casa vai crescendo porque a mãe, sem emprego e sem marido, não consegue sustentar os filhos. As avós dariam apoio no cuidado com os netos, seriam a solução, não o problema. Isto sugere que quanto mais próximos da realidade das famílias, percebe-se com mais facilidade o papel e a importância dos membros dentro dela. Além disso, a idéia de que o desestruturado é o outro, o distante de mim. Mesmo que na camada na qual vivem as médicas e enfermeiras a família nuclear, de pai, mãe e filhos, não seja o único padrão, elas vêem o outro, o pobre, que precisa morar junto, como desestruturado. As acs e auxiliares, que vivem na comunidade, não estariam, portanto, muito distantes socialmente, não compartilham da mesma percepção.

4.1.6 - O PAPEL DOS IDOSOS DENTRO DO PROGRAMA SAÚDE EM CASA

Finalmente chegamos à questão: qual o papel dos idosos no programa? Eles vão ao posto, são vistos como pessoas frágeis dentro da família mas, ao mesmo tempo, pouco desejáveis na educação das crianças.

Inicialmente é importante ressaltar que os idosos também são alvo de bastante vigilância por parte dos profissionais. A necessidade de atender às doenças corporais que acometem com frequência nessa idade coloca-os em evidência, sendo, também, uma grande preocupação das equipes manter a adesão ao tratamento (Scott, 2004 a).

A visita dos profissionais de saúde na casa dos usuários, como já foi dito, é um espaço privilegiado para se identificar os desleixos e descuidos. No caso dos idosos a visita serve para verificar se andam tomando mesmo os remédios, como eles são armazenados para garantir que não haja confusão na hora de tomar (principalmente porque muitos deles são analfabetos ou pouco escolarizados), para inspecionar algum pedaço de charque ou outro indício de que não estão seguindo a dieta. Mas, mesmo quando os idosos não seguem a contento o que foi recomendado, eles não são vistos da mesma forma que uma mãe negligente.

Os idosos são vistos pelos profissionais como pessoas “dóceis”, que precisam de atenção, que não têm quem os escute na família, que respeitam os profissionais por serem de outro tempo, de uma época em que se respeitava o médico e o professor e que desejam retribuir de alguma forma a atenção que recebem. São, portanto, o grupo mais fácil de lidar.

Eu acho que ainda tem um pouquinho da questão da geração deles do respeito... / Também tem. / ...Sabe, ao médico. Que vem se perdendo isso. Né? Como se perdeu o respeito ao professor, vem se perdendo ao médico também, aos pouquinhos. E eu acho que eles ainda guardam um pouco isso da geração deles. Esse respeito que eles tinham. Então às vezes eles até vão pro grupo vem pra reunião de comunidade porque eles se sentem na obrigação... / É, isso, isso, isso. / ...de dar um retorno pra aquele posto, pra aquele médico que cuida deles, que trata deles, que acompanha eles. Eu tenho que ir. Não, tá me chamando pra reunião. Eu tenho... minha obrigação é

participar... / Obrigação. /...porque eu vou, eu uso o posto. Então eu tenho que dar um retorno. / Eu pego remédio de lá. / E até o tratamento com você né nenhum chamam você de ô(nome da pessoa) é doutora, é tudo assim, né? Doutora. (grupo de discussão médicos)

Uma das grandes dificuldades dos profissionais do PSF é a realização de atividades em grupos. Os médicos, principalmente, sempre fazem referência ao despreparo para formar os mesmos. Como os idosos formam o grupo mais freqüente no posto, na agenda da equipe onde os profissionais devem se responsabilizar pelas atividades em grupo, os médicos, em geral, ficam com o grupo de idosos, cabendo aos outros profissionais a responsabilidade pelos outros grupos.

Lá no posto os grupos que eu faço é hipertenso e diabético que é o mais fácil de reunir, de chamar. (grupo de discussão médicos).

Os idosos seriam, assim, aliados dos profissionais, freqüentes no posto, participam dos grupos, vão às consultas, tanto os homens, quanto as mulheres.

Nas atividades realizadas pela equipe duas ações ganham maior notoriedade, o atendimento / acompanhamento das prioridades, e as atividades com grupos. Na primeira, sem dúvida, o foco materno infantil tem bastante destaque. Mas no trabalho com grupos os idosos ganham relevância.

É preciso deixar claro que há um cuidado com o grupo de gestantes até bem maior que o de idosos. Mas é justamente esse o ponto. O grupo de idosos é o único que ocorre sem a necessidade de um maior planejamento da equipe. Além disso o número de idosos é muito maior, e mais constante, que o de gestante. São os mais velhos também que são chamados quando há alguma atividade da Secretaria de Saúde na qual precise garantir a presença da população (como nas reuniões de prestação de contas).

É quem mais vai / é, as paixões da gente / é, os amores / eu tenho tanto noivo... / emparelha (vai tanto homens quanto mulheres), pelo

menos lá de hipertenso e diabético lá no meu posto funciona (Grupo de discussão auxiliares de enfermagem).

Por serem pessoas que se sentem na obrigação de retribuir, de participar se forem chamados, eles comparecem às reuniões de grupo, são considerados “dóceis”. Graças principalmente aos idosos as equipes conseguem mandar nos seus relatórios as atividades com grupos.

A presença dos idosos como população na área adscrita do PSF os coloca numa posição ambígua para os profissionais. Por um lado eles representam a fragilidade velhice-doença e abandono, por outro como agentes “desestruturadores” no cuidado com as crianças. Mas eles vêm assumindo um papel importante como aliados dos profissionais na difícil tarefa da realização de grupos.

4.2.1 - JOVENS: O GRUPO REBELDE

Um dos grupos que também deve ser trabalhado é o de adolescentes, e é esta a faixa etária mais difícil de se trabalhar. As razões apontadas para a dificuldade no trabalho com adolescentes são diversas: são difíceis de se concentrar; de prender a atenção; horário da escola, alguns estudam pela manhã e outros à tarde, esse argumento muitas vezes é derrubado pela própria pessoa que o deu quando afirma que há muitos jovens ociosos, com muito tempo livre sem ter o que fazer.

Essa dificuldade para levar os jovens ao posto de saúde aponta para a dificuldade dos profissionais de olhar para os indivíduos além do aspecto biologizante. O grupo de idosos se forma por causa de doenças, principalmente diabetes e hipertensão, o de gestante para orientar as futuras mães no cuidado com os bebês, já prepará-las para a cobrança da amamentação, etc. O de planejamento familiar para a entrega de ‘remédios’/preservativos, o de saúde da mulher para tentar tratar da importância do preventivo, etc. Já no grupo de jovens não há aspectos biológicos tão claros (como uma doença) para lidar. Os temas têm que ser outros.

O grupo de adolescente é o grupo mais amplo, com mais assuntos para se tratar. Porém é o grupo mais difícil de ser formado. A gente tem o relato de algumas equipes que quando vem conseguir formar o grupo é depois de muitas tentativas. (Dificuldade das equipes) eles relatam o horário, uns estudam pela manhã outros à tarde, uns não dão muita atenção, até ter o entendimento do que é grupo. São essas dificuldades. (...) Mas é um grupo muito bom de se trabalhar, ele é assim muito dinâmico e também tem muitos temas, ele é muito abrangente, se trabalha a sexualidade, as dsts, várias coisas... (Entrevista com a supervisora).

Os jovens estão sempre meio afastados do posto de saúde. A tentativa de trazê-los se dá pelo intuito de controlar a vida sexual dos mesmos, controle ao qual eles não querem se submeter. Nesta fase de exercício da sexualidade, que em geral ocorre bem antes do que a equipe (e também a comunidade) acredita ser o ideal, os jovens tendem a evitar o posto, pelo fato de que o mesmo está dentro da comunidade, aumentando as chances de tornar público o que eles preferem não assumir.

Assim, quando acontece uma gravidez, denunciando a vida sexual ativa, as adolescentes passam a freqüentar o posto. A partir daí, do fato tornado público, participam também das outras atividades que abrangem a “saúde da mulher”, como a realização freqüente do preventivo. Assim, a representatividade dos jovens no posto seria, praticamente, das jovens, enquadradas em outros grupos.

Quando comparado com os jovens é que o papel dos idosos se torna mais claro. O grupo materno-infantil é o grupo por excelência no atendimento. A Secretaria de Saúde buscando sair disso e abranger outros públicos coloca para as equipes a necessidade de trabalhar outros grupos, dentre eles o de adolescentes. Mas os jovens são ‘rebeldes’, tendem a ‘fugir’ do posto de saúde. Os idosos, que formam um grupo numeroso, acabam salvando a equipe dessa situação.

4.2.2 - GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E CONTRACEPÇÃO

A grande preocupação das equipes com as mães e as crianças é conseqüentemente passada para as jovens. Nessa idade não é bom, na visão da equipe, engravidar. Assim, as atenções se voltam para evitar a gestação sempre num discurso normativo. Uma das médicas, ao passar na rua quando estava fazendo visitas, vê duas meninas na calçada de uma casa brincando de bonecas. Ela comenta.

“Essas meninas ficam brincando de boneca depois vai querer ter filho cedo. Devia ser proibido brincar de boneca. Deviam brincar de escola para ver se tomam gosto pelo estudo”.

Desconsiderando as diferentes oportunidades decorrentes do estudo das camadas médias e das mais desfavorecidas, a fala dessa médica reflete uma total falta de compreensão dos motivos que, muitas vezes, levam as adolescentes a engravidar.

De acordo com Scott (2001) a gravidez diversas vezes é desejada pelas jovens como forma de ganhar mais independência e responsabilidade sobre si próprias, estabelecendo as relações familiares num novo patamar com uma aceitação diferente da filha, mais plena, como adulta. E a chegada desse primeiro filho não quer dizer necessariamente que elas desejam se casar, o que poderia restringir a liberdade que elas conseguem ganhar ficando na casa dos pais.

O próprio uso de métodos contraceptivos envolve outras questões que muitas vezes os profissionais de saúde desconsideram. Em primeiro lugar quando um jovem passa a utilizar sistematicamente métodos contraceptivos é porque ele já assumiu internamente que as atividades sexuais fazem parte da sua vida. Frequentemente os jovens se referem às relações como algo “difícil de segurar”, “coisa de momento”, que escapa ao controle. Tanto a iniciação sexual quanto o aprendizado e o domínio da contracepção possuem um caráter processual (Brandão, 2004, Barros, 2002).

Em segundo lugar, como afirma Brandão num estudo com jovens no Rio de Janeiro, a atenção que os jovens dão à adoção de medidas

contraceptivas ou de proteção às doenças sexualmente transmissíveis varia de acordo com circunstâncias específicas. Em relacionamentos mais duradouros não usar os métodos pode representar uma negociação sobre o significado da relação com compromisso, confiança, intimidade e afeto, e não falta de responsabilidade. Além disso, as representações culturais das pílulas anticoncepcionais, método por excelência no posto, não permanecem, entre as mais jovens, com o espírito de contestação e liberdade. O que sobressai para as adolescentes é a visão da pílula como algo que faz mal à saúde, engorda ou deforma o corpo (Brandão, 2004).

É na adolescência, época da afirmação social da identidade e da consolidação da orientação sexual (Barros, 2002), que o serviço de saúde tenta atrair os jovens na tentativa de fazê-los seguir os valores morais da heterossexualidade e de gravidez “no momento certo”. O próprio nome “Planejamento Familiar” transmite essa lógica da sexualidade associada à reprodução e à família. Os usuários rebatizam a ação com um nome muito mais adequado à realidade “distribuição de remédio”. E é quase a isso que se limita, distribuir os “remédios”, pílulas anticoncepcionais, e camisinha, sendo que esta falta com uma frequência bem maior.

Evitar gravidezes é uma constante no posto de saúde para as mulheres em idade fértil. Parte-se do princípio de que é preciso ter poucos filhos para cuidar bem deles. Esse modelo de família de que fala Serruya (1996) é amplamente difundido no serviço de saúde. As agentes de saúde se orgulham quando tem poucas gestantes na área, sinal de que o trabalho está sendo bem feito, da equipe como um todo e delas que estão sempre nas casas garantindo que as mulheres cheguem no posto.

Neste sentido são feitos muitos esforços para garantir que as mulheres evitem filhos, colaborando com a idéia de são elas as únicas responsáveis pela gravidez. No caso das jovens esse problema é ampliado.

Se a demografia contribuiu para a difusão da velhice como um problema, teve colaboração semelhante no caso da gravidez na adolescência. A fecundidade preocupa os demógrafos porque tem influência na vida reprodutiva futura, pois a mulher que começa a vida reprodutiva mais cedo tem mais chance de terminá-la com uma fecundidade elevada. Além disso, a

gravidez na adolescência onera o serviço de saúde, sendo o parto a primeira causa de internação em mulheres de 10 a 14 anos (Castro, Abramovay e Silva, 2004¹⁵).

Assim, conscientes das críticas dos serviços de saúde diante da gravidez, muitas jovens escondem das agentes de saúde quando engravidam. A própria pesquisadora acompanhou alguns casos nos quais as adolescentes se escondiam e as agentes descobriam a gravidez graças aos vizinhos.

Mas se há o intuito de evitar a gravidez das jovens há também a percepção de que isso não é uma tarefa simples. Pois os jovens teriam “digamos assim um despertar sexual precoce.”

... porque você tá ali num quarto/sala tem três quatro meninos de oito, nove, dez, onze, doze anos. De noite tá o pai a mãe se beijando se abraçando, falando, conversando, explicando. / Se é que tem beijo e abraço, às vezes é só os finalmente, porque beijo e abraço é carinho. / É, é, é, pronto. / Ah é. Pior que é. / Então, quer dizer, ele fica já atentando pra aquilo ali. Num é um desenvolvimento sexual, não é a libido mas é a curiosidade. / Instinto. / Porque a gente tem o instinto e tem a parte do da consciência né, eu acho que o que segura um pouco... / A consciência. / É, justamente, a parte do pudor e a questão da importância da virgindade, tal que eles devem perder. Pudor, troca de roupa na frente de todo mundo como é que vai ter? / Então é, pudor já não tem importância. Virgindade não se fala nisso nessa área. / É diferente de uma criança que o casal o casal tem lá o seu quarto, entra, fecha a porta tudo direitinho o menino tá no quarto dele. (Grupo de discussão médicos).

É perceptível aí a idéia de promiscuidade entre os pobres que levariam quase inevitavelmente à gravidez. Acredita-se que as pessoas não têm pudor e o maior sinal disso é que a virgindade é algo sem importância.

Assim, é interessante é o início da vida sexual né. Que pegamos meninas com 15,14 e 13 que vai acompanhada da mãe, para as reuniões do planejamento familiar / Na minha família eu não tive essa liberdade pra iniciação sexual tão cedo né, e passar educação pra elas. Eu só vejo a mãe que tem uma filha com 13 anos (...) na iniciação sexual na maior naturalidade (Grupo de discussão enfermeiras).

De certa forma animalizam os pobres como iniciando a vida sexual por instinto, em contraposição à classe média que é controlada pela consciência.

¹⁵ Segundo a Organização Mundial de Saúde a adolescência é a faixa compreendida dos 10 aos 19 anos. É considerada gravidez na adolescência aquela ocorrida até os 20 anos incompletos. (Castro, Abramovay e Silva, 2004).

Entretanto, essa idéia da aparente “liberação” sexual dá provas de que não chega a corresponder à verdade.

4.2.3 - O OUTRO LADO DA MOEDA: QUANDO O PERTO AFASTA

Se a maior preocupação do posto no que diz respeito aos adolescentes é a possibilidade da gravidez, e se é aí que reside o maior controle, também é justamente este aspecto que afasta os jovens. O que faz com que o posto tenha vantagens para a população no que diz respeito ao acesso tem o efeito contrário para os jovens. Os postos ficam próximos da casa deles, são freqüentados por pessoas conhecidas, os agentes de saúde são da comunidade.

A questão da sexualidade não é algo que as pessoas lidem com facilidade. A virgindade das filhas, sobretudo nas camadas mais desfavorecidas, tem um valor moral muito forte. E, mesmo quando os pais de alguma forma “desconfiam” das relações sexuais dos filhos é comum que não haja comunicação direta. Nem os jovens nem os pais assumem que estão ocorrendo relações sexuais. Muitos jovens preferem manter o sigilo sobre sua vida íntima com o intuito de evitar interferência dos pais (Brandão, 2004).

“Pra mim adolescente vem com a mãe, quando tá sentindo alguma coisa. Eu não consegui começar a trabalhar com adolescente ainda aqui. Mas até o fim do ano eu quero começar o ambulatório de adolescente e o grupo de adolescente. Que é outro grupo que eu quero trabalhar além dos hipertensos e diabéticos. Então assim, quando eles vêm, eles vêm mais com a mãe, quando tá sentindo alguma coisa. Dificilmente vem um adolescente só. As vezes vem, assim, menina, com uma infecção ou alguma coisa que não quer que a mãe saiba. Aí você pede uma prevenção elas ‘não, minha mãe não pode saber, minha mãe acha que eu não posso fazer prevenção, não sei o quê’. Agora teve um caso que me chamou atenção que não foi aqui, foi no outro posto ainda. Que uma adolescente veio com uma história que não menstruava há 3 meses. Essa criança, essa menina me chamou a atenção porque assim, ela foi com a mãe, né? Aí a mãe chegou desesperada. Não, porque eu tô preocupada minha filha tá sem menstruar há... parece que foi ‘há 4 meses’. Aí eu, tá sentindo alguma coisa? A menina disse: não. A mãe disse, olhe, de vez em

quando ela vomita. Eu disse ‘olhe, pode ser gravidez’. Não dra, minha filha, a menina tinha... uns 14 anos. ‘Minha filha? Gravidez? De jeito nenhum!’ Aí eu conversei com a filha: olhe, você tem namorado, tá saindo com alguém, tem relações com alguém? A menina calada. Aí depois fez, “não”. Aí eu disse: olhe, aí pedi para a mãe sair, é melhor você me contar porque senão eu vou descobrir. Porque tava com jeito de gravidez. Ela com a carinha assim, a barriguinha já crescendo. Aí eu disse: ‘eu vou descobrir’. Ela disse: ‘não, não to saindo com ninguém não’. Então eu disse, vamo examinar. Aí mandei a mãe entrar. Quando eu deitei ela que botei a mão na barriga já senti o útero. 4 meses já tava dando para sentir direitinho. Aí eu disse à mãe: é gravidez, você coloca a mão já dá para sentir o útero dela aqui. Aí botei a mão da mãe. A mãe, meu Deus, foi aquele desespero. Esse caso me chamou a atenção porque elas escondem da mãe até o último minuto (Entrevista com profissional de medicina).

Diante disso, ir ao posto é uma péssima opção para os jovens. No dia que é feito o planejamento familiar pela enfermeira a médica atende pediatria. Pra organizar a entrada na sala a pessoa que está na recepção pergunta “quem vai para o planejamento familiar?” ou “quem mais vai pegar remédio, camisinha não tem hoje não”. Ter os dias bem definidos para as ações, com pouca flexibilidade dificulta a ida dos jovens, pois impossibilita que se mantenha a privacidade.

Porque assim, é uma opção delas não contar para a mãe e a gente tem que respeitar. Algumas eu consigo convencer [a fazer o preventivo], agora algumas assim, porque a comunidade é fofqueira, vai dizer: olha a filha de fulana no posto no dia da prevenção. Então quando acontece isso a gente manda lá para a maternidade. Já teve uma que não quis ir nem pra maternidade, eu mandei ela lá para o Cabo. Ela disse, olhe, nem na maternidade porque se eu encontrar alguma conhecida da minha mãe vai dizer pra minha mãe. Então eu mandei ela lá para o Cabo. Ele foi lá para o Cabo aí fez a prevenção, trouxe o resultado, fez tudinho direitinho. (...) É porque, assim, fazer o procedimento da prevenção você acaba chamando atenção. Ela vem, vai demorar mais tempo no consultório. É mais difícil. É melhor mandar para outro lugar. Também elas não querem, se disser que elas vão fazer aqui dentro elas não querem. Não dra, alguém vai ver, pode ter uma amiga da minha mãe aqui no posto, é complicado. Mas eu sempre converso com ela. Se der alguma coisa sua mãe vai acabar descobrindo. Se tiver que usar um creme, alguma coisa vai ter que usar em casa, né? Eu sempre converso com elas: converse com a sua mãe, explique que você já teve relações com o seu namorado, é normal hoje em dia. Mas têm algumas que parece que tem pânico da mãe. Tem pavor da mãe. (Entrevista com médica)

A própria postura dos profissionais contribui para o distanciamento. Médicos, enfermeiras, auxiliares e agentes de saúde sempre, ao se referir aos jovens quando contam que souberam que eles mantêm relações sexuais, aconselham a contar para os pais. Isto pode se dar pelo fato dos profissionais não reconhecerem o posto como um local no qual é possível ter privacidade, embora o discurso seja sempre o de que “o povo inventa história, ninguém da equipe comenta nada” ou de que a gravidez é inevitável e os pais vão saber de qualquer jeito.

O fato é que a postura dos profissionais no posto, neste aspecto, se difere muito da que se tem, por exemplo, em clínicas para a classe média, nas quais as ginecologistas orientam mas não aconselham ninguém a contar para os pais.

Neste caso fica implícita a questão de classe dentro do PSF. Ao mesmo tempo em que os profissionais vêm como reconhecimento a utilização do posto por pessoas que possuem um poder aquisitivo melhor, por outro lado mantém a já referida postura de que se as pessoas têm acesso ao serviço público de saúde, é preciso se submeter às regras do mesmo.

4.2.4 - A DIFÍCIL ASSISTÊNCIA AOS JOVENS

Se há um consenso sobre as ações a serem desenvolvidas com mulheres, crianças e idosos, não se pode dizer o mesmo no caso dos jovens. Não se sabe como agir com esse grupo e são dados uma série de argumentos: por vezes o aspecto legal; outro sobre a maturidade para entender as orientações.

Camisinha. / Mas eles não usam né, e nem pegam, porque não querem, não gostam, é feio, incomoda. / E às vezes é até complicado você entregar preservativo pra uma criança de quatorze anos. / Pode tá até estimulando. / Porque se a mãe for lá e... / Vai dizer que foi você que estimulou. / Denunciar você e tudo... / Isso aí, isso aí também é um perigo que eu tô notando. / E uma criança, um adolescente até treze anos ou é quatorze, eu não sei agora como é que tá. Mesmo ela querendo, se tiver relação sexual é considerado estupro. Eu não sei

como é que a gente fica nesse meio de entregar preservativo, não sei como é que fica. / Não, estupro é não consentido./ Não, mesmo consentido abaixo de quatorze anos é estupro. / É, pela idade é. / É estupro. Mesmo se ela disser assim, eu quis. / Pode não porque ela não tem ainda autoridade. / Eu não sei direito se é treze ou é quatorze, né. / É porque ela, ela é legalmente incapaz, né.

(...)

Eu não pergunto a idade não eu dou a quem pedir. Antes isso do que eu falar não dou e a criança pegar uma aids. / Não, claro, claro. / É complicado. / Agora eu não sei se a lei encobre a gente, eu não sei como é. Não tô dizendo que é errado nem certo não. / Tem que ver que para a população ali que é muito normal, não é? (Grupo de discussão médicos).

Para fugir de uma situação com a qual não sabem lidar, os médicos ficam num impasse. Pode estar estimulando e a mãe denunciar o posto ou entregar para todos e “evitar” a aids. Sem chegar a nenhuma conclusão, apelam para o aspecto legal, menor de 14 anos é considerado estupro, não sabem como deve ser a postura diante disso, mas concluem “para a população é normal”.

Não há consenso sobre os procedimentos nem, sequer, se as mães devem ir junto com os filhos ou não.

Muitas vezes eles vão sozinhos pra consulta, criança de treze, quatorze anos. / Exatamente, eu não tô atendendo mais. / Eu não atendo, não dou receita, não dou remédio./ Exatamente não tô atendendo. Tem que ter um responsável.

Pesquisadora – Pode ir só a partir de que idade?

Maior de idade. Dezoito anos. / Menor, menor de dezoito deve ir acompanhado.

Menor de dezoito acompanhado. /Excepcionalmente eu atendo assim dezesseis, dezessete anos. / Quando você vê que é mais orientado. / É quando eu vejo que é bem orientado. / Tudo bem que às vezes até o de quatorze é mais orientado que o acompanhante que vai, né. / Mas só que a gente não pode, não é. / Mandar a receita./ Claro, explicar dose, posologia, horário não tem como explicar pra uma pessoa de quatorze anos. (Grupo de discussão médicos).

A necessidade de ter um responsável, algo que é visto positivamente pelos profissionais, é mais um fator que dificulta a privacidade dos jovens. Outras vezes esse responsável, que quase sempre é a mãe, torna mais difícil a interação do profissional com o paciente.

Já o contrário, às vezes é o adolescente que pode falar por si só e a mãe não deixa. / Isso, isso. A mãe não deixa./ O adolescente quando entra no consultório que a mãe entra, ela morgan tudo... / Oi como é seu nome? Ah é fulano. Quantos anos você tem? Ah meu... Mãe é... ...fala não? ? (Grupo de discussão médicos).

Se se entende que um adolescente de 14 anos não é capaz de entender a posologia e o horário para tomar um remédio, quando engravidam não precisam mais da mãe para ir ao serviço de saúde. A gravidez implicaria assim, numa mudança no “estágio de maturidade” da jovem.

Como sintetiza uma agente de saúde “*A médica falou que adolescente quase não tem nada pra tratar, eles vão mais até por incentivo dos pais*”.

Assim, essa é uma dificuldade concreta de se ter ações sistemáticas com jovens. O posto se volta para questões reprodutivas mas, exceto quando estão grávidas, no caso das meninas, os adolescentes têm uma participação que mais se assemelha à dos homens adultos, vão levados pelas mães para tratar problemas concretos, já que o corpo jovem não teria tanta necessidade de intervenção da medicina.

Assim, os problemas que os levam ao posto são:

Quando aparece mancha no corpo, aparece pano branco, elas querem se cuidar. / As vezes eles vão mais para uma consulta de rotina. Fazer check-up de 6 em 6 meses de ano em ano, remédio para verme. (Grupo de discussão agentes de saúde).

Agora, esses meninos novos vão mais por causa de gonorréia. (Grupo de discussão auxiliares).

Em algumas unidades há um dia específico para o atendimento dos adolescentes, demonstrando que é um público que deve merecer atenção.

Porque a NOAS, norma operacional de assistência à saúde, preconiza que a atenção básica, ela precisa ser, dar a assistência ao adolescente, à saúde da criança, à saúde da mulher e gestante. A atenção básica. E aí a gente precisa desenvolver atividades educativas com esses grupos, não só com esses grupos mas principalmente com eles. Idosos também. (Entrevista psicóloga do Sarte).

Entretanto, além da dificuldade de enquadrar o jovem no atendimento por questões biológicas, há outro fator que contribui para o afastamento dos mesmos na assistência.

A violência presente nas áreas é geralmente silenciada pelas equipes. São feitas referências à criminalidade, ao tráfico de drogas, à violência doméstica, aos abusos sexuais, mas a equipe além de se sentir despreparada para lidar com essas questões, não encontra a estrutura adequada para a condução de algum caso identificado.

Um caso citado por uma médica exemplifica essa questão.

É, eu tive um caso de uma suspeita de abuso sexual pelo padrasto. Aí, assim, quis saber né, como é que eu faço. Porque a criança, uma criança de oito anos, com infecção, uma infecção, uma doença sexualmente transmissível, gardenerella, tava com corrimento... A mãe, ela tem quatro filhas meninas todas de um, cada uma de um pai diferente e o atual marido não é pai de nenhuma delas. (...)Aí, assim, vou, preciso denunciar, né. Denunciar, quer dizer, comunicar ou sei lá a quem né, liguei... Assim, liguei. (supervisora) o que é que eu faço? Ah, tem que contar você mesmo pro conselho tutelar. Sim ó, liguei pro conselho tutelar eles foram lá no posto fiquei esperando um dia na hora do almoço. Foram lá no posto. Eu vi os dois circulando lá. Ah eu sou do conselho tutelar, você é o que? Eu sou a médica tal assim, assim, o endereço é esse, tal. Mas eu falei é: olha eu quero saber o seguinte, como é que funciona? Não, pode deixar. A gente vai lá investigar mas fica completamente em sigilo a gente vai dizer que foi anônimo que não sei o quê. (..) Sim, mas, não tem como ser anônimo, né. Ela, a mãe, vai saber, é obvio, né, eu falei pra mãe. Mãe, isso não é uma infecção de criança. Isso é uma infecção de mulher, né, se é que a senhora me entende. E a mãe, nem aí, ó. (..)Olha isso me causou um problema tão grande, a mulher disse que vai na imprensa disse que... O conselho completamente sem tato a pessoa disse que foi lá disse que a doutora do posto que tinha denunciado e que tinha ido pessoalmente no conselho tutelar falar que ela tinha que se separar daquele homem porque ele tava abusando da filha dela e que num sei o quê. E a condução do caso absurda, deram um monte de pedido de exame pra mulher fazer no IMIP e bem grande em letras garrafais abuso sexual sabe. Eu fiquei assim. Eu falei: não é possível isso. A mãe não quer me ver nem pintada. Disse que vai denunciar e que vai até o fim e que não sei o que e que a vida dela acabou. (...)E a menina, a queixa que ela veio pra mim uma criança de oito anos ta fazendo xixi na cama todo dia e que tava com problema na escola e que a professora tinha queixado que ela brigava com os coleguinhas. Distúrbio de comportamento fazer xixi todo dia na cama, com uma infecção corrimento tal, vou ficar quieta? Agora que o caso fosse rolar dessa forma menina, a comunidade inteira ficou sabendo porque o fulano lá é da comunidade. O conselho tutelar é da comunidade,

conhece o agente de saúde do posto... Olha eu falei. Eu falei pra (supervisora). Não, eu tô profundamente decepcionada pessoal e profissionalmente. Sim, mas ela chegou a me ameaçar ela falou ela falou assim olhe eu sou muito conhecida aqui em Ponte dos Carvalhos minha família é grande.

No caso dos jovens não é nenhuma novidade que a violência atinge em cheio essa faixa etária, o que leva Córdia (1997) a afirmar que a violência urbana fatal chega a ter caráter epidêmico nos jovens do sexo masculino. E que a violência fatal ocorre com maior frequência nas áreas mais pobres e mais carentes.

Cria-se um círculo vicioso, conviver numa área de criminalidade aumenta o risco de vitimização. E testemunhar a violência ou ser vítima dela pode levar os jovens a se tornar vitimizadores, dependendo também da situação familiar.

Numa realidade onde é comum a violência entre os membros da família, agregada à violência no bairro, aumenta a probabilidade de “socializar os filhos para a violência”. Esse conjunto de elementos tem implicações no comportamento do jovem na escola, no bairro, no seu desempenho acadêmico e social (Córdia, 1997).

Dentro da escola a violência está presente entre os alunos, destes com os professores e vice-versa. Os professores reclamam da falta de civilidade dos alunos que chamam palavrões, gritam, fazem desordens, interrompem a aula, picham as paredes, jogam banca uns contra os outros, etc.

Se a equipe consegue evitar lidar diretamente com a questão da violência, no trabalho de saúde bucal não tem tanto sucesso pois parte dele se realiza na escola. Assim, descreve uma dentista.

A dificuldade que eu tenho é de trabalhar com adolescentes. Você chega numa escola para dar uma palestra, eles não ficam concentrados, é difícil de conter a euforia deles, por conta da idade. Até os 11, 12 anos, a quarta, quinta a gente consegue conversar. Mas da sexta ao ensino médio a gente não consegue não. Eles brincam muito, ficam tirando brincadeira com a gente mesmo, não respeita. A dificuldade maior é porque o professor não tá lá para ajudar a conter a turma e impor, não a informação, mas no mínimo o respeito. Eles saem da sala, se você vai fazer aplicação de flúor eles cospem, saem da sala, sobe na cadeira, grita, pula a janela. É muito complicado. Eu

tô aprendendo. Eu já não trabalho mais na sala. Eu marco com a escola e fico na quadra quem tiver interessado vai, que a gente tá com tudo montado. Aí vai quem tá interessado. Mas devagarzinho a gente tá conseguindo conquistar porque se fulaninho vai porque eu não vou? Eles vão pela curiosidade. Mas na sala de aula.... esse trabalho é difícil.

Nas unidades onde não há dentistas o trabalho de escovação e aplicação de flúor é feito pelas agentes de saúde que ficam responsáveis por algumas salas. Num dia de aplicação de flúor (que não chegou a ocorrer porque estava faltando água na escola), a pesquisadora foi com uma agente de saúde que comentou sobre um aluno que tinha assassinado o outro dentro da escola há pouco tempo. Mostrou o local, um pequeno corredor que dá acesso às salas.

Daí confirma-se a idéia de que jovem é difícil de trabalhar. Cárdua, que afirma que a família tem um papel relevante para o jovem resistir ou não à violência. Argumenta que para a diminuição da violência na escola é necessário que se envolvam e trabalhem as famílias e comunidades, não só os alunos. Que esse talvez seja um bom caminho nas escolas para a solução de um problema que o PSF prefere se omitir.

Assim, jovens e idosos, com inúmeras diferenças entre si, vêm dividindo com as mães e crianças, embora em graus diferenciados, a atenção no Programa Saúde em Casa.

Capítulo 5

MÚLTIPLAS HIERARQUIAS NA DIFÍCIL ASSISTÊNCIA ÀS FAMÍLIAS

Uma vez apresentada a forma como têm sido vistas e atendidas as famílias no PSC, falaremos um pouco sobre as equipes no Cabo de Santo Agostinho e como o trabalho e as relações internas das mesmas tem influência no tipo de atendimento e se relaciona com outros grupos de apoio dentro do município.

No trabalho desenvolvido no PSC é possível identificar hierarquias múltiplas que se entrecruzam no dia a dia da atuação. Essas hierarquias estão situadas dentro da equipe e desta com a comunidade. Mas essas hierarquias coexistem com o conhecimento da realidade de vida da população, levando a atitudes ambíguas por parte da equipe. É essa a situação que nos deteremos nesse capítulo.

5.1 - A ESTRUTURA DOS POSTOS E A RELAÇÃO DA EQUIPE COM AS FAMÍLIAS: A BUSCA DE RESPEITO

Uma característica das unidades de saúde em Ponte dos Carvalhos, onde funcionam o PSC, é que quase todas são montadas em casas na comunidade. Das 10 unidades, apenas uma se localiza no antigo Centro Social Urbano, onde também funciona uma escola. As outras 9 são casas alugadas que foram organizadas de forma a dar conta, em maior ou menor grau, das atividades que precisam ser realizadas.

Não há um consenso entre os profissionais sobre o fato do posto ficar localizado numa casa. Para alguns ela deveria de alguma forma se diferenciar dando um aspecto de unidade de saúde (tradicional), mas não houve referência a alguma dificuldade concreta na realização dos trabalhos.

“Me incomoda um pouco, não sei porque, assim, se pelo menos fosse em uma casa separada. Mas assim, junto...” (entrevista com profissional de enfermagem)

Para outros, isso até facilita o trabalho aproximando os usuários tanto fisicamente quanto ideologicamente *“eu acho bom porque fica mais próximo da comunidade, eles se identificam”* (entrevista com médica).

“Só precisa ter espaço para organizar as coisas. Assim, precisa de uma sala de vacina, de um espaço separado para a farmácia e os curativos. Aqui a farmácia fica no corredor mas dá, agora o que não pode misturar mesmo, de jeito nenhum, é o curativo.” (entrevista com profissional de enfermagem)

A escolha da Secretaria de Saúde de organizar os postos em estruturas já existentes na comunidade se mostra bastante positiva, pois não é necessário que se realize uma nova obra para a abertura de cada posto. As dificuldades que são encontradas por causa da estrutura são, com frequência, solucionadas com o apoio da população. Assim, onde não há espaço para organizar uma atividade maior, como a festa de São João para os idosos, são usados outros locais, como clubes, ou a casa de algum usuário.

“A próxima reunião vai ser lá na casa de..... E eu nem avisei a ela ainda (risos). Ela é uma paciente daqui que tem a casa grande, tem o quintal grande e tem também muita cadeira porque ela aluga mesas e cadeiras para festas. A gente sempre faz lá quando vem mais gente, ela não se incomoda” (médica, diário de campo)

Os transtornos referem-se à questões burocráticas como no caso da Plan.

“A gente fez uma doação de tv, vídeo e algumas fitas para todas as unidades de Ponte dos Carvalhos, só que muitas das unidades não têm espaço para trabalhar os grupos e a gente não pode reformar porque os prédios são alugados, se fossem da prefeitura... só que não podemos gastar dinheiro com uma coisa que não vai ficar para a comunidade, que o proprietário pode pedir de volta. Nós estamos estudando o que podemos fazer” (entrevista com a Assistente Social da Plan)

Como postos estão localizados em casas na comunidade, a equipe também de certa forma se aproxima da comunidade por vivenciar no dia-a-dia situações semelhantes às enfrentadas pelos moradores. Assim, no período de chuvas, por exemplo, uma das equipes precisou colocar o material, inclusive geladeiras e arquivos, em cima de bancos.

As unidades apresentam tamanhos variáveis, algumas com áreas muito amplas, mais ventiladas ou iluminadas, mas todas funcionam com espaço suficiente para organizar o atendimento. Se a estrutura montada numa casa não é vista como um problema para a qualidade do trabalho dos profissionais, o mesmo não se pode dizer do nome adotado no município, Programa Saúde em Casa, que, segundo os mesmos, passa a idéia errônea de que as pessoas serão atendidas em casa, ficam esperando o médico ir.

Apesar de eu não gostar desse nome, adotado aqui no Cabo, não gosto desse nome.(...) Eles perdem um pouco é, a noção do objetivo do programa, porque eu já cansei de ouvir. E às vezes o vizinho é atendido né, porque o médico tá em casa / É. Às vezes é um acamado que não pode vir, a gente vai. / Eles não lembram que o vizinho é acamado. / Ah eu quero o médico na minha casa. Saúde em casa, quero ficar em casa esperando que o médico venha. Aí eles querem é se safar um pouco assim, da responsabilidade deles com a saúde eles mesmo. Como se eles não tivessem essa responsabilidade, a gente tivesse que ir lá sempre. / Até por conta da propaganda que passa na televisão do Cabo, num é. Ah, eu recebo o médico na minha casa num é. Uma senhora bem rígida, que a gente vê que ela pode andar (Grupo de discussão com médicos).

O nome adotado no município aparentemente foi escolhido sem nenhuma razão especial

Foi o secretário de saúde na época, quando ele colocou esse nome não passou para gente essa razão não. Num sei, acho que o cabo sempre procurou ser diferenciado em suas atividades, pelos seus trabalhos desenvolvidos, muito mais do que outros municípios talvez ele quis diferenciar. Mudar o nome de Programa de Saúde da Família para Programa de Saúde em Casa, talvez ele quisesse destacar pelo Cabo ser sempre um município de destaque, mas não foi passado o porque para a gente não. (Entrevista com supervisora).

Contudo, o nome é visto como problemático porque a população não consegue entender a “filosofia” do programa por não ter sido, segundo acredita a supervisora, suficientemente preparada antes da instalação da unidade:

Talvez eles digam que querem ser atendidos em casa. Uma coisa que eu digo aqui: quando for implantar uma equipe nova procure, antes de qualquer atendimento na comunidade, procure trabalhar a comunidade e explicar para eles o que é o PSC para que eles entendam o que é o PSC e não tenham justamente essas visões. E

quando foi implantando aqui teve essa falha, não sei se foi a agilidade e isso foi falho, mas nós não tivemos esse trabalho.

Isto também estaria relacionado com a idéia da população como aproveitadora, que sempre procura tirar proveito dos profissionais. Querem, de acordo com os profissionais, ser atendidos sem marcar consulta, receber remédios e encaminhamentos em casa, etc. Como destaca uma agente de saúde:

“Querem fazer a gente de escravo mesmo. Não querem mais ter responsabilidade com nada. (...) Querem que a gente marque consulta. Se passar dois dias sem ver o agente, já fica dizendo que ta dois, três meses sem ver. Querem fazer a gente babá mesmo.” (Entrevista com agente de saúde).

Mas as pessoas também são vistas a partir da ótica das carências diversas: econômica, afetiva, de informação, educação. Uma idéia bastante presente é a de que as pessoas são pobres, sujas, incapazes de aprender e, também, mal agradecidas. Não reconhecem o esforço dos profissionais em prol do bem deles. A resistência ao serviço é motivo de frustração por parte dos profissionais que entendem como, de certa forma, resistência a eles.

Eu fui na casa de uma mulher que ela não quis que eu falasse com ela de jeito nenhum. Me xingou tanto, tanto, que eu chega fiquei nervosa. E eu tava grávida, com 3 meses, meu sonho era ter um filho e a mulher não respeitou nem meu estado. Eu fiquei tão nervosa que cheguei no posto quase chorando (entrevista acs).

A gente vai encontrar assim, sempre chega um, dois, três, que acaba seu estímulo de trabalhar. Você ta fazendo seu trabalho dia a dia, dando o melhor que você tem, de repente chega um e acaba com tudo, tira a imagem de tudo que você fez. Aí hoje, esta semana chegou um paciente, (...) a paciente com uma diabete de 800, só que ela se recusou a ser hospitalizada, a família assinou o termo disse que não vai levar. Quer dizer, que isso pra gente é um desestímulo pro que a gente ta fazendo. (Grupo de discussão com auxiliares de enfermagem).

Se a frustração pela não aceitação do serviço é bastante presente, o seu inverso, a gratidão por parte do usuário é o que motiva e faz com que os profissionais permaneçam no trabalho.

Quem aqui nunca escutou primeiramente Deus, segundo a doutora do postinho? (Grupo de discussão com médicos).

Mas essa afinidade precisa ser muito bem dosada porque a população parece não discernir muito bem os limites do comportamento esperado. Se, como preconizam os documentos do Ministério da Saúde (1998), a presença constante da equipe na comunidade deve garantir a vinculação com a mesma, é preciso garantir essa vinculação dentro de certos limites.

Quando se fala na mudança trazida pelo PSF na qualidade da assistência, um dos primeiros exemplos citados é o fato do médico saber (e tratar) as pessoas pelo nome. Entretanto, a recíproca não é verdadeira. Na percepção dos médicos chamá-los pelo nome é um sinal de desrespeito pelo profissional.

...e mesmo com a comunidade você restringe muito esse negócio de criar um vínculo é legal por um lado mas por outro é complicadíssimo porque você acaba fazendo parte da comunidade e as pessoas te vêem assim e acaba... / Perdendo / Compromete a relação. / Tomando certas liberdades que não tem. / Compromete a relação médico-paciente. / Chegar e me falar 'Marília ó eu trouxe esse exame aqui pra você ver'. Primeiro que não é Marília é doutora Marília. Eu sou a médica dela e segundo que ela trouxe esse exame aqui pra você ver, não marca uma consulta porque acha que tem uma amizade com tal (...) que pode passar cima de tudo. / Porque ela vai na casa dela, entendeu? (Grupo de discussão com médicos).

Além disso, a aproximação da equipe com a comunidade, segundo acreditam os profissionais, pode levar a população a desqualificar o saber técnico dos profissionais, sobretudo do médico que é quem mais o detém na equipe.

Outra coisa que acontece muito também que me incomoda eu não sei se acontece com vocês. Eles chegam muito no consultório e falam assim "eu vim aqui pra pegar um encaminhamento pra o otorrino. O que é que você quer ir pro otorrino? Não porque meu ouvido tá assim, assim. Eu vou olhar seu ouvido e eu vou ver se eu consigo tratar". Quer dizer, eles acham que a gente ali não é médico pra tratar nada não. É uma ponte pra mandar eles. Perde até aquela visão de que a gente estudou e que a gente vai tratar. A gente tá ali, fácil a hora que ele quer ele entra, abre sua sala pode falar com você muito facilmente. Então acha que você não vai resolver problema nenhum dele não. Você já deixou de ser médico dele. Então ele quer ir pra um outro médico, quer ir pra um especialista. Aí as vezes eu digo não, não

precisa não. Quem vai lhe tratar sou eu. (Grupo de discussão com médicos).

Se a proximidade com a comunidade tem aspectos positivos, por outro lado, estar acessível diminui o prestígio dos médicos. Essa é a concepção corrente. Falar diretamente com a médica, mesmo quando ela está desocupada, fora da sala de consulta, é um indício do desrespeito à profissional.

Eu estou no posto conversando e lanchando com a médica e com uma agente de saúde. É aproximadamente 11h 20, as consultas já acabaram. Chegam duas mulheres e vêem a médica. Elas vão até onde nós estamos e uma delas diz que está com um corrimento muito forte e que está incomodando muito. A médica responde irritada “Olhe, você tá vendo ‘aquela’ moça ali (a recepcionista)? Você vai falar com ela, dizer o que tem. ‘Ela’ vai vir falar comigo. Aí eu vejo se posso atender ou não e digo a ela. Ela vai lhe responder.” (Diário de campo).

Outro grave sinal de desrespeito ao posto, e ao que ele idealmente deveria representar, é chamá-lo de postinho. A própria pesquisadora chegou a ser repreendida por falar assim, como os usuários falam.

...só uma coisa assim, a gente pede muito a questão do postinho, é para valorizar é posto. Como é uma casa, aí o povo gosta muito de chamar postinho (...) nós brigamos muito com esse postinho, é posto / eu descobri que isso é nacional, em todo lugar, isso é, em todo Brasil e até em Cuba. Tem uma nutricionista que estava lá e ela dizia sempre isso, que é em todo Brasil mesmo. / É nacional mas estamos mudando isso / É por isso que agente tem que trabalhar isso. É posto e não postinho, e isso tá acabando. (Grupo de discussão com enfermeiras).

A fala de uma médica exemplifica bem o que foi abordado.

Isso foi uma coisa comentada na reunião dos profissionais (reunião mensal com os profissionais de nível superior, supervisão, a gerência e a coordenação do PSC). Eu nunca tinha parado para pensar dessa forma. Foi citada a falta de respeito que as pessoas tem com o posto, não só os usuários, mas os outros profissionais de saúde. O julgamento por ser um médico generalista por ser uma profissão... existe meio um preconceito dentro da área médica contra o médico da família. Quando fala que é médico de psf os colegas da gente torcem o nariz. Esse respeito para o profissional. A gente tem um trabalho importante, influencia até nos outros setores. Que aqui é a prevenção. A gente vê o resultado do nosso trabalho, mas isso lá fora não é bem encarado. Esse preconceito recaiu sobre essa maneira de chamar o posto. Porque a gente começou chamando de postinho por uma

maneira carinhosa, que é um lugar pequeno, um lugar que a gente trabalhava, então começou por isso. Então isso se difundiu e a comunidade chama. Mas começou a crescer muito a questão do respeito ao trabalho da gente. O pessoal começou a chamar a atenção disso, esse negócio da gente tá chamando o posto de postinho. A gente pode estar ajudando a denegrir a imagem da gente. Foi quando meus olhos foram abertos porque eu não tinha olhado desse ponto de vista e a gente combinou, meio que na reunião, que a gente ia tentar não chamar de postinho para poder até impor um certo respeito. Não ser uma coisa no diminutivo, uma coisa pequena. (...) Algumas coisas que a gente tava querendo mudar para chamar a atenção. A gente não é um postinho, é um posto de saúde que tem valor. Eu acho que interfere (chamar postinho), não sei se é uma questão de preconceito. Outra coisa que foi comentada nessa reunião é o tratamento dessas pessoas com a gente, que como a gente tá aqui todo dia e o acesso deles é fácil à gente e eles não tem educação para discernir o caminho correto das coisas, eles acham que a gente tá aqui para a hora que eles quiserem tirar as dúvidas deles. Chega aqui, um médico passou uma receita não sei aonde, aí vem pra cá. “Ah, eu peguei aqui essa receita, como é que usa? Que remédio é esse?”. Ou então chega aqui mandando na gente: “eu vim fazer ultrassom, eu vim para a senhora passar um raio-x”. Então, a gente acha que isso mexe com a imagem da gente. Pô, eu sou médica, eu sou enfermeira, eu estudei, eu não estou aqui para simplesmente a pessoa chegar na minha sala e dizer simplesmente me dá um raio-x aí. É igual a uma lanchonete que você chega, me dá um cheese-burger e um guaraná, não é assim. E começou esses comentários justamente por causa do tratamento de alguns usuários que chegam aqui, “Vanda, não sei o quê, não sei o quê”. Não é Vanda, é Dra Vanda. Então as vezes pode parecer arrogante, mas não é simplesmente um título, porque na verdade não tem nenhum doutor, isso é para quem faz doutorado e ninguém aqui faz. É pela questão do respeito com o trabalho da gente mesmo. Teve uma enfermeira lá que disse com você ainda foi Vanda e comigo foi, ei, mulé, passa não sei o que pra mim. Então existe um pouco isso. Eu acho que essa questão do tratamento ou aproxima um pouco ou distancia realmente. Aí vai além disso eu acho que o posto, o local de trabalho também. Na medida que você vai deixando uma coisa cair, ah, é banal é fácil, é muito fácil, aí você não valoriza. (Entrevista com médica).

Aparece, de forma contraditória à filosofia do programa, a idéia de que a proximidade diminui o respeito. A fala dessa médica aborda vários aspectos, inclusive a questão da valorização do profissional de medicina trabalhando no PSF, visto como um profissional menos valorizado entre os pares. Essa questão da valorização do profissional não é nova. Na medicina moderna os problemas psicológicos e os de comportamento ficam a cargo dos psiquiatras.

Apesar deles também terem uma formação como médicos, são encarados como médicos de segunda classe, pois os especialistas que supervalorizam a compreensão dos mecanismos biológicos é que são encarados como mais importantes.

A reação de muitos psiquiatras foi seguir o modelo biomédico e tentar compreender a doença mental por mecanismos físicos no cérebro. Resulta daí a postura de tratar as doenças mentais com medicação, que controla os sintomas, mas não cura (Capra, 1982). Parece que está acontecendo coisa semelhante à reação dos psiquiatras com os médicos do PSF. Procuram manter-se afastados da comunidade, em busca de uma maior valorização.

A proximidade com a comunidade é vista como um elemento que diminui o prestígio do profissional. Revela-se aí também o preconceito e estereótipo com a população “sem educação para discernir”. A ênfase no fluxograma do posto; a exigência de chamar posto e não postinho reflete uma postura meio ambígua dos profissionais: ao mesmo tempo em que se propõem a trabalhar com uma comunidade específica e trazem toda uma argumentação sobre a diferença do trabalho no PSF, por causa da integração com a comunidade, acabam por buscar a manutenção de relações desenvolvidas no atendimento das unidades tradicionais. Essa idéia de que tem que ser difícil para manter o respeito resulta numa diminuição na qualidade da assistência dada. Daí decorrem ações como, por exemplo, fazer as pessoas esperarem, mesmo que não tenha outro paciente.

A dificuldade em considerar a subjetividade e a experiência de vida dos usuários tem implicações negativas no relacionamento dos profissionais com os mesmos. A relação baseia-se na crença de que só profissional sabe sobre o estado de saúde ou doença do usuário. Esse distanciamento da relação entre profissional e paciente tem como consequência o baixo comprometimento do paciente com o tratamento que é imposto, quase sempre, de forma vertical. Embora evidentes, as razões desse baixo comprometimento dificilmente são compreendidas pelos profissionais (Conill, 2002) que vêem as críticas dos usuários como “tendência do ser humano a enfatizar o negativo”.

Fica explicitada, a partir dos exemplos citados, a primeira hierarquia no PSF, da equipe com a comunidade. A equipe está num patamar, de certa forma, superior, detentora do conhecimento sobre a saúde. Desta posição vem a cobrança pelo respeito. É preciso que se respeite o posto e os profissionais.

Mas essa hierarquia não se dá de forma absoluta. Há o envolvimento com a população. Ter o reconhecimento do trabalho realizado torna-se fundamental para se manter motivado. Os profissionais ficam então numa “briga” pelo respeito, numa negociação entre a distância e a proximidade. Querem a neutralidade científica, que garante o respeito e o distanciamento, mas se envolvem com a comunidade, como veremos a seguir.

Embora procurem manter o que consideram uma “distância respeitosa”, há inevitavelmente uma relação mais próxima com alguns usuários, com vínculos de amizade ou se sensibilizando pelas condições de vida precárias da população, chegando, em alguns casos, a relações de compadrio.

.... uma criança de sete anos nem sabia quem era Xuxa ...a mãe é paciente psiquiátrica e o pai é alcoólatra, né? Ai ele recebia a pensão da mãe e ia beber e a mãe tava internada e ele ia beber, e ficava cinco crianças sozinhas em casa. A criança de sete anos cuidava dos outros quatros irmãos. E depois a gente ficou com muito contato e eles pegavam muito bicho de pé e a gente levava para o posto para tirar o bicho do pé, fazia feira, levava roupa, tudinho. E assim, a gente se apegou muito ao bebezinho e eu levei ele para passar um final de semana lá em casa num feriado ai quando ela (a filha mais velha) chegou e sentou assim no sofá e ela sorria. Assim, é incrível como ela sorria, era incrível como ela sorria, era um fascínio. Ai eu perguntei ô (nome da criança) você nunca assistiu não? Ela disse: eu não tia eu nunca vi não. Ai deu aquele choque. (Entrevista com profissional de enfermagem).

Diante dessa dedicação e envolvimento emotivo da equipe com a comunidade, as críticas da população são encaradas como muito injustas porque a equipe faz tudo o que está ao alcance diante do contexto de pobreza e faltas. Espera-se a gratidão. Assim, as críticas, ao invés de ser um elemento para se refletir sobre a adequação do serviço às necessidades da comunidade, são encaradas como um não reconhecimento do que é feito para eles.

Vale frisar que a idéia do usuário como problema que atrapalha o andamento do programa por não conseguir entender os objetivos do programa, não é limitada apenas às equipes da unidade de saúde da família, ela é compartilhada pela Secretaria de Saúde.

Numa das reuniões de prestação de contas à comunidade realizada pelo diretor da policlínica, a supervisora do PSC, a diretora da maternidade e uma pessoa da regional 3 responsável pela mobilização, é feito todo um discurso sobre a situação de saúde no Cabo. “De cada 10 pacientes, 10 populares, 10 pessoas, 8 são atendidas pelo saúde da família.” (...) Depois de mostrar os dados quantitativos completam “estamos no caminho certo, apesar de todas as dificuldades temos indicadores melhores até do que em outros países (...) Antigamente o médico passava meia hora, atendia a cota semanal e pronto, acabou. Hoje a população sabe o nome do doutor e da doutora e o profissional sabe o nome das pessoas. É uma coisa simples, mas que mostra como tá presente”.

Ao final da apresentação as pessoas, já impacientes, fazem críticas diversas: à falta de remédio; ao atendimento de alguns profissionais; à dificuldade de marcação de consultas, dentre outros. Depois de um tempo de críticas e respostas um dos responsáveis pela reunião se levanta e fala impaciente “o povo chega cedo porque quer (para marcar consulta). O que custa vocês chegarem na hora ou perto dela? Vocês é que têm que mudar. O sistema tá dando certo, tá atendendo, mas é costume da população. O que não pode é vocês tarem entrando em atrito achando que a saúde não tá dando certo, porque tá sim. (Diário de campo).

Por acreditar na inadequação da comunidade ao programa, ou melhor, na mistura: as críticas são mais inadequadas que a população em si, mas, na verdade, são ambas. Os profissionais muitas vezes realizam ações assistencialistas e autoritárias para impedir que o não seguimento das orientações dadas interfira no resultado do trabalho com índices negativos. Assim, chegam a assumir tarefas domésticas e realmente, como afirma Donzelot (1977), interferir na organização do lar.

“Teve um caso, de outra agente de saúde, que a mãe com preguiça de fazer a comida na hora certa, enchia um frasco de nescafé e ia dando durante o dia aquele mingau. Aí foram descobertos e a agente ia na casa fazer a comida todos os dias. Eu ia junto com ela. (...) Ela ia 3 vezes por dia fazer o mingau. A enfermeira que orientou para fazer isso. Porque o menino não tava ganhando peso e a gente descobriu que ele tava sendo mau alimentado.” (Entrevista com agente de saúde) .

Embora a equipe esteja sempre realizando cobranças e interferindo na vida da comunidade, há, contraditoriamente, um ressentimento pelo fato das pessoas não assumirem as responsabilidades pela saúde delas mesmas, ou, pelo menos, nos padrões que a equipe desejaria.

Como as famílias não assumem o que deveria ser de sua responsabilidade, no olhar da equipe, a equipe precisa estar unida para qualquer eventual problema que aconteça e que implique numa maior vigilância da Secretaria de Saúde.

Se a equipe é unida, fortalece. Porque se chega uma pessoa dizendo que a agente de saúde não vai na casa dela ver o filho, você pode responder 'ela já marcou 3 vezes e você não veio'. É claro, se isso tiver acontecido. Você tem que responder ou ficar calado. É diferente de você dizer 'vou perguntar porque ela não tá passando' a pessoa fica cheia de direito. (Auxiliar de enfermagem – Diário de campo).

A equipe precisa estar unida ao lidar com a comunidade mas, dentro da equipe, também há a necessidade de se estabelecer laços de solidariedade diferenciado entre seus membros como veremos adiante. Aqui nos deparamos com a segunda hierarquia no PSC, a existente dentro da equipe. Vale enfatizar que essas hierarquias, como já foi falado, não são absolutas, estão imbricadas umas com as outras e com outros fatores como a convivência com a comunidade.

5.2 - A FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS E AS HIERARQUIAS NAS EQUIPES

A equipe do PSF não poder ser percebida como um todo uniforme. Como já foi argumentado por vários autores (Scott, 2000, Nunes et al, 2002), os agentes de saúde ficam numa situação ambígua dentro da equipe por pertencerem simultaneamente à comunidade e à Unidade de Saúde. No lado oposto estão os médicos e enfermeiras, pessoas de fora da comunidade e num nível hierárquico maior, são os profissionais de “nível superior”. Numa posição intermediária encontram-se as auxiliares de enfermagem que, embora não tenham obrigatoriamente que morar na comunidade que atendem, todas residem no município.

Assim, dadas as diferenças hierárquicas dentro da equipe, é necessário estabelecer também alianças diversas. Se é preciso que a equipe esteja unida para se preservar da comunidade, numa escala menor, é preciso também que médicos e enfermeiras se unam e se fortaleçam mutuamente em relação aos agentes de saúde. Dentro da equipe, médico e enfermeira representam o saber técnico em saúde e os agentes de saúde, a população. Reproduzindo dentro da unidade a valorização social da medicina em detrimento dos valores da comunidade.

Apesar das particularidades existentes na estrutura física das unidades, uma característica comum a todas elas é que na divisão de espaços dentro do posto ficam claras as hierarquias existentes dentro da equipe. Assim, a sala mais equipada é destinada ao profissional de medicina

Eu observo a cortina toda enfeitada com bichinhos e a enfermeira explica que à tarde tem que usar, o sol bate diretamente nessa sala, e é muito quente. Explica que a prevenção é à tarde no dia que a médica vai fazer visita. Ela conta “um dia não teve visita e a médica teve que ficar aqui enquanto eu fazia prevenção. Ela achou péssimo. Eu disse ‘tá vendo o que eu agüento?’”. Não bate sol na sala da médica mas, apesar disso, o ar-condicionado fica aí, e não na que precisa mais. (Diário de campo).

Embora haja uma maior valorização do profissional de enfermagem dentro da equipe de PSF, no cotidiano do trabalho o que vem demonstrando é uma dificuldade de sair do enfoque biológico com ênfase no saber técnico dos médicos. Mesmo que possam ser valorizados diversos aspectos ao se referir à equipe do PSF na comunidade, quando se fala na equipe é sempre ressaltada a presença do médico. Se fala no médico que vai na sua casa, e não em uma equipe na atenção.

Há um discurso presente de que não há hierarquias dentro do PSF, pois todos são igualmente ligados à Secretaria de Saúde, mas elas são em demarcadas entre médicos e enfermeiras e de ambos com os profissionais que não tem nível superior. Entre médicos e enfermeiras caberia a essas últimas ceder para evitar conflitos.

“A enfermeira tem que fazer com que a coisa caminhe positivamente né. Então além do afazeres além das atribuições normais, a enfermeira tem que ter jogo de cintura com o agente de saúde com a auxiliar e até com os médicos mesmo. Que existe muito em posto de

saúde em que os médicos e as enfermeiras ainda não se entendem muito bem. Então a enfermeira, eu ainda acho que ela é mas sensível nesse ponto. Se ela não tiver essa sensibilidade, se ela não souber se ela não for... flexível. Muitas vezes, na maioria das vezes, a enfermeira tem que ser flexível na maioria das vezes.” (Grupo de discussão com enfermeiras).

Essas hierarquias dentro da equipe estão relacionadas com o enfoque biomédico da saúde que valoriza diferenciadamente o saber do médico.

Quanto à formação acadêmica para o trabalho na comunidade há, por parte dos profissionais médicos, um reconhecimento da deficiência na formação acadêmica para lidar com a comunidade. Neste caso, a experiência de vida é que poderia trazer mais subsídios para a atuação.

...quando eu fiz faculdade nem existia saúde da família, não tive formação em saúde pública, nem para o trabalho com comunidade. Na verdade abre um leque muito grande de atendimento. É muita doença, tudo minucioso para a gente abarcar tudo. Fora a questão de estar o dia a dia na comunidade estabelecer o vínculo, aqueles pacientes serem seus, ficarem sob sua responsabilidade. Desde o bebe até os idosos. E alguns que chegaram aqui bebê e hoje são crianças. Essa visão generalista a gente não tem. (...) A dificuldade que eu tenho com grupos é a falta de formação para realizá-los. A gente no começo simplesmente tinha uma agenda, onde tinha 2 horários por mês reservado para grupo e na verdade eu sabia nem o que era. Então no começo eu sofri muito, eu tinha que cumprir aquela agenda, eu mandava chamar o pessoal, chegava aqui dava palestra sobre alguma coisa. (Entrevista com médica).

Eu acho que a formação da gente na faculdade não é voltada para isso de jeito nenhum. Eu acho que o que eu senti é o que a maioria dos médicos, quando o programa começou, sentiu. Porque a faculdade prepara a gente, o curriculum da gente é voltado para atendimento no ambulatório, da forma mais impessoal possível. E no caso o PSF não, tem todo um envolvimento comunitário, tem as palestras, a gente tinha, tem. É, eu saí da faculdade com conteúdo, mas não sabendo a forma de passar. (O que ajudou foi) minha formação, porque eu sou evangélica. E na igreja a gente sempre trabalhou muito assim, trabalho em grupo, com a comunidade. Então eu já tinha pela minha vivência, mas não pelo que eu aprendi na faculdade. Na faculdade não tem, quer dizer, agora eu não sei porque teve algumas mudanças. Mas até o tempo que eu me formei não tinha nenhuma cadeira voltada para isso. (Entrevista com médica).

As profissionais de enfermagem são percebidas pela Secretaria de Saúde, e por elas mesmas, como mais preparadas no trato com a

comunidade e com as famílias. Essa noção pode estar relacionada à noção de que o enfermeiro consegue se “envolver” mais com a comunidade e também interage melhor com os agentes de saúde, “representantes” da comunidade dentro da equipe.

...profissional enfermeiro ele sai mais preparado para trabalhar na saúde pública, o médico eu já diria o contrário. Eu acho que o enfermeiro não tem nenhuma dificuldade para trabalhar com comunidade. Os médicos, a faculdade não prepara para trabalhar com a comunidade, prepara mais para consultório mesmo. Eu tenho certeza que os profissionais enfermeiros tem menos dificuldade para se adaptar. (entrevista com supervisora)

“Eles [acs] tem mais segurança na gente nos déssemos mais ao nível deles” (Grupo de discussão enfermeiras).

A enfermeira identifica a cadeira de saúde pública onde aprendeu sobre o SUS, e os cursos sobre algumas patologias específicas como fatores que ajudaram a lidar com as famílias com as quais trabalha. Isto demonstra uma certa mistura das necessidades trazidas pelo PSF. Por um lado o envolvimento comunitário. Por outro, o conhecimento sobre as diversas patologias situações que a equipe se depara no cotidiano.

A cadeira de saúde pública falava do SUS, do projeto do Brasil, as normas e NOAS e legislação e projetos. Como surgiu a necessidade de mudar o sistema de saúde do Brasil.

No interior eu fiz todos os cursos básicos, introdutório, diabetes e hipertensão, pré-natal de baixo risco, sala de vacina. A gente aprende sobre tuberculose e hanseníase. A gente fez muito curso lá. A gente explorou toda a área e aí foi quando eu vim para o Cabo. (entrevista com enfermeira).

Mas, nas ações desenvolvidas por médicos e enfermeiras na assistência às famílias, ter como foco a família é, na prática, atender a todos os membros mas não de forma integrada. Ainda é preciso caminhar muito para superar a utilização de práticas individualizantes e de dividir os usuários em segmentos. A fala de uma das médicas exemplifica o que fica implícito.

(o grupo é um) espaço a mais para você mandar seu recado e as pessoas estão num momento diferente do consultório, às vezes tem pessoas, que quando vem pro consultório aí vem nervoso. Chega aqui dentro e nem consegue entender direito o que a gente quer passar.

Porque ta nervoso, eu tô aqui na frente falando um bocado de coisa, remédio, horário para tomar, são tantas coisas para decorar, tanta coisa para se preocupar. Ele veio trazer o exame e quer saber o resultado, então ta tão voltado para outras coisas que a gente não consegue passar o que quer passar. Então é um momento a mais para a gente falar de coisas importantes que talvez no momento de consulta não tenha oportunidade. Os pacientes não tão sozinhos, estão juntos de outras pessoas que vivem a mesma coisa que eles, porque como são divididos por patologias, ou por estado, gestante, hipertenso /diabético, estão junto de pessoas que tem a mesma experiência que eles e estão num momento mais descontraído. (Entrevista com médica).

O que sugere que os grupos são um momento coletivo de orientações de ambulatório, e não um momento de trocas entre os profissionais e os usuários, nem de se inserir a família como colaboradora.

Os agentes de saúde são os “olhos” da equipe. Esses olhos mais do que servir para o diálogo e interação com a comunidade, acabam sendo vigilantes das famílias

A “vigilância da saúde” é o resultado da tentativa de construção de um “modelo tecnológico de intervenção” que una os conhecimentos e técnicas da epidemiologia e o planejamento das ciências sociais em saúde (Paim, 2003). Mas no PSF ganha nova conotação. É, literalmente, a vigilância às famílias. Os agentes de saúde, como eles mesmos se orgulham: pegam na covardia.

...aí eu vou às vezes antes ou depois do horário, pra ver se a gente pega no flagra, / na covardia / na covardia. Aí eu digo: - eu venho amanhã. Entendeu? Aí eu vou depois, aí ela não está me esperando. Sempre é uma jogada, né? (Grupo de discussão com agentes comunitários de saúde).

Tem muita ênfase no trabalho dos agentes de saúde observar quem cumpre as regras e quem não, e policiar as famílias.

O que se dá é uma valorização do saber médico que se reflete, inclusive, na forma como os agentes de saúde são vistos. Não há espaço para a interação entre o saber popular e o técnico. Os agentes de saúde acabam tendo que ser reprodutores do discurso médico nas casas, entretanto, muitas vezes eles partilham do saber e das dúvidas da comunidade e são desqualificados por isso.

Nem sempre a comunidade tem um nível de compreensão. Você vê os próprios agentes de saúde falarem extremamente errado, você já viu eles falando? Chamam Ictirícia, piroxican, coisas simples do dia a dia que não conseguem assimilar. (Entrevista com enfermeira).

Eles, da mesma forma que a comunidade, têm, muitas vezes, suposições e idéias de qual tratamento seria adequado para determinadas doenças. Mas, como os outros usuários, “não estudaram para questionar”

É uma solicitação de exame certo? Então, assim, a situação foi a seguinte: a paciente tinha passado pelo médico e ele achou que não havia necessidade de passar o exame de... o pessoal já chega pra consulta com o diagnóstico fechado e com a conduta para ser realizada. Então ele (o médico) achou que não deveria passar essa solicitação. Então o ACS chegou pra mim e “fulaninho, porque o doutor fulano, ele não passou. Tu acha que não tinha necessidade”? Que dizer, eu não vou discutir com uma pessoa que nem entrou na faculdade pra saber o que é diagnóstico e que conduta deve ser tomada. E se isso passa? Se isso piorasse? Isso é uma situação muito grave como é que você... Ai você tá desfazendo toda uma consulta, toda uma conduta, que o outro profissional daquela unidade que é colega de trabalho tomou para satisfazer um agente de saúde. Então, assim, com muito tato, eu consigo. E eles ficaram irritados mas o paciente quando chega tá com o diagnóstico pré estabelecido. Assim, cada profissional está examinando, está vendo ali, naquele momento, se deve solicitar ou não. Se ele não solicitou é porque não havia necessidade. Quem sou eu pra chegar e passar só para satisfazer você e o paciente? Então é assim, estou simplesmente dizendo que ele não é competente, certo? E se eu fizesse isso ia dar o maior rolo. Tá vendo o senhor não passou e ela passou. Olha aí. / Ai o médico e o enfermeiro têm que estar sempre na mesma sintonia certo, embora que tenha algumas coisas que eles não aceitem entre si mas que pelo menos entre equipe eles tem que se mostrar bastante unidos a questão é de nenhuma tirar a autoridade do outro. (Grupo de discussão com enfermeiras).

Médicos e enfermeiras são “colegas de trabalho”. Apesar das diferenças, precisam estar na mesma “sintonia”. Assim, o diálogo dentro da equipe fica simultaneamente valorizado e dificultado. A interação dentro da equipe está sempre ligada à idéia de quem sabe mais, quem estudou e quem não. E também o fica com as famílias e a comunidade, pois não há diálogo, mas imposições ao segmento das normas. Uma das enfermeiras me explica que a capacitação dos agentes de saúde novos na equipe é feita pela enfermeira, uma capacitação interna. Ela me mostra todas as fichas que os

agentes de saúde vão precisar trabalhar. O trabalho fica muito condicionado ao que vai na produção.

“E quando diz assim, vamos organizar uma festa, uma palestra, é a equipe que organiza, mas na hora do pega-para-capar é o agente de saúde. Se o agente recuar aí leva uma montada que diz assim: - vocês ficaram de fora, vocês não contribuíram, cadê vocês na hora? Ora, aquela palestra ali, não vai na nossa produção, não ia na nossa produção. Ia só na do médico e na do enfermeiro. E quem ganha o privilégio é o médico e o enfermeiro, o agente de saúde mete bronca na hora da reunião, né?” (Grupo de discussão agentes de saúde).

O que acontece no PSC é, de forma semelhante à literatura (Silva e Dalmaso, 2002) no trabalho dos agentes comunitários de saúde destaca-se o preenchimento dos dados das fichas e orientações normatizadas em detrimento do diálogo a respeito, por exemplo, da vida com um novo bebê; do planejamento familiar; da alimentação da criança. Questões que poderiam possibilitar uma negociação de alternativas e confrontação de valores.

As ações destacam-se pelo tom impositivo. O enfoque se dá sobre as consultas e medicações. Nas visitas não se abordam aspectos como o incentivo da organização da comunidade para o exercício do controle social e promoção da cidadania, como a participação da decisão sobre a assistência; direito à saúde; participação no conselho de saúde. O que sugere *“que a visita, em vez de atividade-fim, adquire um caráter de atividade-meio, deslocado pelo afã de prestar contas de um número determinado de visitas mensais às famílias.”* (Silva e Dalmaso, 2002, p.150).

Os acs sempre fazem muita referência ao perfil do profissional. Criticam “a dificuldade dos médicos em sair do posto” e os problemas de interação dentro da equipe.

“Não é como você chegar e dizer para o médico olhe tem um paciente, eu encontrei um paciente que ta assim, muito molinho, não ta podendo vir no posto, ta com uma dificuldade muito grande, está com uma gripe muito forte, uma dor de cabeça, não dava pra Srª dá um jeitinho mais tarde e dá um pulinho lá não? Ah não, de jeito nenhum, quando é o dia da sua visita, tal dia, então a gente só vai no dia da visita. Entendeu? É um perfil diferente, ta entendendo. Eu ouvia muito (nome da supervisora) falar nessa palavra perfil, perfil do PSC, perfil do médico do PSC, perfil do enfermeiro e isso caiu muito, o perfil do auxiliar de enfermagem caiu muito. E a gente fica assim de mãos e pés amarrados, fica com a cara mexendo, sem saber o que fazer em determinadas situações como essa da gente pedir, as vezes a gente

pede assim por favor não dá pra ir lá um instantinho só, não vai demorar não. Dá não, tem de ser no dia da visita.” (Grupo de discussão com Agentes Comunitários de Saúde).

Esse perfil dos profissionais, médicos e enfermeiras, que, segundo os agentes de saúde, deveriam estar mais abertos e disponíveis à comunidade, tem reflexo diretamente sobre eles. Pois se os profissionais de “nível superior” têm um outro olhar para a comunidade, têm, por extensão, para o agente de saúde, que representa a comunidade na equipe.

Os acs têm uma clara consciência do seu papel dentro da equipe e da importância que eles têm para a existência do programa.

“O nosso trabalho é muito importante, importantíssimo até. Porque nós somos, assim, o início de tudo. Porque é através de nós que a equipe por um todo fica sabendo do que está acontecendo em nossa área. Assim, nós identificamos os problemas que ali aparecem em cada área, e muitas vezes somos nós que chegamos à equipe, levamos esse problema e até solucionamos. Então, na verdade, o nosso trabalho como um todo é muito importante” (Grupo de discussão com Agentes Comunitários de Saúde).

Entretanto, sentem-se desvalorizados e pouco reconhecidos, principalmente pelo fato de serem convocados para exercer diversas funções e de não ter uma remuneração adequada. Dois exemplos disso são citados pelos agentes de saúde: o censo escolar para cadastrar e encaminhar para a escola as crianças de 7 a 14 anos que não estavam estudando; e o IPTU da cidade *“até com respeito ao IPTU da cidade nós também fomos convocados para trabalhar conversando de casa em casa sobre isso”*.

As auxiliares de enfermagem, semelhantemente às agentes de saúde, vêem na questão salarial um fator desmotivador no trabalho. Isso foi explicitado pelo fato dessas profissionais terem sido as únicas a abordar esse assunto no grupo de discussão.

As auxiliares são reconhecidas dentro da equipe como a pessoa a quem a comunidade recorre para contar os problemas. Seria, nas palavras de uma das médicas, “o padre da comunidade”. Uma das razões para a afinidade estabelecida com o auxiliar é o fato de que, quando a população precisa de um atendimento sem ter consulta marcada é preciso explicar anteriormente qual o problema. Só assim será avaliada a necessidade de realmente se falar

com a médica. Muitas vezes o problema está relacionado com a vida íntima da pessoa.

“Gonorréia, aí vai e diz: (...) não sei quem tá chorando / Eles chamam a gente em particular / Chamam a gente pra gente falar com a médica”
(Grupo de discussão com auxiliares de enfermagem).

Mas esse papel do auxiliar vem sendo dividido com as recepcionistas que desde março de 2004 passaram a fazer parte da equipe. A necessidade de uma pessoa específica para a recepção é algo que é sempre citado pelas equipes que não contam com este profissional, pois é necessário que tenha alguém para “organizar a demanda, a entrada nas salas”. Nas unidades do Cabo quem era responsável pela recepção eram as auxiliares de enfermagem. Elas se sentem agora “realmente” como auxiliares de enfermagem pois não têm que se dividir entre marcar consulta, organizar a entrada para a sala da médica e da enfermeira, vacinar, etc. Dessa experiência na recepção reconhecem que o trabalho da recepcionista não é tão simples assim.

“A recepção tem assim um papel fundamental no posto. Porque eu posso chegar para a doutora e dizer, olhe, tem uma pessoa assim, assim. Ela pode se aborrecer, se irritar e não atender. Mas se eu falo com jeito ela atende. É muito sério ficar na recepção, ainda bem que eu saí. E tem caso que a gente já sabe que ela não vai atender mesmo. O pessoal diz que é agente, mas quem atende é ela.
(Entrevista com auxiliar de enfermagem)”.

A identificação por parte da recepcionista do problema trazido pelo usuário como algo que realmente tem necessidade de atendimento influencia na forma como isso vai ser passado para médicos e enfermeiros, e conseqüentemente, no efetivo atendimento ou não.

As auxiliares de enfermagem também vêm nos cursos que as preparam um foco no atendimento hospitalar, mas vêm na sua atuação, diferenças do que é realizado por médicos e enfermeiras.

Eu acho que não é uma questão de morar ou não no Cabo, depende muito da pessoa, do envolvimento com a comunidade. Mas eu trabalhava com gente que me conhecia, conhecia meu pai, conhecia minha mãe, meus irmãos. Quer queira, quer não, isso mexe com o emocional da gente. É diferente de quem vai fazer dinheiro. Quando é com gente estranha, assim, tem menos responsabilidade. Agora

assim, mesmo trabalhando na minha comunidade eu tenho de tomar o cuidado de tratar todos por igual. (Entrevista com auxiliar de enfermagem).

Ela sintetiza a diferença entre as auxiliares (e também as agentes de saúde) com relação aos médicos e enfermeiras, que, segundo ela, tem o objetivo maior 'fazer dinheiro'. À parte as motivações salariais para trabalhar no PSF, uma das diferenças perceptíveis entre médicas / enfermeiras e auxiliares / agentes, é que esses últimos consideram que podem aprender com a população.

Eu aprendo com a experiência dos outros, pessoas casadas com a mesma mulher há 50 anos. E eu guardo as histórias das vidas deles, eu mudei no meu relacionamento com a minha esposa e isso eu aprendi com a comunidade (...) A gente não só leva a informação, mas aprende muito, com parteira, com crendices lógico, tem coisas. Mulher quando tinha um parto colocava borra de café. A parteira da minha área morreu há dois anos, a medicina mudou, mas eu aprendi muito com a comunidade, pra mim foi e é sempre uma troca de experiência. (Grupo de discussão agentes de saúde).

Esse aprendizado se dá quanto a aspectos pessoais e também das estratégias usadas pela população para cuidar da saúde. Isso demonstra mais uma vez, a diferença do olhar dos profissionais que são da comunidade e dos que a enxergam como o outro, o diferente.

Os agentes de saúde vêem a questão da pobreza como algo que dificulta, ou quase impossibilita, o cuidado com a saúde.

“Comunidade extremamente carente onde, pra mim, o fator principal é a falta de emprego, eu acho que em todo canto é assim, tem coisas que são assim visíveis mesmo. Tem visita que a gente faz que quando chega na porta a mulher começa a conversar, aí pa, pa, pa, pa, começa a conversar, fala tudo. Você percebe que na verdade ela está querendo extravasar com você toda a situação social que ela está passando no momento. Então minha comunidade é pobre. É sem formação, formação quase zero. E aí dificulta a entrada no mercado de trabalho. Por mais que você faça, você não faz nada, porque na verdade o que ela precisa é comida, emprego e aí a questão da saúde fica até em segundo plano. Tem casa que eu entro para conversar sobre saúde, chego lá 10h da manhã. A mulher está comendo farinha seca com um copo de café. Aí você pára, porque realmente não tem condições de falar sobre saúde naquele momento. Eu mesmo começo a conversar sobre outra coisa. Nem entro em assunto. Ei, como é que passou a noite? Qual é a novela que tu mais gostas? Ai elas começam a conversar tal, eu entro no assunto que ela quer. No final da visita, se

eu ver que ela está receptiva à mensagem de saúde que eu estou levando naquele momento, eu falo. Se não, eu deixo para uma próxima oportunidade que eu estou lá todo mês mesmo, todo mês, toda semana, todo dia. Mas eu me deparo muito com isso. É difícil você ir levando informação, onde a pessoa..., é importante a informação mas sem a noção básica..., eu acho a contrapartida que nos falta é essa, a gente faz todo perfil epidemiológico na questão de saúde, e eu faço também. E acho que todo agente de saúde faz. [Mas] as necessidades básicas que é alimento, como conseguir uma cesta básica pra esse pessoal extremamente carente, e aí você não consegue isso. (Grupo de discussão agentes de saúde).

Se os médicos também percebem a pobreza como uma limitação às orientações...

Porque a gente trata muitas vezes a gente lida com a miséria do povo, né. Então eles, eles esperam esperariam ou sonham que um médico ele ele resolvesse não a dor a mas aquela situação de pobreza da falta de comida, da falta de emprego, tem um paciente que chega no consultório na verdade pensando que você é um psicólogo né não porque meu filho isso, meu marido aquilo, eu não tenho o que comer dentro de casa, não tenho isso, não tenho aquilo outro você fica só emprestando seu ouvido ali porque você não vai mudar essa realidade.

... desejam que isso seja, de certa forma, omitido deles, já que se sentem incapazes de interferir.

Porque qual é o normal, vamos supor assim, pra a classe média. Você pode estar sofrendo do problema que tiver, né, social, econômico seja o que for. Você tem uma postura uma máscara social que você utiliza nos cantos que você vai. Você vai no médico, doutor tô sentindo isso, aquilo. Embora sua cabeça teja a mil, entendeu? Tá preocupado com a menina que tá namorando, que tá com a menstruação que atrasou dois meses, mas você não vai descompensar. / Você não vai chegar pra esse médico e vai sair falando de suas, de seus problemas / Dá um ataque de nervos. / Ter um ataque de nervos na frente dele, não vai. Você mantém aquele padrão como a gente mantém em qualquer canto que a gente vá. / O limite do convívio social. / Isso é. Eles não tem isso. / Eles são digamos assim muito sinceros não é, até demais, né, na forma de se expressar. Então realmente a gente vê claramente quando a mãe não gosta de um filho. Porque quando em outros locais que a gente vai, ó doutor esse aqui é meu filho. / Exaltam. / Maravilhoso, estudioso, bonito, não é, mas aqui não. / Se ela não gosta dele ela demonstra claramente, é esse menino aí que eu, que

eu crio. / É um abestalhado. / Abestalhado, é, é. (Grupo de discussão médicos).

As famílias atendidas diferem do padrão idealizado da classe média. Capra (1982) alerta que os interesses da saúde pública em geral estão isolados da educação e da prática médica. Voltam-se para questões biológicas e negligenciam questões fundamentais como nutrição, emprego, habitação que não são suficientemente discutidas nas escolas de medicina.

Quanto às relações dentro da equipe os agentes de saúde explicitam:

E eu entendo o seguinte, sabe? Quando a gente fala que tem de ter um novo momento para reestruturar esse programa é porque realmente os médicos, meu amigo, da classe que existe hoje. Médico.... rapaz (...). Sabe? O médico, o médico ele é tido como uma classe, assim, mais alta no patamar, e eles aprendem isso na escola deles. Então esse perfil que eles levam hoje, médico, por eles, eles iam pro posto e ficavam lá o tempo todo no posto, são poucos aqueles que querem ir pra área fazer visita, são poucos aqueles que gostam de fazer, dar palestra (...) Quando a gente falou que tem de ter um curso voltado para esse pessoal, é justamente pra isso (...)

Pois é, mas não são, porque o ritmo deles é ritmo de hospital. É ritmo de posto comum não é perfil de PSC, aí isso prejudica muito a equipe, muitos agentes de saúde tem até medo de falar, medo de insistir.
(Grupo de discussão com Agentes Comunitários de Saúde)

E, num certo sentido, elas têm razão. Pois, como foi apresentado, na atenção básica é preciso trazer subsídios das ciências sociais e humanas para a compreensão do processo saúde-doença. O próprio Ministério da Saúde reconhece as limitações da formação dos profissionais e destaca a necessidade da educação continuada para dar conta dos dinamismos, tanto dentro da equipe, quanto das famílias atendidas.

No Cabo de Santo Agostinho a existência de um grupo como o Sarte, é uma possibilidade para que sejam desenvolvidas ações mais horizontais entre a equipe e com as famílias. Essa equipe que, buscando sensibilizar os profissionais para o trabalho com grupos, aborda aspectos como a educação popular em saúde, discutindo sobre os saberes diferentes, empoderamento etc. pode contribuir para uma melhor interação intra-equipe e junto com as famílias.

Mas esse é um caminho longo a ser percorrido. Este grupo surgiu a partir da necessidade das equipes de um apoio para o trabalho com a

comunidade e na realização de grupos pelas equipes do PSC. Entretanto a equipe é identificada apenas como um suporte para a realização de grupos. O que sugere a necessidade de justificar seu trabalho com uma ação concreta, que é a realização de grupos, ao invés de algo subjetivo como a interação com a comunidade.

É preciso destacar o papel do município na qualificação do profissional ao se propor a reestruturar o modelo de assistência à saúde a partir do PSF, que exige novos saberes. No Cabo, os dados quantitativos, os “indicadores de saúde” da população, são o termômetro para o município do sucesso da implantação do programa. Mas esses dados por si só não dão conta das complexidades existentes.

Como argumentamos, há problemas na compreensão das famílias assistidas. Não se consegue integrar os membros e perceber que a doença ou estado de uma pessoa tem implicações sobre a família como um todo. Mas é preciso considerar que o modelo fixo do programa é um fator limitante. Se, como argumenta Sarti (1996), a família do pobre se constitui como uma rede, como levar isso em consideração num cadastro que idealiza um núcleo familiar fechado e estático?

A própria formação em medicina é extremamente competitiva. Dentro da área de saúde as hierarquias são bem definidas. Os médicos têm um papel decisivo na assistência. A enfermagem, mesmo que altamente qualificada, é encarada como secundária.

Os profissionais, ao começarem a trabalhar na equipe, trazem consigo essa concepção aprendida ao longo de anos de estudos e prática. Não teriam, portanto, condições de modificar seus valores e aperfeiçoar sua sensibilidade sem o suporte adequado.

Disto decorre que mesmo no PSF se mantém as hierarquias de outros modelos. O médico é o detentor do saber, as enfermeiras são mais flexíveis, etc. Daí os médicos sentem sobre si o peso da responsabilidade com a saúde da população. Como fica claro quando falam *“A equipe é pequena: um médico só pra dar conta de quatro cinco mil pessoas é quase que impossível né”*. Ou se sentindo desamparados com o que é exigido deles. *“A gente no começo simplesmente tinha uma agenda, onde tinha 2 horários por mês reservado*

para grupo e na verdade eu sabia nem o que era. Então no começo eu sofri muito, eu tinha que cumprir aquela agenda...”

A fala dessa médica explicita uma questão interessante, o “sofrimento” diante de algo que tem que realizar e não sabe como. Tendo uma formação voltada para o atendimento em consultórios e hospitais, os médicos e enfermeiras não sabem como lidar com a situação de conviver sempre com as mesmas pessoas e estabelecer vínculos para os quais não foram (e nem estão sendo) preparados.

Se a presença constante da equipe na comunidade possibilita uma vigilância maior às famílias: permite que entre nas casas, que se observe o que come, etc., Também faz com que a população se sinta mais próxima. Assim, tratam os profissionais com um distanciamento menor. O prestígio do médico da família, uma das conquistas mais importantes do movimento higienista (Costa, 1979), está agora abalado, como acreditam os profissionais, justamente por estarem próximos e acessíveis às famílias.

Esperar que as pessoas mantenham a “máscara social” é consequência de uma expectativa de que as pessoas se “comportem” como sempre fizeram os pacientes atendidos por eles nos locais nos quais trabalharam anteriormente, não falem todos os problemas para o médico. Esperar que as pessoas não contem “tudo” é o reflexo da sensação de impotência que decorre daí. Os profissionais não sabem como lidar com diversos problemas que afligem a população. Pois, como foi mencionado *“E isso realmente debilita muito, não é? Porque a miséria dói muita na... em qualquer um né?”*.

Assim, médicos e enfermeiras fazem o que, na concepção deles, é o melhor para a comunidade, chegando às, já citadas, ações assistencialistas. Como nos exemplos, anteriormente mostrados, de levar uma criança para casa com o intuito de, pelo menos num final de semana, dar a ela o que se idealiza como uma vida de criança, de lazer; fazer feira; levar roupas.

É preciso frisar que à falta de estrutura para dar conta de questões mais complexas enfrentadas pela equipe (desde a realização de procedimentos nos centros de referência, até a condução nos casos, por exemplo, de violência sexual), soma-se a falta de suporte material para as

famílias. Dificultando a atuação e frustrando a equipe como um todo. Deixando a sensação de decepção como bem falou uma médica *“eu tô profundamente decepcionada pessoal e profissionalmente”*.

Toda a equipe se empenha em fazer o melhor possível para alcançar as metas impostas pelo município. A cobrança sobre os agentes de saúde e destes com a população demonstra o empenho em conseguir o que foi estipulado como ideal para a saúde da população.

Finalizando o capítulo, queremos destacar como pessoas que tem uma formação a partir do referencial biomédico, que é passado também para os agentes de saúde, estão conseguindo realizar o trabalho. Embora exista uma grande dificuldade de realmente ter a família como centro da abordagem, é preciso frisar que dificilmente essa realidade seria diferente. Pois, as cobranças impostas à equipe fazem com que, nem sempre, haja uma sintonia com os objetivos da mesma e os da população.

O nosso intuito é o de demonstrar que para se alcançar uma assistência que realmente consiga ter a família como foco, é preciso considerar os aspectos trazidos pelas ciências humanas e sociais. O esforço do município em organizar a assistência, montar e fiscalizar as equipes; e propor metas para garantir a saúde da população, será insuficiente para dar conta da complexa realidade.

Considerações Finais

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante a análise realizada, foi possível identificar que uma das diferenças práticas do PSF em relação a outras formas de assistência, é que ele delimita o atendimento. Com o intuito de poder intervir na área de adscrição, o programa cadastra os indivíduos simplificando e objetivando o alvo de atuação que são as famílias. Todavia, esse cadastramento impõe limitações para se perceber a família com uma dinâmica própria. Se, sobretudo no caso dos pobres, a família se constitui como uma rede, o cadastro estático impossibilita que se considere essa noção.

Partindo dessa objetividade os profissionais acabam por desconsiderar a rede de parentesco no atendimento. Sob essa mesma lógica simplificadora, para dar conta das necessidades de assistência à saúde da população, segundo um enfoque biologicista, a equipe “divide” a família a partir de gerações. Essa divisão por gerações de certa forma dificulta a assistência às famílias. Tenta-se dar conta dos problemas dos diversos membros, cujas implicações acarretam toda a família, mas, ao invés de percebê-los dentro do contexto familiar, ocorre o oposto. Separam-se as gerações da família, contrapondo-se à lógica de que é nela que se formam as gerações, diferentemente das idades por datação que são absolutas.

Assim, as gerações são “tiradas” da família em segmentos da população. As pessoas são agrupadas com outras na mesma situação ou problema, mas “separadas” da sua rede familiar.

Essa divisão geracional se dá levando em consideração os problemas que ocorrem com mais frequência nas diversas faixas etárias. Mas essas gerações são percebidas com graus de importância diferenciado na assistência. Sendo a infância e, por extensão, as mães, que têm mais espaço.

Ao lado das mães e das crianças estão os idosos, identificados com a docilidade e o respeito aos profissionais. E, à margem desse conjunto, estão os jovens, sem grandes questões objetivas para tratar, sem se dispor a se submeter ao controle médico.

A formação acadêmica, as ações que são organizadas como metas a serem alcançadas, e as exigências burocráticas que os profissionais têm de dar conta resultam numa dificuldade em lidar com a dinâmica das famílias. Outro entrave é a existência de um modelo idealizado de família, da família nuclear.

A objetividade com que se olha para as famílias leva a equipe a adotar posturas “neo-higienistas”. Busca-se reorganizar o lar da família nuclear; preservar um padrão de casamento; dar um lugar de destaque para a criança dentro da família; garantir a amamentação, etc.

Essa postura resulta numa vigilância intensa das equipes à família. Fazendo uma analogia com as famílias, se as redes de parentesco e vizinhança viabilizam a existência das mesmas, no PSF, são também as redes formadas que possibilitam o trabalho de médicos e enfermeiras. As redes seriam viabilizadas pelos agentes de saúde, que garantem a vigilância às famílias.

Essa atenção excessiva, que se dá por objetivos concretos a atingir nas diferentes gerações, tem como consequência a dificuldade de conseguir assistência das pessoas que estão fora dessas “prioridades”.

A ênfase no materno-infantil resulta numa desigualdade de gênero, sobretudo no caso dos adolescentes e adultos, e numa pouca integração dos outros membros da família na assistência.

As limitações para se compreender as famílias decorrem da estrutura engessada e, principalmente, da formação dos profissionais. Para que se efetue a mudança desejada no modelo, é fundamental uma reflexão crítica sobre as posturas, concepções e práticas. Pois os conceitos trazidos a partir da formação acadêmica dos profissionais de nível superior vão de encontro ao modelo proposto.

Para que se consiga “eleger a família como núcleo básico de abordagem”; humanizar as práticas; ter relações mais horizontais, dentro da equipe e com a comunidade. Enfim, alterar efetivamente o modelo assistencial, é fundamental o processo de formação com conhecimentos sobre sociologia, antropologia, psicologia, educação, etc. não só requisitos técnicos.

A formação continuada, a participação da população, a satisfação dos usuários e também dos profissionais, são aspectos fundamentais. O reconhecimento desses fatores não é novidade. Eles estão presentes nos documentos do Ministério da Saúde sobre o programa, mas parecem esquecidos.

Mesmo num município como o Cabo de Santo Agostinho, que priorizou o programa que cobre atualmente 79% da população, a preocupação se dá com aspectos objetivos. Embora a pesquisa tenha sido realizada num município específico, podemos afirmar que as questões encontradas são semelhantes a outras realidades, já que o programa segue a mesma estrutura em todo o país.

Referências Bibliográficas

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBUQUERQUE, Paulette Cavalcanti (2003) *A Educação Popular em Saúde no Município de Recife-PE: em Busca da Integralidade*. Tese. Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz.
- BADINTER, Elizabeth (1985) *Um Amor Conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- BARROS, Monalisa Nascimento dos Santos (2002) “O psicólogo e a ação com o adolescente” CONTINI, Maria de Lourdes Jeffery, KOLLER, Sílvia Helena *Adolescência e Psicologia: concepções, práticas e reflexões ríticas*. Conselho Regional de Psicologia e Ministério da Saúde. 46 – 54
- BRANDÃO, Elaine Reis (2004) “Iniciação sexual e afetiva: exercício da autonomia juvenil” In HEILBORN, Maria Luiza (Org) *Família e Sexualidade*. Rio de Janeiro: Editora FGV 63 – 86.
- BRITTO DA MOTTA, Alda (2002) “Envelhecimento e Sentimento do Corpo” MINAYO, Maria Cecília de Souza, COIMBRA JR., Carlos E. A. (orgs) *Antropologia, Saúde e Envelhecimento*. Rio de Janeiro: Fiocruz. 37-50
- BRITTO DA MOTTA, Alda (1998) “Reinventando Fases: A Família do Idoso”. BRITTO DA MOTTA, Alda (org) Dossiê GÊNERO E FAMÍLIA *CADERNO CRH*, N.29, jul/dez, 69-88.
- BRITTO DA MOTTA, Alda (2003) *A Categoria Geração na Pesquisa Científica*. Trabalho apresentado no XXII SENPE (Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem). Bahia.
- BRUSCHINI, Cristina. (1990) *Mulher, Casa e Família*. São Paulo: Fundação Carlos Chagas / Vértice
- CAPRA, Fritjof (1982). O Modelo Biomédico. In “O Ponto de Mutação”. São Paulo: Cultrix, 116-155.
- CARDIA, Nancy (1997) “A Violência Urbana e a Escola” In: GUIMARÃES, Eloísa, PAIVA, Elizabeth. *Contemporaneidade e Educação: revista semestral de Ciências Sociais e Educação – Violência e Vida Escolar*. Rio de Janeiro: IEC. Ano II, nº 2. 2º sem. 27 – 71.
- CARVALHO, Maria do Carmo Brant de, (1995) “A Priorização da Família na Agenda de Política Social”. CARVALHO, Maria do Carmo Brant de, (Org) *A Família Contemporânea em Debate*. São Paulo: Educ / Cortez.

- CASTRO, Mary Garcia, ABRAMOVAY, Miriam, e SILVA, Lorena B. da (2004) "*Juventude e Sexualidade*". Brasília: Unesco
- COHN, Amélia (1997) "Estado, Políticas Públicas e Saúde" In: CANESQUI, Ana Maria (Org) *Ciências Sociais e Saúde*. São Paulo: Hucitec – Abrasco.
- COSTA, A. C. G. (1994). A Família como Questão Social no Brasil. In: KALOUSTIAN, S. M. (Org) *Família Brasileira: a base de tudo*. São Paulo: Cortez. 19-25.
- COSTA, Jurandir Freire(1979) *Ordem Médica e Norma Familiar*. Rio de Janeiro: Graal. 4. ed.
- CONILL, Eleonor Minho. "*Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000*". Cad. Saúde Pública, 2002, vol.18 supl, 191-202.
- DEBERT, Guita Grin. (1999). A Reinvenção da Velhice, Edusp/fapesp: São Paulo, 37-70
- DONZELOT, Jacques (1977) *A Polícia das Famílias*. Rio de Janeiro: Graal.
- FONSECA, Cláudia (1995) *Caminhos da Adoção*. 2 ed. São Paulo: Cortez.
- FOUCAULT, M (1979) *A Microfísica do Poder*. São Paulo: Graal. 19. ed.
- GIARD, Luce (2002) "Cozinhar" In: CERTEAU, Michel de,; GIARD, Luce; MAYOL, Pierre *A invenção do cotidiano 2: morar, cozinhar* . 4.ed. Petrópolis: Vozes. 210-233
- GOLDANI, A. M. (1993) "As Famílias no Brasil Contemporâneo e o Mito da Desestruturação". *Cadernos Pagu*,1 (1): 67 – 110.
- GONTIJO, Fabiano (2004) "Quem são os 'simpatizantes'? Culturas identitárias homossexuais no Brasil Urbano" *SEXUALIDADE: gênero e sociedade*. Ano XI, nº 21. Set.
- HAMMERSLEY, Martyn e ATKINSON, Paul. (1994) *Etnografia: Métodos de Investigación*. Barcelona, Paidós. p. 41-68, 121-141, 191-251.
- IBAM (2004) *Revista e Administração Municipal* – Municípios "Introdução" Ano 50, n 249, set/out. p.3
- LANGEVIN, Annette (1998) "A Construção Social das Idades: Mulheres Adultas de Hoje e Velhas de Amanhã". BRITTO DA MOTTA, Alda (org) Dossiê GÊNERO E FAMÍLIA *CADERNO CRH*, N.29, jul/dez. 129 –149.

- MALINOWSKI, Bronislaw (1978). "Argonautas do Pacífico Ocidental: um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova Guiné Melanésia". 2.ed. - São Paulo: Abril Cultural.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (1998). *Saúde da Família uma Estratégia para Reorientação do Modelo Assistencial*. Brasília.
- MOUZINHO, Gláucia Maria Pontes (1999) "Programa Médico de Família: Um Olhar Sobre Mediadores em uma Política Pública de Saúde". *Antropológicas*, 4 (9): 73 – 85
- NASCIMENTO, Marcos Roberto do (2000) "Feminização do envelhecimento populacional: expectativas e realidades das mulheres idosas quanto ao suporte familiar" WONG, Laura L. Rodríguez (Org) *O envelhecimento da população brasileira: subsídios para políticas orientadas ao bem-estar do idoso*. Belo Horizonte: UFMG / Cedeplar: ABEP. 191-218.
- NUNES, Mônica de Oliveira, TRAD, Leny Bonfim, ALMEIDA, Bethânia de Araújo et al. (2002) O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cad. Saúde Pública*, nov./dez., vol.18, no.6, 1639-1646.
< <http://www.scielo.br>>
- OLIVEIRA, Roberta Gondim de, BOMFIM, Regina Lúcia Dodds (2004) "A Descentralização da Saúde no Brasil". In: *Revista de Administração Municipal – Municípios IBAM*, Ano 50, n 249, set/out. 5-13
- PAIM, Jairnilson Silva (2003) "Vigilância da Saúde: tendências de reorientação de modelos assistenciais para a promoção da saúde" In: CZERESNIA, Dina, FREITAS, Carlos Machado (orgs). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz. 161 - 174
- PRADO, Danda. (1984) *O Que é Família*. 4. ed. São Paulo: Brasiliense
- QUADROS, Marion Teodósio. (2002) "Ética da Vida e Feminismo". COSTA, Ana Alice Alcântara, SARDENBERG, Cecília M. B. (Orgs.). *Feminismo, Ciência e Tecnologia*. Salvador. Ed. REDOR / NEIM-FFCH / UFBA. 153 - 164
- RODHEN, Fabíola (2001) *Uma Ciência da Diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ
- SALEM, Tania (2004) "'Homem... já viu, né?': representações sobre sexualidade e gênero entre homens de classe popular" In HEILBORN, Maria Luiza (Org) *Família e Sexualidade*. Rio de Janeiro: Editora FGV 15 – 61.
- SANTOS, Naíde Teodósio Valois (2001) *Programa Saúde da Família como Cenário para Implementação de Ações de Promoção de Saúde:*

Processo em Construção no Município de Cabo de Santo Agostinho Recife. Monografia. NESC/CpqAM/FIOCRUZ/MS

SARTI, Cynthia Andersen, (1996) *A Família como Espelho: um Estudo sobre a Moral dos Pobres*. São Paulo: Autores Associados.

SCHRAIBER, Lilia Blima, et al (1998) “Ações Programáticas em Saúde Reprodutiva: Desafios da Integração” BERQUÓ, Elza, et al *Saúde e Direitos Reprodutivos no Brasil: Impacto da Conferência do Cairo nas Políticas Públicas*. Salvador: Musa / CNPD

SCOTT, Joan (1995). Gênero: Uma Categoria Útil de Análise Histórica. *Educação e Realidade*. 20 (2): 71 – 99.

SCOTT, Russell Parry (2000) *Agentes Comunitários de Saúde Reprodutiva: Uma Experiência Recente no Nordeste Brasileiro*. Texto Reproduzido no Caderno do Módulo I do II Curso de Especialização em Saúde da Família.

SCOTT, Russell Parry (1991) *Gênero, Saúde e Família*. In *Modernidade e Pobreza: As Ciências Sociais dos Anos 90*. Instituto de Pesquisas Sociais / Fundação Joaquim Nabuco.

SCOTT, R. Parry (2004a - no prelo) “Gerações, comunidades e o programa saúde da família: reprodução, disciplina e a simplificação administrativa” em BARROS, Myriam Lins de. *Família e Gerações*, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro.

SCOTT, Russell Parry (2004b - no prelo) “Prevenção e Poder na Transformação dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programas de Saúde da Família” CARUZO, Carlos Alberto. *Coletânea sobre Políticas de Saúde*. UFBA

SCOTT, R. P. Quase Adulta, Quase Velha: Por Que Antecipar as Fases do Ciclo Vital? *Interface: Comunicação Saúde e Educação* (2001) 5 (8) 61 - 72

SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE (2000). Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública*, jun., vol.34, no.3, 316-319

SERRUYA, Suzanne (1996). *Mulheres Esterilizadas: Submissão e Desejo*. Belém. NAEA / UFPA / UEPA

- SILVA, Joana Azevedo da, DALMASO, Ana Sílvia Whitaker (2002) *Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz
- SINGER, Paul, CAMPOS, Oswaldo, OLIVEIRA, Elizabeth M. de (1978) *Prevenir e Curar: O Controle Social Através dos Serviços de Saúde*. Rio de Janeiro: Forense – Universitária
- SILVESTRE, Jorge Alexandre (2000) “Por uma política pública de saúde para o idoso” WONG, Laura L. Rodríguez (Org) *O envelhecimento da população brasileira: subsídios para políticas orientadas ao bem-estar do idoso*. Belo Horizonte: UFMG / Cedeplar: ABEP. P.79-56
- TRAD Leny Alves Bonfim, BASTOS, Ana Cecília de Sousa (1998) O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação *Cad. Saúde Pública* v.14 n.2 Rio de Janeiro abr./jun. <<http://www.scielo.br>>
- UCHÔA, Elizabeth e VIDAL, Jean Michel (1994) “Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença”. *Cad. Saúde Pública*, out./dez., vol.10, no.4, p.497-504.
- UZIEL, Anna Paula (2004a) “Homossexualidade e parentalidade: ecos de uma conjugação” HEILBORN, Maria Luiza (Org) *Família e Sexualidade*. Rio de Janeiro: Editora FGV 87 – 117.
- UZIEL, Anna Paula (2004b) “Família e homoparentalidade” UZIEL, Ana Paula, RIOS, Luís Felipe, PARKER, Richard Guy *Construções da Sexualidade: gênero, identidade e comportamento em tempo de aids*. Rio de Janeiro: Pallas, 29 – 36.
- VASCONCELOS, E. M. (1999) “A Priorização da Família nas Políticas de Saúde”. In: *Saúde em Debate*, v. 23, n. 53, 6 – 19.
- VIANA, Ana Luíza D’Ávila; DAL POZ, Mario Roberto (1998). “A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família”. *Physis: Revista Brasileira de Saúde Coletiva*, 8(2): 11 – 48.
- WONG, Laura L. Rodríguez (Org) (2000) “Introdução: subsídios para políticas orientadas ao bem-estar do idoso sob a ótica de uma sociedade para todas as idades” In *O envelhecimento da população brasileira: subsídios para políticas orientadas ao bem-estar do idoso*. Belo Horizonte: UFMG / Cedeplar: ABEP. 11-22

Anexos

BOTTON



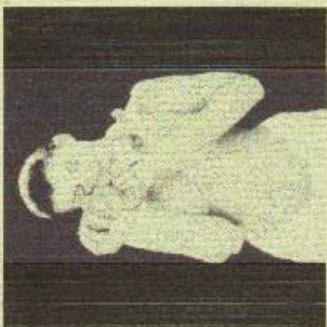
CERTIFICADO DO CURSO DE GESTANTES


PREFEITURA
CABO
Aqui, você participa.


Plan

Diploma da Mamãe

Saudável



Nós da USC - Unidade de Saúde em Casa _____, e do Projeto SARTE - Saúde, Arte e Educação, da Secretaria de Saúde do Cabo de Santo Agostinho, certificamos que _____ participou do curso para gestantes, realizado em _____ encontros nessa USC, com carga horária de _____ h, no _____ semestre de 20____.

Aproveitamos para parabenizá-la e desejamos que seu/sua filho(a) nasça num clima de paz, harmonia e amor.


PREFEITURA
CABO
SAÚDE
EM CASA


SAÚDE
ARTES
E EDUCAÇÃO


Secretaria Executiva
de Saúde


Projeto SARTE

Responsável pela USC

FESTA JUNINA PARA IDOSOS DAS UNIDADES DO PROGRAMA SAÚDE EM CASA



PASSEIO NO SESI COM OS IDOSOS



Desenhos feitos pelas gestantes durante o curso “mamãe saudável”



UNIDADES DO PROGRAMA SAÚDE EM CASA

