

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Brenda Freitas da Costa

**A produção de sentidos sobre o direito à saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da
Família**

Rio de Janeiro

2022

Brenda Freitas da Costa

**A produção de sentidos sobre o direito à saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da
Família**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Gustavo Corrêa Matta.

Rio de Janeiro

2022

Título do trabalho em inglês: The social production of meanings about the right to health in the daily routine of the Family Health Strategy.

C837p Costa, Brenda Freitas da.
A produção de sentidos sobre o direito à saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família / Brenda Freitas da Costa. -- 2022.
78 f.

Orientador: Gustavo Corrêa Matta.
Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2022.
Bibliografia: f. 72-78.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Estratégia Saúde da Família. 3. Direito à Saúde. 4. Sistema Único de Saúde. 5. Acolhimento. I. Título.

CDD 362.12

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Cláudia Menezes Freitas - CRB-7-5348
Biblioteca de Saúde Pública

Brenda Freitas da Costa

**A produção de sentidos sobre o direito à saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da
Família**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Aprovada em: 29 de julho de 2022.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Ricardo Donato Rodrigues
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Willer Baumgarten Marcondes
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Professor Doutor Gustavo Corrêa Matta (Orientador)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2022

AGRADECIMENTOS

Meu avô Phifino sempre agradecia em suas orações antes das refeições, a todas as pessoas que tinham feito aquela comida chegar à nossa mesa, começando pela vovó Lulu que tinha preparado na cozinha nosso alimento até chegar aos trabalhadores do campo que semearam, e a terra que permitiu a colheita. Fazendo como vovô me ensinou, agradeço ao meu orientador Gustavo Matta não só por ter preparado este texto comigo, mas por ter me escutado, acolhido e me permitido reflexões que lapidaram minhas perguntas, me ajudou a respondê-las e a sempre refazer novas perguntas. Agradeço a todos os professores do Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da ENSP, em especial ao professor Willer Marcondes, com suas aulas guiadas por uma oratória impressionante, às professoras Adriana Coeser, Elyne Ergstron. Agradeço aos meus colegas de turma, que ampliaram o meu entendimento do valor de saberes multiprofissionais para o cuidado.

Agradeço à minha família que é a base sólida para que eu possa ir e vir no mundo. Minha mãe, sanitarista, Maria do Carmo que gosta de ser chamada Cacau, meu pai Francisco a inspiração na medicina, Teresa e Cacá, meus pais do coração por todo o afeto, meu irmão Brunno parceiro dos palcos da vida e dos princípios para ação no mundo. Aos meus amigos pelos ouvidos, abraços e empurrõezinhos de incentivo.

A semente que fez brotar este trabalho foi plantada no meu coração quando eu cheguei no Rio de Janeiro para estudar Medicina de Família e Comunidade na UERJ, em um dia em especial, em que a gerente da Clínica da Família Ana Maria Conceição dos Santos Correia, Ana Luiza Pinto, fez um abraço na unidade em comemoração ao dia do Orgulho SUS e meu preceptor Marcio Henrique Mattos botou uma placa na minha mão para uma foto que ficou guardada na memória. Pronto, estava já brotando a semente da árvore que se fortifica cada vez mais: ser uma profissional do SUS que se orgulha do SUS. Um trabalho árduo regado pelo suor do movimento de greve no Rio de Janeiro dos anos de 2018 e 2019: agradeço aos companheiros de luta por nenhum serviço de saúde a menos.

Agradeço à terra fértil que a UERJ, o DMIF, permitiu ao meu coração e pensamentos. Agradeço à professora Maria Inez Padula Anderson por imensuráveis ensinamentos- entender que não há relação de causa-efeito quando o sistema é complexo e mesmo assim se dispor a ser agente de mudança é tarefa para gigantes. Agradeço ao professor Ricardo Donato pelo apoio e incentivo, e ao professor César Favoretto por me ensinar a importância da abordagem comunitária. E a todos os professores que nos colocam nos ombros pra gente ver além do que poderíamos. Enfim, agradeço a Deus pelo chamado.

“O que significa este conceito de saúde, que não é simplesmente que as pessoas não tenham doença, é um bem-estar social que pode significar que as pessoas tenham mais alguma coisa do que simplesmente não estar doentes: que tenham direito à casa, ao trabalho, ao salário condigno, à água, à vestimenta, à educação, às informações sobre como dominar o mundo e transformá-lo. Que tenham direito ao meio ambiente que não os seja agressivo, e que, pelo contrário, permita uma vida digna e decente. Direito a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e autodeterminação de um povo, e que não esteja todo tempo submetido ao medo da violência, daquela violência resultante da miséria, e que resulta no roubo, no ataque. Que não esteja também submetido ao medo da violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos interesses que não são do povo (...)”

(AROUCA, 1986 apud FIOCRUZ, 2013)

RESUMO

O direito à saúde é uma construção social, histórica e culturalmente situada. Compreender o processo histórico de formulação dos direitos humanos permite perceber que não são direitos natos ou eternos, mas que se dão de forma dinâmica, articulados ao funcionamento dos dispositivos da democracia e tendo consequências nas vivências cotidianas dos seres humanos que a compõem. A ESF capilariza a efetivação do direito à saúde uma vez que, estando distribuída no território nacional por meio das Equipes de Saúde da Família (EqSF), faz chegar à grande parte dos cidadãos brasileiros a porta de entrada ao SUS. O cotidiano da Estratégia Saúde da Família é um encontro entre estes profissionais da Equipe de Saúde da Família (e outros trabalhadores locais de uma Unidade Básica de Saúde) com os chamados usuários deste serviço, normatizado pelo *modus operandi* previsto pelas atribuições de cada cargo conforme a Política Nacional de Atenção Básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017), com nuances das adaptações municipais e locais. Perceber como as pessoas usuárias do SUS e os profissionais usam a linguagem para dar sentido ao direito à saúde no cotidiano da ESF, apresenta-se como potencialidade para o entendimento da construção social do direito à saúde na nossa sociedade e, assim, explicitar as forças favoráveis à composição de uma sociedade de direitos. Este estudo tem como objetivo analisar a produção de sentidos sobre o direito à saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família de uma Clínica da Família no Rio de Janeiro, influenciada pela abordagem teórico metodológica de Spink (SPINK; GIMENES, 1994) (SPINK, Mary Jane, 2010) (SPINK, Mary Jane, 2013). Foi realizada observação participante em uma unidade de saúde tipo Clínica da Família; a cartografia foi a metodologia para construção do texto-resultado da observação participante, apresentada em forma de narrativas baseadas no coletado em diário de campo, que conduzem à discussão teórica das vivências e contextos, em busca de compreender os sentidos percebidos através das polissemias nos discursos e repertórios linguísticos colhidos no campo. A discussão permitiu refletir sobre polissemias do direito à saúde no cotidiano da ESF que perpassam pela ideia de justiça, consumo, dádiva, privilégio, e ainda, a outros direitos sendo reivindicados nas práticas discursivas.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; estratégia saúde da família; direito à saúde; produção de sentidos, sistema único de saúde.

ABSTRACT

The right to health is a social, historical and culturally situated construction. Understanding the historical process of the formulation of human rights makes it possible to perceive that they are not innate or eternal rights, but that they occur dynamically, articulated to the functioning of the devices of democracy and having consequences in the daily experiences of the human beings that compose it. The ESF capillaries the realization of the right to health since, being distributed throughout the national territory through the Family Health Teams (EqSF), it makes the gateway to the SUS reach most Brazilian citizens. The daily life of the Family Health Strategy is a meeting between these professionals of the Family Health Team (and other local workers of a Basic Health Unit) with the so-called users of this service, regulated by the *modus operandi* foreseen by the attributions of each position according to the National Primary Care Policy (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017), with nuances of municipal and local adaptations. Perceiving how SUS users and professionals use language to give meaning to the right to health in the daily life of the ESF, presents itself as a potential for understanding the social construction of the right to health in our society and, thus, to explain the forces favorable to the formation of a society of rights. This study aims to analyze the production of meanings about the right to health in the daily routine of the Family Health Strategy of a Family Clinic in Rio de Janeiro, influenced by Spink's methodological theoretical approach (SPINK; GIMENES, 1994) (SPINK, Mary Jane, 2010) (SPINK, Mary Jane, 2013). Participant observation was carried out in a Family Clinic-type health unit; cartography was the methodology for constructing the text-result of participant observation, presented in the form of narratives based on what was collected in a field diary, which lead to a theoretical discussion of experiences and contexts, seeking to understand the senses perceived through the polysemy in the speeches and interpretive repertoires collected in the field. The discussion made it possible to reflect on the polysemy of the right to health in the daily life of the FHS that pervade the idea of justice, consumption, gift, privilege, and also other rights being claimed in discursive practices.

Keywords: primary health care; family health strategy; right to health; production of senses, unified health system.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Os tempos da construção social do repertório linguístico sobre o direito à saúde observado em campo.....	59
Quadro 1 -	Analisando os sentidos do direito à saúde produzidos no Acolhimento.....	61
Quadro 2 -	Outros sentidos do direito à saúde produzidos no cotidiano da ESF.....	65

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADAPS	Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS.	Síndrome da Imunodeficiência adquirida
APS	Atenção Primária a Saúde
CF 1988	Constituição Federal de 1988
CMS	Centro Municipal de Saúde
CPF	Cadastro Pessoa Física
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
DCNT	Doenças Crônicas não transmissíveis
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ERP	Estimativa Rápida Participativa
ERR	Equipes de Resposta Rápida
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIV	Vírus da imunodeficiência adquirida
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PAM	Posto de Atendimento Médico
PCD	Pessoa com Deficiência
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Primária
PNAB 17	Política Nacional de Atenção Básica 2017
PNH	Política Nacional de Humanização
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Trans e Travestis
MFC	Medicina de Família e Comunidade
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SIPNI	Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SRV	Sistema de Registro de Vacinação
SUBPAV	Subsecretaria de Promoção da Saúde Atenção Primária e Vigilância de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UERJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	METODOLOGIA.....	17
3	CENAS DO COTIDIANO DA ESF: EM BUSCA DA PRODUÇÃO DOS SENTIDOS SOBRE O DIREITO À SAÚDE.....	19
3.1	O LADO DE FORA: ESTRUTURAS DO ESTADO, TERRITÓRIO E A VENDEDORA DE BANANAS.....	19
3.1.1	Estruturas do Estado: histórias da construção do direito à saúde.....	19
3.1.2	Antes de entrar: o território e a vendedora de bananas.....	21
3.2	O LADO DE DENTRO: SENTIDOS DO DIREITO À SAÚDE PRODUZIDOS NOS ENCONTROS COTIDIANOS DA ESF.....	24
3.2.1	Clínicas da Família, estruturas impermanentes.....	24
3.2.2	Acessando a Clínica: superar os obstáculos para o ir e vir.....	26
3.3	ACOLHIMENTOS.....	27
3.3.1	A sala de Acolhimento e a postura acolhedora do falar “com” as pessoas.....	27
3.3.2	O acolhimento: teoria e prática.....	30
3.3.3	Os limites do Acolhimento.....	36
3.4	PROCESSOS DE TRABALHO.....	38
3.4.1	Reunião Técnica e o Modus operandi.....	48
3.4.2	Conselho de Saúde, um prédio esvaziado.....	41
3.5	O POVO DA FILA DA FARMÁCIA: ENTENDIMENTO DE JUSTIÇA E A AUTOGESTÃO DE ESPAÇOS PELOS USUÁRIOS.....	44
3.5.1	Justiça e direito.....	44
3.5.2	A luta pelo Direito.....	46
3.6	A SALA DE ESPERA.....	46
3.6.1	Planos de Saúde Populares: esperar ou consumir?	47
3.6.2	Feliz Natal! Presentes, lembrança ou retribuição?	50
3.7	O COVID, A TERCEIRA ONDA E O PACIENTE INVISÍVEL.....	53
4	DISCUSSÃO.....	57
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	69
	REFERÊNCIAS.....	72

1. INTRODUÇÃO

A saúde foi reivindicada como direito durante o período de redemocratização do Brasil, após décadas de ditadura, no final dos anos 1980. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, que convocou enfim a sociedade civil para um debate sobre políticas e programas de governo, obteve propostas respaldadas social e politicamente, sendo chamada de “Constituinte da Saúde” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013b). Nela, “Democracia é Saúde” foi a ideia defendida pelo sanitarista Sérgio Arouca, explicitando como o entendimento ampliado da saúde se vincula ao conceito de democracia. (FIOCRUZ, 2013)

Há quase trinta e três anos, o direito à saúde recebeu destaque na Constituição Cidadã de 1988 (CF 1988), considerado direito humano essencial para o exercício de outros direitos, principalmente o direito à vida (QUEVEDO *et al.*, 2016).

Nos artigos 196 a 200 da CF 1988, a saúde é instituída como:

(...) dever do Estado e direito de todos, devendo ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988 art. 196)

O Sistema Único de Saúde (SUS) é descrito como a forma com que o Estado prestará o serviço, devendo ter caráter universal, integral e equânime, em uma estrutura descentralizada, hierarquizada, regionalizada e com a previsão da participação popular (PAIM, 2015).

O que é direito à saúde?

O direito à saúde é uma construção social histórica e culturalmente situada. Compreender o processo histórico de formulação dos direitos humanos permite perceber que não são direitos natos ou eternos, mas que se dão de forma dinâmica, articulados ao funcionamento dos dispositivos da democracia e tendo consequências nas vivências cotidianas dos seres humanos que a compõem.

Os direitos humanos constitucionais, portanto, não são criados pela lei. Positivados na legislação, deixam de ser aspirações e passam a ser direito positivo, permitindo assim a tutela jurídica dos valores da dignidade da pessoa humana (CAMPOS, Cerise de Castro; DE SOUZA, 2018, p. 9–10). Os princípios normativos e organizacionais do SUS caracterizam uma forma de positivação do direito à saúde, oficializando a conquista de um sistema de saúde para todos, em

todos os níveis de complexidade, da prevenção à reabilitação, oferecendo de forma diferenciada os serviços de acordo com as necessidades, devendo ser efetivado em todo território nacional.

A efetivação do direito à saúde depende do arcabouço jurídico-legal, mas encontra desafios como a desigualdade e conflitos sociais, tornando-se dependente de determinantes políticos, econômicos e sociais. Os resultados do sistema de saúde serão influenciados pela concepção de saúde dominante, e serão tanto mais amplos quanto o entendimento social da saúde compreendidos pela sociedade como questão coletiva e de cidadania e não como questão individual ou familiar (D'ÁVILA; SALIBA, 2017). Da mesma forma como a sociedade molda o sistema, o sistema influencia mudanças na sociedade como os valores sociais sobre a proteção à saúde, a forma como concebemos saúde e o risco e os processos de adoecer. (LOBATO; GIOVANELLA, 2012)

O direito à saúde então, está em constante construção social, que se faz no cotidiano, nos contatos das pessoas com o sistema de saúde.

Onde se pode observar a construção social do direito à saúde no cotidiano?

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi a política moldada para a Atenção Básica¹ sendo a ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS) que vem se consolidando nestas três décadas de SUS. Funciona buscando cumprir os atributos do cuidado de pessoas, famílias e comunidades inseridas em territórios com uma cultura local, sendo um serviço de porta de entrada à RAS. A ESF deve garantir o acesso destas pessoas ao sistema de saúde, em todos os momentos dos ciclos de vida, ou seja, *longitudinalmente*, em todas as necessidades em saúde que surgirem, portanto *integralmente*, devendo manter a coordenação do cuidado deste sujeito-usuário do SUS no percurso em busca do cuidado na RAS (GIOVANELLA *et al.*, 2012).

Assim a ESF capilariza a efetivação do direito à saúde, uma vez que estando distribuída no território nacional por meio das Equipes de Saúde da Família (EqSF), faz chegar à grande parte dos cidadãos brasileiros a porta de entrada de acesso ao SUS. São equipes multiprofissionais compostas preferencialmente por médico generalista, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde que, juntamente com a Equipe de Saúde Bucal e os Agentes de Endemias, são referência para uma população adstrita em um território da qual

¹ O termo Atenção Básica em saúde foi a escolha feita para nomear a política de Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, buscando diferenciar o termo do conceito de Atenção Primária Seletiva que estava sendo difundido pelas agências internacionais no momento de implantação (GIOVANELLA *et al.*, 2012).

é responsável por ações de prevenção, promoção e assistência integral à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

O cotidiano da Estratégia Saúde da Família é um encontro entre estes profissionais da Equipe de Saúde da Família (e outros trabalhadores locais de uma Unidade Básica de Saúde) com os chamados usuários deste serviço, geralmente pessoas moradoras da população adscrita no território de responsabilidade sanitária da ESF. Este encontro é normatizado pelo *modus operandi* previsto pelas atribuições de cada cargo conforme a Política Nacional de Atenção Básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017), com nuances das adaptações municipais e locais. O usuário chega ao serviço de saúde com suas demandas e necessidades, em busca da resolução de problemas, e se depara com um fluxo, um processo de trabalho, uma carteira de serviços. Acolhimento, cadastramento, oferta de consultas, procedimentos, grupos de educação em saúde, outras atividades para atenção integral podem ser estratégias pensadas para a garantia da universalidade, integralidade e equidade do direito à saúde, mas podem não construir o mesmo sentido de direito pela parte desse sujeito-usuário que acessa o SUS e desconhece todo o percurso de legislações vigentes.

(...) é possível afirmar que os profissionais e a população não vivem a mesma experiência da mesma maneira. A forma de trabalho dos profissionais (no partido político, na associação de moradores, na igreja) pode não estar levando isso em conta, principalmente porque o projeto que se desenvolve é provavelmente anterior ao contato com a população. (VALLA, 1996 p.179)

Como se dá a produção de sentidos sobre o direito à saúde no cotidiano da ESF?

Esta é a pergunta norteadora deste trabalho. A construção social do conhecimento pode ser investigada com a “explicitação dos processos por meio dos quais as pessoas descrevem e explicam o mundo em que vivem”, sendo o construcionismo “uma forma de colocar para dialogar diferentes perspectivas em busca de uma nova forma de viver.” (GERGEN, 1985)

O cotidiano é marcado por encontros pessoa-a-pessoa, que se comunicam verbal ou não verbalmente. Nesta interação se estabelece a linguagem, e seu uso institucionalizado por sistemas de sinais linguísticos é entendido como discurso. Nas práticas discursivas se pode compreender a produção de sentidos, realidades psicológicas e sociais que as pessoas produzem de diferentes maneiras. Portanto, a linguagem não apenas explica o cotidiano, como o constitui (SPINK, M. J., 2010).

Para além do caráter dialógico nesta interação do cotidiano, as práticas discursivas são atividades cognitivas que implicam o posicionamento do eu na negociação continuada de

identidades sociais, portanto compõem a construção social da realidade. (SPINK; GIMENES, 1994)

Apresentando o pressuposto de que “conhecer é dar sentido ao mundo”, Spink e Gimenes (1994) defendem a relação entre produção de sentido e conhecimento através deste posicionar-se diante das informações que chegam ao interlocutor (dados, teorias, e outros). Isso seria possível baseado em três argumentos: cognitivo, intersubjetivo e criativo. Dar sentido exige um posicionamento cognitivo de interpretação do contexto sociocultural do tempo histórico, em articulação com os conteúdos do tempo vivido. É um posicionamento em uma rede de relações, sendo, portanto intersubjetivo, localizado no tempo presente, permite romper com reproduções e possibilita a criatividade para produção de novos sentidos. Significa individualizar-se no fluxo dos acontecimentos, encontrar uma versão em meio a um mundo de polissemias.

Esse processo de dar sentido ao mundo não é possível apenas em um âmbito autônomo individual devido a seu caráter *microgênico*². O componente histórico é relevante para a constituição do contexto interpretativo, assim como a compreensão da consciência compartilhada entre o indivíduo e o grupo.

Os sentidos são compreendidos como construções sociais, produzidas nas interações cotidianas, e estão presentes nos discursos, o que faz da linguagem uma ferramenta para a construção da realidade. Apresentam regularidades linguísticas, que orientam as práticas cotidianas das pessoas e tendem a manter e reproduzir certos discursos tanto no nível macro dos sistemas políticos e disciplinares quanto no nível restrito dos grupos sociais. (ROSÁRIO; BAPTISTA; MATTA, 2020 pg. 19)

Perceber como as pessoas usuárias do SUS e os profissionais usam a linguagem para dar sentido ao direito à saúde no cotidiano da ESF apresenta-se como potencialidade para o entendimento da construção social do direito à saúde, e assim explicitar as forças favoráveis à composição de uma sociedade de direitos.

Este estudo tem como objetivo analisar a produção de sentidos sobre o direito à saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família de uma Clínica da Família no Rio de Janeiro, influenciada pela abordagem teórico metodológica de Spink (SPINK; GIMENES, 1994) (SPINK, M. J., 2010) (SPINK, M. J., 2013).

A compreensão dos sentidos do direito à saúde pode ser ferramenta importante na luta por uma sociedade com direitos sociais, principalmente por, neste momento, vivenciarmos

² A microgênese é um conceito estudado por Vigotski que propõe os planos genéticos do desenvolvimento humano (filogênese, ontogênese, sociogênese e microgênese). É entendida como a manifestação do psiquismo individual diante da interação com fatores biológicos, históricos e culturais. (GERGEN, 1985)

sérias ameaças à estas conquistas no Brasil, diante de governos neoliberais que asfixiam o SUS com o subfinanciamento, um teto de gastos como a Emenda Constitucional 95, uma flexibilização das políticas efetivadoras do direito como feito na PNAB 2017 e a criação da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS), preparando o formato para possíveis formas de privatização por terceirização, e diante do modo de enfrentamento da pandemia COVID-19, vivenciada nos anos de realização deste estudo, em que a omissão do Estado provocou uma média de mortes 4 a 5 vezes maior do que a média mundial (CNS, 2021; REDE APS, 2021; REIS, 2019). A busca por compreender a construção social do direito à saúde parece ser uma oportunidade para a percepção da cidadania através da saúde, e a forma como as pessoas se entendem como sujeitos políticos nesta democracia que legitima o SUS há três décadas.

O pressuposto teórico-metodológico deste trabalho é baseado na perspectiva construcionista, que entende o conhecimento como algo que as pessoas fazem juntas. Seria resultado de uma prática social, e não do ato individual ou legal (constitucional), na apreensão de informações do mundo. Implica-se deste entendimento a ideia de que o sujeito e objeto de pesquisa têm a mesma natureza pelo ponto de vista de serem ambos construções histórico-sociais. Desta forma, apresentado o objeto de pesquisa, irei me apresentar enquanto pesquisadora.

No Brasil a especialidade médica para o trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS) é a Medicina de Família e Comunidade (MFC). Essa especialidade tem como princípios: ser o MFC um clínico qualificado, que tenha sua prática influenciada pela comunidade e seja recurso para uma população definida, tendo a relação médico-pessoa como fundamental para o desempenho de suas atribuições. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019). O MFC é estimulado a desenvolver competências baseadas no conhecimento do conceito ampliado de saúde, da determinação social do processo saúde-doença, da história da reforma sanitária brasileira, da educação popular em saúde, dentre outras (LERMEN, 2015).

Durante a residência médica em Medicina de Família e Comunidade, tive a oportunidade de conduzir, na Equipe de Saúde da Família em que atuava (e permaneço até a presente data, agora como preceptora), um grupo de educação em saúde, e de realizar o diagnóstico comunitário usando, dentre outras ferramentas, a Estimativa Rápida Participativa (ERP) como parte do desenvolvimento de habilidades em Abordagem Comunitária³.

³ Abordagem Comunitária é um campo de estudo da Medicina de Família e Comunidade e uma disciplina oferecida pelo Departamento de Medicina Integral e Familiar e Comunitária (DMIF-FCM-UERJ) para a graduação em medicina da UERJ.(FAVORETO, 2016)

O grupo tinha encontros semanais e garantia de livre acesso para as pessoas com Hipertensão ou Diabetes que precisassem resolver suas demandas e que quisessem participar do momento de educação em saúde. Acontecia intercalado entre o espaço do auditório da Clínica da Família e o pátio da Associação de Moradores da comunidade local, o que facilitava a chegada dos moradores. Buscou-se usar metodologias da Educação Popular em Saúde, com a moderação sendo feita apenas com perguntas problematizadoras para estimular o debate e a construção de respostas do grupo, que contava com uma média de vinte a trinta participantes por semana. Vivenciando os períodos das greves da saúde em 2018 e 2019 — que surgiram como resposta ao desmonte da APS na cidade do Rio de Janeiro em contexto de crise econômico-política nacional, e de corte de gastos sociais (SAFFER; MATTOS; REGO, 2020) — por diversas vezes as discussões do grupo se encaminharam para reclamações sobre “a clínica não estar funcionando”. Estas queixas foram problematizadas por mim, enquanto moderadora, e ampliamos o debate para a questão do direito à saúde. Tive dificuldade de compreender que as falas da população não pareciam se preocupar com o entendimento sobre o direito ao acesso universal, integral e equânime, não problematizavam o fechamento da unidade de saúde que — para mim — prestava o serviço de proteção à saúde que efetivava o direito à saúde daquela população; as pessoas, diante do fechamento da Clínica da Família, reivindicavam resoluções imediatas para a renovação de receitas ou a demora na fila do SISREG. (COSTA, 2020).

Por ocasião da Estimativa Rápida Participativa⁴, uma técnica que considera, dentre outros passos, as informações sobre o território através de entrevistas com informantes-chave na elaboração do Diagnóstico Comunitário, pude incluir as perguntas “Você acha que saúde é um direito?”, “O que é direito pra você?” e “Como você acha que deveria ter acesso a um serviço de saúde?”. As respostas coletadas faziam associações entre ter o direito de trabalhar para poder pagar um plano de saúde, não mencionaram o SUS, a luta social por direitos, a revolta contra o desmonte no Rio de Janeiro, ou mesmo a compreensão de que a Clínica da Família garantia acesso à saúde.

A partir da ideia de campo-tema apresentada por Spink (2003), em que o campo começa quando nós nos vinculamos à temática, o relato acima apresentado constitui a cena que inaugura as motivações deste trabalho.

Interessa o fortalecimento de um espaço de atuação profissional que desconstrói as forças hegemônicas médico-centradas, lugar de construção coletiva, multiprofissional, que

⁴ Esta Estimativa Rápida Participativa tinha como objetivo o uso gerencial na própria unidade de saúde e para formação na pós-graduação médica, portanto não foi publicada.

pressupõem a participação popular que é o SUS. Uma sociedade tem saúde quando vigora uma cidadania ativa, praticada por cidadãos atuantes e movidos pelo espírito público (PAIM, 2019).

2. METODOLOGIA

A proposta metodológica para a realização deste trabalho foi a realização de observação participante em uma unidade de saúde tipo Clínica da Família. Segundo a tipologia de Gold (1958), mencionada por Marietto (2018), a observação participante escolhida foi o “Observador como Participante”. Neste tipo de método, o observador tem envolvimento mínimo no contexto social estudado (GOLD, 1958). Um pesquisador no cotidiano se caracteriza frequentemente como observador de conversas espontâneas em encontros situados (SPINK, Peter Kevin, 2008).

A escolha de uma Clínica da Família diferente do meu local de atuação, enquanto médica de família e comunidade na ESF, parte do reconhecimento da posição medicalizadora que a racionalidade médica culturalmente implica em interlocutores, e teve a intenção de permitir o posicionamento como pesquisadora de alguma forma isento da posição médica, diminuindo a assimetria na produção do discurso durante as entrevistas. O diário de campo foi composto pelas anotações feitas durante a observação participante. O campo teve duração de novembro de 2021 a fevereiro de 2022, totalizando cerca de 150 horas, em 18 dias de observação.

Esta pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) com o CAAE 48591221.5.0000.5240, em Outubro de 2021.⁵ Optou-se por não revelar o nome da unidade, assim como das pessoas, para manter o sigilo necessário.

Os sentidos produzidos nas interações cotidianas entre sujeitos-usuários da Clínica da Família, profissionais, gestor local e o próprio processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família, compõem uma dimensão da construção social do entendimento/uso do direito à saúde, a qual busca-se compreender, por meio da análise da regularidade e da polissemia linguística, produzidas nesses encontros.

A cartografia foi a metodologia para construção do texto-resultado da observação participante, baseado no compromisso ético-político de coprodução da realidade (SILVA, A. M.; JOBIM E SOUZA, 2017). Dessa forma, serão apresentadas narrativas da pesquisa sobre o campo-tema e das cenas do cotidiano da ESF baseadas no material coletado em diário de campo, que conduzem à discussão teórica das vivências e contextos, em busca de compreender os sentidos percebidos através das polissemias nos discursos e repertórios interpretativos colhidos no campo.

⁵ O formato original do trabalho qualificado pretendia realizar ainda entrevistas com os profissionais e as pessoas usuárias do SUS. Contudo, devido ao atravessamento da pandemia nos tempos da realização do campo de pesquisa, optou-se por desenvolver os dados coletados na fase da observação participante.

Alguns destes sentidos se apresentaram relevantes para mim enquanto pesquisadora, na constatação de que as temáticas que envolvem a construção social do direito à saúde são vivenciadas na realidade do cotidiano. Outras vivências observadas parecem revelar a produção de discursos e sentidos sobre o direito à saúde, relevantes para as pessoas com quem interagi. A discussão que virá depois da cartografia permitirá, então, sistematizar essas polissemias.

Dessa forma, convido o leitor a participar do cotidiano de uma Clínica da Família no Rio de Janeiro, entre os anos de 2021 e 2022.

3. CENAS DO COTIDIANO DA ESF: EM BUSCA DA PRODUÇÃO DOS SENTIDOS SOBRE O DIREITO À SAÚDE

3.1. O LADO DE FORA: ESTRUTURAS DO ESTADO, TERRITÓRIO E A VENDEDORA DE BANANAS

A análise do espaço geográfico presta-se não só para a compreensão do real, através de uma avaliação objetiva, como está subordinada a uma avaliação subjetiva do espaço como meio percebido. (MONKEN *et al.*, 2008 p. 3)

Antes de entrar no interior da unidade de saúde em que ocorrem os encontros cotidianos da ESF, foco deste estudo, é preciso olhar para o lado de fora, nos arredores onde foi possível encontrar sentidos histórico e socialmente relevantes para o que se vive do lado de dentro.

3.1.1 Estruturas do Estado: histórias da construção do direito à saúde

A Clínica da Família⁶ onde foi feita a observação participante fica ao lado de um Hospital Municipal, antigo Posto de Atendimento Médico (PAM), e na parte da frente, no mesmo lote, de um Centro Municipal de Saúde (CMS). Três edificações que funcionam como estruturas do Estado na prestação de serviços em saúde. Três histórias diferentes na linha do tempo da construção do direito à saúde no Brasil. Três vivências de cotidianos e encontros entre os cidadãos que buscam atendimentos e profissionais com processos de trabalho distintos.

No Rio de Janeiro, os PAM eram estruturas vinculadas à Previdência Social na era pré-SUS da Saúde Pública. Os CMS foram herdeiros do campanhismo da primeira metade do século XX, reformulados para assistência médica da população não previdenciária e ações preventivistas nos anos 70 e 80, e depois como serviço de Atenção Primária municipal na década de 90 e início do século XXI. (CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera; COHN; BRANDÃO, 2016)

Essas estruturas, os PAM e CMS, representavam resistência e obstáculos para a implantação da ESF no Rio de Janeiro, que tinha baixa cobertura em 2008, correspondendo a apenas 3,5% do município (PINTO, 2017).

⁶ Optou-se por nomear a unidade de saúde onde foi realizada a pesquisa apenas por Clínica da Família para evitar identificações.

Nesse contexto se apresentaram resistências à adoção do PACS e do PSF na cidade do Rio de Janeiro, em dois âmbitos principais. O primeiro é o da gestão, visto que a Secretaria Municipal da Saúde que já estava organizada para gerir CMS, PAM e PS⁷, unidades que da sua forma ofertavam serviços de atenção básica à população. O segundo concerne ao ponto de vista dos próprios profissionais de saúde dessas unidades, que em determinados momentos, disputavam espaço físico com as equipes de saúde da família e agentes comunitários de saúde. (LIMA, 2014 p. 93)

O Hospital Municipal que fica ao lado da Clínica da Família era um antigo PAM. Foi municipalizado em 1997 e se tornou centro hospitalar. O CMS foi inaugurado no ano de 2010, no momento inicial da expansão da APS carioca, como uma unidade nomeada “tipo B” que possuía equipes de Saúde da Família junto com o modelo tradicional do município, com outras especialidades. Uma Agente Comunitária de Saúde (ACS), moradora do bairro há mais de quarenta anos, conta como era o atendimento neste CMS antes da Clínica da Família abrir:

“Já tinham os cadastrados da Estratégia (ESF), mas a maior parte dos pacientes eram moradores de endereços que não entravam no programa. Então tinham que enfrentar filas para serem atendidos pelos médicos que eram funcionários públicos, com agenda de 6 meses em diante. No dia da consulta, ainda tinham que vir de madrugada pra pegar um número, sentar na frente do consultório e esperar sua vez. E se precisava de retorno, já saía da consulta para uma outra fila que marcava de 6 meses para 1 ano, quando conseguiam... se a pessoa estivesse passando mal tinha que ir pra emergência do hospital ou das UPAS que tinham acabado de ser inauguradas.” (Conversa com uma ACS, se referindo aos anos iniciais de funcionamento do CMS, de 2010 em diante)

Observa-se na fala da ACS a menção às filas e fichas, um modo de funcionamento que simbolizava a restrição de acesso aos serviços, e que foi referido outras vezes durante a observação participante, como em um episódio relacionado ao COVID que virá mais adiante no texto. A agente menciona também o espaço do CMS dividido entre especialistas, funcionários públicos concursados, e os profissionais da estratégia saúde da família.

A partir de 2009 dá-se início à expansão da APS na cidade com um modelo de gestão por Organizações Sociais de Saúde, passando ao final da gestão em 2016 a uma cobertura de 66,04% pela ESF (PINTO, 2017).

Em 2016, 23 anos após a criação do programa que se transformou em Estratégia Saúde da Família, e no último semestre da gestão municipal 2009-2016 — a gestão que expandiu em larga escala a ESF no município do Rio de Janeiro — foi inaugurada a Clínica da Família que vamos adentrar. O nome escolhido para a nova unidade básica de saúde foi o de um político, com trajetória no poder legislativo estadual desde a década de 60, pai de figuras políticas, uma delas ainda atuante no legislativo municipal, bastante referida nas conversas cotidianas captadas

⁷ Nota da autora: PS sigla para Pronto-socorro, unidades de atendimento de urgência e emergência

por esta pesquisa. Em 2021 o CMS passa por uma reforma e se torna unidade “tipo A” funcionando integralmente com a Estratégia Saúde da Família.

Continuando a olhar para o lado de fora da unidade de saúde, outra estrutura do Estado chama atenção dos olhos e dialoga com a história do que se passa do lado de dentro. Com uma fachada moderna, futurista — que inclusive ganhou prêmio de arquitetura segundo o jornal O Globo⁸ — e fechada, a Nave do Conhecimento, construída para democratização do acesso virtual, pensada como polo de educação em informática para jovens, foi também inaugurada em 2016, mas desativada dois anos depois em 2018 devido ao não repasse de verbas da prefeitura para a ONG responsável⁹, e reaberta em 2021 com o retorno da gestão municipal que havia inaugurado a iniciativa, mas apenas de forma remota por causa da pandemia.

Este movimento de abertura seguida por fechamento nos remete ao ocorrido na saúde durante o ciclo da gestão municipal de 2017-2020. Em março de 2017 a recém empossada gestão anunciou cortes na saúde (e em diversos outros setores) justificados pela crise econômica, o que motivou as greves da saúde no Rio de Janeiro que se repetiram até o ano de 2019 e, apesar de algumas conquistas do movimento dos trabalhadores, o desmonte provocado pelo então prefeito ocasionou uma redução na cobertura de ESF para 39,6%¹⁰ (SAFFER; MATTOS; REGO, 2020)

3.1.2 Antes de entrar: o território e a vendedora de bananas

Continuando a olhar para os arredores da Clínica da Família, pode-se observar quem mora num primeiro círculo de quarteirões. Do outro lado da avenida, atrás de um campo de futebol, dezenas de moradores em dez blocos de um conjunto habitacional. Nos quarteirões atrás da Clínica, outras dezenas de moradores de casas de classe média com garagens para dois carros, muros e cercas. E ainda, embaixo das árvores de uma pracinha na esquina, ou das marquises das lojas, de forma itinerante, pessoas que moram na rua.

Três avenidas movimentadas se cruzam em uma rotatória em frente a Clínica. O nome de duas delas mantém-se identificados como Estrada, remetendo ao tempo de 400 anos de história do bairro, antiga sesmaria desmembrada em fazendas produtoras de cana de açúcar com

⁸Reportagem disponível em: <https://oglobo.globo.com/rio/com-linhas-futuristas-nave-do-conhecimento-ganha-premio-internacional-de-arquitetura-15889650>

⁹ Segundo nota oficial sobre o fechamento no site da ONG <https://institutosinasocial.org/nota-oficial-fechamento-das-naves-do-conhecimento/>

¹⁰ Dado extraído do Portal e-Gestor AB disponível em <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>

mão de obra escrava. Observa-se nestas vias algumas lojas e camelôs, um supermercado de uma rede grande, restaurantes, drogarias, e uma clínica popular.

Há um cemitério, ainda neste primeiro arredor da clínica, onde são feitos enterros comuns e enterros populares por um convênio com a prefeitura, e onde houve grande afluxo de pessoas devido às altas taxas de mortalidade diárias durante a pandemia COVID-19, tempo em que ocorreu esta pesquisa.

Na esquina da Clínica da Família, uma banca que vende lanches rápidos bastante frequentada nos horários próximos aos da visita dos pacientes internados no Hospital. Os acompanhantes ou familiares, identificados com a etiqueta de entrada no hospital colada na roupa, pedem salgados, biscoitos, refrigerantes, café e outros alimentos ultraprocessados, comem ali de pé ou levam consigo. Na porta da Clínica, uma barraquinha de uma vendedora de bananas que esteve ali durante todos os dias em que ocorreram as idas até o campo.

Ela estava posicionada entre o lado de fora e o lado de dentro, à primeira impressão. Interagi com ela em busca de respostas sobre como entrar na Clínica.

“Moça ali é a Clínica da Família?”

“É”

“E precisa fazer alguma coisa para poder entrar?”

“Só entrar”

(Anotação do Diário de Campo 1º dia)

“Oi Moça, tudo bem? Estou fazendo uma pesquisa sobre direito à saúde...”

(silêncio)... Quería entender como fazer para marcar consulta nesta clínica.”

“É só entrar lá”

(Anotação do diário de Campo 6º dia)

“Bom dia, tudo bem?”

“Tudo certo, só o calor né?”

“Tá quente mesmo... (conversamos sobre a previsão de chuva, o risco de alagamento e, percebendo que havia se estabelecido um diálogo desta vez, encaminhei novamente minha pergunta)... Você sabe como fazer pra conseguir ser atendido nesta clínica?”

“Olha, é só você entrar lá e falar tudo o que está precisando que eles vão te ajudar.”

“Você já foi atendida aí? Sabe se é bom?”

“Eu nunca precisei não”

“Nem pra tomar vacina?”

E ela me contou que teve que se vacinar em São João do Meriti onde mora, cidade da região metropolitana do Rio de Janeiro, e que já tinha as duas doses do COVID¹¹. Continuamos a conversar, eu perguntei porque ela vinha de outra cidade vender ali naquele ponto. Ela contou que tinha familiares no CEASA — centro de distribuição de alimentos do município localizado neste mesmo bairro — que vinham todo dia cedo. Ela vinha com eles, e trazia as bananas pra vender por causa do movimento “dos hospitais”, tinha muitos clientes ali. Contou que teve que assumir o lugar do pai na barraquinha, pois ele tinha falecido no ano anterior.

“Ele precisou voltar a trabalhar no meio da pandemia, pegou a COVID, ficou internado muitos meses, mas acabou falecendo.”

(Anotação do diário de campo 14º dia)

Neste primeiro diálogo apresentado, revelam-se alguns pontos relevantes para este trabalho. A posição de pesquisadora em campo passou por um percurso de aprendizado prático. Conseguir dialogar com o cotidiano, aplicando as premissas da ética em pesquisa, exigiu que eu me desvestisse do jaleco branco (imaginário) que aprendi a carregar ao ser médica. Porém, outras ferramentas desta bagagem me foram bastante úteis. O *rapport* usado no consultório para melhorar a relação médico paciente e ampliar o vínculo, tão bem treinado no percurso de formação em Medicina de Família e Comunidade pelo Método Clínico Centrado na Pessoa somado ao esforço da competência cultural, foram usados no campo, à medida em que observei que as pessoas menos se interessavam pela minha pesquisa do que pelos símbolos do cotidiano, e era a partir destas conexões que então, pude colher a maior parte das histórias apresentadas aqui. Desvestir-me no campo também mudou a minha atitude como médica: a clínica é mais sobre a conexão com as pessoas e menos sobre meu título, de médica ou pesquisadora.

Para além desta observação metodológica, o conteúdo desta conversa revela, no repertório interpretativo, sentidos que a vivência da Clínica da Família atribui ao direito à saúde no cotidiano das pessoas. A inversão de palavras aqui, foi também fruto desse aprendizado em campo. É a partir das conexões, conversas, e trocas, que o repertório interpretativo revela os sentidos do direito à saúde no cotidiano da ESF, e serão a partir destas narrativas e diálogos que serão feitas as discussões apresentadas.

A palavra “*hospitais*” foi usada para identificar possivelmente o conjunto das estruturas de saúde contidas naquela esquina: o CMS, o Hospital Municipal e a Clínica da Família. Este entendimento faz refletir sobre a descaracterização do serviço prestado por uma unidade básica de saúde, que justamente apresenta-se como proposta desospitalizadora. O uso

¹¹ No tempo de realização da pesquisa de campo, o calendário vacinal do Ministério da Saúde previa duas doses para pessoas acima de 18 anos.

desta palavra, somado à fala “*eu nunca precisei não*”, se referindo à nunca ter precisado entrar no serviço que se propõem a ser a Porta de Entrada de um Sistema Único de Saúde norteado pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade, pode nos mostrar como ainda não faz parte do entendimento popular as funções que a ESF se propõe a desempenhar normativamente para a garantia do direito à saúde instituído.

E então, ela revela brevemente a história de doença e morte de seu pai — um vendedor de bananas, trabalhador informal, que precisou voltar a trabalhar diante da crise econômica que assolou as famílias brasileiras durante a pandemia COVID-19 — um itinerário terapêutico que possível e muito provavelmente foi vivenciado nos serviços de saúde do SUS. A filha então, uma mulher negra de cerca de trinta anos, se torna a nova vendedora de bananas, que está do lado de fora desta Clínica da Família, mas do lado de dentro desta construção social que é o direito à saúde no Brasil.

3.2. O LADO DE DENTRO: SENTIDOS DO DIREITO À SAÚDE PRODUZIDOS NOS ENCONTROS COTIDIANOS DA ESF

Então, vamos olhar para o lado de dentro dessas grades brancas que separam o lado de fora.

3.2.1 Clínicas da Família, estruturas impermanentes

A Clínica da Família é uma construção de aço, tipo contêiner, com fachada azul. Uma rampa de acesso, ao lado de uma escada de poucos degraus, chega em uma porta de vidro: a entrada.

A escolha por estruturas de aço remete à rápida expansão da APS carioca. O aço foi a solução arquitetônica para que fosse possível a instalação dos módulos em qualquer tipo de terreno, e permitia agilidade na construção de 1.200m² a 2.000m² de área total. O projeto preocupou-se com legislações ambientais pensando a disposição separada dos depósitos por materiais a serem acondicionados, e com a sustentabilidade no projeto, contando com um sistema de reuso das águas pluviais para utilização na irrigação de jardins e bacias sanitárias (DORNELLAS; NÓBREGA, 2018).

Contudo, mesmo que a estrutura já esteja ali, não significa que é permanente. Dornellas (2018) propõem em seu estudo que a manutenção predial desta estrutura é uma premissa para a continuidade do funcionamento do serviço de saúde:

(...) o funcionamento precário da edificação impacta em toda a estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo em vista que a maioria dos problemas de saúde da população é resolvida nestes locais. Neste contexto, a manutenção predial torna-se imprescindível para garantir a estrutura predial necessária ao ambiente de trabalho e atendimento adequados. (DORNELLAS; NÓBREGA, 2018 pg. 1)

Durante os dias de observação participante presenciei alguns relatos de problemas estruturais da unidade. Um deles foi de que a unidade de saúde havia parado de funcionar por algumas horas devido a problemas com a bomba d'água.

A explicação que o porteiro me deu foi a de que ficaram anos sem vir cuidar das coisas. Haviam aberto o chamado para o conserto algumas vezes nos últimos dias e a empresa responsável consertava e voltava a estragar. Ele acha que a solução é trocar a bomba, mas a empresa informa que só estão autorizados a fazer a manutenção. Ele brincou que estavam fazendo a manutenção era do problema. (Conversa com o porteiro da Clínica da Família - Anotação no diário de campo 8º dia)

As estruturas construídas para as clínicas da família precisam de manutenção predial, assim como qualquer estrutura predial, de forma rotineira, preventiva e corretiva. Segundo reportagem do G1¹² em 2020 a empresa Rio Saúde, responsável pela administração dos serviços em 142 clínicas e centros de saúde, recebeu R\$46 milhões de reais para custeio de serviços e compras de insumos e não prestou conta dos gastos. Essa discussão remete mais uma vez aos anos da gestão Municipal (2017-2020), os anos do desmonte da APS no Rio de Janeiro.

Nos últimos dias em que ocorreram o campo desta pesquisa, foi observado o início de processos de reforma e manutenção da estrutura predial. Foram feitos consertos nos aparelhos de ar condicionado, nas portas, rodapés (que estavam corroídos pela ferrugem), foi realizada a troca de computadores e até a pintura da unidade. A preocupação com a ambiência foi mencionada nos corredores como algo que a secretaria de saúde estava atenta. Mas os efeitos de anos de asfixia de recursos aos serviços de saúde puderam ser percebidos ainda em 2021 nas estruturas das unidades de saúde, repercutindo na qualidade de vida dos trabalhadores e da população.

Assim como a bomba d'água, os (aparelhos de) ar condicionado estavam em constante manutenção. Hoje foi um dia de verão extremamente quente, com temperatura externa de 41°C. O calor estava tão desconfortável na sala de acolhimento que comecei a ficar com dificuldade de me concentrar, inquieta, percebi que estava taquicárdica, suando frio, com uma terrível sensação de mal estar. A solução foi ir embora. Os trabalhadores e os usuários, porém, não foram embora dali. (Anotação do diário de campo 12º dia)

¹² Disponível em (<https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/10/20/relatorio-aponta-problemas-de-manutencao-em-postos-de-saude-e-clinicas-da-familia-no-rio.ghtml>)

3.2.2 Acessando a Clínica: superar os obstáculos para o ir e vir

O projeto arquitetônico apresentado no documento “Orientações para expansão das Clínicas da Família na Cidade do Rio de Janeiro” previa um mínimo de salas, consultórios, banheiros/vestiários, auditório, depósitos, e se preocupava com as normas de acessibilidade para portadores de necessidades especiais (SORANZ; DORIGHETTO, 2010).

Estive por algumas vezes observando o ir e vir das pessoas na entrada. A maior parte das dezenas de pessoas que passavam ali, iam e viam sem muito demorar. Os idosos, muitos segurando o algodão no braço onde foi aplicada a vacina contra o COVID-19, costumavam ser mais cautelosos com os degraus, e a maioria, mesmo os que tinham mais dificuldade para caminhar, optavam por descer os degraus da escada ao invés da rampa.

Um homem jovem, de cerca de trinta anos, foi o único que vi rotineiramente optar pela rampa. Ele frequentava a clínica para troca de curativos, vinha sozinho e usava uma cadeira de rodas manual para se locomover.

Na 5ª semana já nos reconhecíamos pela fisionomia e cumprimentos. Ele estava aguardando no acolhimento e puxei assunto. Me apresentei como pesquisadora e perguntei se ele achava o espaço da Clínica acessível. Ele me respondeu que dentro era sim, mas que era difícil vir de casa por causa da calçada e do ponto de ônibus que parava dois quarteirões dali.

Para chegar ao lado de dentro, é preciso passar pelo lado de fora.

Como seria a chegada de uma pessoa com dificuldades auditiva ou visual ali? Não vi sinalizadores no chão, ou leitores táteis ou audiovisuais.

(Anotação do diário de campo 10º dia)

Acessibilidade, segundo o Estatuto da Pessoa com Deficiência (PCD) — Lei Brasileira de inclusão da PCD — seria a possibilidade e condição de alcance para que as PCD utilizem os espaços públicos ou privados de uso coletivo, bem como o que está contido nestes espaços, com segurança e autonomia. Para além da acessibilidade às pessoas com deficiência física, os serviços de saúde precisam adequar-se para a inclusão de pessoas com deficiência visual, auditiva ou mental. Segundo Castro (2010), as dificuldades de acessibilidade nos serviços de saúde podem fazer com que as pessoas com deficiência sejam invisibilizadas. Preocupar-se com a acessibilidade nos serviços de saúde seria cuidar do princípio da equidade.

A cartilha “A pessoa com deficiência e o SUS” reforça a APS como porta de entrada para a Rede de Atenção à Saúde e atenção integral desta população e seus familiares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). No censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia

e Estatística (IBGE) de 2010¹³, foi identificado que o Brasil tem 6,7% de sua população declarando grande ou total dificuldade para enxergar, ouvir, caminhar ou subir degraus, ou com deficiência mental/intelectual. Pensando a partir desse dado, a estimativa para o território desta Clínica da Família, com cerca de 25 mil cadastrados, seria de 1.650 pessoas com deficiência.

Comentei com um Agente Comunitário de Saúde que além daquele homem que usava a cadeira de rodas eu não via outras pessoas com deficiência na clínica. Ele disse que tinham outras pessoas sim e que muitas recebiam visitas domiciliares. (Anotação do diário de campo, 10º dia)

Acessibilidade é um conceito diferente de acesso. Segundo Pinho (2020), acesso é a possibilidade do usuário entrar no serviço de saúde na busca pela resolução de seus problemas e acessibilidade seria o ajuste dos recursos para o acesso à saúde conforme as características da sua população. Mas a resposta que o agente comunitário deu à pergunta diante do meu incômodo com a baixa frequência de PCD na clínica trouxe um destaque a um ponto de diferenciação do serviço prestado na atenção primária à saúde com a Estratégia Saúde da Família. Existe uma outra forma de acessar este serviço que é a porta de entrada do SUS: quando a pessoa não pode vir até a clínica — e é identificada sua necessidade — a equipe de saúde da família pode ir até ela.

Daquela porta, observei diariamente os Agentes Comunitários de Saúde saírem para o território, para suas visitas regulares aos cadastrados das linhas de cuidado e atenção especial; iam sozinhos ou acompanhados por profissionais da equipe técnica (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentistas, profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família-NASF). Vi também a equipe de vacinação sair muitas vezes, inclusive para vacinar pessoas com dificuldade de se locomover do carro até a clínica. A equipe de saúde sai então, levando o que há de dentro para o lado de fora.

3.3. ACOLHIMENTOS

3.3.1 A sala de Acolhimento e a postura acolhedora do falar “com” as pessoas

Subindo pelos degraus ou pela rampa, entramos em uma grande sala, nomeada pelos frequentadores da clínica e no projeto de expansão das Clínicas da Família (SORANZ;

¹³ Disponível em (<https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/20551-pessoas-com-deficiencia.html>)

DORIGHETTO, 2010), como a sala de acolhimento. De frente para a porta um mapa, com imagem de satélite, plotado em uma altura maior que a de uma pessoa, mostrando o bairro onde fica localizada a Clínica da Família. O mapa tem seis áreas destacadas em cores diferentes, que estão nomeadas, correspondendo ao território de cada Equipe de Saúde da Família.

No verso deste mapa, virado para a parede onde poucas pessoas circulam, um painel com muitas informações numéricas. É o Placar da Saúde, uma placa de acrílico contendo números sobre a população (número total de pessoas cadastradas, homens, mulheres, crianças, gestantes, e também dados sobre escolaridade e analfabetismo), o ambiente (destino do lixo se coletado, a céu aberto, queimado; destino das fezes e urina se rede pública, fossa, céu aberto; abastecimento de água, e água consumida no domicílio) e os indicadores de acompanhamento pela clínica (crianças, gestantes e pessoas com doença crônica acompanhadas em Visitas Domiciliares pelos ACS), além do número total de consultas feitas nas unidades pelos médicos e enfermeiros e o quantitativo total de visitas domiciliares destes profissionais.

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Primária (Pmaq), teve como objetivo, como o nome já diz, a melhoria da qualidade e do acesso aos serviços de atenção básica de todo país, monitorou e avaliou o trabalho das equipes de saúde da família inscritas em três ciclos entre 2011 e 2015. Um dos parâmetros de avaliação no item “Consolidação do Modelo de Atenção” era se a EqSF organiza um “painel de situação” com mapas, dados e informações de saúde do território, que permitissem o acompanhamento visual dos dados pelos profissionais e a comunidade. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, 2015)

(Durante a observação participante na sala de acolhimento)

Perguntei a algumas pessoas usuárias do serviço o que era aquele mapa. Algumas respostas interessantes:

“É o mapa do bairro.”

“É o mapa de quem pode ser atendido na clínica.”

“É o mapa pra gente saber onde ficam os pontos de ônibus para chegar e ir embora.”

(...)

Não vi ninguém parando para ler o Placar da Saúde. Então perguntei a algumas pessoas que estavam paradas aguardando no acolhimento se sabiam que informações estavam no verso do mapa.

“Nunca prestei atenção.”

“É uma coisa do trabalho deles aqui na Clínica.”

Um homem de cerca de 50 anos, que me disse estar aguardando a renovação de receitas médicas, quis ir lá na parte de trás do mapa para ler o que estava escrito quando perguntei se sabia do que se tratavam os números. Ele pareceu surpreso com as informações que estavam ali. Fez comentários como “Quanta gente é atendida aqui!” e “Não sabia que ainda se usavam fossas para esgoto no nosso bairro”.

(Anotações do diário de campo 6º dia)

Existe ainda uma outra placa grande com informações ao lado da porta de entrada e pouco lida (ou não lida) pelas pessoas que passam ali. Tem um título de “Atenção equipe: você já sabe mas não custa lembrar” e informa os serviços prestados nessa unidade de saúde.

Todo este cenário parece mais falar “para” as pessoas do que “com” as pessoas. Muitas das informações contidas nestes painéis são o que regem o cotidiano de trabalho da Estratégia Saúde da Família. Mas as pessoas usuárias não parecem precisar ler o que está escrito ali para conseguir o que precisam, elas entram e se dirigem às pessoas que trabalham ali, e falam “com” elas o que precisam. A vendedora de bananas já tinha sinalizado que era assim que se conseguia o que se precisasse ali. São estes encontros cotidianos entre trabalhadores e usuários que geram repertórios interpretativos a serem interpretados em busca dos sentidos do direito à saúde no cotidiano da ESF.

Em frente ao mapa, logo na porta de entrada, um(a) agente comunitário(a) de saúde fica, algumas vezes¹⁴, recebendo as pessoas, escalado(a) para uma função que nomeiam como “Posso ajudar”, inclusive vestido(a) com um colete escrito “Posso ajudar?”. Encontra-se referência a esta função na Carteira de Serviços da APS-RJ, versão 2021, como uma função para organizar o fluxo na unidade e oferecer ajuda para esclarecimentos.

Observei o “posso ajudar” da ACS A.

Parecia uma pessoa recebendo os convidados de uma festa. Ela dava um bom dia alegre a todos que entravam, mostrando onde deveriam se dirigir para vacina, para atendimento de síndrome gripal, para as consultas com médico ou enfermeiro, para odontologia, farmácia ou para o acolhimento com o ACS da equipe. Muitas vezes ela reconhecia as pessoas pelo nome, e parecia já saber o que a pessoa veio fazer na Clínica.

Ela ficou de pé ali na porta, andando para levar pessoas lá dentro e voltando durante um turno de mais de 4 horas de trabalho. Perguntei se ficava cansada, ela disse que sim, mas que quando a Clínica está muito cheia é melhor ter alguém na frente para receber as pessoas porque “só o acolhimento não dá conta”, as baias ficam cheias e quem chega acha que tem que esperar na fila, fica nervoso, e sai todo mundo mais cansado no final. (Anotação do diário de campo 14º dia)

Esta conversa aponta um entendimento comum entre os trabalhadores e frequentadores da Clínica da Família, observado nesta pesquisa, se referindo ao “Acolhimento” como o local onde ficam os ACS na recepção da unidade. O acolhimento se inicia na recepção, mas não se detém a ela, pois deve organizar todo processo de trabalho garantindo o acesso qualificado, resolutivo, baseado na construção do vínculo, tendo como princípio a integralidade do cuidado (SMSDC/RJ, 2011).

¹⁴ Essa função não é obrigatória para o funcionamento da unidade de saúde e ocorre de forma não regular, não diariamente, devido às muitas escalas que os ACS foram demandados diante da necessidade de apoiar setores como a vacinação contra COVID-19.

O acolhimento é uma prática de cuidado presente em todas as relações entre trabalhadores da saúde e pessoas que usam o serviço de saúde nos atos de receber e escutar as pessoas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013a). É uma tecnologia leve¹⁵, baseada no diálogo, no escutar. Paulo Freire nos diz sobre essa escutatória, necessária para que possamos falar “com” as pessoas, de forma desierarquizada, empática, e sobretudo respeitosa ao sujeito de direitos com quem falamos enquanto profissionais de saúde, que são as pessoas.

(...) não é falando aos outros, de cima para baixo, sobretudo, como se fôssemos os portadores da verdade a ser transmitida aos demais, que aprendemos a escutar, mas é escutando que aprendemos a falar com eles. Somente quem escuta paciente e criticamente o outro, fala com ele, mesmo que, em certas condições, precise falar a ele. (FREIRE, 2011, p. 111)

3.3.2 O acolhimento: teoria e prática

A Política de Humanização do SUS (PNH), lançada em 2004, propõe o Acolhimento na tentativa de colocar em prática os princípios do SUS: integralidade, equidade e universalidade; aqueles que definem o direito à saúde no Brasil. Na PNH (2004), acolhimento é o ato de reconhecer o que o outro traz, como necessidade de saúde legítima e singular, devendo ser oferecido pelos trabalhadores como escuta qualificada para garantia do acesso oportuno à tecnologia adequada em cada necessidade, de forma que todos sejam atendidos com prioridade de acordo com risco, vulnerabilidade e gravidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004)

Trata-se de um projeto de (re)humanização das relações no sistema público de saúde, voltado à afirmação da democratização do direito à saúde. O foco incide sobre a pessoa, enquanto sujeito de direitos e, especialmente, na saúde como direito legítimo de todo cidadão brasileiro. A ênfase recai sobre a primazia da experiência individual dos envolvidos na assistência em saúde, com vistas ao estabelecimento de “vínculos solidários” (SPERONI; MENEZES, 2014 pg 383)

Essa nova lógica de operacionalizar o processo de trabalho pretendia reduzir filas e tempo de espera através da estratificação de demandas, substituindo o formato tradicional de atendimento segundo a ordem de chegada ou distribuição de fichas. A lógica do acolhimento garantiria então o princípio da equidade. (SPERONI; MENEZES, 2014)

¹⁵ Merhy, 1997 classificou as tecnologias relacionadas ao trabalho em saúde em leve, leve-dura e dura. Tecnologia leve refere-se às técnicas relacionais como o vínculo, a autonomização, o acolhimento, a gestão clínica.

Resgatando a fala da ACS sobre o modo de atendimento no CMS vizinho em 2010 — discutido no tópico Serviços de Saúde: Histórias da construção do direito à saúde —, podemos lembrar da menção às filas com distribuição de fichas para comparar com o que se viu na recepção da Clínica da Família onde todos que entram são atendidos/acolhidos, mesmo que se formem filas.

Colocar em prática o que está prescrito normativamente, porém, é um desafio cotidiano na ESF. Silva e Romano (2015), realizaram um estudo sobre o discurso e a prática em relação ao acolhimento nas unidades básicas de saúde do Rio de Janeiro. Perceberam uma diferenciação entre o que nomeou acolhimento prescrito e prático, entre os sentidos atribuídos nas falas dos profissionais de saúde da APS carioca entrevistados, e a forma como é executado o modo de operar os processos de trabalho de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de dar respostas. O estudo percebeu como relevante para esta diferença entre teoria e prática a sobrecarga dos ACS's, ao assumir múltiplos contatos que pressupõem a postura acolhedora (visitas domiciliares, grupos, ações realizadas) e ainda atuar na função de facilitadores do acesso (o “posso ajudar”) e no “lugar” do acolhimento, na recepção da unidade, muitas vezes não sendo legitimados em suas propostas de resolução das demandas cotidianas das pessoas que buscam a unidade de saúde. (SILVA, Tarciso Feijó da; ROMANO, 2015)

O “lugar” do acolhimento na recepção das Clínicas da Família no Rio de Janeiro é chamado no dia-a-dia pelos trabalhadores — e, conseqüentemente, pelas pessoas que frequentam a unidade — por baias. Segundo o dicionário, as baias são locais divididos com tábuas que abrigam individualmente animais, principalmente cavalos, e por extensão pode-se entender como cada divisão que limita ou restringe um lugar; refere-se aos laboratórios com cabines ou divisórias individuais. (BAIA, 2022)

As baias na Clínica da Família são cabines com computadores, dispostas uma ao lado da outra, nesta sala grande de entrada da clínica. Cada uma delas é identificada pelo nome da Equipe de Saúde da Família a que pertence, e na maior parte do tempo conta com ACS sentado do outro lado do computador. A pessoa, usuária do serviço, que entra na Clínica, quando não tem o “Posso ajudar” para recebê-la, se dirige a uma destas baias para ser atendida.

Na observação deste movimento das pessoas pude perceber que muitas já identificavam qual era a estação de computador de sua equipe e se dirigiam diretamente para lá. Formavam-se filas com algo em torno de cinco pessoas esperando por atendimento em cada divisória nos horários de pico de frequência da unidade. Muitas outras pessoas que chegavam se dirigiam à fila mais vazia para pedir informação, e depois de identificadas a equipe a que pertenciam de acordo com

o endereço residencial, se dirigiam a fila correta e aguardavam atendimento. Ao serem atendidas ficavam de pé e precisavam falar sobre suas necessidades em saúde, às vezes um pouco constrangidas, com um ACS do outro lado do computador, tendo outras pessoas aguardando na fila logo atrás e aos lados. (Anotação do diário de campo 14º dia)

Neste contexto, os agentes comunitários das equipes são "escalados para o acolhimento", cumprindo em média dois turnos de trabalho por semana nesta função, e criando a falsa ideia construída pela linguagem de que quando não estão escalados para essa função “não estão no acolhimento”. Os escalados recebem a todos que entram pela porta, escutam, tentam encontrar a melhor solução possível, muitas vezes não correspondendo à expectativa das pessoas que levam na fala do que precisam, muitos sentidos do que compreendem como seus direitos. Proponho a seguir por meio de uma narrativa que sintetiza momentos da observação participante, uma aproximação das vivências no lugar “acolhimento” da Clínica da Família e em seguida uma reflexão sobre os sentidos do direito à saúde que transparecem destes casos.

Pedi permissão aos ACS que estavam nas “bairros” para sentar com eles e observar. Eles já sabiam quem eu era e aceitaram. Sentei atrás da ACS M. e do ACS D. dois agentes comunitários de saúde que estão na Clínica da Família desde sua inauguração, há 6 anos. Apesar de todo este tempo no serviço, aquele era o dia do exame médico admissional de M.. Ela conta que estavam passando por um processo de demissão da fundação estatal simultânea à recontração por uma organização social para continuarem no mesmo cargo. Não era a primeira vez que acontecia esse processo de demissão e recontração, o que acabava por gerar acúmulo de anos sem férias, e piorava o “estresse crônico” de todos que trabalham ali somado a anos de greves, e agora uma pandemia.

As conversas entre nós eram breves pois a sala estava cheia de pessoas durante quase toda a manhã daquela segunda-feira. Era difícil fixar atenção em uma conversa, o barulho era intenso com tantas pessoas falando ao mesmo tempo.

“Vim entregar este potinho que o médico pediu” disse uma senhora à D., e eu reconheci o recipiente para coleta de escarro. Ele se levantou chamando a senhora pelo nome, e a levou para dentro da unidade “vamos lá tomar o remédio”. Entendi que era uma pessoa em tratamento assistido para tuberculose.

“Eu preciso de um médico” disse outra senhora para M., que pediu pra senhora explicar o que precisava para tentar ajudar. Ela tinha uma dor no ombro que começou depois que caiu em casa há 3 dias. M. verificou o cadastro, garantiu um encaixe na agenda e explicou onde a senhora deveria aguardar.

M. me contou que os médicos tinham metade das vagas já marcadas anteriormente e a outra metade para encaixar as demandas espontâneas do dia, no total de 16 vagas por turno.

“Próximo”

“Eu preciso fazer estes exames” disse uma mulher adulta mostrando papéis de uma clínica popular. M. explicou que era preciso entender porque foram pedidos os exames para que o médico ou a enfermeira da equipe transcrevesse para serem realizados aqui. A mulher contou que pagou uma consulta popular para fazer um “check up” e que pediram todos estes exames, e que não teria condições de pagar por eles, então veio fazer na Clínica da Família. M. perguntou a idade dela, 37 anos, e em seguida se já tinha colhido o preventivo ginecológico. Ela disse que não, então M. sugeriu marcar uma consulta para realizar o exame com a enfermeira e ela poderia conversar melhor sobre o check up. A mulher questionou se a enfermeira

poderia fazer os pedidos, e M. disse que ela poderia resolver tudo se entendesse que havia aquela necessidade.

D. voltou à sua baia e chamou o “próximo”. Um senhor que veio para a consulta de Diabetes e já estava marcado. D. disse que confirmou a presença e era só aguardar perto do consultório da equipe.

“Próximo”

“Oi meu filho, eu me trato com o Cardiologista, e ele falou que eu estou com essa tal Diabetes. Pediu pra eu ir procurar um médico que trata disso, aí eu vim aqui pra resolver”. D. repetiu o que ela disse a ele pra confirmar se havia entendido. Era isso mesmo, uma nova pessoa com diabetes para ser cuidada. Ele pediu o endereço dela, verificou então que não era pertencente à esta unidade de saúde e explicou que este acompanhamento se faz sim nas Clínicas da Família, mas como era um tratamento prolongado precisava ser feito na Clínica da Família responsável pelo endereço dela. A senhora aceitou a resposta, agradeceu, e se lamentou de ter que ir à outra unidade, mais distante de sua casa do que esta.

“Próximo” ... “Próximo”...

Um homem de cerca de 40 anos, com o uniforme do supermercado ao lado da clínica, vem andando vagarosamente, com o tronco inclinado, mão na barriga, suando e pálido.

“Estou com muita dor na minha barriga”, e D. pergunta quando começou a dor, se ele já tinha tido essa dor antes. Havia começado no mesmo dia, nunca tinha sentido nada parecido e a dor estava muito forte e fígando a cada passo que dava. D. olhou para mim pedindo uma orientação. Eu não queria interferir, perguntei o que D. achava antes de dizer o que eu pensava. D. achava que o homem precisava ser avaliado. Eu também. D. pediu o documento, verificou que o homem não tinha cadastro na unidade, perguntou o endereço e era “fora de área”, ou seja, sua Clínica da Família de referência não era esta. Mas D. não pensou duas vezes, e disse ao homem que faria um cadastro temporário e que ia pedir para a enfermeira avaliar na sala de observação. Pediu para que o homem fosse andando até lá pois o sistema estava lento. Uma outra mudança recente havia sido o prontuário eletrônico que voltou a ser um modelo pago e lento, substituindo o rápido mas limitado E-SUS, prontuário público.

Às 9h45 da manhã M. se levantou para ir ao exame admissional e D. ficou “segurando a baia” para a equipe dela.

(Baseado no diário de campo do 15º dia)

As vivências do acolhimento dão sentidos à universalidade e à integralidade. Todas as pessoas que entraram na unidade naquela manhã — e em todo momento da observação participante —, foram atendidas pelos ACS sem nenhum tipo de discriminação. Nem todas elas, porém, foram absorvidas pelo serviço daquela Clínica da Família. A questão para a não continuidade de atendimento se relacionava ao endereço onde a pessoa morava não ser pertencente ao território de adscrição das Equipes de Saúde da Família da unidade. Este bloqueio ao acesso parece ser regido pelo princípio da equidade possível pela postura de escuta no acolhimento. Primeiro se ouvia o que a pessoa desejava. Entendida qual era a necessidade, se não se tratava de uma “demanda aguda” - problemas de saúde que devem ser vistos no mesmo dia, ou urgentemente, a pessoa era direcionada para outro serviço. Isso era feito conferindo o endereço informado no site “Onde ser atendido”¹⁶, e de acordo com os protocolos sugeridos

¹⁶

Onde ser atendido, disponível em: <https://pcrj.maps.arcgis.com/apps/webappviewer/index.html?id=014d8ab512a34f259bb27c8a13d4d65f>

pelo Caderno de Atenção Básica sobre Acolhimento do Ministério da Saúde e o Guia Rápido Carteira de Serviços da SUBPAV - Subsecretaria de Promoção da Saúde Atenção Primária e Vigilância de Saúde.

Isso pôde ser exemplificado na narrativa pelo acolhimento de dois casos de pessoas não cadastradas no território. A mulher que traz a necessidade de cuidar da Diabetes, mora em um endereço pertencente a outra unidade de saúde, e é orientada a procurar a continuidade do atendimento lá. O homem que chega com dor abdominal e mora em outro território, é direcionado ao atendimento ali mesmo onde está sendo acolhido por ter sido entendido que precisava de avaliação imediata.

Tetemann *et al*, 2016 fizeram um estudo sobre as contradições e tensões entre universalidade e territorialização no SUS. Para que fosse realizada a descentralização do Sistema de Saúde, a reorganização das redes locais de atenção tiveram como ponto de partida o território. Isto tornou possível definir prioridades relacionadas aos problemas de saúde adscrita, e o planejamento das ações dos serviços, o que garantiu a universalidade e a distribuição da Estratégia Saúde da Família em um primeiro momento. Porém, o território é vivo, dinâmico, não é um conceito, parafraseando Milton Santos, 2000. As pessoas buscam resolver suas demandas e necessidades sem considerar um limite ou fronteira elaborado por questões administrativas, a territorialização então se torna uma barreira de acesso em um sistema baseado na universalidade. (TETEMANN; TRUGILHO; SOGAME, 2016)

Sozinho para continuar o acolhimento de duas equipes, D. continuou a chamar os próximos das duas filas.

Uma pessoa veio para renovar as receitas de Diabetes no meio da manhã, D. explica que a pessoa precisa vir no início dos turnos. A pessoa barganha: “mas eu não vou poder esperar e vou ficar sem insulina hoje e você sabe que isso faz o açúcar ficar muito alto...”. D. pega as receitas antigas, vai lá dentro e volta em cinco minutos com a receita nova.

As pessoas da fila vão ficando mais inquietas com a saída dele e começam a reclamar da demora para serem atendidas.

Uma adolescente é a próxima e vem para administração mensal do anticoncepcional injetável. D. escuta o que ela precisa e pede licença. Sai correndo atrás de uma mulher que acabara de entrar na sala de acolhimento com um bebe de colo e duas crianças pequenas e que parecia estar desistindo e indo embora.

A adolescente reclama baixinho “Que (palavrão)... no SUS sempre demora...”

D. leva a mulher e as crianças lá dentro e volta com as pessoas das duas filas bastante nervosas pela demora e a saída súbita dele. Pede desculpas e coloca a adolescente para fila do procedimento. Me conta rapidamente sobre a mulher que ele foi atrás: estava com as três crianças com vacinas atrasadas e por isso ele saiu correndo atrás dela. Ele conseguiu prioridade na sala de vacinas.

A próxima da fila era uma mulher que já começou a falar reclamando: “Eu vim ver a fila do SISREG para saber quando vai ser a cirurgia do meu pai, eu aposto que não saiu”. E D. abriu o portal de regulação pela internet, com a senha do visualizador. Isso demorou angustiantes minutos que foram abrindo o silêncio para a mulher começar a gritar: “meu pai está ficando cego, é um absurdo ele já está esperando há

meses pra fazer uma cirurgia de catarata!”. Quando D. consegue acessar a página para consultar o lugar na fila do pai da mulher, a solicitação havia sido CANCELADA. Em baixo desta palavra que já nos fez ficar tensos a justificativa: o regulador informa de que devido ao tempo decorrido a solicitação foi devolvida para o médico solicitante para que o caso fosse reavaliado, ao que o médico solicitante respondeu embaixo que houve falha na busca ativa do caso e por isso a consulta foi cancelada.

A mulher já estava mais que nervosa. Dizer isso a ela fez com que ela gritasse mais alto: “Eu vou chamar a polícia pra vocês, isso é um absurdo! Meu pai está ficando cego, ele precisa e tem direito a fazer essa cirurgia pelo SUS! Se eu tivesse dinheiro eu pagava pra ele, mas a gente depende disso aqui!”

D. esperou até que ela parasse de gritar. Se levantou, pediu que ela o deixasse falar que ele ia ajudar. Disse que pra resolver o problema, precisava que ela deixasse o número de telefone pra que o médico entrasse em contato, e que ele iria garantir que o nome do pai dela iria voltar pra fila do SISREG.

Essa situação mobilizou os outros ACS que começaram a chamar os próximos das filas de D. e M. para ajudar.

(Baseado no diário de campo do 15º dia)

Uma das questões que tornou a vivência do acolhimento tão diversa às ideias da teoria é a dificuldade de concentrar esforços na resolução de apenas um problema por vez. Todas as cenas ocorreram ao mesmo tempo e se encadeiam umas nas outras.

A pessoa com diabetes que vem solicitar a renovação de receitas fora do tempo disponibilizado pelo serviço apresenta um problema maior do que apenas a renovação de uma receita. A forma como essa pessoa coloca sua necessidade pareceu estar negociando o que ela precisava. A barganha e a vitimização foram identificadas nos estudos de Speroni *et al*, 2014 como estratégias de discurso usadas no acolhimento. A vítima é interpretada socialmente como alguém em sofrimento e isso legitima suas reivindicações, promovendo um sentimento de vontade de reparação diante da injustiça sofrida por aquela pessoa (SPERONI; MENEZES, 2014). Ao falar que iria ficar sem insulina, e lembrar em seguida o que aconteceria com ela em consequência a isto, a pessoa conseguiu o que queria. O agente comunitário vai resolver a demanda, e sua ausência piora as tensões que acabarão por explodir em seguida.

Uma adolescente vem para aplicação mensal da anticoncepção. Provavelmente todos os meses ela deve precisar passar na fila do acolhimento. Ela reclama da demora, e de fato deve ter aguardado por trinta minutos nesta primeira fila e mais outros trinta na fila da sala de procedimentos, totalizando uma hora para realizar uma injeção, e deve passar por isso todo mês. Em sua fala “O SUS sempre demora”, parece haver uma comparação com algum serviço que não demora, e que não é do SUS.

Ela possivelmente não percebeu a importância do que aconteceu nesta saída súbita do ACSD. Ele reconheceu uma situação de vulnerabilidade individual, social e institucional importante, em que a janela de oportunidade para o cuidado estava prestes a ser perdida. Agiu

imediatamente, garantindo a equidade e a integralidade nesta situação e deixando evidentes os princípios que norteiam o compromisso com o cuidado.

E então, com todas as tensões postas, uma faísca para a explosão.

Uma mulher reivindica o direito que o pai dela tem de realizar uma cirurgia pelo SUS, que já esperam a meses. Ficamos tensos junto com a mulher quando apareceu na tela a palavra “cancelada”. Informar isso à ela fez uma explosão de sentimentos, tensionados não apenas por aquela meia hora na fila, mas por meses de espera nesta outra fila, enquanto o pai perdia a visão gradativamente.

Em seu grito, ela diz que vai chamar a polícia. Speroni *et al* (2014) reconhece no discurso de denúncia para a polícia a intenção de fazer valer a lei, uma forma de obrigar o cumprimento dos deveres do Estado para fazer valer os direitos dos cidadãos.

E o ACS D. faz valer a postura comprometida com o cuidado que manteve durante aquela manhã inteira. Ele acolhe o grito. Reconhece nele uma necessidade de saúde legítima e singular, e propõe soluções para o acesso oportuno à tecnologia adequada para aquela situação.

3.3.3 Os limites do Acolhimento

Ao final daquele turno de acolhimento, D. já havia atendido 42 pessoas. Já eram 12h30, e já não tinha mais vagas para atendimento na agenda do médico. Uma mulher chega com seus dois filhos pequenos, conta ao ACS D. que o menino mais novo está com uma lesão de pele há 3 meses que não melhora e que precisa passar pelo médico. D. explica que não será possível naquele momento, pois o atendimento finalizou ao meio dia. A mulher fica nervosa, diz que trabalha muito e só tem aquele dia para resolver as coisas, e que só vai sair dali quando for atendida por um médico. D. pede pra ela sentar, vai lá dentro conversar com a equipe. Volta com a proposta de já deixar esta consulta programada no dia que a senhora puder. Ela começa a gritar: “Você é um arrogante! Meu marido já tinha me falado! Toda vez que é com você é assim. Quando é com as meninas eu consigo. Você não tem competência pra fazer esse trabalho. Não mandou eu esperar?! Agora eu vou esperar! Agora eu não vou sair daqui enquanto você não for falar com o médico!” Ela falava sem parar, apesar de D. tentar diversas vezes: “Senhora eu gostaria de falar.... senhora... eu... senhora, eu peço desculpas.... senhora, eu gostaria que a senhora entendesse... senhora eu preciso que a senhora entenda... senhora...” E na gritaria dela que ignorava qualquer fala e se escalou à medida que ganhava audiência, D. também escalou a tentativa de se comunicar: “Senhora a senhora está dizendo que eu não fui falar com o médico? A senhora está duvidando de mim? Foi o doutor mesmo quem me pediu pra programar uma consulta pra senhora por que o seu caso não é pra ser atendido hoje.... Senhora...” A gritaria foi tanta que a enfermeira escutou lá de dentro e apareceu. Tirou a senhora e as crianças daquele lugar e a levou para conversar lá dentro. D. estava visivelmente abalado. Ele quis registrar o fato no livro de ocorrências da unidade. Então conversamos, tentei acolher seus sentimentos. Ele me contou que era formado em Assistência Social e que achava que o trabalho como ACS era tão importante que nunca quis exercer sua profissão, mas que situações assim faziam ele pensar se valia a pena todo este estresse.

“Aqui é assim, no final tudo é resolvido no grito. Se a pessoa fizer um barraco ela vai acabar sendo ouvida e vão resolver a situação dela.”

(...)“Não adianta fazer um bom trabalho, a gente fica é de espantinho aqui na frente. As pessoas falam uma coisa pra gente aqui e outra lá dentro do consultório.”

(...)“ Como é aquela frase mesmo? O direito de um vai até onde termina o direito do outro? As pessoas não têm a mínima ideia do que nós fazemos aqui na Clínica, elas acham que aqui é um hospital. Ou uma padaria não é? A questão é que elas não gritam na padaria.”

(Baseado no diário de campo do 15^a dia)

Chegamos a esta situação limite no fim do acolhimento.

A necessidade apresentada ao acolhimento não era apenas o que a princípio estava sendo dito. A lesão de pele do filho apresentou-se como o que foi possível verbalizar inicialmente, mas outras necessidades apareceram como a de só ter um dia para resolver suas coisas pois trabalha muito.

O termo “demanda oculta” se refere a queixas ou preocupações tardiamente apresentadas e é objeto de estudo da especialidade em medicina de família e comunidade (MODESTO; COUTO, 2016). Se o acolhimento é o primeiro momento de verbalização da queixa, o que motivará ou não a marcação de uma consulta, se a queixa se torna o argumento de convencimento para ultrapassar uma primeira barreira de acesso representada pela escuta de um primeiro profissional, deve-se considerar a produção de uma linguagem no acolhimento com intenções diferentes daquela se se escutará no consultório. Talvez a fala do ACS D. seja uma constatação pela experiência acumulada nesta função : *“As pessoas falam uma coisa pra gente aqui e outra lá dentro do consultório.”* A ideia de que “o barraco resolve” é outro sinalizador da divergência de falas nos dois cenários.

O acolhimento acaba por ter uma função de filtro, de controle de acesso, quando a oferta do serviço é menor do que a demanda. O ACS verbaliza se sentir como um “espantinho”, percebe-se como esta barreira de acesso. Este termo se aproxima do entendimento de *gatekeeper*, palavra em inglês que denomina uma função atribuída aos MFC para filtrar o acesso a outros níveis da RAS no primeiro contato da pessoa que acessa o sistema de saúde (GIOVANELLA, 2008). Aqui parece ter um sentido pejorativo, atribuído como identificação da própria função de um trabalhador que sente seu trabalho desvalorizado. Retomando Silva e Romano, 2015 observaram a necessidade de se repensar a função do ACS no acolhimento, reconhecendo e valorizando as atividades que desenvolvem.

O ACS questiona *“O direito de um vai até onde termina o direito do outro?”* talvez se referindo a conhecida frase *“a liberdade de um termina onde começa a liberdade do outro”*¹⁷,

¹⁷ Esta frase é atribuída ao filósofo inglês Herbert Spencer.

dando um sentido de se sentir invadido pelo direito do outro que ultrapassou o limite e foi até onde terminou o seu. É preciso enfatizar que o profissional de saúde é também cidadão e sujeito de direitos. O grito pode ser acolhido pelo ACS, já o escândalo com ofensas contra este profissional entra em conflito com o direito dele, ultrapassa o limite. Violência verbal pode constituir-se criminosa quando correspondem a calúnia, injúria ou difamação, e aqui é preciso enfatizar o racismo e a LGBTfobia como ações criminosas não identificados neste caso, mas em muitos outros casos colhidos durante a observação participante em relatos dos profissionais. Aqui, o “Lado de fora” e o “Lado de dentro” se reencontram, reproduzindo preconceitos e a violência estrutural da nossa sociedade.

3.4. PROCESSOS DE TRABALHO.

3.4.1 Reunião Técnica e o Modus operandi

Uma vez por mês os trabalhadores e a gerência local realizam uma reunião para discutir e alinhar os processos de trabalho, adaptando as normativas que regem o funcionamento da ESF às características locais. Todos os trabalhadores são convidados, comparecem aqueles que estão liberados no fim do turno — momento em que ocorre o encontro —, sendo obrigatória a presença de pelo menos um representante de cada categoria, que deve comunicar as pautas debatidas e os encaminhamentos nas reuniões de equipe de saúde da família que acontecem uma vez por semana.

A gerente passou convocando os trabalhadores pela Clínica da Família. Fui atrás acompanhando. Uma funcionária perguntou a outra que reunião era aquela. A resposta foi interessante: “Aquela reunião que a gente combina tudo e volta sem ter conseguido fazer nada”

Em uma sala, nos fundos da Clínica da Família, num prédio com uma placa “Conselho Distrital de Saúde”, a reunião começou com a gerente estimulando que os trabalhadores levantassem as pautas que desejavam debater.

Vacina, Sisreg, Covid, Procedimentos para TIG e coleta de exames, Acolhimento, Grupos, Accountability, Bolsa Família, Colegiado Gestor. (Baseado no diário de campo do 3º dia)

Na pauta das vacinas o enfermeiro pediu para que os ACS que estavam na escriba (mais uma função acumulada para esta categoria), anotassem os dados das pessoas que iam se vacinar de forma bastante criteriosa pois estavam perdendo algumas informações relevantes ao lançar nos bancos de dado SI-PNI (Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações) e SRV (Sistema de Registro de Vacinação):

Uma ACS falou: “Mas a gente não tinha combinado que era pra anotar só o CPF pra fila andar depressa?”, e o enfermeiro respondeu: “sim, mas agora a gente vai precisar combinar diferente, pois não estamos conseguindo lançar todas as doses por falta de dados” (Baseado no diário de campo do 3º dia)

Logo no primeiro momento já pôde-se compreender um sentido para aquela fala de porque se voltava sem conseguir fazer nada para aquela reunião em que se combinava de tudo. As pactuações precisavam ser recombinaadas a cada encontro. Múltiplos fatores atravessavam o funcionamento da unidade naquele momento, a mudança da gestão municipal, a troca de Organização Social responsável pela contratação dos funcionários, o novo prontuário eletrônico, a pandemia e a reorganização do serviço possível naquele momento. A brincadeira entre os colegas de trabalho era de que estavam “Trocando a roda do carro com o carro andando”.

Na pauta do Acolhimento, o médico reclamou que estava atendendo sempre mais do que dezesseis pessoas por turno, o que fazia com que o tempo de consulta fosse menor do de quinze minutos, impactando na qualidade do atendimento oferecido por ele. Os ACS presentes debateram dizendo que a função deles era fazer Acolhimento não triagem. O enfermeiro fez uma fala então que pareceu educativa, explicando o que era demanda aguda - aquela que deve ser atendida no dia. Os ACS continuaram debatendo: a quantidade de pessoas que estava procurando a unidade fazia com que eles não tivessem escolha: identificando uma pessoa que precisa passar em consulta, uma demanda aguda, a equipe técnica que dirá o que fazer, e é sempre conversado colocar pessoas a mais na agenda. (Baseado no diário de campo do 3º dia)

Na fala “acolhimento não é triagem”, retoma-se o discutido na seção anterior deste trabalho -Acolhimentos. Aqui é possível observar expectativas diferentes entre as categorias de trabalhadores que compõem o serviço sobre o modo como as pessoas são recebidas, escutadas e as soluções propostas. A função do ACS não é ser uma barreira de acesso, mas acaba funcionando como filtro se a oferta dos serviços oferecidos for menor do que a demanda, pois muitas pessoas que precisam de atendimento ficarão de fora, não conseguindo o acesso, mesmo que os profissionais todos se sobrecarreguem com mais atendimentos do que é possível: “o usuário vem aqui exigindo as coisas e não sabe nem o que a clínica faz, aí a gente já parte do pressuposto que eles falam uma língua e a gente fala outra” (Baseado no diário de campo do 3º dia)

Um pressuposto deste trabalho era de que havia divergências entre o que é oferecido como serviço do direito à saúde e o que é demandado pela população. A fala deste profissional na continuação do debate sobre acolhimento e sobrecarga das agendas traduz essa percepção.

A linguagem que se fala não é a mesma entre profissionais da saúde e usuários. Retomando Valla, 1996, a experiência vivida por profissionais e a população é diversa, principalmente levando-se em conta que o projeto desenvolvido para a prestação de serviços é pensado sem a população. Não havia nenhum representante da população na reunião técnica. *“Precisamos voltar com os grupos. É isso que vai aliviar um pouco essa quantidade de demanda” disse uma enfermeira. (Baseado no diário de campo do 3º dia)*

Em meio às pactuações e repactuações necessárias para os alinhamentos dos processos de trabalho, algumas falas revelaram preocupações dos trabalhadores com os princípios que norteiam o direito à saúde.

Os grupos resolveriam a sobrecarga do acolhimento? Esta foi a aposta dos profissionais naquele momento - já era possível pensar em retomar pequenas aglomerações com as precauções necessárias, devido ao recrudescimento da pandemia COVID-19. Na fala dos profissionais compreendia-se que os grupos eram uma ampliação das ofertas do serviço prestado por eles. O Acolhimento poderia então direcionar algumas demandas para o grupo de crônicos, de gestantes, de planejamento familiar.

Para além de ampliar a oferta, fizeram falas a respeito dos grupos que se preocupavam com a Integralidade do cuidado. Retomar os encontros da auriculoterapia e da Saúde Mental (grupo Equilíbrio) foram propostas que demonstraram a preocupação dos profissionais com o estresse que o isolamento social e as dificuldades impostas pela pandemia podem ter trazido às pessoas. Na fala do enfermeiro abaixo, percebe-se o reconhecimento das demandas ocultas que tem motivado a busca por atendimentos:

“Às vezes a pessoa vem aqui e pede uma consulta, mas o que ela quer mesmo é conversar com alguém, sair de casa um pouco, vir cuidar da saúde com medo de ficar doente. Se pudermos oferecer esse cuidado fora das consultas e em grupo elas vão poder trocar experiências umas com as outras”, falou o enfermeiro. (Baseado no diário de campo do 3º dia)

Na pauta do Bolsa Família também se apresentaram falas que produziam sentidos relacionados à Integralidade no cuidado com as pessoas. Foi comunicado os prazos da “vigência do Bolsa Família”, que correspondem ao lançamento dos dados de acompanhamento das pessoas que recebem o benefício, em especial peso, altura e vacina, em uma plataforma on-line.

Lembrando então os prazos da “vigência” do Bolsa Família, foi solicitado aos ACS que fizessem o lançamento da “pesagem” na plataforma do município. A gerente corrigiu: “Não gente, não é pesagem, não é gado, é A-com-pa-nha-men-to, são as pessoas que mais precisamos ter um olhar cuidadoso”

Uma ACS então falou: “Bom você estar falando isso porque nós estamos nos perguntando aqui em quanto tempo que a fome faz diminuir o peso, porque tem muita família que a gente já sabe que tá sem o que comer mesmo recebendo o Auxílio¹⁸ em dia.”

(Baseado no diário de campo do 3º dia)

A reunião terminou depois de três horas de duração, com a pauta de convocação para a retomada dos encontros do Colegiado Gestor, que seria em três semanas. Lembrada a importância deste encontro entre funcionários a gerência e a comunidade para que pensassem em soluções intersetoriais para problemas como a insegurança alimentar, todos concordaram em se mobilizar para convocar os líderes comunitários na data combinada.

3.4.2 Conselho de Saúde, um prédio esvaziado

No dia marcado para a reunião do Colegiado Gestor fui até o local combinado. O prédio do Conselho Distrital de Saúde, estava sendo usado para as reuniões da Clínica da Família. Tinham duas salas onde parece ocorrer o trabalho administrativo do Conselho que estavam fechadas. No final do corredor a sala de reuniões.

Aguardei por um tempo e ninguém compareceu à reunião, o prédio permaneceu vazio. (Anotações do diário de campo no 3º dia)

Mais uma estrutura em cena com sentidos históricos na construção do direito à saúde.

O conselho distrital de saúde é uma instância regionalizada e descentralizada do Conselho Municipal de Saúde e tem função deliberativa de planejamento, fiscalização e avaliação do Sistema Único de Saúde na sua área de abrangência. É um órgão colegiado (composto por gestores, trabalhadores e representantes da sociedade), permanente (só pode ser extinto por lei), e deliberativo (podendo tomar decisões que devem ser cumpridas pelo poder público).

O primeiro Conselho de saúde surgiu há mais de 70 anos, e resistiu ao tempo e a diversos cenários políticos trazendo para o debate nacional importantes pautas como saneamento básico (1941), segurança do trabalho (1950) e descentralização da saúde (1963). Apenas com a redemocratização do Brasil, em um cenário de surgimento de novos atores institucionais como os gestores municipais, é que a sociedade civil foi convocada para compor os Conselhos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013b)

¹⁸ No momento da observação participante já vigorava o Auxílio Brasil, que ainda era chamado pelos funcionários de Bolsa Família. O novo programa manteve a necessidade da saúde acompanhar as condicionalidades vacinação e acompanhamento do estado nutricional, além das consultas de pré-Natal. Texto da Lei que instuiu o Auxílio disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2019-2022/2021/Lei/L14284.htm

A Constituição Federal de 1988 determinou a participação da comunidade na gestão do sistema de saúde. Dois anos depois as leis 8.080 e 8.142/90 regulamentaram esta participação social (os Conselhos de Saúde, dentre outros itens), e passou a ser nomeada como Controle Social, referindo-se ao controle da sociedade sobre a política de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013b).

A participação é uma conquista, mas não pode ser entendida como algo que está dado, algo estático pois é um processo infundável e em constante mudança e disputa social (SANTOS; WENDHAUSEN, 2003). O prédio do Conselho existe, o Colegiado da unidade foi convocado para ocupar o espaço, mas participação popular é algo que ainda precisa ser costurado, incentivado, depende de um empenho de todas as partes.

Deve-se considerar a pandemia COVID-19 como fator que alterou as formas de trabalho, permitindo o uso de formatos virtuais de encontros e reuniões, o que pode justificar o prédio vazio. Mas a atual situação política do país, que ameaça constantemente os direitos sociais e as estruturas da democracia, deixou marcas na conquista da representação política no âmbito dos Conselhos e é outro fator a ser considerado neste esvaziamento. Uma reportagem do Jornal Nacional de outubro de 2021 publicou uma pesquisa mostrando que 75% dos conselhos e comitês nacionais foram extintos ou esvaziados no governo Bolsonaro (JORNAL NACIONAL, 2021). Francisco Batista Júnior, ex-presidente do Conselho Nacional de Saúde (2006-2011), em entrevista para o Repórter SUS, acredita que o impacto para a área de saúde pode ser ainda mais forte que para outras áreas atingidas pelo ato presidencial¹⁹ especialmente porque a participação da sociedade civil permite o entendimento das necessidades reais em cada plano da administração (municipal, estadual e federal), e principalmente é uma possibilidade concreta de avançar na construção e consolidação do sistema, a partir de ações intersetoriais (MATHIAS, 2019).

A Estratégia Saúde da Família amplia as possibilidades de participação da sociedade quando considera o cuidado para além do indivíduo, incluindo sua família e comunidade. A orientação Comunitária, atributo transversal da APS, pressupõe articulações intersetoriais com o acionamento de dispositivos do território e lideranças comunitárias para o cuidado das pessoas. Assim, a ESF apresenta-se como potencialidade para a participação da comunidade no controle social, uma vez que possui inclusive membros dessa comunidade como parte das equipes de saúde da família, os agentes comunitários de saúde.

¹⁹ decreto 9.759, de 11 de abril de 2019, que estabelece a extinção de centenas de conselhos previstos pela Política Nacional de Participação Social (PNPS) e pelo Sistema Nacional de Participação Social (SNPS).

Para operar nessa perspectiva, além de espaços formais de participação popular, tais como a implantação e constante interação com o conselho local de saúde, é muito importante que as equipes estejam atentas a outras maneiras não institucionalizadas de expressão popular, tais como as redes de apoio social, os movimentos reivindicatórios, as ouvidorias coletivas, as rádios comunitárias, entre outras (VALLA, 1999; LACERDA e cols., 2006 *apud* MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013 pg. 48)

Na Reunião Técnica — apresentada no tópico anterior, os trabalhadores reconheceram a importância da convocação do colegiado gestor da unidade, com as lideranças comunitárias, para debater soluções a respeito da insegurança alimentar observada no território. Perguntei a alguns destes trabalhadores o que aconteceu para que ninguém comparecesse à reunião do colegiado, as respostas apontavam para o entendimento de que é difícil fazer as pessoas comparecerem em uma reunião quando elas não estão sendo afetadas pelo problema. Perguntei se encontravam no território dispositivos que fizessem doação de cestas básicas, poderia ser uma parceria. A resposta foi de que as igrejas faziam isso, mas a pessoa tinha que entrar na doutrina para ser beneficiada. Perguntei sobre movimentos sociais, não conheciam nenhum. Perguntei então o que é que se podia fazer com essas famílias que se sabiam estar em situação de vulnerabilidade. A resposta foi de que eles conheciam o caminho de pedir ajuda para a pessoa que atua na política, e tinha um gabinete nos arredores. Institucionalmente a saída era encaminhar ao CRAS (Centro de Referência da Assistência Social), para verificar possibilidades de outros auxílios além do antigo Bolsa Família.

Estudos de Santos e Wendhausen (2003) sistematizaram fatores potencializadores e limitantes às práticas de participação popular na ESF. Dentre os fatores potencializadores estão a socialização dos problemas, concretizando melhor as questões para possibilidades de resolução e profissionais capacitados e conhecedores do SUS, que atuam considerando a comunidade como co-gestora. E dentre os fatores limitantes, a falta de escuta à comunidade, idéias pré concebidas sobre as necessidades da comunidade, e problemas na estruturação da ESF como grande demanda, fator encontrado na observação desta Clínica da Família (SANTOS; WENDHAUSEN, 2003).

Júnior e Martins (2012) perceberam em um estudo sobre a institucionalização e efetiva participação popular nos Conselhos de Saúde dilemas como o aumento da demanda em decorrência da implicação da comunidade nos debates sobre as condições de vida e saúde, cabendo aos governos desempenhar administração efetiva no atendimento das carências das demandas. “Humanizar o SUS requer estratégias que são construídas entre os trabalhadores, usuários e gestores do serviço de saúde”. (PNH, 2013)

A participação popular é um processo para a Humanização do SUS. Incentivando a inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e processos de trabalho objetiva-se o alcance dos princípios do SUS, que definem o direito à saúde no Brasil.

3.5. O POVO DA FILA DA FARMÁCIA: ENTENDIMENTO DE JUSTIÇA E A AUTOGESTÃO DE ESPAÇOS PELOS USUÁRIOS

3.5.1 Justiça e direito

A fila da farmácia tem um formato de “U” com doze cadeiras disponíveis. Quem organiza a fila são as próprias pessoas que aguardam ser atendidas. A pessoa que chega pergunta quem é o último e a medida que vão sendo atendidas, o próximo pula para a cadeira da frente e assim acontece a dança das cadeiras.

Mesmo assim, tem aqueles que tentam furar fila. A pessoa chega e fica de pé próximo à porta da farmácia. Quando a unidade está muito cheia, essa pessoa fica disfarçada em meio a multidão, e de repente entra na farmácia. Muitos fura-fila quando são questionados pelo povo da fila justificam: “vou só perguntar uma coisa rapidinho”, e se comenta: “se você esperasse a sua vez não ficava interrompendo o atendimento e andava mais rápido pra gente que espera a nossa vez”.

Outras cenas de fura-filas geraram indignação no “povo da fila”. Uma pessoa entra direto para a farmácia e justifica que estava no banheiro, mas de fato não estava na fila antes; gente que diz que está com pressa; gente que afirma ser importante “eu estou de plantão, vou precisar falar com a farmacêutica”. E o povo da fila comenta: “Não é justo isso”.

(Baseado no diário de campo do 2º dia)

O povo da fila são pessoas diferentes a cada dia. A maior parte das pessoas não está diariamente na Clínica ou na farmácia. Por isso digo “povo da fila” pois me pareceu o lugar onde pessoas diferentes reproduzem diariamente o entendimento de justiça e realizam o mesmo movimento de autogestão da fila, sem precisar estar normatizado a forma que se deve ocorrer aquele funcionamento. A fila da farmácia é um espaço de autogestão pelos usuários do serviço, e aqui pôde-se entrar em contato com repertórios interpretativos que reivindicam justiça.

No Brasil, o conceito de direito e justiça se confundem. A justiça é um sistema aberto de valores em constante mutação, já o direito é um conjunto de regras destinado a realizá-la (FILHO, 2002).

O Direito, em quinhentos anos desta nossa história, serviu muito mais para a injustiça e para a compressão de gentes escravas em um território novo, mas nos deu também o impulso e o apelo para a formação de nossa consciência do justo. (MASCARO, 2000 pg. 414)

Na fala observada na fila da farmácia “não é justo”, o sentido de justiça parece reconhecer igualdades nos que se apresentam à fila, entre estes o critério para ser atendido se

torna a ordem de espera. Então, pessoas que se entendem não iguais àqueles que esperam, se sentem no direito de furar a fila com argumentos que às vezes revelam sentido de superioridade como na fala “estou de plantão, vou precisar falar com a farmacêutica”.

O povo da fila respeita também as prioridades, sem precisar pedir. Chega uma velhinha de bengalas e logo alguém levanta e cede o lugar da frente. Chegou uma senhora com curativo no pé e também levantaram para que ela sentasse. Uma gestante, a mesma coisa. Uma mãe com um bebe. O povo da fila não reconheceu como prioridade uma pessoa obesa.

O povo da fila também não reconheceu um morador de rua como prioridade. A presença dele foi notada, observei as pessoas incomodadas dizendo a palavra “mendigo”. Ele aguardou sua vez na fila, parecendo não se importar com a postura inadequada das pessoas comentando sobre ele.

Uma profissional de saúde passou ali depois de quase vinte minutos em que ele já esperava na fila, o cumprimentou alegremente chamando pelo nome, perguntou como estava a ferida no pé, ele disse que estava melhorando, mas que o doutor passou antibióticos novamente. A profissional pediu a receita, foi lá dentro na farmácia e trouxe os remédios para ele, que se foi da fila da farmácia sem mais ter que esperar. (Baseado no diário de campo do 2º dia)

O sentido de justiça na fila da farmácia considera também algumas diferenças entre as pessoas que chegam. Idosos, gestantes, mulheres com bebê de colo pareciam ser um senso comum. Uma idosa com um curativo no pé também foi reconhecida como prioridade, já um morador de rua com um curativo no pé não. Mas a profissional de saúde que chega reconhece a vulnerabilidade naquela situação e resolve a “injustiça” que não foi reivindicada por ninguém.

O princípio da equidade parte do reconhecimento das desigualdades existentes, para que seja ofertado de forma desigual os serviços àqueles que não são iguais. E para que seja oferecido igualmente os serviços aos iguais.

A justiça pela equidade é tema dos estudos de Abreu (2006) que debate as idéias do filósofo político Rawls sobre a Teoria da Justiça a partir da perspectiva brasileira. A justiça não é sobre equivaler todos a iguais, é reconhecer que no universo não haveriam dois iguais e que estes precisam ser tratados com desigualdade, porque “tratar com desigualdade a iguais, ou a desiguais com igualdade, seria desigualdade flagrante, e não igualdade real” (ABREU, 2006 *apud* BARBOSA, 2006).

Reconhecer as diferenças partiria de uma capacidade do indivíduo de reconhecer em si mesmo os valores autênticos individuais, e não as semelhanças forçadas para o pertencimento a um grupo - que foi o caminho possível para cooperação social que fundou esta nação. Isso exigiria uma autenticidade, uma coerência do indivíduo para consigo mesmo, em outras palavras “ser verdadeiro para comigo mesmo e para com minha própria maneira de ser” (ABREU, 2006 *apud* TAYLOR, 1998, p. 48). Desta forma, poderíamos reconhecer valores

comuns a todos, que compartilhamos igualmente, valores que fundam aquilo que fazemos juntos, e a partir daí aceitarmos as diferenças que nos fizeram chegar até aqui. (ABREU, 2006)

Se pensarmos que quinhentos anos de Brasil são também quinhentos anos de injustiça, e quinhentos anos de invenção de Justiça de um povo, veremos o quanto ainda nos falta vasculhar, no interior de nós mesmos e de nosso povo, a fim de descobrirmos a vastidão e a amplitude do fenômeno jurídico em nossa experiência e em nossa formação, ao mesmo tempo em que nos falta criar instrumentais jurídicos que podem nos formar. (MASCARO, 2000 pg 405)

3.5.2 A Luta pelo direito

A indignação individual se torna coletiva quando as pessoas sentadas lado a lado percebem que o resmungado é sincrônico, ou seja, que a pessoa do lado também não gostou da quantidade de fura-filas, também se sentiu injustiçada. Decidiram ir lá dentro reclamar com a farmacêutica de que estavam furando fila. A resposta ouvida foi: “Vocês precisam se organizar, não consigo fazer meu trabalho se tiver que vigiar a ordem de vocês na fila”. (Baseado no diário de campo do 2º dia)

As pessoas se organizam para ir lá dentro falar com a farmacêutica quando se sentem injustiçadas e percebem o mesmo sentimento formado pela coletividade. Buscam alguém que interceda pela justiça, algum moderador que possa resolver de fora. A resposta é de que: “vocês precisam se organizar”, não haverá um redentor para impor a ordem.

Não basta para que o direito e a justiça floresçam em um país, que o juiz esteja disposto sempre a cingir sua toga, e que a polícia esteja disposta a fazer funcionar os seus agentes; é mister ainda que cada um contribua por sua parte para essa grande obra, porque todo o homem tem o dever de esmagar, quando chega a ocasião, essa hidra que se chama a arbitrariedade e a ilegalidade. (IHERING, 2019 pg. 67)

3.6. A SALA DE ESPERA

Em frente aos consultórios, algumas longarinas marcam um espaço de espera pelas consultas. Neste lugar pude sentar ao lado das pessoas que aguardavam para serem chamadas pelo profissional médico ou enfermeiro que iria atender. Algumas situações se tornaram pontos para reflexão.

3.6.1 Planos de Saúde Populares: esperar ou consumir?

Antes de começar o turno de atendimento, o médico fazia a renovação de receitas de quem usava medicações contínuas. As pessoas que precisassem faziam uma pequena fila sentados próximo à porta.

Pedi para sentar ao lado de uma senhora que esperava. Ela disse que tudo bem, pois estava todo mundo de máscara e vacinado. Mais duas senhoras chegaram, perguntando se era ali a renovação de receitas. Começaram a conversar:

Senhora A: “- Estou esperando pra ir no Cardiologista há mais de 6 meses pelo SISREG. Já estou cansada de ficar tomando tanto remédio...”

Senhora B: “Olha, eu fiz um plano de saúde desses populares na Clínica aqui do outro lado da rua. Fui no Cardiologista, fiz Eletro e Eco num pacote por duzentos e cinquenta reais.”

Senhora C: “É verdade, meu marido estava passando mal e foram eles que descobriram que ele estava era infartando.”

Senhora B: “É se depender do SUS a gente morre”

O médico chamou a senhora A. Perguntei a Senhora C. como foi isso de descobrirem o infarto. Ela continuou contando que o marido passou mal, o filho levou ele para esta Clínica Popular, descobriram o infarto e ele ficou internado na UPA por duas semanas até fazer o cateterismo no Hospital Municipal.

A senhora B. comentou: “É, eles já avisam antes que o plano não cobre emergência” (Baseado no diário de campo do 10º dia)

A transição demográfica acelerada com o envelhecimento da população e uma situação epidemiológica de tripla carga de doenças no Brasil, coloca em foco as Doenças Crônicas não transmissíveis (DCNT) que trazem necessidade de reorganização da RAS e da forma de atuação da ESF (MENDES, 2018).

As pessoas com DCNT precisam de tratamento prolongado, muitas vezes com o uso de medicações que precisarão de uso contínuo. É muito comum no cotidiano da ESF observar pessoas demandando renovação de receitas, e é pouco comum, diria até raro, pessoas procurando retorno conscientes da necessidade de cuidados prolongados. Isso pode estar relacionado às regras da farmácia que para dispensação mensal das medicações pelo SUS exige receitas com validade de no máximo 180 dias, ou na Farmácia Popular 120 dias; ou ainda ao não entendimento do cuidado necessário às condições crônicas, que exigem encontros longitudinais para mudança de estilo de vida, e o alcance de metas de médio e longo prazo no tratamento; ou pode estar relacionado às dificuldades de se conseguir uma consulta de retorno diante da alta demanda de situações agudas que parecem comandar as ofertas de consulta na ESF.

Manejar a demanda por renovação destas receitas, ao mesmo tempo em que se necessita reavaliar ao menos semestralmente estas pessoas, parece um desafio devido à alta prevalência das DCNT na população e à sobrecarga das agendas de consulta, mas existem outras ofertas

como os grupos em saúde associado a gestão da clínica que tem sido estudadas e praticadas em busca da ampliação do acesso e efetividade do cuidado (MENDES, 2012) (COSTA, 2020).

Uma fila para renovação de receitas de uso crônico foi a solução encontrada localmente para este problema. Neste contexto, ouvimos a conversa de três senhoras. A fala que inicia o diálogo entre elas “ *Estou esperando pra ir no Cardiologista há mais de 6 meses pelo SISREG. Já estou cansada de ficar tomando tanto remédio...* ” revela uma expectativa de cura ao esperar que a ida ao Cardiologista fizesse com que ela não precisasse tomar tantos medicamentos. Não compreendendo sua experiência do adoecimento como crônica, parece buscar uma solução definitiva para o que considera como problema.

A senhora B continua o diálogo comentando sobre um plano de saúde popular em que se pode consultar com o cardiologista, e ainda realizar outros dois exames contratados em um pacote promocional. A ideia que me pareceu ser transmitida é de concordância com a “solução mágica” de se consultar com um especialista para resolução dos problemas e ainda realizar exames que no imaginário desta conversa parecem verificar e garantir o bom funcionamento do coração. A saúde aqui parece não corresponder a um estado de bem estar físico-psíquico-social, ou a um fenômeno complexo, multifatorial e portanto sem uma solução única, mas a algo reificado, coisificado, um produto a ser consumido, algo que pode então ser adquirido pela compra, e não pelo modo de vida.

Comprando saúde em forma de pacote promocional, a pessoa torna-se então consumidora de saúde. Este diálogo parece revelar um sentido do direito à saúde na visão de um cliente, como uma mera e precária prestação de assistência social pelo Estado, que não contempla as ambições do consumidor em saúde. Este tipo de argumento publicitário tem sido usado nas propagandas dos planos populares de saúde e, talvez, componham o repertório interpretativo das pessoas ao acessarem serviços do SUS. Na internet mesmo, é possível encontrar sites que usam dessa retórica da precarização do serviço público para atrair clientes como se pode observar nas chamadas: “5 motivos para não depender do SUS e buscar alternativas!” e “(Empresa A) propõe saúde para todos e oferece consultas e exames com descontos”, ou “Saúde pública no Brasil: 6 bons motivos para você não depender do SUS”, ou “Por que NÃO depender do SUS?”, ou ainda “5 PROBLEMAS DO SUS E ALTERNATIVAS AO PACIENTE”, todos vinculados ao mercado privado da saúde²⁰

²⁰ Disponível nos links: <https://blog.vidaclass.com.br/> <https://blog.partmedsaude.com.br/saude-publica-no-brasil-6-bons-motivos-para-voce-nao-depender-do-sus/> <https://www.newplanecom.com/post/por-que-n%C3%A3o-depender-do-sus> <https://telemedicinamorsch.com.br/blog/problemas-do-sus> (acessado em 27/06/2022 18:00)

Que ninguém se engane: na saúde, a inovação tecnológica visa lucros, e não, humanidades. Por isso, é importante discutir saúde como direito, e não como artigo de consumo. Quando se pensa na saúde como direito, as expectativas e as humanidades são outras; quando se pensa em consumo, o que está em jogo é a renda, e sendo a renda o principal elemento, a segmentação social se aprofunda nos cuidados da saúde. Quem tem renda compra saúde; quem não tem deverá se contentar com saúde como assistência social. E saúde não pode ter essa implicação por ser uma das condições do exercício das liberdades. (BAUDRILLARD, 2014 apud STURZA; BARRIQUELLO, 2018, p. 10)

Sturza e Barriquello (2018) fizeram um estudo com reflexões sobre a interferência da atual sociedade de consumo, sob o olhar de Jean Baudrillard, na efetivação da saúde pública. Modos de vida baseados no consumo geram um ciclo de necessidade de maior produção, que demanda mais trabalho para geração de mais renda, e conseqüentemente mais afetação da saúde dos indivíduos, além de mais desperdício, mais consumo dos bens naturais, mais desgaste ao meio ambiente e uma afetação da Saúde Planetária. Uma sociedade que privilegia os possuidores de renda é antidemocrática. O estudo constatou que no setor saúde quando os bens e serviços que deveriam ser direitos da população como um todo, são destinados apenas à pequena parcela de pessoas que possuem maior renda e possibilidades de acessar esses produtos e serviços o consumo configura um problema gravíssimo para a saúde pública.

Isso porque, se a saúde é tratada como mercadoria, visa apenas lucro, e não garantia de acesso para consolidação dos direitos inerentes ao status de ser humano, ou ainda, de ser cidadão. Portanto, o indivíduo não deve ser tratado como mero consumidor de saúde, mas sim ter direitos garantidos para sua inclusão na sociedade e garantia do seu bem-estar conforme preceito máximo da Organização Mundial de Saúde (STURZA; BARRIQUELLO, 2018 pg. 13).

A terceira senhora continua o diálogo corroborando com a indicação do plano popular recomendado pela Senhora B. A senhora C conta o caso de seu marido que foi diagnosticado com uma condição aguda, um infarto do miocárdio, durante um atendimento particular, mas continuou seu cuidado pelo SUS, na UPA e no Hospital Municipal. Isso não parece ser uma contradição para elas. A fala “*Se depender do SUS a gente morre*” não parece identificar que foi o SUS que realizou o tratamento do infarto que apenas foi diagnosticado na clínica popular. O plano popular deixa claro que não atende emergência, não faz parte do serviço comprado pelo cliente, então não pode ser consumido, e isto não parece ter sido manifestado com um sentimento de reivindicar justiça ou direitos pelas senhoras que conversavam. Os cidadãos parecem compreender melhor o direito do consumidor do que o direito à saúde.

3.6.2 Feliz Natal! Presentes, lembrança ou retribuição?

Nas semanas antes do Natal, a sala de espera passou também a ser frequentada por pessoas aguardando para dar presentes para os médicos e médicas e enfermeiros e enfermeiras.

Da sala de espera, o que se via era uma pessoa que batia na porta do consultório e pedia: "Posso falar com o senhor rapidinho?" O médico pedia para a pessoa sentar e aguardar lá fora, talvez por não perceber que se tratava de receber um presente pois estava ocupado atendendo outra pessoa.

Quem trouxe o presente então, se sentava segurando um embrulho com laços coloridos, ou uma vasilha de plástico com algum quitute, ou uma discreta sacola plástica.

Sentada ao lado de uma senhora carregando um presente conversamos:

"Que embrulho bonito"

"Obrigada, eu espero que o doutor goste. É o mínimo que eu posso fazer pra retribuir tudo o que ele fez por mim este ano."

Pessoas carregando presentes também foram vistas no acolhimento e corredores da unidade. Na sala de espera porém, pude ouvir o que elas diziam quando entregavam o embrulho:

"Trouxe esse presentinho pra agradecer tudo o que o senhor faz por mim e pela minha família"

"É só uma lembrancinha"

"Pro senhor celebrar o Natal com sua família. Não vai esquecer do caso do meu filho, hein?"

"Feliz Natal doutor! ... Pode renovar minhas receitas de uma vez?"

Perguntei a alguns profissionais que receberam presente:

"Como é pra você receber presentes pelo seu trabalho?"

"Eu fico um pouco constrangido algumas vezes. As pessoas não entendem que eu estou fazendo minha obrigação e que o que faço é um direito delas. Alguns querem retribuir como se tivesse sido um favor. Outras querem é deixar um lembrete como se a gente fosse esquecer delas. Mas tem muitos que querem só retribuir."

(Baseado no diário de campo do 14º dia)

Em um primeiro contato com esta observação, me questionei se estava diante de cenas que contrariavam o direito à saúde daquelas pessoas, entendendo a saúde como dever do Estado conforme o art. 196 da constituição federal, que então garantia o funcionamento daquele serviço prestado. Me questionei se aquelas pessoas estavam em busca de “pagar” de alguma forma os serviços oferecidos a elas ali. Isso fez com que uma pergunta nova entrasse em cena comigo no campo.

“Como as pessoas sabem que não precisam pagar pelo atendimento na Clínica da Família?”

Voltei ao acolhimento e me pus a observar se alguém se propunha a pagar ao sair da unidade. Não vi ninguém perdido procurando um caixa ou a ‘tesouraria’.

Perguntei então para uma senhora que estava ali parada para ir embora.

“Oi, estou fazendo uma pesquisa sobre direito à saúde. Estou querendo entender como as pessoas sabem que não tem que pagar pelo serviço aqui.”

A resposta da senhora: “Que pergunta engraçada meu bem. Todo mundo sabe que aqui é um serviço público”

Não fiquei satisfeita com a resposta, achei que pudesse estar fazendo a pergunta da forma errada, não dando a intencionalidade que eu buscava.

Algumas semanas depois, na sala dos Agentes Comunitários, logo depois do almoço, estávamos conversando e eles querendo saber como andava a pesquisa, o que eu tinha “descoberto” sobre o direito à saúde. Conteí algumas coisas, e falei sobre esta pergunta que ainda estava na minha cabeça: “Como as pessoas sabem que não precisam pagar pelo atendimento na Clínica da Família?”

Uma ACS respondeu em tom de brincadeira: “Você nunca ouviu ninguém gritando ‘É meu direito, eu pago meus impostos’?”

Todos riram.

Uma outra ACS falou em tom sério: “Minha filha, direito não é sobre isso não.”

(Baseado no diário de campo do 15º dia)

A palavra “retribuir” mencionada tanto por uma senhora que esperava para dar o presente ao médico, e também pelo profissional que me disse saber que algumas pessoas queriam apenas retribuir, sinalizava a uma outra forma de compreender esta relação simbólica de presentear. Não se tratava do pagamento de um serviço, nem de um lembrete em forma de lembrancinha.

Racionalizar o presentear, atribuindo um valor quantificável para o esta ação social, foi me basear em uma visão utilitarista. Caillé (2001) apresenta a racionalidade utilitarista como decorrência da aplicação do princípio da razão nas Ciências Sociais. Em busca de definições, diferencia o utilitarismo prático, teórico e normativo. A teoria parte da hipótese de que todos os seres humanos são efetivamente sujeitos egoístas, independentes e calculistas. O utilitarismo normativo, ou filosófico defenderia o ideal de justiça e satisfação em ações que contribuíssem para a maximização da felicidade de todos ou da maioria. Na definição de utilitarismo prático, o autor designa o sentido comum que estigmatiza os calculadores interessados.(CAILLÉ, 2001)

Contrariando a teoria utilitarista, é possível compreender a ação social baseada na constituição de vínculos a partir da teoria da dádiva.

A teoria da dádiva, oriunda da sociologia, busca demonstrar que toda ação humana e social está baseada nos três movimentos: dar-receber e retribuir (CAILLÉ, 2001). Ou seja, quando um indivíduo recebe algo, há nele uma necessidade, obrigatória, de receber e retribuir o gesto. Este “algo” não tem valor material, mas simbólico. (DE LACERDA, 2013 pg. 9)

Na década de 1920, o sociólogo Marcel Mauss, analisou diversas etnografias em busca de observar como se davam as trocas em algumas sociedades primitivas ou arcaicas, desprovidas das leis econômicas do mercado, em que as transações e contratos feitos não envolviam dinheiro ou monetização, mas se submetiam a outro registro social. As trocas nestas sociedades não se baseavam no produto, mas na perpetuação de virtudes e dons recebidos, eram feitas por tribos e clãs e não individualmente, o que sinalizava o interesse coletivo destas

movimentações. Assim, Mauss identificou um sistema baseado na obrigação de dar-receber-retribuir, uma rede de trocas simbólicas alimentadas por este sistema da dádiva, tecida pelos laços e vínculos sociais estabelecidos por este movimento. (PINHEIRO; MARTINS, 2011)

O nome dádiva parece estar relacionado no imaginário popular a algo divino ou religioso. Sobre isto, Lacerda e Martins (2013) escrevem:

Ao contrário do que o termo possa sugerir, a dádiva não é caridade e nem está vinculada à dimensão religiosa. (...) A dádiva ou dom é um modo de ação social, de natureza simbólica, e tem um “caráter voluntário, por assim dizer, aparentemente livre e gratuito, e no entanto obrigatório e interessado” (MAUSS, 1985, p. 147). O interesse presente na dádiva não é o interesse do utilitarismo, o qual preconiza que os indivíduos são por essência racionais e egoístas e se movem na vida para satisfazer seus próprios interesses e felicidade, ou agem por meio de um altruísmo obrigatório em prol da felicidade dos outros (CAILLÉ, 2002). Na dádiva, o interesse é mais do ser do que do ter, e seu sentido amplia ao entendermos a obrigação e o interesse juntos à espontaneidade, à reciprocidade, à liberdade dos atores sociais e ao prazer do dom (CAILLÉ, 1998). (LACERDA; MARTINS, 2013 pg. 195)

Compreender então aqueles presentes oferecidos como símbolo de retribuição na véspera de Natal na sala de espera da Clínica da Família, motiva a compreensão de sentidos do direito à saúde a partir da Teoria da Dádiva.

Pinheiro e Asensi (2012) fizeram um estudo em busca de desenvolver um aporte teórico-metodológico pensando a saúde como um direito vivo, previsto normativamente mas que recebe sentido a partir do desenvolvimento de práticas sociais endogenamente constituídas, que são discutidas no texto a partir do conceito de dádiva e integralidade. A integralidade, princípio doutrinário e organizativo do SUS é apresentada sobre a visão de Ayres (2001) como prática de cuidado que demanda uma definição de sujeito defendida pelo pensamento sanitário, baseada no caráter relacional, pragmático e reconstrutivo das identidades subjetivas, e não o caráter individualista, mais conceitual do que baseado em vivências reais e objetificado prevalente nas práticas do setor (AYRES, 2001).

Deslocar as práticas da saúde sobre o paradigma racional hegemônico, utilitarista, para o paradigma em que o cuidado possa ser baseado na construção de vínculos e laços sociais seria buscar a Integralidade, definidora de uma forma de direito à saúde. (PINHEIRO; MARTINS, 2011)

Nessa perspectiva, é possível entender como algumas formas de gestão social no campo da saúde se voltam mais para o paradigma do mercado e outras para o paradigma da dádiva, o que, por sua vez, traz implicações diretas no exercício da cidadania e no processo democrático de construção das políticas públicas. (PINHEIRO; MARTINS, 2011 pg. 98)

A fala da ACS “...direito não é sobre isso...” talvez se refira ao mencionado por estes estudos. Não é sobre frequentar um lugar público e por isso não precisar pagar, não é sobre pagar impostos e por isso possuir direitos, não é uma relação racionalizada, monetizada ou utilitarista. Ter direitos é sobre ter cidadania, participar de uma sociedade democrática em que todos são sujeitos. Ter direito à saúde baseado no cuidado, pressupõe relações entre sujeitos que fazem trocas baseadas na reciprocidade, e não baseadas no mercado, na produtividade ou no consumo, e que por isso entendem a saúde como direito e não como produto.

3.7. O COVID, A TERCEIRA ONDA E O PACIENTE INVISÍVEL

Na segunda semana do ano de 2022 retornei ao campo. Encontrei um cenário completamente diferente daquele que vi na última semana de dezembro. O local adaptado para os atendimentos do COVID estava lotado, mais de 600 pessoas por dia estavam sendo atendidas ali.

A variante Omicron refletiu em uma nova onda de contaminação do vírus Sars-COV-2. No Brasil houve um aumento de 266% de casos novos registrados na primeira semana epidemiológica do ano 2022 (SE1) em comparação com a última semana de 2021 (SE 52), a média móvel de casos registrados na SE 1 (2 a 8/1/2022) foi de 29.717, enquanto que na SE 52 (26/12/2021 a 1/1/2022) foi de 8.126 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022). No Rio de Janeiro, na SE1 foram registrados 31.128 casos novos, correspondendo a um aumento de cerca de 225% em relação a SE 52 (CENTRO DE OPERAÇÕES DE EMERGÊNCIA, 2022).

Logo no início da manhã já haviam mais de 50 pessoas esperando para testar. Mais de dez trabalhadores foram desviados de suas funções cotidianas para atender este contingente de pessoas que não parava de chegar. Para isso, precisaram fechar alguns setores da unidade e diminuir os atendimentos clínicos no acolhimento das demandas não síndrome gripal. A prioridade era atender pessoas com sintomas respiratórios e não parar a campanha de vacinação que estava a todo vapor com uma média de vacinação de 200 pessoas por dia.

O porteiro, que estava organizando a fila, comentou comigo: “a ordem é não deixar a fila chegar lá fora. Isso aqui não é um posto de saúde, né?”

Mas não teve jeito, não cabiam todas as pessoas dentro da unidade.

Um homem chegou perto de nós dois e disse: “Olha eu sou assessor de (citou o nome de uma pessoa da política), preciso pegar meu crachá pra fazer este teste logo?” Ele deixou nas entrelinhas que queria passar na frente de todas aquelas pessoas que esperavam na fila.

O porteiro foi chamar uma enfermeira. Ela disse para o homem esperar sua vez na fila. O homem continuou “mas isso é um absurdo eu ainda tenho que trabalhar, eu trabalho no gabinete de (e repetiu o nome da pessoa atuante na política)”

Ela disse: “O senhor devia ficar em casa se está com sintomas respiratórios”

Ele ameaçou ligar para a pessoa importante com quem trabalhava.

A enfermeira respondeu: “Por favor, liga sim, conta pra ela o caos que estamos vivendo aqui.”

(Baseado nas anotações do diário de campo do 16º dia)

Quando o homem que estava na fila se aproxima de mim e do porteiro e informa ser assessor de um político, desejando ser priorizado, ele traz o entendimento de que o direito não é aplicado a todos igualmente, que quem tem contatos, amigos, influência, tem mais acesso que as outras pessoas.

Mas é na fala da enfermeira, que confronta este ideário do privilégio, que encontramos o enfrentamento necessário às estruturas de poder que se reproduzem até as relações cotidianas. É preciso convocar a política para assumir o dever à saúde que o Estado deve cumprir.

No Rio de Janeiro, a APS foi importante ponto de apoio da RAS para o manejo das pessoas com Síndrome Gripal. Para isso, os serviços reorganizaram o processo de trabalho conforme orientações da Secretaria de Saúde, formando Equipes de Resposta Rápida (ERR) para identificação dos casos desde a recepção até a testagem e atendimento clínico, e deviam estar preparados para o manejo da forma leve à grave da doença (o que intensificou a possibilidade do atendimento de emergências nas Clínicas da Família). O número de profissionais compondo as ERR devia ser proporcional à demanda por estes atendimentos, o que desviou das funções da APS os ACS, técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos, dentistas e os profissionais da equipe NASF. (SUBPAV, 2020a, b)

É preciso mencionar que o primeiro ano de pandemia foi manejado pela gestão municipal (2017-2020), que arrastou os trabalhadores e a saúde por greves e um desmonte da atenção primária. Quando foi decretada a transmissão comunitária do vírus Sars-cov-2, havia um déficit de profissionais e equipes de saúde da família. (FERNANDES; ORTEGA, 2020)

Em um primeiro momento da pandemia houve a orientação para manutenção dos atendimentos de gestantes em cuidado pré-natal, pessoas vivendo com HIV / AIDS, Tuberculose, Neoplasias e outras condições crônicas com alto risco clínico; os atendimentos às pessoas com condições de menor risco, foram suspensos em vistas de evitar a circulação de pessoas e possível contaminação. Com a diminuição do número de casos de COVID-19, os atendimentos puderam ser retomados, mas ainda havia a ERR com profissionais que mantinham-se desviados de suas funções na APS; e com a campanha de vacinação, importantíssima estratégia do combate à pandemia, os profissionais da enfermagem foram absorvidos para estes postos de trabalho, muitas vezes sendo desviados das unidades de saúde

para polos de vacinação. Com a chegada da Omicron, houve nova desorganização no processo de trabalho que estava sendo retomado para os cuidados das condições sensíveis à APS²¹.

Condições Sensíveis à Atenção Primária é um termo usado para os agravos de saúde preveníveis de internação hospitalar por uma efetiva ação da atenção primária (PEREIRA; SILVA; LIMA NETO, 2014). Estes indicadores podem mensurar a restrição de acesso a cuidados em consequência à pandemia COVID-19, um problema que virá como uma “terceira onda”.

Mendes (2020) em seu estudo intitulado “O lado oculto de uma pandemia: a terceira onda da COVID-19 ou o paciente invisível” debate a idéia das ondas de incidência da pandemia que, ao contrário do que se possa pensar sobre corresponderem a uma sazonalidade, demonstrariam a resposta da sociedade no manejo da transmissão da doença. A primeira onda, marca o início da pandemia, e sua expansão autossustentada pela transmissão comunitária; o formato desta onda responde às medidas de mitigação ou supressão da transmissão, e sua queda marca o início de intervenções de retomada das atividades sociais e econômicas. As segundas ondas poderiam corresponder a um aumento dos casos, correspondendo a novos picos de incidência, que se dão antes que a doença esteja estabilizada por meio de medicamentos e/ou vacinas, ou até que se torne uma doença endêmica. A terceira onda corresponderia a um pico de reincidência da doença e às consequências da desestruturação dos processos de cuidado das pessoas com condições de saúde (pessoas portadoras de condições crônicas não agudizadas, condições crônicas agudizadas e condições agudas não COVID-19) durante o período da pandemia.

A paralisia dos atendimentos das condições crônicas não é somente uma consequência lateral da COVID-19, manifesta-se de forma desastrosa, envolve o agravamento das condições crônicas e gera mortes evitáveis. Além de ter um alto impacto econômico-financeiro nos sistemas de atenção à saúde. Com a desassistência provocada pelas restrições de acesso ou pelo medo das pessoas em buscarem os serviços de saúde as condições crônicas tendem a se instabilizarem e a aumentar sua gravidade e a causarem mortes. (MENDES, 2020 pg. 14)

Os impactos da gestão da pandemia, então, vão para além da incidência da doença, e se arrastarão por anos, em consequência da sinergia que a alta carga de doenças crônicas, outras

²¹ É preciso registrar que houve reforço na estratégia de atendimento e testagem das pessoas com Síndrome Gripal em resposta ao aumento da incidência de COVID com ações promovidas pela Secretaria de Saúde do município, já sob o comando da nova gestão (2021-2025). Foram abertos polos de testagem pela cidade, na segunda semana de janeiro/22, assim como foram contratados novos profissionais para reforçar a equipe de trabalhadores das unidades básicas de saúde (RIO, 2022; RIOSAÚDE, 2022). Ainda assim a Omicron impactou por semanas o funcionamento do serviço observado nesta Clínica da Família, que retomou o processo de trabalho com redução dos profissionais na ERR apenas na segunda semana de fevereiro/2022.

doenças transmissíveis e condições agudas somado ao agravamento das condições sociais pela crise econômica trarão aos sistemas de saúde.

Considerar a determinação social da saúde na COVID-19 é observar os efeitos desiguais do vírus em uma sociedade extremamente desigual. Um inquérito realizado no município de São Paulo que indicou que um morador da região mais pobre dessa cidade teve quase quatro vezes mais chance de ter a COVID-19 que o da mais rica (MENDES, 2020 *apud* MENGUE, 2020). Mas para além da incidência da doença, a piora da desigualdade ter importantes impactos na saúde das pessoas.

Embora se possa pensar que o vírus em si mesmo não escolhe os hospedeiros com base na classe, raça, sexo e gênero, a atuação “moderna” e neoliberal do Estado, da sociedade e do direito escolhe aqueles que sofrerão as piores consequências da ausência de políticas públicas amplas para a proteção da saúde. (SILVA, Diogo Bacha e; BAHIA, 2021)

O relatório da OXFAM de 2021 demonstra como o impacto da desigualdade está incidindo fortemente em mulheres e grupos racializados:

Em todo o mundo, 740 milhões de mulheres trabalham na economia informal e, durante o primeiro mês da pandemia, sua renda caiu 60%, o que equivale a uma perda de mais de US\$396 bilhões. A pandemia também está empurrando as mulheres de maneira desproporcional para o desemprego, especialmente porque os confinamentos e o distanciamento social afetaram forças de trabalho altamente feminizadas em setores de serviços, como o turismo. (BERKHOUT *et al.*, 2021 pg. 28)

Reencontramos aqui então, a vendedora de bananas, que não está do lado de dentro do completo bem estar físico-psíquico-social, e que é colocada do lado de fora por um sistema excludente regido por normativas que privilegiam alguns em detrimento de outros.

4. DISCUSSÃO

Os sentidos do direito à saúde encontrados em campo foram observados na linguagem produzida por um processo histórico cultural, que é socialmente compartilhado.

O sentido é uma construção social, um empreendimento coletivo, mais precisamente interativo, por meio do qual as pessoas – na dinâmica das relações sociais historicamente datadas e culturalmente localizadas constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com as situações e fenômenos a sua volta. (SPINK, 2013 pg. 22)

A observação do cenário e das estruturas apresentadas em “O lado de fora: estruturas do Estado, território e a vendedora de bananas” e “Clínicas da Família, estruturas impermanentes” revelam alguns componentes do **repertório interpretativo** que fundamentam as práticas discursivas sobre o direito à saúde no cotidiano da ESF. A tarefa arqueológica de compreender a historicidade e a consciência compartilhada sobre o tema de estudo, proposta por Spink (1994; 2010; 2013) foi contada pela observação da vizinhança da Clínica da Família. Cada estrutura trouxe uma faceta do contexto interpretativo socialmente compartilhado sobre o direito à saúde: os prédios de outros serviços de saúde apresentam antigas formas da relação de prestação de serviço em saúde pelo Estado; os prédios de outros serviços do Estado (a Nave do Conhecimento), contam a história da má gestão pública municipal recente; o cemitério municipal fala sobre a tragédia da pandemia COVID-19; a Clínica Popular vizinha — que preenche brechas, vazios, buracos de um direito ainda não atingido de forma plena, reificando a saúde na forma de produto, que assim se torna palpável, consumível - revela a disputa entre o mercado da saúde e o serviço público; as moradias dos arredores da unidade de saúde evidenciam a desigualdade social; a história de vida da vendedora de bananas conta sobre a determinação social do processo saúde-adoecimento; a estrutura de alumínio da Clínica da Família, corroída pelo tempo sem manutenção diz da impermanência do direito conquistado.

Para compreender as polissemias produzidas nas práticas discursivas, que não significam múltiplos significados, mas sim possibilidades de uma palavra significar múltiplas idéias, Spink (2013) demonstra a importância de se compreender *o tempo*, pois é ele não apenas a simples sequência de eventos, mas a percepção dos agregados contínuos de acontecimentos que se passam em velocidades diferentes. Isso parece ter importância para este trabalho, pois os sentidos do direito à saúde observados em campo estão entremeados pelos sentidos de saúde, justiça, direitos, e da existência da Estratégia Saúde da Família onde foi vivenciado o cotidiano. Então, analisar cuidadosamente os componentes do tempo longo, curto e vivido, que compõem

os repertórios interpretativos do cotidiano, parece adequado para compreender que idéias múltiplas são estas reveladas pelas polissemias. Os tempos marcam a história e os diálogos entre permanências e rupturas dos sentidos: "A História não é a busca de uma causalidade simples; A não produz B, ao contrário, muitos elementos e vozes vão se entrelaçando de formas diferentes. (SPINK, 2013 p. 107)

Seguiremos analisando *os tempos* conforme apresentados por Spink (2013):

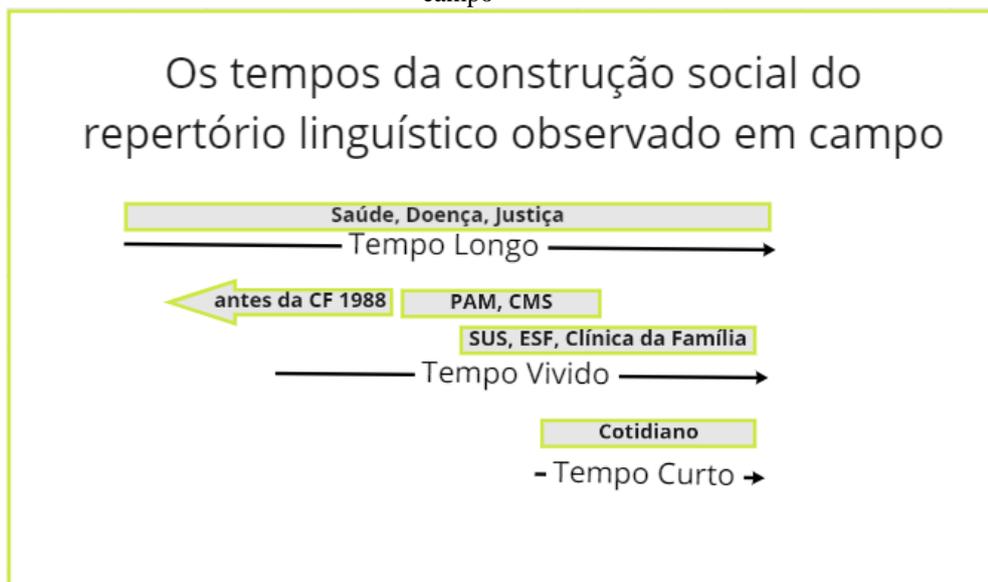
O *tempo longo*, refere-se aos acontecimentos históricos que se dissolveram enquanto fatos e se tornaram cultura. A construção social sobre saúde e sobre justiça está localizada neste tempo longo, em que se perdem na história diversos acontecimentos que constituem vozes que povoam os nossos enunciados.

O *tempo vivido* corresponde às linguagens sociais apreendidas pelos processos de socialização. O direito à saúde constitucional, faz parte da socialização de uma geração de brasileiros. O SUS, o acesso universal, compõem a linguagem social sobre o direito à saúde há pelo menos 30 anos. A Clínica da Família naquele território, faz parte do imaginário social local apenas desde 2016. Mas o tempo vivido ainda é marcado pelas vivências anteriores à existência do SUS. As filas, a demora e a ineficiência do serviço público compõem o contexto interpretativo de um tempo vivido mais antigo, em que apenas uma parte da sociedade tinha acesso a serviços não regulados conforme a equidade e a integralidade. O tempo vivido é o tempo da memória traduzida em afetos, a referência afetiva que baseia nossas narrativas pessoais e identitárias.

O *tempo curto*, é o tempo em que os interlocutores se comunicam face a face. Essa dialogia é marcada pela concorrência de múltiplos repertórios, e é aqui que nos deparamos com as polissemias. O tempo curto foi entendido neste trabalho como o cotidiano da ESF, onde ocorreram os encontros dialógicos observados.

A figura 1 é uma tentativa de sistematizar a observação dos tempos apresentada acima:

Figura 1- Os tempos da construção social do repertório interpretativo sobre o direito à saúde observado em campo



Fonte: Elaboração própria, 2022.

Interessante notar que os trabalhadores do SUS também vivenciam pessoalmente o SUS em seus cotidianos, e representam a força de trabalho na prestação do serviço público, compondo as experiências que dão sentidos ao direito à saúde nos encontros pessoa-pessoa nos cotidianos destes serviços. O *tempo vivido* que é a referência afetiva para a prática discursiva, tem algo compartilhado entre trabalhadores e as pessoas que frequentam os serviços de saúde, porém múltiplos percursos diferentes formam este trabalhador que se encontra com a pessoa usuária do SUS, nesta experiência de *tempo curto* observada.

Na narrativa apresentada em “Reunião Técnica e o Modus operandi” um trabalhador da Clínica da Família traz a fala: “*O usuário vem aqui exigindo as coisas e não sabe nem o que a clínica faz, aí a gente já parte do pressuposto que eles falam uma língua e a gente fala outra*”. Fica em evidência este conflito de repertórios.

Reflico — ainda sobre esta fala — que sou uma trabalhadora do SUS, e portanto falo a linguagem do *modus operandi*, e que me dedico a ouvir com uma escuta ativa, e observar a linguagem das pessoas que frequentam a Clínica da Família no meu cotidiano. Este trabalho trouxe o aprendizado de um esforço continuado em desfamiliarizar conceitos e as minhas pré-concepções, uma vez compreendida a ideia construcionista de que as pessoas constroem juntas o conhecimento. Ao descrever o objeto de estudo a partir da minha linguagem, porém, revelo meus posicionamentos, minhas escolhas ao direcionar meu olhar para a observação, e minhas idéias sobre o direito à saúde. O olhar de quem vê faz parte do objeto observado, já que pesquisador e objeto têm a mesma natureza (SPINK, 2013).

A pergunta desta pesquisa “Como se dá a produção de sentidos sobre o direito à saúde no cotidiano da ESF?” é respondida então, com a observação do *tempo curto*: a resposta é que a produção de sentidos se dá no encontro pessoa-pessoa no cotidiano. Para analisar os sentidos do direito à saúde produzidos, é preciso alcançar as polissemias, e para isso é necessário desfamiliarizar os conceitos prévios a respeito deste tema.

Enquanto eu observava o Acolhimento, trazia o monolito de conceitos estudados e vivenciados pelo meu trabalho na ESF previamente. Este monolito foi sendo quebrado à medida que encontro múltiplas idéias diferentes das minhas dando outros sentidos ao Acolhimento: Acolhimento nomeia a sala de recepção da unidade, uma sala com ambiência que diz mais de um gerencialismo na saúde através de números e placares, do que do conforto de chegar onde será possível ser escutado com atenção e ter soluções para os problemas trazidos. Acolhimento também é o nome de uma escala de trabalho, que exaure Agentes Comunitários de Saúde colocados na linha de frente de um combate entre o serviço (que não consegue atingir as expectativas das pessoas) e as pessoas (que têm expectativas); uma sala de combate tem um sentido diferente de uma sala de acolhimento; trabalhar em baias dá um sentido diferente a uma postura acolhedora, uma vez que desumaniza aquele que deveria acolher. A fila que se forma ali é um componente que mobiliza afetos de um tempo vivido sem universalidade, equidade e integralidade na saúde; acolhimento é uma ideia que se propõe a evitar filas. Ter fila no acolhimento, baias no acolhimento, combates no acolhimento, são ideias contraditórias.

Na tentativa de analisar os sentidos do direito à saúde produzidos neste lugar de contradições, que é onde se faz o Acolhimento, busquei sistematizar em um quadro algumas falas descritas nas narrativas apresentadas em “Acolhimento: teoria e prática” e “Os limites do acolhimento” em busca de polissemias. Diante da fala que a pessoa apresenta como solicitação ao Agente Comunitário de Saúde, busquei uma classificação desta demanda de acordo com as orientações no Caderno de Atenção Básica: Acolhimento da Demanda Espontânea (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013), em seguida observei a resolução do encontro, para então inferir alguns dos sentidos produzidos sobre o direito à saúde (Quadro 1).

Quadro 1- Analisando os sentidos do direito à saúde produzidos no Acolhimento

O que a pessoa demanda?	O que o serviço entende?	Qual a resolução deste encontro pessoa-pessoa?	Qual sentido do direito à saúde é produzido?
<i>“Vim entregar este potinho que o médico pediu”</i>	Demanda Prioritária: pessoa com Tuberculose	O ACS levanta sai do posto de acolhimento, garante que a medicação seja feita de forma observada.	“Direito de tratar uma doença” "Direito de ter cuidados em saúde"
<i>“Eu preciso de um médico” Ela tinha uma dor no ombro que começou depois que caiu em casa há 3 dias.</i>	Demanda aguda Cadastro vinculado ao território	Direciona a consulta e resolve a demanda apresentada naquele encontro no Acolhimento.	“Direito de aliviar a dor” “Direito de tratar uma doença” "Direito de ter cuidados em saúde"
<i>“Eu preciso fazer estes exames” disse uma mulher adulta mostrando papéis de uma clínica popular. M. perguntou a idade dela, 37 anos, e em seguida se já tinha colhido o preventivo ginecológico. Ela disse que não, então M. sugeriu marcar uma consulta para realizar o exame com a enfermeira e ela poderia conversar melhor sobre o check up.</i>	Demanda eletiva Mulher em idade fértil com necessidade de coleta de preventivo ginecológico Cadastro vinculado ao território	Programa consulta com a enfermagem, a pessoa parece desconfiada da solução mas aceita.	"Direito de ter cuidados em saúde"
<i>Um senhor que veio para a consulta de Diabetes e já estava marcado.</i>	Demanda Prioritária: pessoa com Diabetes Cadastro vinculado ao território	Confirma a presença e a pessoa se direciona a consulta.	“Direito de tratar uma doença” "Direito de ter cuidados em saúde"

<p><i>“Oi meu filho, eu me trato com o Cardiologista, e ele falou que eu estou com essa tal Diabetes. Pediu pra eu ir procurar um médico que trata disso, aí eu vim aqui pra resolver”</i></p> <p>...</p> <p><i>A senhora aceitou a resposta, agradeceu, e se lamentou de ter que ir à outra unidade, mais distante de sua casa do que esta.</i></p>	<p>Demanda Prioritária: pessoa com Diabetes Cadastro FORA DE ÁREA</p>	<p>Referencia a pessoa para sua unidade de saúde. A pessoa aceita, mas sai insatisfeita.</p>	<p>“Direito de tratar uma doença”</p> <p>"Direito de ter cuidados em saúde"</p> <p>“Direito a acessar o serviço"</p>
<p><i>“Estou com muita dor na minha barriga”</i></p>	<p>Demanda aguda Cadastro FORA DE ÁREA</p>	<p>Direciona para atendimento na sala de observação, onde o atendimento será priorizado.</p>	<p>“Direito de aliviar a dor”</p> <p>“Direito de tratar uma doença”</p> <p>"Direito de ter cuidados em saúde"</p> <p>“Direito a acessar o serviço"</p>
<p><i>Uma pessoa veio para renovar as receitas de Diabetes no meio da manhã, D. explica que a pessoa precisa vir no início dos turnos. A pessoa barganha: “mas eu não vou poder esperar e vou ficar sem insulina hoje e você sabe que isso faz o açúcar ficar muito alto...”</i></p>	<p>Demanda Programável (situação a ser individualizada: pessoa sem insulina)</p>	<p>O ACS levanta e vai solicitar apoio de um profissional da equipe técnica, deixando o posto de trabalho vazio.</p>	<p>"Direito de ter cuidados em saúde"</p> <p>“Direito de ser priorizada”</p>
<p><i>Uma adolescente é a próxima e vem para administração mensal do anticoncepcional injetável. A adolescente reclama baixinho “Que</i></p>	<p>Demanda Prioritária (Função burocrática do Acolhimento)</p>	<p>O ACS levanta para resolver outro problema e interrompe o atendimento, o que gera mais demora.</p>	<p>"Direito de ter cuidados em saúde"</p>

<i>(palavrão)... no SUS sempre demora...</i>			"Direito de acessar um serviço de saúde eficiente"
<p><i>Sai correndo atrás de uma mulher que acabara de entrar na sala de acolhimento com um bebe de colo e duas crianças pequenas e que parecia estar desistindo e indo embora.</i></p> <p>...</p> <p><i>Me conta rapidamente sobre a mulher que ele foi atrás: estava com as três crianças com vacinas atrasadas e por isso ele saiu correndo atrás dela. Ele conseguiu prioridade na sala de vacinas.</i></p>	<p>Pessoa Prioritária</p> <p>O serviço reconhece a vulnerabilidade, e prioriza mesmo que não haja demanda.</p>	<p>O ACS reconhece a pessoa e vai ativamente até ela para resolver uma necessidade em saúde não demandada mas existente.</p>	<p>"Direito de ter cuidados em saúde"</p> <p>"Direito de acessar um serviço de saúde eficiente"</p> <p>"Direito de ter outros direitos para que tenha saúde"</p>
<p><i>"Eu vim ver a fila do SISREG para saber quando vai ser a cirurgia do meu pai, eu aposto que não saiu"</i></p> <p>...</p> <p><i>"meu pai está ficando cego, é um absurdo ele já está esperando há meses pra fazer uma cirurgia de catarata!"</i></p> <p>...</p> <p><i>"Eu vou chamar a polícia pra vocês, isso é um absurdo! Meu pai está ficando cego, ele precisa e tem direito a fazer essa cirurgia pelo SUS! Se eu tivesse dinheiro eu pagava pra ele, mas a gente depende disso aqui!"</i></p>	<p>Demanda Programável - situação a ser Priorizada</p> <p>(Função burocrática do Acolhimento)</p>	<p>O ACS comunica que a consulta foi Cancelada. A pessoa grita. O ACS reconhece a necessidade da pessoa e acolhe o grito.</p>	<p>"Direito de tratar uma doença"</p> <p>"Direito de aliviar um sofrimento"</p> <p>"Direito de ter cuidados em saúde"</p> <p>"Direito de acessar um serviço de saúde eficiente"</p> <p>"Direito de ter outros direitos para que tenha saúde"</p>

<p><i>“Uma mulher chega com seus dois filhos pequenos, conta ao ACS D. que o menino mais novo está com uma lesão de pele há 3 meses que não melhora e que precisa passar pelo médico.</i></p> <p>...</p> <p><i>A mulher fica nervosa, diz que trabalha muito e só tem aquele dia para resolver as coisas, e que só vai sair dali quando for atendida por um médico.</i></p> <p>...</p> <p><i>“Você é um arrogante! Meu marido já tinha me falado! Toda vez que é com você é assim. Quando é com as meninas eu consigo. Você não tem competência pra fazer esse trabalho. Não mandou eu esperar?! Agora eu vou esperar! Agora eu não vou sair daqui enquanto você não for falar com o médico!”</i></p>	<p>Demanda aguda ? Fora do horário de atendimento</p>	<p>O ACS levanta e sai de seu posto de trabalho para tentar resolver a situação. A proposta que faz a pessoa não a satisfaz e se torna um gatilho para um grito que vira escândalo. A reivindicação da mulher se vira contra o ACS, ela o ofende. Uma enfermeira aparece e retira a mulher e as crianças para continuar acolhendo em outro ambiente. Eu acolho o ACS.</p>	<p>“Direito de tratar uma doença”</p> <p>“Direito de aliviar um sofrimento”</p> <p>“Direito de ter cuidados em saúde”</p> <p>“Direito de acessar um serviço de saúde eficiente”</p> <p>“Direito de ter outros direitos para que tenha saúde”</p> <p>“Direito do trabalhador” e “Direito à saúde do trabalhador”</p>
---	---	---	---

Fonte: Elaboração própria, 2022.

Quadro 2- Outros sentidos do direito à saúde produzidos no cotidiano da ESF

Trecho da Narrativa	Sentido do direito à saúde observado
<p>O povo da fila da farmácia: entendimento de justiça e a autogestão de espaços pelos usuários:</p> <p>... <i>"o povo da fila comenta: "Não é justo isso". "</i></p>	Direito como Justiça
<p>Planos de Saúde Populares: esperar ou consumir?</p> <p><i>Senhora A: "- Estou esperando pra ir no Cardiologista há mais de 6 meses pelo SISREG. Já estou cansada de ficar tomando tanto remédio..."</i></p> <p><i>Senhora B: "Olha, eu fiz um plano de saúde desses populares na Clínica aqui do outro lado da rua. Fui no Cardiologista, fiz Eletro e Eco num pacote por duzentos e cinquenta reais."</i></p> <p>Feliz Natal! Presentes, lembrança, ou retribuição?</p> <p><i>'É meu direito, eu pago meus impostos'?</i></p>	Direito como produto de consumo
<p>Feliz Natal! Presentes, lembrança, ou retribuição?</p> <p><i>"Obrigada, eu espero que o doutor goste. É o mínimo que eu posso fazer pra retribuir tudo o que ele fez por mim este ano."</i></p>	Direito como dádiva
<p>O Covid, a terceira onda e o paciente invisível:</p> <p><i>"Olha eu sou assessor de (citou o nome de uma pessoa da política), preciso pegar meu crachá pra fazer este teste logo?"</i> <i>Ele deixou nas entrelinhas que queria passar na frente de todas aquelas pessoas que esperavam na fila.</i></p>	Direito como privilégio

Fonte: Elaboração própria (2022)

As idéias sobre o direito à saúde que aparecem com esta análise são solicitações por ter “Direito de tratar uma doença”, “Direito de ter cuidados em saúde”, “Direito de aliviar a dor”, “Direito de acessar um serviço de saúde eficiente”, “Direito de ter outros direitos para que tenha saúde”, “Direito do trabalhador” e “Direito à saúde do trabalhador”, “Direito à acessar o serviço”, “Direito de ser priorizada”.

No Acolhimento, a maneira como a solicitação é dita pela pessoa que acessa o serviço de saúde, parece revelar a escolha por um repertório interpretativo, que muitas vezes a posiciona como sujeito de direitos. O ACS chama o próximo da fila e a pessoa logo diz a que veio, sem pedir um favor, sem perguntar quanto custa. O que este sujeito reivindica demonstra a multiplicidade de sentidos de saúde. Arouca (1986) já mencionava que a partir do entendimento de saúde não ser apenas a ausência de doenças, mas sim um completo bem estar físico, psíquico e social, era necessário outros direitos para se ter saúde.

Muitas vezes as pessoas reivindicam o direito à saúde solicitando um atendimento médico: “*Eu preciso de um médico*”, “*Pedi pra eu ir procurar um médico que trata disso, aí eu vim aqui pra resolver*”, “*Agora eu não vou sair daqui enquanto você não for falar com o médico!*”. A escolha por este repertório linguístico demonstra a consciência compartilhada que associa saúde à racionalidade biomédica. Medicalizar a saúde, no sentido apresentado por Mattos (2008), como processo longo de invasão da vida social pela medicina, ou melhor, pelo saber médico, é uma contradição na construção de sujeitos de direito. A autonomia no cuidado deveria ser a linguagem usada para que o sujeito de direito desenvolvesse seu autocuidado em saúde de forma apoiada por uma equipe multiprofissional. Transferir o cuidado para um outro, exclusivamente médico, não contemplará possibilidades para uma saúde plena.

Outros sentidos do direito à saúde produzidos no cotidiano da ESF foram sendo revelados na discussão apresentada com as narrativas, e foram sintetizados na QUADRO 2.

Em “O povo da fila da farmácia: entendimento de justiça e a autogestão de espaços pelos usuários”, observamos como o sentido de direito é atravessado pelo sentido de justiça. Na fila da farmácia vimos a reivindicação de justiça dando outro sentido ao direito à saúde. Ao se incomodarem com os fura-filas as pessoas da fila da farmácia reivindicam: “*Não é justo isso*”. Elas não receberam um panfleto com orientações sobre como funcionava a fila, não liam um manual de instruções. Apenas se moviam por ordem de chegada, sem serem reguladas por alguém que legitimasse a ordem. Quando esta ordem era desrespeitada por um fura-fila, quem estava aguardando se sentia injustiçado, reconhecendo a igualdade de direitos entre os considerados iguais. Os que eram reconhecidos como desiguais, recebiam prioridade. Contudo, os critérios para reconhecer esta prioridade passavam por um julgamento social que reproduzia

exclusões. Uma senhora com um curativo no pé foi reconhecida pela fila recebeu prioridade; um morador de rua, um homem negro, com um curativo no pé, não foi reconhecido como prioridade pela fila. Através do debate com a Teoria da Justiça do filósofo Rawls sob uma perspectiva brasileira, Abreu (2006), nos ajuda a entender que reconhecer as diferenças que nos fundam enquanto sociedade é o caminho para a busca da justiça pela equidade, um caminho emancipatório para que um dia possamos ter uma sociedade menos desigual. (ABREU, 2006). Uma sociedade menos desigual tem mais saúde.

Em “ Planos de Saúde Populares: esperar ou consumir?” vimos o sentido do direito à saúde ser confundido com o direito de consumir serviços de saúde. Esse sentido também aparece na frase mencionada pela ACS em “Feliz Natal! Presentes, lembrança, ou retribuição?” se referindo a fala de pessoas que reivindicam o direito porque estão pagando, e não participando enquanto cidadãos da construção de uma sociedade democrática de direitos: ‘ *É meu direito, eu pago meus impostos*’. Este sentido talvez seja ainda mais reforçado pela experiência de frequentar um serviço orientado por um processo de trabalho gerencialista, como já comentado na análise do acolhimento. Foi apresentado o estudo de Sturza e Barriuello, (2018) que dialogam com Baudrillard, (2014) a respeito de como uma sociedade de consumo, que se torna uma sociedade antidemocrática quando privilegia possuidores de renda, interfere na efetivação da saúde pública.

Ainda na narrativa “Feliz Natal! Presentes, lembrança, ou retribuição?”, aparece um sentido de direito como dádiva. Foi apresentada a Teoria da Dádiva do sociólogo Marcel Mauss, que combate a ideia de utilitarismo, a partir do entendimento do movimento social de dar-receber e retribuir. Pinheiro e Asensi (2012) trazem em seu estudo a importância desta teoria para o entendimento do cuidado baseado na integralidade, na construção de vínculos, definindo um outro sentido ao direito à saúde.

O Covid, a terceira onda e o paciente invisível, apresenta na narrativa a fala: “*Olha eu sou assessor de (citou o nome de uma pessoa da política), preciso pegar meu crachá pra fazer este teste logo?*” *Ele deixou nas entrelinhas que queria passar na frente de todas aquelas pessoas que esperavam na fila.* Aqui o sentido de direito à saúde relaciona-se ao de privilégio. A forma como esta pessoa se coloca para ter um acesso priorizado ao serviço, demonstra a ideia de que pessoas influentes socialmente, ou que ocupam cargos de relevância social, teriam privilégios ao acessar um direito baseado na equidade.

Por fim, o prédio vazio do Conselho de saúde, esvazia o sentido de participação popular no direito à saúde. Direito como conquista do movimento social seria o sentido do direito à

saúde que mais se aproxima da luta democrática por uma sociedade mais justa e igualitária, e portanto com mais saúde, mas que não foi encontrado na observação do campo, apenas o vazio.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A cena inaugural apresentada neste trabalho, foi a vivência que motivou a realização deste estudo, e que me vinculou à temática do direito à saúde. Na execução da Estimativa Rápida Participativa para o Diagnóstico Comunitário, uma vivência possível enquanto residente da especialidade Medicina da Família e Comunidade pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), me deparei com o incômodo de perceber que a linguagem sobre o direito à saúde falada entre nós trabalhadores era diferente da reivindicação das pessoas que usam o SUS. Essa divergência ficou ainda mais evidente durante as greves da saúde em 2018 e 2019, em decorrência do desmonte da APS articulado pela gestão municipal.

Parte daquele incômodo era consequência do meu posicionamento naquela época. O percurso da formação médica ainda é uma vivência mobilizadora de repertórios interpretativos que nos posicionam — se nos deixamos incorporar por este entendimento — enquanto “doutores”, detentores de um saber que gera assimetrias no discurso, muitas vezes silenciando o outro que dialoga conosco ou porque o emudece, ou porque nos tornamos surdos.

Rubens Mattos (2008) nomeia três aspectos que me parecem funcionar como mecanismos para a manutenção deste lugar social médico: a medicalização da sociedade (que passa a ser normatizada pela intervenção de profissionais de saúde); a racionalidade médica (descrita como a racionalidade de um saber que parece conformar tanto o trabalho como a formação dos profissionais da saúde); e os processos de acumulação do capital no setor Saúde (que gera um posicionamento socioeconômico privilegiado do médico em relação à realidade social do nosso país). Mattos (2008) segue com uma reflexão crítica sobre o trabalho em saúde, pensando em estratégias de transformação deste trabalho e da formação em saúde, de forma a contribuir para a construção do cuidado integral, em uma perspectiva emancipatória. Ele dialoga com Boaventura de Souza Santos, detalhando os caminhos para uma análise crítica da realidade.

Santos (2011) percebe a realidade não apenas como o que está dado, mas também como possibilidades para o novo. Caberia então à quem se presta à análise crítica desta realidade, definir e avaliar a natureza e o âmbito das alternativas do que está empiricamente dado.

A análise crítica do que existe assenta no pressuposto de que a existência não esgota as possibilidades da existência e que portanto há alternativas suscetíveis de superar o que é criticável no que existe. O desconforto, o inconformismo ou a indignação perante o que existe suscita impulso para teorizar a sua superação. (SANTOS, 2011 pg. 23)

A Medicina de Família e Comunidade é uma “realidade” dentro da “realidade” médica, que se mostra como alternativa suscetível de superar o que é criticável no que existe. Ser MFC é internalizar a importância de ser diferente, parafraseando MacWhinney (1996), me refiro a ser diferente deste papel social médico que mencionei anteriormente.

A residência de Medicina de Família e Comunidade me exigiu desenvolver conhecimentos, habilidades e atitudes alinhadas com as competências necessárias para um cuidado integral, entendido através do paradigma sistêmico, que compreende a saúde como um fenômeno complexo (RODRIGUES, 2017). A Abordagem Comunitária me exigiu sair de trás da mesa do consultório, ir para o território, desvestir o jaleco branco - que constrói esta imagem do médico herói²²- e encarar de outra forma a realidade, entendendo a determinação do processo saúde e doença. Diante de tamanha complexidade de um fenômeno antes entendido como apenas fisiopatológico, ser prescritora ainda menos solucionava. As novas ferramentas para abordar os resultados deste Diagnóstico Comunitário implicavam-me politicamente.

As macropolíticas influenciam os determinantes distais da Saúde e seu impacto será sempre mais evidente, pois são dirigidas a toda a sociedade. As ações de promoção da saúde que ocorrem nos territórios, coordenadas por serviços e comunidade, ou as que se estabelecem entre as equipes de Saúde e seus usuários e familiares são influenciadas pelas macropolíticas.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014 pg. 31)

As greves da saúde foram mais faíscas impulsionadoras de inconformismos e incomodações. Estávamos lutando pelo direito à saúde, mas eu não conseguia compreender os múltiplos sentidos deste direito para as pessoas que moram no território em que sou MFC. E se não estávamos falando a mesma língua, como poderíamos estar reivindicando o mesmo direito?

Realizar este trabalho em busca das polissemias do direito à saúde, foi uma tentativa de encontrar na realidade vivida, possibilidades para uma nova forma de dialogia, agora, compreendendo múltiplas ideias a respeito da construção social deste direito.

Falar a linguagem do *modus operandi*, funciona muitas vezes como fita isolante para um sistema que pede por rupturas. O grito reivindicando o direito acontece diariamente, não nas ruas, praças ou avenidas, mas dentro dos espaços que instituem o direito. Fleury (2009) alerta sobre o paradoxo promovido pela Reforma Sanitária ao instituir politicamente estruturas garantidoras do direito, reduzindo a capacidade de ruptura da correlação de forças hegemônicas que compõem a sociedade. As lutas pelo direito à saúde passaram atualmente para o âmbito jurídico e legal e abandonaram as bases na formação desses sujeitos políticos da reforma. E se

²² opto por manter o uso do masculino.

por um lado a institucionalização deste direito reorganizou os dispositivos da democracia institucionais, pois o debate foi ampliado para o executivo, o legislativo e o judiciário, por outro lado incapacitou a transformação nas práticas cotidianas que “desqualificam o usuário e o destituem dos direitos humanos ao acolhimento digno e a atenção eficaz (...) sendo um desafio para a democratização da saúde”. (FLEURY, 2009)

Como então incentivar espaços de participação popular enquanto trabalhadores da saúde? O prédio vazio do Conselho Distrital é o símbolo do desafio que se coloca.

Continuo minha prática como MFC na ESF, transformada pelo processo de realização deste trabalho. As contradições continuarão a existir no cotidiano da ESF, e novos estudos em busca de alternativas susceptíveis de superar o que é criticável no que existe serão necessários, agora motivados por outros inconformismos. Assim, fortalecemos a luta por uma sociedade mais democrática e com mais saúde.

REFERÊNCIAS

- ABREU, L. E. de L. **Qual o sentido de Rawls para nós?** [S. l.], v. v. 43, n. 172, p. 149–168, n. Revista de informação legislativa, Senado Federal, 2006. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/92822/Abreu%20Luiz.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 26 maio 2022.
- AYRES, J. R. de C. M. **Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, [S. l.], v. 6, n. 1, p. 63–72, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100005&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 30 maio 2022.
- BERKHOUT, E. *et al.* **The Inequality Virus: Bringing together a world torn apart by coronavirus through a fair, just and sustainable economy.** [S. l.]: Oxfam, 25 jan. 2021. Disponível em: <https://policy-practice.oxfam.org/resources/the-inequality-virus-bringing-together-a-world-torn-apart-by-coronavirus-throug-621149/>. Acesso em: 2 jun. 2022.
- CAILLÉ, A. **O princípio de razão, o utilitarismo e o antiutilitarismo.** Sociedade e Estado, [S. l.], v. 16, n. 1–2, p. 26–56, dez. 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922001000100003&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 30 maio 2022.
- CAMPOS, C. de C.; DE SOUZA, J. C. **O direito a saúde na história dos direitos humanos: um breve relato.** [S. l.], v. v.1, n.1, p. 05–16, 2018.
- CAMPOS, C. E. A.; COHN, A.; BRANDÃO, A. L. **Trajetória histórica da organização sanitária da Cidade do Rio de Janeiro: 1916-2015.** Cem anos de inovações e conquistas. Ciência & Saúde Coletiva, [S. l.], v. 21, n. 5, p. 1351–1364, maio 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501351&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 24 abr. 2022.
- CENTRO DE OPERAÇÕES DE EMERGÊNCIA. **Boletim Epidemiológico.** [S. l.]: Prefeitura do Rio de Janeiro, 11 jan. 2022. Disponível em: <https://coronavirus.rio/boletim-epidemiologico/>. Acesso em: 31 maio 2022.
- CNS, A. **CNS denuncia internacionalmente governo brasileiro por violação de direitos humanos durante pandemia.** [S. l.], CNS, 1 out. 2021. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/2071-cns-denuncia-internacionalmente-governo-brasileiro-por-violacao-de-direitos-humanos-durante-pandemia>. Acesso em: 9 jun. 2022.
- CONSTITUIÇÃO FEDERAL. **Constituição da República Federativa do Brasil. 1988.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 25 abr. 2021.
- COSTA, B. F. da. **Relato de Experiência: Grupo Saúde Sob Controle - uma estratégia no cuidado da pessoa com hipertensão e diabetes, desenvolvida em uma Equipe de Saúde da Família no SUS-RJ.** 2020. 66 f. Trabalho de Conclusão de Curso – UERJ, Rio de Janeiro, 2020.

D'ÁVILA, L. S.; SALIBA, G. R. **A efetivação do direito à saúde e sua interface com a justiça social.** Revista de Direito Sanitário, [S. l.], v. 17, n. 3, p. 15, 9 mar. 2017. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/127772>. Acesso em: 26 maio 2022.

DE LACERDA, L. A. **Um olhar empírico sobre a dádiva:** percepção do autocuidado por agentes comunitários de saúde a partir das práticas integrativas e complementares. 2013. Recife, 2013. Disponível em: <https://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2013lacerda-la.pdf>. Acesso em: 30 maio 2022.

DORNELLAS, D. C. F.; NÓBREGA, J. S. W. **Análise da manutenção predial em clínicas da família do Rio de Janeiro.** In: 6ª CONFERÊNCIA SOBRE PATOLOGIA E REABILITAÇÃO DE EDIFÍCIOS, 2018. [S. l.: s. n.], 2018. p. 10.

FAVORETO, C. A. O. **Abordagem comunitária e ensino médico:** análise da experiência do DMIF/FCM/UERJ. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto, [S. l.], v. 15, n. 3, p. 271–277, 19 set. 2016. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/29472>. Acesso em: 6 jun. 2022.

FERNANDES, L.; ORTEGA, F. **A Atenção Primária no Rio de Janeiro em tempos de Covid-19.** Physis: Revista de Saúde Coletiva, [S. l.], v. 30, n. 3, p. e300309, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312020000300308&tlng=pt. Acesso em: 2 jun. 2022.

FILHO, S. C. **Direito, justiça e sociedade.** [S. l.], , p. 8, 2002.

FIOCRUZ, V. D. da. **Democracia é saúde.** YOUTUBE: [s. n.], 6 set. 2013. Disponível em: https://youtu.be/_HmqWCTEeQ. Acesso em: 8 jun. 2022.

FLEURY, S. **Reforma sanitária brasileira:** dilemas entre o instituinte e o instituído. Ciência & Saúde Coletiva, [S. l.], v. 14, n. 3, p. 743–752, jun. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300010&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 31 mar. 2021.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia:** saberes necessários para à prática educativa. São Paulo: Terra e Paz, 2011.

GERGEN, K. J. **The social constructionist movement in modern psychology.** American Psychologist, [S. l.], v. 40, n. 3, p. 266–275, mar. 1985. Disponível em: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0003-066X.40.3.266>. Acesso em: 27 abr. 2021.

GIOVANELLA, L. 16. **Atenção Primária à Saúde. Políticas e sistema de saúde no Brasil.** [S. l.]: Fiocruz, 2008. p. 54.

GIOVANELLA, L. *et al.* (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

GOLD, R. L. **Roles in Sociological Field Observations.** Social Forces, [S. l.], v. 36, n. 3, p. 217–223, 1 mar. 1958. Disponível em: <https://academic.oup.com/sf/article-lookup/doi/10.2307/2573808>. Acesso em: 5 ago. 2021.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. (Org.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Princípios, formação e prática.** 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

IHERING, R. V. **A luta pelo direito.** São Paulo: Edipro, 2019.

JORNAL NACIONAL. **Pesquisa mostra que 75% dos conselhos e comitês nacionais foram extintos ou esvaziados no governo Bolsonaro.** [S. l.], 25 out. 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2021/10/25/pesquisa-mostra-que-75percent-dos-conselhos-e-comites-nacionais-foram-extintos-ou-esvaziados-no-governo-bolsonaro.ghtml>. Acesso em: 25 maio 2022.

LACERDA, A.; MARTINS, P. H. **A dívida no trabalho dos agentes comunitários de saúde.** [S. l.], p. 20, 2013.

LAFER, C. **A internacionalização dos direitos humanos: o desafio do direito a ter direitos.** Fortaleza: Editora UFC, 2006(In: AGUIAR, Odílio Alves; PINHEIRO, Celso de Moraes; FRANKLIN, Karen (Org.). Filosofia e direitos humanos. p. 13-32.).

LERMEN, J. N. **Currículo baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade.** [S. l.]: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), 2015. Disponível em: [http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias\(1\)](http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias(1)). Acesso em: 28 fev. 2021.

LIMA, D. **“Estratégia Saúde da Família na cidade do RJ: desafios da atenção primária numa grande cidade”.** 2014. Dissertação de mestrado – ENSP, Rio de Janeiro, 2014.

LOBATO, L. de V. C.; GIOVANELLA, L. **Sistemas de saúde: origens componentes e dinâmica.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012(In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho; CARVALHO, Antônio Ivo (Coords.). Políticas e sistema de saúde no Brasil).

MASCARO, A. L. **O sentido jurídico brasileiro - reflexões para uma teoria política e jurídica a partir de “O povo brasileiro” de Darcy Ribeiro.** Revista da Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, [S. l.], v. 95, n. 0, p. 405, 1 jan. 2000. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rfdusp/article/view/67477>. Acesso em: 26 maio 2022.

MATHIAS, M. **Decreto do governo Bolsonaro ameaça extinguir conselhos de saúde.** [S. l.], Brasil de Fato (RJ), , seç. Repórter SUS, 30 jul. 2019. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/podcast/decreto-do-governo-bolsonaro-ameaca-extinguir-conselhos-de-saude>. Acesso em: 25 maio 2021.

MATTA, G. C.; LIMA, J. C. F. **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS.** [S. l.]: Editora FIOCRUZ, 2008. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/v4fx5>. Acesso em: 15 abr. 2022.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde.** Revista Brasileira em Promoção da Saúde, [S. l.], v. 31, n. 2, p. 1–3, 22 jun. 2018. Disponível em: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/7839>. Acesso em: 27 maio 2022.

MENDES, Eugenio Vilaça. **O lado oculto de uma pandemia: a terceira onda da covid-19 ou o paciente invisível.** Brasília, DF: CONASS, 2020.

MERHY, E. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec, 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A pessoa com deficiência e o sistema único de saúde.** [S. l.]: Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim epidemiológico Especial, Doença pelo Novo Coronavírus -COVID-19.** [S. l.]: Secretaria de Vigilância em Saúde, 14 jan. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/covid-19/2022/boletim-epidemiologico-no-95-boletim-coe-coronavirus.pdf>. Acesso em: 31 maio 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno de Atenção Básica: Acolhimento à demanda espontânea.** Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica., 2013a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno de Auto-Avaliação nº 4 : Equipe Saúde da Família : Parte 1.** [S. l.: s. n.], 2009.

MINISTERIO DA SAÚDE. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 162 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35)

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual instrutivo do Pmaq para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e Nasf.** [S. l.: s. n.], 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Para entender o controle social na saúde.** Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2013b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica. PORTARIA Nº 2.436. 2017.** Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 23 abr. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Humanização: A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS.** [S. l.]: Brasília-DF, 2004.

MODESTO, A. A. D.; COUTO, M. T. **Como se estuda o que não se diz: uma revisão sobre demanda oculta.** Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, [S. l.], v. 11, n. 38, p. 1–13, 24 ago. 2016. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1250>. Acesso em: 24 maio 2022.

MONKEN, M. *et al.* **O território na saúde construindo referências para análises em saúde e ambiente.** Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p.

23–41. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-516632>. Acesso em: 2 maio 2022.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. Disponível em: <http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/4/>. Acesso em: 23 abr. 2021.

PAIM, J. S. **SUS- Sistema Único de Saúde: tudo o que você precisa saber**. São Paulo: Atheneu, 2019.

PEREIRA, F. J. R.; SILVA, C. C. da; LIMA NETO, E. de A. **Condições sensíveis à atenção primária: uma revisão descritiva dos resultados da produção acadêmica brasileira**. Saúde em Debate, [S. l.], v. 38, n. special, 2014. Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/0103-1104.2014S025>. Acesso em: 2 jun. 2022.

PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Org.). **Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde**. 1st ed. Rio de Janeiro : Recife: CEPESC-IMS/UERJ ; Editora Universitária UFPE, 2011.

PINTO, D. R. S. **Reforma da atenção primaria em saúde na cidade do Rio de Janeiro (2009-2016): UMA AVALIAÇÃO DE ESTRUTURA, PROCESSO E RESULTADO**. 2017. Tese de Doutorado – ENSP, Rio de Janeiro, 2017.

QUEVEDO, A. L. A. de *et al.* **Direito à saúde, acesso e integralidade: análise a partir de uma unidade saúde da família**. [S. l.], v. Rev. APS. 2016 jan/mar; 19(1): 47-57, 2016.

REDE APS. **Ágora Abrasco debate os caminhos abertos para a privatização do SUS pela ADAPS – 16/11**. [S. l.], Rede APS, 11 nov. 2021. Disponível em: <https://redeaps.org.br/2021/11/11/agora-abrasco-debate-os-caminhos-abertos-para-a-privatizacao-do-sus-pela-adaps-16-11/>. Acesso em: 9 jun. 2022.

REIS, V. **Contribuição da Rede APS ao debate sobre as recentes mudanças na política de Atenção Primária**. [S. l.], Abrasco, 4 out. 2019. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/eventos/congresso-brasileiro-de-ciencias-sociais-e-humanas-em-saude/contribuicao-dos-pesquisadores-da-rede-aps-ao-debate-sobre-as-recentes-mudancas-na-politica-de-atencao-primaria/43125/>. Acesso em: 9 jun. 2022.

RIO, P. do. **Confira os centros de testagem de Covid-19 abertos para a população no domingo**. [S. l.], 15 jan. 2022. Disponível em: <https://prefeitura.rio/cidade/confira-os-centros-de-testagem-de-covid-19-abertos-no-domingo/>. Acesso em: 1 jun. 2022.

RIOSAUDE, E. P. D. S. D. R. D. J. S. **Edital nº 005/2022**. [S. l.: s. n.], 10 jan. 2022. Disponível em: <https://prefeitura.rio/wp-content/uploads/2022/01/Edital-005-2022-Tecnico-de-Enfermagem-A.PS-Emergencial-1.pdf>. Acesso em: 1 jun. 2022.

RODRIGUES, RD. ANDERSON, MIP. **O paradigma da complexidade e os conceitos da Medicina Integral: saúde, adoecimento e integralidade**. REVISTA HUPE, RIO DE JANEIRO v. 15, n. 3, jul-set/2016

ROSÁRIO, C. A.; BAPTISTA, T. W. de F.; MATTA, G. C. **Sentidos da universalidade na VIII Conferência Nacional de Saúde: entre o conceito ampliado de saúde e a ampliação do**

acesso a serviços de saúde. *Saúde em Debate*, [S. l.], v. 44, n. 124, p. 17–31, mar. 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042020000100017&tlng=pt. Acesso em: 21 abr. 2021.

MATTOS, RUBENS ARAÚJO DE. **Integralidade, Trabalho, Saúde e Formação Profissional**: algumas reflexões críticas feitas com base na defesa de alguns valores. In: MATTA, G.C; LIMA, JC. Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Editora FIOCRUZ, 2008. p 305-351

SAFFER, D. A.; MATTOS, L. V.; REGO, S. R. de M. **Nenhum Serviço de Saúde a Menos**: movimentos sociais, novos sujeitos políticos e direito à saúde em tempos de crise no Rio de Janeiro, Brasil. *Saúde em Debate*, [S. l.], v. 44, n. spe1, p. 147–159, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042020000500147&tlng=pt. Acesso em: 25 abr. 2021.

SANTOS, B. A Crítica da Razão Indolente: contra o desperdício da experiência. São Paulo: Cortez, 2011. v. 1.

SANTOS, F. R. R. dos; WENDHAUSEN, À. **As práticas de participação popular na Estratégia de Saúde da Família (ESF)**: fatores potencializadores e limitantes. *Família, Saúde e Desenvolvimento*, [S. l.], v. 5, n. 3, 31 dez. 2003. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/refased/article/view/8086>. Acesso em: 25 maio 2022.

SILVA, A. M.; JOBIM E SOUZA, S. **Cartografia nas pesquisas científicas**: uma revisão integrativa. *Fractal: Revista de Psicologia*, [S. l.], v. 29, n. 1, p. 45–53, 29 abr. 2017. Disponível em: <http://periodicos.uff.br/fractal/article/view/5117/4968>. Acesso em: 8 jun. 2022.

SILVA, T. F. da; ROMANO, V. F. **Sobre o acolhimento**: discurso e prática em Unidades Básicas de Saúde do município do Rio de Janeiro. *Saúde em Debate*, [S. l.], v. 39, n. 105, p. 363–374, jun. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000200363&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 17 maio 2022.

SILVA, D. B. e; BAHIA, A. G. M. F. M. **Direito à saúde, jurisdição constitucional e estado de emergência constitucional**: uma perspectiva crítica da pandemia. *Revista Direito e Práxis*, [S. l.], v. 12, n. 2, p. 830–860, abr. 2021. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2179-89662021000200830&tlng=en. Acesso em: 1 jun. 2022.

SMSDC/RJ. **Guia de Referência Rápida**: Carteira de Serviços: Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde. [S. l.: s. n.], 2011.

SORANZ, D.; DORIGHETTO, E. **Orientações para expansão das Clínicas da Família na Cidade do Rio de Janeiro**. [S. l.]: SUBPAV, SMS-RJ, 2010.

SPERONI, A. V.; MENEZES, R. A. **Os sentidos do Acolhimento**: um estudo sobre o acesso à atenção básica em saúde no Rio de Janeiro. *Cadernos Saúde Coletiva*, [S. l.], v. 22, n. 4, p. 380–385, dez. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-

462X2014000400380&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 18 maio 2022.

SPINK; GIMENES, M. da G. G. **Práticas discursivas e produção de sentido**: apontamentos metodológicos para a análise de discursos sobre a saúde e a doença. *Saúde e Sociedade*, [S. l.], v. 3, n. 2, p. 149–171, 1994. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12901994000200008&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 24 fev. 2021.

SPINK, M. J. **Linguagem e produção de sentidos no cotidiano**. [S. l.]: Centro Edelstein, 2010. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/w9q43>. Acesso em: 24 fev. 2021.

SPINK, M. J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. Rio de Janeiro: Cortez, 2013.

SPINK, P. K. **O pesquisador conversador no cotidiano**. *Psicologia & Sociedade*, [S. l.], v. 20, n. spe, p. 70–77, 2008. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822008000400010&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 18 maio 2021.

STURZA, J. M.; BARRIQUELLO, C. A. **O reconhecimento da saúde como bem de consumo**: outro olhar sobre o direito humano à saúde na sociedade contemporânea. *Revista Jurídica Cesumar - Mestrado*, [S. l.], v. 18, n. 1, p. 265, 21 maio 2018. Disponível em: <http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/revjuridica/article/view/6249>. Acesso em: 27 maio 2022.

SUBPAV. **Nota Técnica**: Orientações sobre a prevenção e manejo da covid - 19 e organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro. [S. l.]: Acessoria Especial de Atenção Primária à Saúde, 27 abr. 2020a. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/documents/73801/3e094d06-3be6-42d2-9995-e3c6a17384ff>. Acesso em: 1 jun. 2022.

SUBPAV. **nota Técnica S/SUBPAV/CTEO/SVS nº 04/2020**: Orientações sobre a utilização e distribuição de Testes Rápidos para Covid19, no Município do Rio de Janeiro. [S. l.: s. n.], 22 jul. 2020b. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/documents/73801/56f15855-f325-42e1-a130-2cc3fc7c2726>. Acesso em: 1 jun. 2022.

TETEMANN, E. C.; TRUGILHO, S. M.; SOGAME, L. C. M. **Universalidade e Territorialização no SUS**: contradições e tensões inerentes / Universality and Territorialization in SUS: contradictions and tensions inherent. *Textos & Contextos* (Porto Alegre), [S. l.], v. 15, n. 2, p. 356, 19 dez. 2016. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/25456>. Acesso em: 21 maio 2022.

VALLA, V. V. **A crise de interpretação é nossa**: procurando compreender a fala das classes subalternas. [S. l.], v. 21 (2), n. *Educação&Realidade*, p. 177–190, dez. 1996.