

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

LUCIANO PADILHA DOS PRAZERES

ACESSO E CUIDADO:
A INSERÇÃO DA POPULAÇÃO RURAL NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE

JUIZ DE FORA
2009

Prazeres, Luciano Padilha dos

Acesso e cuidado: a inserção da população rural no sistema público de saúde / Luciano Padilha dos Prazeres. – 2009.
88 f.

Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais)—Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2009.

1. Saúde Pública – Brasil. I. Título.

CDU 614(81)

LUCIANO PADILHA DOS PRAZERES

ACESSO E CUIDADO:
A INSERÇÃO DA POPULAÇÃO RURAL NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais/UFJF como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais.

Orientador: Prof. Dr. Octavio Andres Ramon Bonet

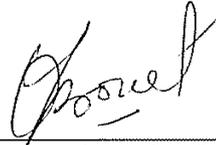
JUIZ DE FORA
2009

TERMO DE APROVAÇÃO

Luciano Padilha dos Prazeres

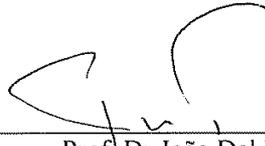
Acesso e Cuidado: a inserção da população rural no sistema público de saúde

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal de Juiz de Fora, pela seguinte banca examinadora:

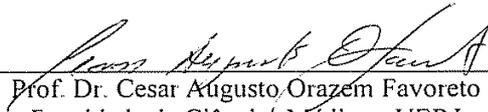


Prof. Dr. Octavio Andres Ramon Bonet
(Orientador)

Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, UFJF



Prof. Dr. João Dal Poz Neto
Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, UFJF



Prof. Dr. Cesar Augusto Orazem Favoreto
Faculdade de Ciências Médicas, UERJ

Juiz de Fora, 30 de setembro de 2009.

Aos meus pais, José e Iranide, com
grande amor, dedico.

AGRADECIMENTOS

São tantas pessoas presentes em uma vida que se torna difícil falar de todas. Distantes e próximas, estas pessoas sempre estiveram muito perto, deixaram e deixam marcas profundas. Não dá para esquecer os grandes e pequenos atos que dão sentido à vida, mesmo aqueles que possam passar despercebidos. São todos os momentos, de alegria e de tristeza, de amor e de ódio, de cumplicidade e solidão que me fizeram chegar até aqui. A todos os seres de infinita grandeza, agradeço.

Com uma imensa saudade agradeço a minha família, que mesmo distante permanece iluminando meu caminho, dando força para que o filho, o irmão trilhe seu rumo. Aos avós pelo incentivo único, só mesmo proporcionado por eles.

Para a família adotiva não restam dúvidas, longe de casa, é com todos vocês que compartilho as emoções ímpares. Michelle, Rodrigo, Wesley, Daniel, Carlos, Gabriela, Heiberle, Rodrigo Mudesto, Marcelo, Gláucia, Paulo Vinícius, Fabrício, Rafael, Tharles, Vinícius, entre tantos irmãos de uma família sem igual. A confraria rural, Pablo, Thiago e Eduardo, pelos bons tempos vividos. Eu sou de todos e todos são meus.

Aos professores, funcionários e colegas deste Programa de Pós-Graduação, suas contribuições para meu crescimento são inestimáveis. Em especial ao Octavio e Fátima, inspirações para toda vida.

Agradeço àquela pessoa que me abduz para dimensões ocultas, me fortalece, me faz um ser pulsante de paixões estratosféricas. Sem sua companhia este e todos os mundos são devaneios de um espírito condenado à danação, Scheyla.

Peço perdão, pelo lapso de memória, a todos que deveriam estar aqui, são para vocês meus sinceros agradecimentos por fazerem quem eu sou.

Eu estava num grande aperto: tinha diante de mim uma viagem urgente; um doente grave me esperava numa aldeia a dez milhas de distância; forte nevasca enchia o vasto espaço entre mim e ele; eu dispunha de um veículo leve, de rodas grandes, exatamente como convém às nossas estradas do campo; envolto em peles, a valise de instrumentos na mão, já estava no pátio pronto para a viagem; mas faltava o cavalo, o cavalo.

Franz Kafka – Um médico rural

RESUMO

Este estudo tem como objetivo observar e analisar o acesso e a prestação de cuidados à saúde para a população rural. Para tanto, realizou-se o trabalho etnográfico nos municípios Santa Maria do Suaçuí e Bicas (MG) abordando os profissionais do sistema público de saúde e moradores de áreas rurais cobertas pelo programas da Atenção Básica à Saúde. Utilizamos como aporte teórico as proposições de Bruno Latour e Roy Wagner para realizar uma abordagem simétrica do objeto de estudo, notadamente para a formulação e significação da “rede de saúde”. Ao observar o atendimento biomédico em áreas rurais notamos a proposição da distância como obstáculo para o acesso aos serviços de saúde e a questão da carência como problematizadora do cuidado à saúde. Em cada contexto de atendimento emerge o significado “saúde”, relevando as ações de cuidado. No município de Santa Maria do Suaçuí identificamos a problematização da saúde inter-relacionada à ocorrência de doenças infecto-parasitárias e crônicas, enquanto que em Bicas isso se deu através da prevalência de doenças crônicas e degenerativas. Para a superação da distância e supressão da carência são estabelecidos entre usuários e profissionais os vínculos que propiciam o cuidado à saúde revelando ainda as prerrogativas do cuidado de si. Está na formação de vínculos entre equipe de saúde e usuários os imbricamentos do cuidado e acesso, o que propicia, em cada ato, promover e dar sentido à saúde. Desse modo, as estratégias e práticas de atuação de usuários e profissionais configuram e propagam uma rede terapêutica agenciando os elementos do cuidar.

Palavras-chave: Saúde Pública. Cuidado à saúde. Acesso aos serviços de saúde.

ABSTRACT

This study have as objective observe and analyze the access and the provides of health care for the rural populations. Therefor, was made ethnographic work in the cities Santa Maria do Suaçuí and Bicas (MG) approaching the professionals of the health system and residents of rural areas covered by programs of Primary Health. Is used as theoretical lead the propositions of Bruno Latour and Roy Wagner for to do a approach symmetrical of the object of study, especially to formulate and significance of the health network. Observing the biomedical attendance in rural areas it's perceive the propositions of distance as obstacle to access to health services and the issue of lack as problem for health care. Each context of biomedical attendance emerges the meaning "health", emphasizing the actions of care. In the city of Santa Maria do Suaçuí it's see the problematic health by occurrence of parasitic-infectious and chronic diseases, while in Bicas it's see the prevalence of chronic and degenerative diseases. To overcome the distance and suppression of lack are established between users and professionals the links that propitiates the health care also revealing the prerogative of self-care. Is the formation of links between health staff and users the imbrication of care and access, which provides for each act, promote and give meaning to health. Thereby, the strategies and practices of performance of users professionals set up and propagate a network therapy acting the elements of care.

Key-words: Public health. Health care. Access to health services.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 EXPANSÃO INCLUSIVA: O RURAL NA SAÚDE	16
2.1 A população rural e o sistema público de saúde	16
2.2 Desenvolvimentos do campo	20
2.3 A assistência à saúde nos municípios de Santa Maria do Suaçuí e Bicas	27
2.3.1 <u>Santa Maria do Suaçuí/Glucínio</u>	28
2.3.2 <u>Bicas/Santa Helena</u>	32
3 TERRA E SAÚDE: A PRODUÇÃO DO SIGNIFICADO DE SAÚDE ENTRE A POPULAÇÃO RURAL	34
3.1 Percepções da saúde e doença	34
3.2 Obstáculos que ligam: a superação da distância e a emergência da carência	38
3.2.1 <u>Ligações positivas e negativas: a direção dos cuidados</u>	39
3.2.2 <u>Laços positivos: a superação da distância e da carência</u>	41
3.3 O dia-a-dia na UBS “Messias Bonoto Bolotari”, Santa Helena/Bicas	47
3.3.1 <u>Obstáculos para o trabalho da equipe de saúde: “problemas mentais”</u>	52
3.4 Conexões a partir da saúde	56
4 A SAÚDE COMO REDE	60
4.1 O cuidado com a saúde e o auto-cuidado	61
4.2 A distância para o acesso	67
4.3 O acesso como metáfora para a saúde coletiva	77
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
REFERÊNCIAS	84

1 - INTRODUÇÃO

Este trabalho é decorrente de pesquisas anteriores sobre o Programa Saúde da Família no contexto da cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais. Naquele momento buscávamos relevar a experiência dos usuários do Programa de Saúde da Família (PSF) sobre os processos de saúde e doença, ressaltando os diversos itinerários realizados por eles para o tratamento e cura de suas aflições. Em um determinado momento da pesquisa um ponto nos chamou a atenção: alguns usuários em seus discursos enunciavam que no ambiente rural o estado de saúde das pessoas tenderia a ser melhor do que no ambiente urbano.

Reproduzimos a seguir um trecho da entrevista em que se pode observar aquele ponto de indagação. A entrevista foi realizada com a usuária do PSF de Santa Luzia, Felícia Maria (94 anos, benzedeira, aposentada), em Juiz de Fora, na ocasião da realização da pesquisa “A Experiência Terapêutica no Âmbito do PSF em Juiz de Fora, MG”¹, em 2006. A dona Felícia Maria nasceu no ano de 1912 em Campos, Minas Gerais, veio a morar em Juiz de Fora em 1958, quando foi encaminhada para a Santa Casa para se tratar. Ela relata o uso de chás e ervas para fins terapêuticos e expõe algumas diferenciações do cuidado à saúde no ambiente urbano e rural:

***Felícia:** faço chá caseiro, de erva cidreira, "alefante" (alevante), são esses chás. É de horta, é de mato. Aprendi com a minha mãe. Porque a gente morava na roça, num tinha médico, não tinha nada, então adoecia uma criança fazia aquele chazinho que brandava. [...] A criança sentia uma dor de barriga, e dava hortelã, erva santa maria (erva-de-santa-maria), o de santa maria é pra verme. Agora, outros chás de casa, tinha pra dor de cabeça, dor de garganta. Pedra nos rins é quebra-pedra, cabelo de milho pra urinar, se a urina estiver presa. [...] A arruda é pra benzer.*

***Fátima:** quando a senhora começou a tomar remédio? Remédio de médico?*

***Felícia:** eu estava sentindo uma dor de um lado. Aí que eu precisei de um médico, só tinha o doutor Joaquim. Porque a gente trabalhava muito, mas não tava podendo trabalhar, dava aquela dor achando que era 'reumatite' (reumatismo). [...] Tomei muito chá, nada resolvia. Cada vez piorando mais, tinha as crianças pequenas para cuidar, lavava muita roupa para fora, aí eu fui no médico e o médico falou "nossa tava quase curando". Aí o doutor Joaquim falou: "eu vou dar a guia para você ir para Juiz de Fora", eu estava em Lima Duarte. Cheguei aqui e fiquei um mês para fazer o tratamento para poder operar. [...] Agora vem a médica aqui (em casa) a gente gostou porque antes não tinha medico todo dia. Às vezes a pessoa ficava curtindo até ficar pior para poder ir no médico. Eram poucos médicos, mas hoje em dia tem mais médicos.*

¹ Esta pesquisa possuía como membros os professores Dr. Octávio Andrés Ramon Bonet (coordenador); Dra. Fátima Regina Gomes Tavares; os bolsistas Ana Paula de Melo Lima; Flávia Vidal Magalhães; Luciano Padilha dos Prazeres; Michelle Gonçalves Rodrigues. Pesquisa financiada pelo CNPq, FAPEMIG e Universidade Federal de Juiz de Fora.

Fátima: *mas o que vocês acham dos remédios? Desses remédios de farmácia? São bons?*

Felícia Maria: *tem que ser né, porque a única coisa que tem são eles. [...] Porque a gente acostudou com chá. Foi criada com chá, não tinha esse negócio de comprimido em casa. Detesto comprimido. Com ela (médica do PSF) a gente não fala nada pra não dar mancada. Ela fala pra não comer muita gordura, porque quando a gente veio comer aqui em Juiz de Fora esse óleo, a gente nunca tinha comido. A gente usava banha de porco... toucinho. Nós criava porco em casa, comia carne de porco, nada fez mal. Agora mudou tudo. Agora tem esse óleo, uma coisa ressecada. Mas a gente foi criada com tudo em casa. Era porco, galinha, ovos, tudo colhido na hora, era milho, feijão... não tinha nada com agrotóxico. O que está matando o povo é o agrotóxico. O médico pediu pra não comer gordura de porco. Pra pressão alta tem que ter aquela dieta, não pode comer sal... nem sal, nem muita gordura, nem fritura. Agora a gente ta comendo deste jeito mesmo, o frango é cozido, nós não usa fritura, uma vez ou outra a gente usa carne de porco, mas eu uso bem limpinha. Uma vez ou outra a gente come uma lingüicinha... nós come torresmo. Porque o toucinho da cidade não faz mal a ninguém não. O toucinho da cidade é agarrado na pele. E também eles são criados com ração. Não é criado como era criado antigamente, com abóbora, milho. E ele não fazia mal. E tem o tempero, a minha filha foi criada com verde, na nossa casa tinha tomate, tinha couve, almeirão, chicória, batata, mandioca, tudo era de casa. Jiló, quiabo, molhava com água de bica, não essa água suja daqui. [...] E a pessoa trabalhava muito e queimava gordura e na cidade não, ninguém anda, ninguém vai daqui até ali sem ser de ônibus ou de carro. Por isso que ta tendo muita morte. Teve uma moça que tinha pressão alta, ela morreu de repente, com todo remédio, com tudo. Mas doença de família é assim. Teve infarto fulminante. Não foi falta de SAMU vir, fizeram tudo pra ajudar. [...] Quando a gente veio pra cá (no bairro Santa Luzia) aqui não tinha nada, era poucas casas, aqui em casa tinha bananeira, tinha chiqueiro, tinha galinheiro... tudo em casa, mais aí foi deixando... aí foi chegando muita gente, muitos moradores, porque a gente tem que viver a vida conforme ela é.*

Como apontado pela usuária Felícia Maria, na “roça” havia recursos que possibilitavam o cuidado de si, mesmo com a ausência ou com as dificuldades de se obter os recursos médicos. Constata que as pessoas tinham recursos para tratar de suas aflições, sendo que eram ensinados de geração em geração os usos e procedimentos de cada elemento para cada aflição. Ela se refere àquele tempo em que vivia na área rural como propício para ter uma boa saúde, relevando no momento atual a ocorrência de estados debilitados de saúde, mesmo com a disponibilidade de diversos recursos terapêuticos. Podemos notar que são vários elementos ligados ao cuidado à saúde: chás e ervas, médicos e terapeutas alternativos, sal, óleo e gordura, alimentos contaminados e “puros”. O modo como se ligam os elementos dão significado ao cuidado e apontam as perspectivas do cuidar: “a pessoa trabalhava muito e queimava gordura e na cidade não, ninguém anda, ninguém vai daqui até ali sem ser de ônibus ou de carro. [...] Teve uma moça que tinha pressão alta, ela morreu de repente, com

todo remédio, com tudo. [...] Doença de família é assim". Os recursos para o cuidado à saúde são apontados como diferenciadores no ambiente urbano e rural, persistindo certas práticas enquanto outras são ofuscadas, enaltecendo costumes para fins terapêuticos e abandonando hábitos que se tornam nocivos à saúde. Mas se na "roça" havia recursos que propiciavam um "bom cuidado à saúde" mesmo com a falta de médicos, como a população rural lida atualmente com a oferta dos serviços de saúde?

Com a expansão dos serviços de saúde observado nas últimas duas décadas, em especial pela promoção dos serviços de atenção básica pelo Sistema Único de Saúde (SUS), cabe indagar o modo como se modifica a percepção do estado de saúde de populações rurais. Se era no seu isolamento que esta população obtinha recursos terapêuticos, como ela age quando passa a receber os cuidados médicos no seio de sua comunidade? Suas referências de cuidado se alteram?

No ambiente urbano vemos cada vez mais emergir práticas terapêuticas, como os chás e rezas, práticas orientais e esotéricas, além dos métodos sofisticados de terapêutica biomédica. O ambiente urbano congrega, passo a passo, a ida ao médico de família, aos centros religiosos e às especialidades médicas, cabendo ao próprio ator social a experimentação de recursos e a formulação de concepções de cuidado, por onde se deve caminhar para ter seu problema resolvido. Se pensarmos que no ambiente rural os recursos terapêuticos, como aqueles apontados no ambiente urbano são escassos, devemos então nos deter sobre as estratégias que populações rurais formulam para o seu cuidado. Mas se observamos que neste ambiente rural passa-se a ter a atuação de um corpo de profissionais especializados na atividade do cuidar, ampliamos a pergunta sobre a estratégia da população para obter recursos terapêuticos, lidando ainda com a estratégia dos agentes especializados do cuidado biomédico em atender à demanda daquele grupo populacional. Em outras palavras a pergunta mestra pode ser posta e desdobrada da seguinte forma: como ocorre a inclusão da população rural no sistema de cuidado à saúde? Como a equipe de médicos, enfermeiros e agentes de saúde atuam para cobrir determinada população dispersa territorialmente?

Para responder estas perguntas propomos problematizar detidamente o acesso de populações rurais aos serviços de saúde. Decorrente do acesso, problematizamos, a partir do imbricamento de usuários e profissionais, os tropos entendidos como cuidado à saúde. Deste modo, acesso e cuidado são agenciados e dados na relação entre a população e prestadores de serviços de saúde. O objetivo deste trabalho se agrega principalmente pela pergunta "como", ao invés do "por que", o que permite ressaltar o *modus operandi* da acessibilidade aos serviços de saúde. Assim, este estudo tem como objetivo verificar como é realizado o acesso

da população rural aos meios de tratamento e cura, principalmente aqueles disponibilizados pelo Sistema Público de Saúde. Questionamos o que representa a distância no imaginário dos usuários e dos profissionais da saúde, e finalmente detemos sobre os enunciados que se figuram como cuidado à saúde para a população rural.

Partimos dos preceitos da teoria ator rede formulada principalmente por Bruno Latour (2006) para observar os elementos emergentes na relação entre os atores sociais e apoio, na teoria da simbolização de Roy Wagner (1981), o sentido da produção de significados daqueles elementos que dão significado ao tropo “saúde”. Pautamos a análise dos dados etnográficos a partir do discurso dos atores sociais, profissionais e usuários, do que fazer e do que se deve fazer para o cuidado de si. Conquanto os atores sociais possibilitem expressar e dar sentido para suas práticas terapêuticas, emergem para os mesmos atores a conjunção de práticas orientadas pelos atos médicos em decorrência das proposições do cuidado que se deve ter para si. Nesta perspectiva agenciamos o significado do acesso e do cuidado à saúde para populações rurais. Através das proposições de Latour e Wagner é possível permitir que os atores sociais demonstrem os significados de suas práticas e que no contexto do trabalho etnográfico o pesquisador seja um mediador dos significados advindos do campo de pesquisa. Deste modo, a partir dos dados etnográficos são feitas as correlações dos significados de acesso e cuidado com a literatura de referência, em especial com a saúde coletiva.

Com o objetivo de verificar o acesso da população rural ao sistema público de saúde fizemos o trabalho etnográfico em dois locais: no primeiro momento, no município de Santa Maria do Suaçuí (MG), e no segundo momento, no município de Bicas (MG). Nestes municípios pudemos verificar as particularidades da expansão da Atenção Básica e sua repercussão na população local. Em cada situação pudemos perceber as interfaces que o sistema de saúde público possui. Em ambos os municípios realizamos uma primeira coleta de dados nas respectivas secretarias de saúde e, a partir destas, deslocamos o foco do trabalho de campo para as áreas rurais cobertas pelo serviço de saúde.

A etnografia foi realizada com moradores de áreas rurais e profissionais dos serviços de saúde. Os locais do trabalho etnográfico foram escolhidos de acordo com a existência e funcionamento de Unidades Básicas de Saúde em áreas rurais dos municípios de Santa Maria do Suaçuí e Bicas. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com usuários e equipe de saúde, além da observação-participante durante o atendimento biomédico nas unidades básicas e domicílios dos usuários.

Os dois municípios, Santa Maria do Suaçuí e Bicas possuem o mesmo patamar

populacional, mas divergem consideravelmente em densidade demográfica², Bicas com 97,4 hab/km² e Santa Maria do Suaçuí com 23,1 hab/km². No que tange à oferta de serviços de saúde, os dados do IBGE Cidades/2007³ apontam, para ambos os municípios, um total de onze estabelecimentos de saúde sendo oito estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS.

O município de Bicas está localizado na região da Zona da Mata, sudeste de Minas Gerais. O município apresenta porte de cidade pequena, com cerca de 13,5 mil habitantes. As principais atividades econômicas giram em torno da prestação de serviços, de pequenas indústrias e da produção agropecuária. Bicas possui uma malha urbana densa, concentrando nesta a maior parte de seus cidadãos. Apresenta, na zona rural três principais povoados, o de Santa Helena, São Manoel e Valparaíso, todos com população inferior a 600 habitantes. Ao delinear a população rural do município, encaminhamo-nos para o povoado de Santa Helena, por ser o maior povoado e por nele estar localizado uma Unidade Básica de Saúde (UBS).

O município de Santa Maria do Suaçuí se localiza no Vale do Rio Doce, região nordeste de Minas Gerais. Possui cerca de 14 mil habitantes e suas principais atividades econômicas são a agropecuária e a prestação de serviços. Os aglomerados populacionais são a cidade sede e os distritos de Glucínio, Poaia e Brejo de Minas, além de existirem inúmeros povoados. Focamos o trabalho etnográfico no distrito de Glucínio, que possui cerca de 900 habitantes, sendo o maior distrito em termos populacionais. Nele está localizada uma UBS.

No período de janeiro a março de 2008 realizamos o trabalho de campo no distrito de Glucínio, observando e coletando dados sobre a prestação de serviços de saúde para a comunidade local. Por algumas vezes acompanhamos o trabalho das equipes de saúde em outros povoados, e focamos nossa atenção no atendimento realizado aos moradores locais no recinto da UBS. Ao estabelecer os primeiros contatos com os “nativos”, detivemo-nos com alguns destes para realizar entrevistas e coletar dados acerca do acesso dos usuários aos serviços de saúde. Enquanto fazíamos contatos com os usuários nos mantivemos “por perto” dos profissionais da saúde, seja durante o atendimento na UBS, seja durante as visitas domiciliares.

No período seguinte ao início dos trabalhos de campo, em junho de 2008, fizemos observações entre a população rural circundante ao distrito de Glucínio, retomando algumas visitas aos postos de saúde do município⁴. A coleta de dados em Santa Maria do Suaçuí

2 Dados da densidade demográfica obtidas pelo IBGE Cidades/2007. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm>>, Acesso em: 29 fev. 2009.

3 Dados relativos ao ano de 2005. IBGE Cidades/2007, Assistência Médica Sanitária 2005. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm>>, Acesso em: 29 fev. 2009.

4 Neste período as visitas em dias consecutivos foram interrompidas, possibilitando somente algumas visitas

permitiu avaliar alguns casos peculiares do acesso aos serviços de saúde, como a alternância do atendimento médico e o fluxo de demanda da população local, além da interação dos atores sociais envolvidos no processo de cuidar.

Procuramos, já no município de Bicas, atentar para os processos diferenciadores do cuidado à saúde, testando a validade do princípio de que a população rural seria mais carente do que a população urbana pela dispersão daquela no território. Em janeiro e fevereiro de 2009 realizamos o trabalho de campo neste município e no povoado de Santa Helena. Realizamos um percurso desde a secretaria de saúde, passando pelos postos de saúde que cobriam áreas rurais, até atingir aos usuários e profissionais da saúde. Neste percurso pudemos perceber a influência dos conjuntos urbanos próximos das áreas rurais e analisar a disponibilidade dos serviços de saúde.

Durante as visitas ao campo etnográfico em Santa Maria do Suaçuí pudemos observar, em momentos distintos, o trabalho dos profissionais da saúde, no posto de saúde e no trajeto do município para o distrito e vice-versa. Partíamos, alguns membros da equipe de saúde, motorista e cientista social, do município sede para os distritos e mais alguns povoados. O horário e as rotas a serem seguidas eram alternadas, partindo pela manhã para o povoado Brejo de Minas e retornando por volta do meio-dia para a cidade para em seguida ir ao distrito de Poaia, passando pelo distrito de Glucínio, para novamente retornar ao município sede. Eram alternados, também, os membros da equipe de saúde. Em momentos distintos compunham-se os passageiros do carro, os médicos Ricardo⁵, Ronaldo, a enfermeira Marta e a agente de saúde Michele, as dentistas Beatriz e Bianca, além do motorista Gomes.

Na cidade de Bicas procuramos realizar o mesmo trajeto até atingir os usuários moradores em área rural. Desta vez acompanhamos a equipe de saúde durante o atendimento médico e em visitas domiciliares. Eram componentes a equipe de saúde o médico Luís, a auxiliar de enfermagem Meire e a agente comunitária de saúde Andréia. Trabalham na mesma Unidade Básica de Saúde a atendente Cláudia, o médico Rodrigo e a médica Márcia, além do motorista Tadeu.

Enquanto permanecemos em campo, procuramos fazer do local do atendimento médico um laboratório sociológico em que o cientista não tinha controle total sobre seu objeto, além de me posicionar de uma maneira peculiar. Em campo, na UBS, não estávamos esperando nossa vez de consultar com os médicos, nem estava atendendo ou direcionando as pessoas para alguma forma de auxílio médico. Apresentávamos e éramos apresentados com

em dias específicos, de acordo com a disponibilidade da equipe médica.

5 Os nomes dos usuários e profissionais são fictícios.

denominações variadas nos como sociólogo, antropólogo, cientista social, pesquisador e estudante da Universidade Federal de Juiz de Fora, mesmo que para os nativos estas denominações pudessem ser estranhas. Mas nós estávamos ali para realizar nosso ofício, o que os nativos diziam que era “fazer uma pesquisa”, “fazer um estudo” e até mesmo “fazer um estágio”, embora quase sempre perguntassem se era da área da saúde. Mesmo com este “olhar estranho” para o pesquisador, os objetos seguiam a “ordem” a ser analisada: ocorriam por ações de acesso, de atendimento e de cuidado, ainda que o objeto tendesse a agir fora dos controles do pesquisador.

Mesmo que o objeto fuja dos objetivos do pesquisador, os dados empíricos coletados podem, de uma maneira desordenada ao olhar estrangeiro, ser mais um ponto de inflexão. Até mesmo quando não havia atendimento médico, o que poderia ser desvantajoso para observar a relação dos profissionais com os usuários, se tornava oportunidade fecunda de observar o comportamento do atores sociais.

A textualização das respostas para as primeiras perguntas e dos problemas postos pelo objeto de investigação são discutidos da seguinte maneira: no primeiro capítulo apresentamos uma exposição do objeto de estudo, da população rural e dos serviços de saúde, para em seguida propor as diferenciações do acesso e do cuidado. Apontamos, de forma sucinta, a assistência à saúde nos locais etnográficos antes de discutir a etnografia propriamente dita. No segundo capítulo nos detemos sobre o campo de pesquisa, apontando as ligações que proporcionam a junção das categorias acesso e cuidado e dar-se expressão aos debatemos sobre as questões advindas pelo trabalho de campo, associando os “problemas” postos pelo objeto de investigação com estudos da saúde coletiva que integram a temática do cuidado e do acesso aos serviços de saúde. Por fim, tecemos as considerações finais acerca da literatura utilizada e das ligações que proporcionam o acesso e o cuidado.

2 - EXPANSÃO INCLUSIVA: O RURAL NA SAÚDE

2.1 A população rural e o sistema público de saúde

Decorrente da expansão do Sistema Público de Saúde, notadamente a partir da década de 90 do século XX, torna-se inevitável questionar o quanto a inclusão de amplos os setores da sociedade modificou a perspectiva de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente quando nos referimos à atenção básica à saúde. Após 20 anos de existência do SUS e devido ao foco primordial do sistema na atenção básica, questionamos, através deste estudo, a acessibilidade de populações rurais ao próprio sistema, respaldando a interrogativa na configuração dos meios⁶ de acesso à saúde.

Ao focarmos nosso olhar para populações rurais, localizamos de imediato, uma oposição drástica em relação ao meio urbano: a falta⁷. Se é no meio urbano que temos à disposição os mais diversos recursos terapêuticos, seja através da Unidade Básica de Saúde ou do hospital, com seu corpo de profissionais especializados na assistência à saúde, é no campo que a população sente as dificuldades de obter os mesmos tipos de recursos. Recursos que vão, por exemplo, do remédio para controle da pressão arterial ao atendimento médico de caráter emergencial.

Por outro lado é na própria dispersão da população rural que se encontram os meios para obter um cuidado singular à saúde. A partir da localização dos principais mediadores do cuidado, daquelas pessoas que integram a idéia do familiar e do próximo, é que se compõem os elos que levam ao cuidado objetivo da aflição. Desse modo, para falar da população rural, não podemos perder de vista cada uma das ligações que proporciona o cuidado de si, permitindo o acesso aos métodos oficiais e alternativos de tratamento e cura.

A princípio caberia definir o que é a população rural com a qual trabalhamos. A primeira vista, falando de população rural tendemos a nos esquivar da proposição de *camponês*, conforme diz Margarida Moura (1986):

vivendo na terra e do que dela produz, plantando e colhendo o alimento que vai para sua mesa e para a do príncipe, do tecelão e do soldado, o camponês é o trabalhador que se envolve mais diretamente com os segredos da

6 Trata-se dos meios como um espaço “entre”, ex: usuário-sistema, domicílio-posto, paciente-médico. Vistos como mediadores localizados nos contextos correntes da ação, estes meios possibilitam o acesso e serão analisados como conexões possíveis de associação à temática do cuidado e da saúde.

7 De acordo com o Dicionário Novo Aurélio: ausência; privação, carência. In: AURÉLIO BUARQUE DE HOLANDA FERREIRA. **Novo dicionário da Língua Portuguesa**. Editora Nova Fronteira S. A. Rio de Janeiro, 1975.

natureza. A céu aberto é o observador dos astros e dos elementos. Sabe de onde sopra o vento, quando virá a primeira chuva, que insetos podem ameaçar seus cultivos, quantas horas deverão ser dedicadas a determinada tarefa. Seu conhecimento do tempo e do espaço é profundo e já existia antes daquilo que convenciamos chamar de *ciência* (p. 9, grifo da autora).

Falar de camponês remete ao *posseiro, pequeno produtor, colono, camponês parcelar* entre outras definições, o que, conforme Paulo Rogers Ferreira (2008) denota um “*corpus academicus* seletivo, fechado, sem dar espaço para o diverso, para o novo”, inserindo o camponês como “peças de um jogo discursivo que excluem outros modos de vida, outros encontros, outros afectos” (FERREIRA, 2008, p. 19-20). Para abrir espaço para a discussão do acesso da população rural ao sistema público de saúde, não nos cabe definir *a priori* aquela população como “camponeses”. Até mesmo fica difícil definir a população rural, pelas diversas transformações que ocorre no campo, como diz Ângela Maria Endlich (2006):

um conjunto de atividades diferentes das tradicionais passou a ser desenvolvido no campo. Essas atividades caracterizam-se pela incorporação de novos produtos agropecuários, industriais, prestação de serviços e atividades de entretenimento, caracterizadas pela busca por espaços bucólicos e/ou marcados pela tradição cultural, nos momentos de ócio. Essas atividades emergentes em vários pontos do globo entusiasmaram grupos de estudiosos brasileiros que passaram a falar de um novo rural no Brasil. Mas será que o novo rural é realmente rural? A resposta a essa pergunta depende da aceção de rural e urbano que se adota (p. 12).

Nem mesmo podemos caracterizar o rural em face ou oposição ao urbano, mas a partir da relação entre ambos, ressaltando as peculiaridades desta relação⁸. Mesmo que para os camponeses, “seus contatos sociais podem ocorrer tanto dentro da pequena localidade em que vivem, como se estender a habitantes distantes, mais especificamente à população das cidades” (MOURA, 1986, p. 9), é através da relação que se dá entre os elementos que poderíamos chamar de propriamente urbanos, como a prestação de serviços de saúde, que conseguiríamos discorrer sobre os contatos das populações rurais. Mas não é só isso. Quando um corpo de profissionais especializados no cuidado à saúde se insere no meio rural, outras relações emergem, caracterizando novamente a face do rural, ou do “novo rural”.

Nesta ótica, para não perdermos de vistas as ligações realizadas em torno do rural

8 Por exemplo, como se daria a distinção entre rural e urbano em municípios com menos de 20 mil habitantes, entre 20 e 50 mil, entre 50 e 100 mil ou em municípios com mais de 100 mil habitantes, senão pela própria configuração regional?

e do urbano, não devemos dar um rótulo ao objeto de estudo, deixando que ele se apresente. Por enquanto daremos apenas a denominação “população rural” aos moradores de áreas rurais para, nesta perspectiva, questionar o acesso aos serviços de saúde.

A expansão do Sistema Único de Saúde (SUS) proporciona a inclusão de inúmeros setores da sociedade em seus serviços e, em especial, a Atenção Básica à Saúde revela as particularidades desta inclusão e da cobertura da população pelo SUS. A descentralização da gestão dos programas da Atenção Básica permite aos gestores municipais organizar os recursos do SUS de acordo com a configuração local. Desse modo, os recursos disponibilizados são alocados a partir das diretrizes em que se preconizam a demanda pela saúde. As prerrogativas da Atenção Básica a Saúde detêm-se sobre quatro princípios: universalidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade, priorizando a acessibilidade ao sistema, a coordenação do cuidado, a manutenção de vínculo com os usuários e da continuidade das ações de saúde, da responsabilização de todos os participantes nos processos de saúde, da humanização do tratamento e da equidade do acesso. Em que roque a participação dos usuários na configuração dos serviços de saúde, por meio principalmente do conselho de saúde, esta ação se torna pouco praticada pelos usuários, demandando pelo serviço de saúde apenas pelo atendimento biomédico, por vezes reclamando sobre os mesmos serviços com outros usuários, mas não atuando objetivamente a favor de seus interesses.

Se a participação dos usuários não se realiza plenamente no Conselho Municipal de Saúde, a efetiva atuação deles ocorre somente na Unidade Básica de Saúde ou na Secretaria Municipal de Saúde⁹, questionando a falta de profissionais ou de medicamentos, reclamando das dificuldades de conseguir recursos para o tratamento. Por outro lado, as ações decorrentes destas reclamações surtem poucos efeitos imediatos, frustrando as expectativas dos usuários. O “susto”, como alguns usuários chamam o SUS, também se torna algo glorificado, especialmente nas conversas entre os usuários quando dizem que fazem tratamento de média complexidade sem pagar “um centavo” pelo mesmo, ou quando passam a receber gratuitamente os medicamentos que antes tinham que comprar. Esta ótica do sistema aparece quando o usuário é encaminhado para outros tratamentos, após ter passado pelo atendimento na UBS. Cabe ressaltar que os programas de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família pouco tomam o discurso dos usuários, respaldando apenas uma faceta do atendimento no posto de saúde.

⁹ Nos municípios de Santa Maria do Suaçuí e Bicas ocorre na Secretaria de Saúde a autorização para realizar tratamento fora do domicílio (TFD) e o agendamento de consulta pelos Consórcios Intermunicipais de Saúde. Tornam-se locais onde há intensa circulação de pessoas com “problemas de saúde”.

Embora os programas supracitados não sejam objeto de discurso dos usuários, tais programas são sentidos no cotidiano da comunidade assistida, relevando a passagem rápida ao posto de saúde para resoluções de problemas gerais, para pedir ao agente de saúde que visite uma pessoa, para pegar medicamentos, ou marcar consulta. Decorrente da relação dos profissionais da saúde com os usuários e pela própria configuração dos programas de atenção básica à saúde, os usuários passam a ter acesso diferenciado ao sistema público de saúde. É no seio dos programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Saúde da Família (PSF) que os atendimentos são realizados acolhendo a demanda pelo atendimento na unidade básica de saúde e na sua inversão¹⁰ com o atendimento sendo realizado no domicílio do usuário.

Dentre os desafios da estruturação do novo modelo de atenção à saúde cabe relatar as prerrogativas de: construção da equidade; definição das necessidades da população; efetivação do caráter de porta de entrada dos serviços de atenção básica; e da reestruturação dos programas e projetos federais especiais. Segundo o relatório do Conselho Nacional de Saúde (CNS), “a construção da equidade na área de saúde consiste, [...] em investir na oferta de serviços para os grupos populacionais com acesso e utilização insuficientes, [...] sem reprimir a demanda de serviços necessários a segmentos que já têm o acesso garantido” (BRASIL, 2003, p. 22). Neste ponto o acesso aos serviços de saúde teria como predominância a Atenção Básica, podendo ocorrer também, mas de forma minoritária, nos ambulatórios de média complexidade e nos serviços de urgência. “Este desafio tem precedência sobre os demais, por se constituir no princípio e no objetivo estratégico central, que perpassa os outros desafios, tornando-se estratégia para a Universalidade e aumento da eficácia do sistema” (BRASIL, 2003, p. 22).

De acordo com este relatório do CNS, para que se garanta o acesso aos serviços de saúde necessita-se adequar a oferta destes serviços ao perfil da população coberta. Estes serviços devem ser pautados pela diversidade regional e microrregional, promovendo ações intersetoriais, de atenção aos segmentos populacionais sob risco e de recuperação da saúde. Para compor o perfil da população não basta se pautar apenas nas informações epidemiológicas, mas sim canalizar a demanda dos usuários nas instâncias gestoras municipais e regionais, como também nos conselhos de saúde vigentes, e, desse modo, assegurar a representação da demanda da população.

Ainda segundo consta no relatório do Conselho Nacional de Saúde,

¹⁰ Nesta inversão do atendimento, os profissionais passam a atender os usuários em seu domicílio. Neste momento parte dos usuários aguardam a visita do agente de saúde ou do médico, enquanto outros evitam encontrar com aqueles profissionais.

é condição imprescindível, [...] que se resguarde o direito de cidadania do acesso aos serviços de saúde, dentro da lógica que leve em conta as diretrizes da Universalidade, Equidade e Integralidade, mediante a expansão de ações passíveis de serem realizadas tão somente a partir dos serviços de Atenção Básica à Saúde. É neste espaço estratégico e privilegiado de porta de entrada que o novo modelo de atenção à saúde deve incorporar e construir a responsabilidade sanitária, não somente através da sua territorialização, mas da adscrição de clientela, do acolhimento e vínculo (BRASIL, 2003, p. 27).

Os acessos aos serviços de saúde são, deste modo, entendidos como a entrada dos usuários no sistema público de saúde, permanecendo acessível durante o tratamento nas três esferas, na atenção básica, no tratamento de média complexidade e de alta complexidade, além do exercício do controle sobre o quadro epidemiológico e da participação dos atores na melhoria dos serviços de saúde. Entretanto, procuramos nos deter sobre alguns pontos do acesso à saúde, especificamente na correlação da entrada nos serviços de atenção básica à saúde e na formação dos vínculos entre os profissionais e a comunidade assistida.

2.2 - Desenvolvimentos do campo

Percebemos, através e pelo acesso, um modo diferenciado de se abordar a população. Ao se tratar do acesso, pudemos supor três formas: o “acesso pontual”, o “acesso prolongado” e o “acesso intermitente”. Assim definimos estes tipos de acesso de acordo com a realização de contatos, neste caso, através das relações sociais sobrecarregadas de cuidado. Partimos da relação entre os usuários e a equipe de saúde para dar alguns possíveis significados para o acesso: (1) o acesso pontual pode ser entendido como aquele localizado em um momento com determinado período de duração (a entrada propriamente dita nos serviços de saúde). Difere do (2) acesso prolongado pelo lapso temporal que os separa e pela continuidade do tratamento, tendo no (3) acesso intermitente um período de contatos alternados. Focalizamos, pela pesquisa de campo, o acesso pontual como aqueles contatos entre usuários e equipe de saúde, vistos principalmente como primeiros contatos, por exemplo, quando ocorre uma consulta médica, ou quando a demanda pelo atendimento médico é propriamente atendida. Nesta ordem, seguem o acesso intermitente no qual o retorno é incerto ou flutuante, visto nos contatos esporádicos entre os usuários e profissionais da saúde. O acesso prolongado se configura nos contatos recorrentes, nos quais há acompanhamento e é exercido mais detidamente o controle sobre o tratamento da doença ou aflição.

De outra forma, o acesso pode ser entendido como o “encontro” entre os atores sociais. Partindo da análise do “encontro”, pudemos perceber o acesso como disposição sócio-espacial para a interação entre os atores sociais. Assim, se configura o local do encontro como meio propício para o desenrolar dos processos tais como o de tratamento e cura, e do próprio cuidado à saúde¹¹. Para entender o encontro entre os atores sociais, no caso deste estudo, é preciso distinguir o encontro no local de atendimento médico do encontro no local de residência do paciente. E desta distinção cabe observar a superação da distância por uma ou outra forma de acesso, seja direcionado dos profissionais para os usuários ou destes para aqueles.

Ao problematizar o acesso, focamos a distância com múltiplos significados. Trata-se de abordar a distância como uma relação sócio-espacial e de sentido metafórico. Desse modo o significado da distância pode revelar uma lógica do espaço, tratado como a distância geográfica entre o usuário e o lócus dos serviços de saúde. Ainda assim a distância revela outra lógica, a lógica de sentido/significado, tratada como significação do significado pelos próprios atores sociais, além da possibilidade de associar a distância a uma lógica de afetos.

Pela observação e análise dos vínculos estabelecidos entre os atores sociais pudemos ver como se dava o contato entre a equipe de saúde e os usuários. Estes vínculos podem estar revestidos sob a prestação do serviço de saúde e, de outro modo, sob a égide dos afetos. Dessa maneira as práticas de cuidado se configuram como os vínculos estabelecidos na relação entre os atores sociais em que o tema da saúde seja o aporte, direto ou indireto, dos mesmos vínculos. É então pela relação de cuidado que os vínculos terapêuticos tomam forma.

Ao fazer a análise dos dados etnográficos percebemos a diferenciação entre duas formas de atendimento, operando conexões próprias em ambos, no atendimento médico localizado no espaço do posto de saúde, e na visita domiciliar localizada nas proximidades da residência dos usuários. Por estas conexões estabelecem-se os vínculos entre os usuários e a equipe de saúde.

Associar os enunciados sobre o cuidado e o acesso ao sistema público de saúde revela não somente os significados que se pode predizer sobre ambos, como se no meio rural a população tendesse a ter a condição de saúde pior que a população urbana ou como ressalta Paul Singer (1981):

é preciso lembrar que o capitalismo industrial criou condições inteiramente novas de vida para a maioria da população. Esta, enquanto estava no campo, produzia boa parte de sua subsistência diretamente, de modo que

¹¹ O encontro entre profissionais e usuários permeia conversas que vão além do cuidado biomédico, estabelecendo o que vamos chamar de vínculos afetivos.

difícilmente sucumbia à desnutrição crônica. O contato direto com a natureza e sua maior dispersão deveriam torná-las menos sujeita ao contágio e talvez mais resistente às epidemias. Era notório que, antes do surgimento do que se poderia denominar de SS (Serviços de Saúde) modernos, as condições de saúde no campo eram muito melhores do que nas cidades (p. 21-22).

Entretanto, não vemos a população rural como dependente ou subsidiária dos recursos propriamente urbanos, mas, de acordo com as próprias relações que se estabelecem, estes recursos se configuram como meios de potencialidades de ações para tratamento e cura. A relação entre urbano e rural se dá, para efetividade deste estudo, como meio possível de interação sócio-espacial não definido previamente, mas a partir dos encontros dos atores sociais.

Ao propormos um enfoque etnográfico no posto de saúde e no domicílio do usuário, prezamos por entender, a partir dos discursos dos atores, o que eles fazem a respeito de sua saúde e da de seus próximos. Expondo as próprias concepções e práticas dos “nativos”, dando voz aos seus enunciados e observando a atuação deles é que pudemos apreender e ordenar os significados do acesso e do cuidado à saúde. Para tanto, tomamos como referenciais as obras de Bruno Latour e Roy Wagner para ordenar e dar algum tipo de sentido para este recorte etnográfico e ainda para pensar o acesso e o cuidado como categorias de análise do objeto.

Com Bruno Latour (1994, 2003, 2006) atentamos para a formulação da “teoria ator rede” para explicitar as conexões diretas (intencionais) e indiretas (contextuais) entre unidades ou coletivos, tomando as conexões como fluxos embasados na troca de informações entre os coletivos. Segundo Latour (2003, p. 3), a “ANT is not a theory of the social, no more than it is a theory of the subject, or a theory of God, or a theory of nature. It is a theory of the space and fluids circulating in a non-modern situation” Deste modo, vê-se a composição dos “coletivos” tanto como sujeitos quanto objetos correntes na ação. E focar os elementos correntes na ação permitiria, segundo Roy Wagner (1981), descobrir os símbolos impregnados de significados que são sustentados pelos elementos na rede.

Ao nos deter sobre os elementos ligados à saúde, fazemos a mediação/tradução dos aspectos relevantes ao nosso estudo, tendo, portanto, dados relativos às concepções, aos referenciais, aos conceitos da população abordada no que tange ao seu cuidado. Por este aparato teórico mudamos nossa perspectiva da saúde em si, para as relações estabelecidas pelos atores sociais a partir do cuidado de si. Assim pensamos o cuidado de si conforme a asserção de Foucault:

pode-se caracterizar brevemente essa 'cultura de si' pelo fato de que a arte da existência [...] nela se encontra dominada pelo princípio segundo o qual é preciso 'ter cuidados consigo'; é esse princípio do cuidado de si que fundamenta a sua necessidade, comanda o seu desenvolvimento e organiza sua prática (FOUCAULT, 1985, p. 49).

Por meio da observação participante atentamos para a prática do cuidado e através desta prática atentamos para a forma de acesso. Deste modo perseguimos a propagação dos recursos de significados que integram o imaginário da comunidade assistida, correlacionando a partir dos atores sociais os significados que dão força aos símbolos significantes.

Para pensar o acesso e enunciar aqueles três modos, “acesso pontual”, “acesso prolongado” e “acesso intermitente”, falamos do acesso como o efetivo encontro. Nesta perspectiva, o encontro se dá entre os atores sociais em um espaço, e pelas relações que se dão neste espaço repercute-se a configuração do contexto do acesso e do atendimento médico. Ainda sim não nos cabe determinar o tipo de acesso pelo contexto no qual ele se dá, mas relevar os propiciadores do encontro, aquilo que dá força para que o encontro e o acesso se formem. Desse modo, são oportunas as proposições de Bruno Latour quando diz que a teoria ator rede (ANT) propicia olhar o movimento dos atores sociais, alegando também um jogo de força aos quase-objetos que “fazem fazer” (LATOUR, 2006). Quando atribuímos a UBS como o local do atendimento médico, explicitamos uma forma de acesso em que o usuário procura pelo atendimento. Há outra forma de acesso da população ao sistema público de saúde, exatamente no ponto em que a equipe de saúde realiza o atendimento no domicílio do usuário. Como nos lembra Latour, não se pode explicar os fatos pelo contexto em que eles se estabelecem, mas perseguir os elementos que agenciam a formação do contexto. Ainda com Latour (2006):

[...] on affirme que l'ordre social n'a rien de spécifique; qu'il n'existe aucune espèce de « dimension sociale », aucun « contexte social », aucun domaine distinct de la réalité auquel on pourrait coller l'étiquette « social » ou « société » (p. 13)

Ainda que as equipes de saúde realizem a inversão do acesso¹², alguns controles passam a ser exercidos, principalmente quando o acesso remete a outras visões do cuidado à saúde. Estas visões poderiam passar despercebidas se pensarmos somente no atendimento na UBS. A concepção de atendimento, a percepção do ambiente e o deslocamento entram em

12 Realizando o atendimento biomédico no domicílio do usuário.

cena nesta inversão do acesso. Em cada sucessão de eventos, novas conexões são realizadas pelos atores sociais. Nestas conexões são agenciados os elementos que compõe o ato, a passagem, a comunicação. De forma fortuita, os elementos são ligados, postos em ação. O agenciamento e enunciação dos elementos tomam consistência neste momento. O que passamos a chamar de “acesso prolongado” passa também a repercutir, a se dinamizar nestes momentos em que há a perpetuação, o acompanhamento, a superação da distância.

As conexões realizadas no que tange ao cuidado à saúde se modificam rapidamente, numa fluidez que tendenciamos a canalizar em um único discurso. São feitas as ligações considerando a saúde como foco principal, mesmo que para os atores sociais estas mesmas ligações possam parecer ora menos importante, ora como um desejo pleno, algo forte. São estas conexões que variam intensamente, ligando os atores aos meios de obter seus desejos. Por vezes a prática de cura se torna latente aos atores, provocando ações imediatas de auxílio, em que as pessoas próximas atendem o desejo por cuidado, auxiliando o desejante no alívio daquele sofrimento. Assim, as conexões acerca de saúde ligam os atores sociais numa cascata de eventos que perpassa o tema da saúde, relevando para os mais diversos elementos o papel de prestador de cuidados à saúde, desde os elementos ligados à natureza aos elementos humanos, formando coletivos que se mantêm e se dissolvem rapidamente.

A este enunciando não fogem os elementos que compõe o imaginário e as relações vividas pelos atores sociais. Para apreendermos estes enunciados podemos pensá-los como metáforas e observar as relações estabelecidas para que a metáfora tome forma. Desse modo trata-se de controlar a abordagem deste estudo pela análise das relações e dos significados do acesso e do cuidado à saúde. As relações entre os atores sociais são tomadas como conexões entre elementos encarregados de significados, que expressam meios de significação de um “tropo”¹³, constituindo as metáforas e dando sentido aos atos dos atores sociais. Ao se realizar o encontro entre os atores sociais a distância espacial entre eles estaria resolvida, configurando então o acesso (propriamente dito como acesso pontual). O acesso se torna a superação da distância, ligando em uma cascata de eventos as relações entre os atores sociais, repercutindo nas associações realizadas a partir de outros contextos em que se davam as mesmas relações e formando novas conexões “*en train de faire*”.

O acesso e o cuidado tomam novas forças significativas durante a interação entre os atores, possibilitando, como sugerido por Roy Wagner (1981), analisar o próprio significado dos símbolos em sua combinação. Benites (2007), lembrando a teoria da simbolização de Wagner, aponta a preocupação do autor com as associações entre os

13 Um sentido figurado, expressivo e inovativo (WAGNER, 1981, p. 7).

símbolos, em que

os símbolos não se relacionariam com nenhuma realidade externa a eles, mas somente com outros símbolos. Logo, nenhuma realidade guardaria qualquer tipo de externalidade em relação aos símbolos, pois estes não poderiam ser desconectados da percepção dela. O espaço em que os símbolos se relacionam-se uns com os outros, em combinação infinita, é denominado 'contexto'. Aqui encontramos o primado relacional da teoria do autor: a relação precede os termos relacionados. Por conseguinte, o significado só pode ser pensado em suas relações, em seu contexto, já que os símbolos só adquirem algum sentido quando relacionados entre si (1981, p. 118).

Desse modo os símbolos seriam carregados de significados, expressos nas palavras de Roy Wagner (1981):

communication and meaningful expression are carried an through the use of symbolic elements, words, images, gestures, or sequences of these. When isolated and viewed as 'things' in themselves, these elements seem to be merely arbitrary noises, patterns of light, or motions. [...] These elements are meaningful to us only through their *associations*, which they acquire through being associated with or opposed to one another in all sorts of *contexts*. Meaning is therefore a function of the ways in which we create and otherwise experience contexts (p. 37, grifos do autor).

Assim, atentamos para o uso do conceito de cuidado como uma metáfora para estabelecer os símbolos significantes das relações terapêuticas. Mesmo quando se utiliza a palavra (tropo), “cuidado” ou “cuidado à saúde”, pode-se remeter a outros significados do que o ato de cuidar, a atenção, precaução ou zelo¹⁴ dedicado a alguém ou a alguma coisa. Quando José Ricardo Ayres (2004) discute o cuidado como um “constructo filosófico”, ele distingue a sua análise do conceito dos demais enunciados sobre o cuidado, como daqueles que diz que é “um conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para o bom êxito de um certo tratamento [...], ou um conjunto de recursos e medidas terapêuticas, [...] ou procedimentos auxiliares que permitem efetivar a aplicação de uma terapêutica” (AYRES, 2004, p. 74). O cuidado como recurso terapêutico deixa em aberto a questão dos quase-objetos presentes na terapêutica. Ao utilizar o cuidado como metáfora, abrimos a perspectiva de olhar para os atores sociais e apreender os enunciados que eles produzem, o que se dá, conforme Bonnet e Tavares (2007), “quando um sujeito, seja usuário ou profissional de cuidado, está usando o tropo 'cuidado', necessariamente metaforiza o seu sentido”. Utilizamos o conceito de cuidado compreendendo este como um conceito amplo, integrando principalmente “as preocupações

14 Cuidado, in: AURÉLIO BUARQUE DE HOLANDA FERREIRA, 1975.

que se deva ter por si” (FOUCAULT, 1985, p. 50) e a formação e perpetuação de vínculos com o “outro”. Tomamos então o cuidado à saúde como um feixe complexo de vínculos com significados polifônicos.

Como nos lembra Latour, a análise sócio-espacial das relações entre os atores sociais possuem elementos imbricados em um jogo de forças. Mantêm-se relações ditas sociais em amplo sentido nos encontros entre profissionais e usuários do sistema público de saúde. Mas outros tipos de relações emergem para configurar o objeto de estudo, as quais, como critica Latour (2006), podemos perder de vista as relações que levam os atores sociais a fazerem o que fazem.

Ao propor outro olhar para as relações sociais, Bruno Latour (1994, 2000, 2006) desmistifica a sociologia como puramente a ciência do social. Em um limiar entre os pólos da natureza e da sociedade dar-se-ia a formação de um espaço em que os sujeitos e os objetos se conjugariam de forma peculiar. Latour (1994, 2000, 2006) não relega as tarefas que a sociologia do social tem executado, mas propõe outras tarefas com que a sociologia pode se deparar: dar conta dos fatos plenos de controvérsias. Atentando-nos às proposições de Latour, pudemos observar controvérsias pela delimitação do espaço urbano e rural: com a prestação de serviço de saúde; com a localização da Unidade Básica de Saúde; o deslocamento dos usuários e dos profissionais. Neste sentido, o acesso se torna ponto de questão também para os profissionais, como por exemplo, em Glucínio, quando a equipe de saúde é impedida de exercer sua atividade por não ter condições de chegar ao local de trabalho. Como em Santa Helena, pelos usuários, quando estes percorrem em um mesmo dia o trajeto de casa para a UBS, desta para o município sede, em seguida se dirigem para Juiz de Fora onde realizam exames de alta complexidade e retornam para a sua moradia em área rural. Tomar a prática biomédica como uniforme pode obscurecer a inserção dos profissionais em seu local de trabalho, a exemplo da dupla inserção do agente comunitário de saúde: membro da equipe e da comunidade.

Embora o movimento dos elementos sociotécnicos se dê de forma aleatória, eles podem adquirir certos sentidos para os atores sociais. É então através da observação dos encontros dos atores sociais que detenho o olhar sobre as práticas de cuidado, observando o cuidado como os vínculos que se estabelecem entre os mesmos atores. Atentamos para a metaforização da noção de cuidado, o que possibilita a troca de significados de um contexto para o outro (WAGNER, 1981). Neste caso, com a troca de “tropa” passa-se dos contextos nos quais os significados foram culturalmente constituídos para contextos em que se faz uso do mesmo “tropa”, convencionalizando ou diferenciando os significados conforme se dá a relação. Benites (2007) atenta para a visão do contexto como espaço em que os símbolos

relacionam-se uns com os outros em combinação infinita.

Ao encontrar os atores sociais encarregados do atendimento básico à saúde pudemos ter uma visão abrangente dos meios oficiais de tratamento médico disponibilizados pelos municípios. Seguimos, então, como propõe Bruno Latour (2006), percorrer a rede, neste caso a “rede terapêutica”, através das conexões realizadas por cada elemento da rede. Pelo panorama que adquirimos desta rede terapêutica vimos certa temporalidade das atividades dos profissionais da saúde em que a permanência de médicos, enfermeiros, agentes de saúde entre outros profissionais, possibilita diferentes modos de se ter atenção à própria aflição. Veremos então como podemos agenciar e enunciar os elementos que compõe a rede terapêutica.

2.3 - A assistência à saúde nos municípios de Santa Maria do Suaçuí e Bicas

Com a promoção de políticas públicas pelo Ministério da Saúde que visam o acesso e a assistência à saúde para todos os indivíduos, reforça-se a prerrogativa da saúde como um direito da população e um dever do Estado. Entretanto, quando observamos as populações que vivem em áreas rurais, nós podemos questionar a disponibilidade dos serviços públicos tais como o de saúde. Após a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF) na década de 90, o acesso aos serviços de saúde se estende de forma considerável a amplas parcelas da população brasileira. Mais que reforçar um direito, a proposta de atuação para a Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) perpassa concepções de atendimento, priorizando o atendimento humanizado aos usuários do SUS, a integralidade dos mesmos, a universalidade do acesso e a participação da comunidade e da família nos processos de saúde e doença.

Decorrente destas políticas públicas, o acesso aos serviços de saúde se estende repercutindo de diferentes maneiras entre os usuários e profissionais do sistema público de saúde. Tanto pelo tipo de acesso quanto à forma da prestação do serviço. Ao observar a ordem municipal de gestão dos programas de Atenção Básica à Saúde, em especial Programa Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, notamos a forma de alocar os recursos destes dois programas de maneira distinta, agregando o corpo profissional da saúde em locais específicos. Detenhamo-nos, então, ao panorama da assistência à saúde em Santa Maria do Suaçuí e Bicas antes de passarmos para a análise do campo etnográfico.

2.3.1 - Santa Maria do Suaçuí/Glucínio

Em Santa Maria do Suaçuí o PSF está alocado nos distritos de Glucínio e Poaia, cobrindo ainda o povoado de Brejo de Minas, enquanto o PACS está presente em todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município. Cada UBS possui um corpo de profissionais, compondo basicamente de auxiliares de administração (atendente, faxineira, chefe do posto) e equipe médica (auxiliares de enfermagem, agentes comunitários, dentista, enfermeiro, médico). Tomamos, para este estudo, a equipe médica como aquele corpo de profissionais que atuam mais detidamente na prática terapêutica, sejam eles os médicos, enfermeiros, auxiliares e agentes de saúde.

Os médicos e dentistas normalmente transitam entre as unidades básicas, enquanto que os demais membros da equipe médica realizam seu trabalho em um único posto de saúde. Os agentes comunitários possuem uma UBS de referência, pela qual o agente se torna responsável por parte da cobertura populacional cadastrada naquela unidade. Dentre as UBS's varia bastante o número de pessoas cadastradas como usuários, variando mais ainda a área de cobertura de cada UBS, cobrindo tanto população rural quanto urbana. Na Unidade Básica de Saúde (ou posto de saúde, como é chamado localmente) procura-se atender somente os residentes da área de cobertura de cada UBS. São cinco os postos de saúde no município, três na cidade sede: Posto Central, Unidade Básica de Saúde Carlos Chagas, UBS Padre Luiz, UBS São José; e duas nos distritos: UBS de Glucínio e UBS de Poaia. No povoado de Brejo de Minas há atendimento médico em uma sala da escola municipal, não possuindo ainda local próprio para atendimento médico. Os postos de saúde possuem um padrão de funcionamento, abrindo às sete da manhã e fechando às cinco da tarde. Em cada UBS há um enfermeiro chefe, responsável pela organização do posto. Em todos os postos de saúde do município há consultas médicas, são realizadas vacinações e atendimento odontológico, enquanto que no Posto Central são realizados ainda exames preventivos, serviços de médicos especialistas, de psicologia, fonoaudiologia e laboratório de análises clínicas.

As unidades básicas de saúde São José, Carlos Chagas, UBS de Glucínio e Poaia foram construídas recentemente, permanecendo o Posto Central como o mais antigo da cidade. Pela estrutura física deste posto, algumas atividades como a organização de grupos de hipertensos e diabéticos não é realizada, ainda que seja realizada, neste posto, a promoção dos programas de controle da hanseníase e tuberculose além do programa de suplementação alimentar. No Posto Central são realizados ainda exames específicos para a saúde da mulher, como exames preventivos, papanicolau, ultra-som e mamografia.

Embora o Programa Saúde da Família esteja presente de forma contínua em dois postos de saúde, sejam eles os postos de Glucínio e Poaia, os demais postos apresentam atividades bastante similares. Quase se torna imperceptível a existência do programa para a população atendida. Parte dos médicos que atendem nos postos de saúde são contratados para trabalhar em turno reduzido, atendendo somente em alguns postos em dias específicos. Outros trabalham na maior parte dos postos, alternando com os demais profissionais os dias de atendimento em cada posto de saúde. Deste modo, em alguns postos não ocorre atendimento médico em certos dias da semana.

Quando não está disponível o atendimento médico, normalmente os enfermeiros e agentes de saúde orientam o paciente atentando aos cuidados que este deva tomar e, caso necessite de urgência de atendimento, o usuário é então encaminhado ao auxílio médico mais próximo. O horário do atendimento médico se restringe ao número de consultas que realiza por turno, normalmente trinta consultas por dia, quinze de manhã e quinze à tarde. Nos distritos os médicos atendem duas vezes por semana em dois turnos, exceção em Brejo de Minas onde o atendimento é realizado uma vez por semana. Em alguns casos o atendimento é realizado somente em um turno, agregando no mesmo horário os pacientes marcados tanto para o turno da manhã quanto para o turno da tarde.

A frequência dos profissionais nos postos de saúde localizados nos distritos ocorre de diferentes maneiras. Trabalham diariamente uma auxiliar de enfermagem e alguns agentes comunitários de saúde. Os demais agentes vão à UBS para marcar consulta para algum usuário ou fazer o fechamento do mês¹⁵. Duas dentistas revezam os dias de atendimento, que ocorrem somente na parte da manhã. Os médicos e a enfermeira possuem uma frequência peculiar. O atendimento médico ocorre duas vezes por semana, cada médico atende então somente em um dia. Nos outros dias, os médicos atendem pelo sistema público de saúde no município, em outros distritos, enquanto a enfermeira acompanha alternadamente os dois médicos. Como a enfermeira chefe dos postos de saúde dos distritos de Poaia e Glucínio mora na cidade sede, ela não permanece em seu local de trabalho durante todo o expediente, ficando a cargo das auxiliares de enfermagem e de alguns agentes de saúde a responsabilidade de manter o posto em funcionamento.

Na Unidade Básica de Saúde de Glucínio são realizados, mensalmente, os grupos de hipertensos, diabéticos e de puericultura. Nestes dias a UBS apresenta grande público, não suportando a demanda espacial. Deste modo o ambiente da unidade se torna tumultuado,

¹⁵ Neste momento são atualizados os dados relativos à população coberta pelo agente de saúde, como nascidos e óbitos, vacinados, número de famílias cobertas, entre outros dados.

gerando impaciência nos usuários. Muitas vezes o tom alto das conversas impede a realização do trabalho do médico. Segundo a atendente do posto, em determinados dias o número de consultas é muito baixo, mas em alguns dias são realizadas mais de trinta consultas, principalmente no início do mês, quando ocorre a realização dos grupos de hiperdia (hipertensão/diabetes).

A frequência dos usuários à UBS também se dá de distintos modos. Há desde uma grande parte da população local que frequenta raramente até aqueles mais assíduos. Mesmo quando não há atendimento médico ou odontológico, há certa movimentação de usuários na Unidade Básica, seja para vacinação, para aferir a pressão ou pedir para marcar consulta. O público¹⁶ que busca atenção médica apresenta diversos tipos de demandas, desde o tratamento de doenças até pedidos de aferimento da pressão/glicemia ou pedidos de atestado médico, sendo o mais procurado o atendimento dos médicos ou das dentistas. Os demais usuários procuram a UBS para marcar consulta, para renovar a receita médica para compra de remédios ou para retirá-los gratuitamente na farmácia da prefeitura. A maior parte do público dos postos de saúde é composta por idosos, seguidos por mulheres jovens, acima de treze anos. Ao serem atendidos, os usuários passam por alguns procedimentos antes da consulta. São registradas informações dos usuários acerca do peso, pressão arterial, medicação que está tomando e queixas recentes, além de serem atualizadas as informações que constam na ficha familiar dos usuários.

O cadastro dos usuários é feito embasado na organização familiar, e são identificados o chefe da família, os demais membros, idade, sexo, grau de alfabetização, ocupação, doença ou condição referida, como, por exemplo, se tem algum membro da família acamado ou com doença grave. São questionados também a situação da moradia da família, as condições de saneamento, a renda familiar, os óbitos e nascimentos recentes. Durante a confecção da ficha de cadastro a família é questionada também sobre seus hábitos referentes ao cuidado à saúde, tais como: em caso de doença a quem recorre, a participação em grupos comunitários, meios de comunicação e transporte que mais utiliza.

No dia da realização da consulta o usuário estabelece um vínculo com o ambiente, passando por diversas etapas até atingir o fim almejado. Normalmente ele se apresenta ao responsável pelo atendimento, que o encaminha para o atendimento médico ou odontológico. Antes do encaminhamento alguns pacientes são pesados e lhes é medida a pressão arterial, geralmente daqueles que demoram cerca de um mês ou mais para retornarem ao posto de

¹⁶ Tomamos a idéia de “público” de Gabriel Tarde (2005) quando diz ser um público aquelas mentes que consoam uma vontade ou opinião.

saúde. Esta técnica é utilizada de forma intensiva durante a realização do grupo de hipertensos e diabéticos. Nesta ocasião todos os participantes do grupo passam por uma sessão de questionamentos, dentre os quais sobre o que vêm sentindo em relação à aflição, quais remédios estão tomando, se tem tomado os remédios conforme a receita do médico. Após a consulta, os usuários renovam a receita médica e pegam os remédios distribuídos no próprio posto ou na farmácia da prefeitura.

Observando a realização das atividades propostas pelos programas de saúde atuantes no município, pudemos ver onde se concentram as atividades referentes à saúde. Além das UBS's, na cidade existe um hospital filantrópico com serviço de pronto-atendimento e internação, o “Hospital Santa Maria Eterna”. O hospital recebe pacientes da própria cidade e da região, em casos de emergência e urgência, além de oferecer consultas de especialidades médicas e exame de Raio-X. A cidade possui ainda, diversas clínicas médicas, odontológicas, fisioterapêuticas, serviços de laboratório de análises clínicas, entre outros, que possuem atendimento público (subsidiado pela prefeitura e/ou SUS), atendimento privado e conveniado. Existem inúmeras farmácias, além da farmácia da prefeitura. O município de Santa Maria do Suaçuí participa do consórcio intermunicipal de saúde (CISVAS), conjuntamente com alguns dos municípios do Vale do Suaçuí. Esse consórcio oferece serviços de especialidades médicas como cardiologia, oncologia, ginecologia, pediatria, entre outras. Os pedidos de encaminhamento para tratamento fora do domicílio (TFD) são realizados na sala da secretaria municipal de saúde, sendo o local, ainda, considerado como centro de referência para os programas de saúde federais e estaduais.

A perpetuação cotidiana dos serviços de saúde proposta com a implantação dos programas de saúde do município pode ser descrita da seguinte forma: ela perpassa a secretaria e o conselho municipal de saúde, órgãos gestores locais, os postos ou unidades básicas, hospital local e hospitais de cidades vizinhas, pelos consórcios de saúde promovidos pelos municípios e pelo estado. Em cada cenário pudemos encontrar os atores sociais envolvidos diretamente (intensivamente) na rede de saúde. Entre estes, parte não atua na atividade de curar, mas possibilita a realização do atendimento, seja médico ou administrativo. Os questionamentos sobre o acesso à saúde e sobre a intervenção dos profissionais da saúde, bem como das estratégias adotadas por usuários e profissionais nos levam a olhar mais detidamente sobre a propagação de redes de assistência ou de cuidado. Observando a prática em saúde como um fluxo, as ações tanto dos profissionais quanto dos usuários podem demonstrar os elementos mediadores de tal prática, variando então as conexões entre os elementos na forma de *plug-ins* (LATOUR, 2006).

2.3.2 - Bicas/Santa Helena

No município de Bicas os Programas de Atenção Básica à Saúde cobrem 100% da população, excetuando a efetiva cobertura àquelas pessoas que possuem plano de saúde, embora vez ou outra estas pessoas recorram ao atendimento disponibilizado pela prefeitura¹⁷. Existem cinco Programas de Saúde da Família, dois cobrem áreas rurais: PSF Sudoeste (quadra do HV) e PSF Oeste (campo do Leopoldina), os dois estão sediados em Unidades Básicas de Saúde na área urbana. Há uma UBS no povoado de Santa Helena, este povoado possui cobertura do PSF Sudoeste.

Nas UBS's da quadra do HV e de Santa Helena há atendimento médico programado e abertura de vagas para demanda espontânea. As ações desenvolvidas nas UBS's são: pré-natal, grupo de gestantes e saúde da mulher, atenção ao idoso e criança, grupo de hiperdia (hipertensão e diabetes), coleta de dados para o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e Bolsa Família, além de ações mensais como projetos de prevenção (tabagismo, alcoolismo, câncer de próstata e mama, entre outros). Ainda são realizados cursos de capacitação de agentes de saúde quando oportuno.

As Unidades Básicas de Saúde possuem um padrão de funcionamento, abrindo às 7 horas da manhã e fechando às 17 horas. A equipe de saúde conta com um médico, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e cerca de cinco agentes de saúde, além do pessoal encarregado da manutenção e limpeza do local. O PSF Sudoeste também chamado de “quadra do HV” está sediado em uma casa antiga alugada pela prefeitura. Ele estende a cobertura da área urbana ao seu entorno até a área rural circundante ao povoado de Santa Helena, onde está localizada a Unidade Básica de Saúde “Messias Bonoto Bolotari”. Esta foi inaugurada em julho de 2008, cobre cerca de 600 pessoas ou 180 famílias. No total, o PSF Sudoeste cobre 750 famílias totalizando cerca de 2500 pessoas.

Em Santa Helena o atendimento ocorre da seguinte maneira: demanda espontânea, mais consultas agendadas e visitas domiciliares (médico, ACS, técnica de enfermagem) ocorrem em dois dias na semana. A equipe de Santa Helena ainda não realiza grupos de controle (risco/doenças crônicas), algo próximo do grupo seria o agendamento de consultas para determinadas pessoas (atendimento preferencial), embora haja vontade por parte de todos da equipe de criar tais grupos. Neste caso parte da equipe propõe a realização dos grupos de

¹⁷ Em Santa Maria do Suaçuí a cobertura do PSF e PACS chega a 70% da população, segundo o secretário de saúde.

maneira peculiar, com foco mais voltado para o acolhimento dos usuários do que na doença em si. A equipe de saúde de Santa Helena é composta pelos médicos Luís (clínico geral, ginecologista, médico PSF); Dr. Rodrigo (clínico geral); Dra. Márcia (pediatra); pela técnica em enfermagem Meire; agente de saúde Andréia; e mais a atendente Cláudia; sendo a Luísa enfermeira responsável (lotada na UBS da quadra do HV).

A equipe possui a disponibilidade de veículo para realizar as vistas domiciliares, sendo esta disponibilidade em dias específicos, duas vezes por semana. A organização das visitas domiciliares possui alta variação, sendo que a agente de saúde procura realizar visitas todos os dias na parte da manhã, uma vez que em alguns dias ela auxilia o trabalho da enfermeira chefe na UBS da quadra do HV. A técnica em enfermagem permanece parte do expediente na UBS de Santa Helena e realiza as visitas em horários oportunos. O médico sempre faz visitas acompanhado pela agente de saúde e pela técnica, quando é baixa a demanda por atendimento na UBS. Quando não há demanda ou quando termina mais cedo o atendimento na UBS (atendimento, vacinação ou coleta de sangue), a agente de saúde e a técnica em enfermagem realizam visitas domiciliares em conjunto.

Estes contextos, tanto em Santa Maria do Suaçuí quanto em Bicas, se formam proporcionando algumas particularidades do cuidado à saúde, revestindo também a forma de acesso da população rural aos serviços de saúde. É sobre este ponto que iremos debater a seguir.

3 - TERRA E SAÚDE: A PRODUÇÃO DO SIGNIFICADO DE SAÚDE ENTRE A POPULAÇÃO RURAL

3.1 - Percepções da saúde e doença

Pensando sobre os processos de saúde e doença da população analisada, pudemos perceber a disparidade das concepções de cuidado através, principalmente, do modelo biomédico¹⁸. Pela relação com o ambiente de trabalho ou moradia, a população rural apresenta aflições próprias e possui uma gama de recursos que possibilita a compreensão de sua aflição, direcionando então algumas formas de concepção do cuidado. No discurso de um médico notamos:

os problemas (de saúde da população) mais freqüentes são de verminose, tem o contato direto com a terra, muitos não tem água tratada, não tem saneamento básico. Os idosos tem mais problemas de pressão alta, de diabetes, doenças da idade como osteoporose, entre outros problemas de saúde. Na parte infantil tem mais casos de verminoses, anemia, desnutrição, apesar de já diminuiu muito com a parte de assistência médica. (Mateus¹⁹, 50 anos, médico de Santa Maria do Suaçuí)

No depoimento de uma moradora da área rural percebemos disparidades e correlações com o discurso médico:

Eu sinto muito dor na coluna, dor no corpo, sabe? Tô descaderada, trabalhando demais. O Martim (marido) é que tem uns problemas de verme, inflamação na perna, de xistose, fica andando descalço e pegou verme de égua, pisou na urina da égua, aí dá uns vermes, [...] fica bebendo água do rio, aí dá verme mesmo. Mas o meu problema é de pressão alta. Quando sinto ela alta, aí descanso um pouco que ela volta, nesse calorão que dá... outro dia achei que ia morrer mesmo, parecia que meu coração ia voar, de tão ruim que eu tava. [...] Nunca tomei remédio pra pressão não, eu tomo é suco, ele (marido) faz suco pra mim, suco de laranja, maracujá, de goiaba... O médico falou que é bom tomar líquido mesmo, que é bom pra pressão. (Chiquita, 35 anos, moradora da zona rural de Santa Maria do Suaçuí)

A terra se torna um elemento essencial para a configuração da doença, seja ela

18 Tomamos o modelo biomédico como saber convencional sobre os discursos da saúde e dos cuidados que se deva ter para si.

19 Os nomes são fictícios.

verminose, “xistose” ou inflamação na perna. Algumas condições, como não possuir água tratada ou “calorão”, agem como potenciadores na transmissão dos agentes de afecção, afetando, também, o sentido dado à doença. Surgem algumas causas de doenças: “ficar bebendo água do rio” e “ficar andando descalço”, além do “contato direto com a terra” e da falta de saneamento básico. Os agentes mediadores da doença se apresentam compondo classificações de acordo com as variações dos males. Desse modo, casos de verminoses, anemia, diabetes e pressão alta (hipertensão) são doenças potencializadas pela idade, podendo a doença ocorrer em faixas de idades variadas, como atesta o caso da Chiquita. Ela relata os “problemas de verme” do marido, ressalta as dores que sente, e expõe o problema da pressão alta, mesmo não tomando nenhum medicamento, mas utilizando outro recurso para controlar a pressão. Ainda no caso de Chiquita vemos a referência do acesso aos serviços de saúde:

eu quase não vou no posto não, só quando eu estou ruim mesmo, por qualquer coisinha eu não vou não. É longe demais também, né. Quando o cachorro (do vizinho) me mordeu, eu só fui consultar quando tava ruim mesmo, se eu não piorasse num ia consultar não. Minha perna inchou que ficou uma maior que a outra, o doutor Geraldo me passou um remédio, aí sarou, mas eu fiquei sentindo, daí uns dias formou uma 'brotada' assim e minha perna inchou toda, mas eu não fui no posto não, deixei pra lá, vai ver que sara. Quando eu tava vendendo uns negócios na rua, umas moças (do posto de saúde) 'falou' “vem cá pra eu dar uma olhada nessa perna sua porque está uma maior que a outra”, [...] aí consultei com o dr. Mateus e ele me passou cinco injeções de bezentacil, pra tomar toda semana, porque o cachorro estava contaminado, cachorro de roça sabe, só come porcaria, e minha perna tava contaminada por dentro, tinha sarado por fora mas tava ruim por dentro. Depois das injeções sarou tudo mesmo. [...] Mesmo com a perna inchada eu tinha que ir toda semana na rua pra tomar as injeções. (Chiquita, 35 anos, moradora zona rural de Santa Maria do Suaçuí)

Por este relato fundem-se acesso e cuidado. Não há necessidade de ir ao posto de saúde a não ser quando o estado de saúde se agrava. Ainda que ações para o cuidado sejam deliberadamente tomadas por Chiquita, consultando o médico ou deixando de ir ao posto de saúde, o próprio sistema canaliza as ações dos usuários trazendo-os para o cuidado biomédico. Neste momento entram em cena a perspicácia dos agentes de saúde ao trazer os usuários para seus meios de cura para a aflição. Tanto que Chiquita ainda se lembra de ter que ir semanalmente tomar a medicação indicada no posto de saúde.

Desde os que requerem pouca atenção aos que requerem uma atenção maior²⁰, perpassa por estes requerentes uma forma singular de cuidado com a saúde, como no caso de

20 Atenção expressa corporalmente através da aflição. Ex.: fadiga, dificuldade de locomoção e/ou inflamação nos membros do corpo.

Chiquita, quando esta diz que não retornou ao médico, mesmo sentindo dores, só tendo retornado quando agentes de saúde pediram-lhe para averiguar a inflamação na perna. Neste encontro estabeleceram-se os procedimentos para o tratamento da aflição, possibilitando novas formulações de cuidado mediante a visita semanal ao posto de saúde. Conceber as maneiras de cuidar da própria saúde e também de terceiros requer algumas formas de produção destes significados, destes modos de cuidar. As discrepâncias das formulações nesta forma de pensar a saúde se tornam tão cotidianas como as atividades do cuidar. Ter que ir com certa frequência ao posto de saúde possibilita um tratamento diferente de um tratamento feito indo “quase nunca” ao mesmo posto. Para quem procura pouco o atendimento biomédico, ir com frequência maior ao posto de saúde permite ter um cuidado prolongado, tendo um acompanhamento específico do tratamento da aflição por um maior período de tempo.

No caso relatado, Chiquita demonstra um receio em atender o pedido das agentes de saúde, priorizando a venda de suas mercadorias ao invés de tratar das dores na perna, mas por causa da insistência das agentes de saúde ela cede sua posição e é então encaminhada ao consultório. Ao receber o diagnóstico do médico²¹, ela segue a prescrição do tratamento recuperando uma condição saudável.

As ligações realizadas pelo contato entre profissionais e usuários permeiam os modos de percepção do cuidado, repercutindo também na percepção do estado de saúde da população. As relações estabelecidas neste contato permitem a concepção do cuidado pela significância da “carência”. Em Bicas, observando o encontro entre a equipe de saúde e os usuários do povoado de Santa Helena, podem ser notadas algumas diferenciações entre cuidado, o acesso e a assistência à saúde.

A agente de saúde diz que os moradores do local tem um estado de saúde bom, os casos de doenças crônicas estão bem controlados e a população responde bem ao tratamento passado pelos médicos.

Acho a saúde deles muito boa, bem, a assistência tem, acho que eles são mais é carentes mesmo. Igual você percebe na visita, eles gostam mais de conversar, tem gente quem nem vem falar sobre medicamento, sobre doença, alguns querem é conversar, falar sobre algum assunto, tem carência mesmo é de contato com as pessoas. Porque assistência tem, médico tem. (Andréia, ACS, 28 anos. Santa Helena)

Nota-se o enunciado da carência como falta, não mais como falta de serviços de

²¹ O médico pelo qual ela gosta de ser atendida, um “bom médico” como ela mesma diz. Nota-se discursos entre os usuários de que certos médicos são bons, enquanto outros “não sabem nada”. Nestes discursos, eleva-se o caráter atencioso do médico para enquadrá-lo como bom ou ruim.

saúde uma vez que “assistência tem”, mas de contato com outras pessoas. Por sua vez, a auxiliar em enfermagem pondera, em uma fala entre a doença e a carência:

eu vejo que há bastante hipertenso, e bastante diabéticos, os demais eu acho que vem atrás de uma palavra de carinho, de escutar um pouquinho, mais é isso aqui. Boa parte da carência da população mais é por isso do que pela doença mesmo. (Meire, auxiliar de enfermagem, 29 anos. Santa Helena)

Falando de maneira mais específica sobre a saúde da população o médico ressalta: “*eu não acho de todo ruim, o problema maior da população rural é o deslocamento. Mais precisamente o problema da população rural é o acesso*” (Luís, médico, 40 anos. Santa Helena). O acesso aos meios de cuidado à saúde se faz no cotidiano, é neste plano que os atos ocorrem, relegando ao mesmo plano o cuidado à saúde. A carência²² se dá mesmo pelo acesso aos serviços de saúde. O quadro clínico da população apresenta como principais males o par hipertensão/diabetes, associados à carência, além de ter o deslocamento como agravante. O médico de Bicas pondera sobre as formas de acesso aos recursos terapêuticos e suas inerentes dificuldades:

por exemplo, eles vêm marcar consulta, marca consulta para sete horas da manhã, não consegue chegar aqui às sete, vão chegar às oito ou nove e já acabou a ficha de consulta. Por isso que eu falo nos meus plantões, paciente gestante e de área rural não podem voltar. Por exemplo, a pessoa marca uma consulta pelo SUS lá em Juiz de Fora, não chegou a tempo, dane-se! Não vai marcar mais. O maior problema deles é o deslocamento. Agora por ter menos acesso as coisas do que os outro não, é a mesma coisa. O quadro clínico vai alterar porque as vezes ele não consegue marcar consulta, você pode pegar o paciente da área rural, ele pode ter uma tendência a chegar no posto um pouco mais grave do que o da área urbana sim. Porque ele vem várias vezes, não consegue marcar, vai adiando, adiando, a doença dele fica mais aguda do que os da cidade, isto eu acho possível acontecer sim. Com relação ao tratamento, a mesma coisa: só pega remédio de sete às oito, ele não consegue chegar às oito e aí? Aqui não tem muito disto não, mas acho que eles sempre vão ficar prejudicados em relação à distância sim, do deslocamento. Quando ele tá passando mal por exemplo, uma coisa é você atender o cara assim que ele chega, agora passou mal, ele não tem carro, tem que ir à pé até o vizinho, o vizinho não tá em casa, tem que ir lá no outro, aí ele chega depois do infarto depois de duas horas. Depois de duas horas, o prognóstico é completamente diferente. (Luís, médico, 40 anos. Santa Helena)

Seguindo esta linha a Márcia, médica pediatra, ressalta que a população tem mais carência de atenção, ela percebe que muitos adultos são tratados com desdém e que procuram o médico mais para conversar. Ela também não nota muita diferença da saúde da população

²² A carência aparece como um ponto de inflexão tanto para a equipe quanto para os usuários, problematizar-se este ponto mais adiante.

rural e urbana, “ambos tem acesso facilitado ainda mais com a oportunidade dos meios de transporte. Mas o tipo de alimentação de ambas as populações é diferente, a rural tem mais contato com alimentos saudáveis” (Márcia, médica pediatra, 43 anos. Santa Helena).

3.2 - Obstáculos que ligam: a superação da distância e a emergência da carência

O acesso aos serviços de saúde poder ter como obstáculos a distância, a indisponibilidade de recursos terapêuticos e até mesmo a falta de contato com outras pessoas²³. A assistência à saúde se expande e altera o perfil nosológico da população. Segundo a agente de saúde de Santa Helena, os casos de doenças crônicas na sua área de cobertura estão controlados, diz que as pessoas respondem bem ao tratamento, apesar de haverem diversos casos de hipertensão e diabetes. Mesmo com certo controle sobre o quadro clínico da população, alguns males escapam deste controle, como, por exemplo, as doenças degenerativas ou o alcoolismo. Por outro lado, há resistência por parte dos usuários em ir ao posto ou receber o atendimento da equipe de saúde. Ainda assim, certos casos relacionados a doenças crônicas fogem do controle da equipe de saúde:

tem um caso de uma pessoa que é diabética, toma insulina, não vem ao médico, não mede a glicemia, não gosta que a gente vai na casa dele, é tudo na dele, fica em casa mesmo, já chegou no ponto crítico de cortar um dedo do pé, mesmo assim ele não conscientizou da gravidade do negócio. (Andréia, 28 anos, ACS, Santa Helena)

Como preconiza a equipe de saúde, os portadores de diabetes devem controlar a taxa de glicemia e, quando necessário, devem tomar insulina, mantendo o controle da diabetes principalmente pelos hábitos alimentares. A não observância destes procedimentos pode levar a casos como o do usuário citado pela Agente de Saúde, como a amputação de membros. Os cuidados, como os procedimentos para tratamento da diabetes, são orientados pelos médicos e enfermeiros e reforçados pelos demais membros da equipe de saúde. Durante as visitas, em domicílio ou no posto de saúde, a equipe pergunta aos usuários quais medicamentos estão sendo tomados, se estão fazendo controle da hipertensão ou diabetes e utilizando os equipamentos para aferir os dados da doença. A promoção da saúde encontra obstáculo quando os próprios usuários não aceitam o atendimento médico, mesmo quando a equipe de saúde o atende em domicílio. A inversão do acesso ocorre neste momento, invertendo também

23 Sejam essas pessoas propriamente cuidadoras ou intermediárias do cuidado biomédico.

a perspectiva do atendimento médico, possibilitando outra forma de cuidar, mas afetiva. Mesmo que a equipe controle a doença do usuário, o exercício deste tipo de controle sobre a doença revela, na relação entre profissionais e usuários, um jogo de afetos para tratar da carência de cuidados.

A carência se apresenta ligada ao estado de saúde, possibilitando alguns recursos para solucionar este problema. Se é na falta de cuidados médicos que se localiza a emergência da carência, os recursos que possibilitam sua diminuição são agenciados durante o atendimento. A carência pode estar expressa também naquelas pessoas que recusam o atendimento médico, que não vão ao posto de saúde ou que não aceitam receber os profissionais em casa. Esta carência de cuidados médicos se torna alvo de uma ação peculiar da equipe de saúde, agenciando o cuidado pela conversa. Após intervenção de um ou outro profissional, estes usuários acabam procurando pelo atendimento biomédico: *“sobre estas pessoas (que não querem ser atendidas) eu tento convencer, tem até uns assim que falam alguma coisa, não comigo, mas falam que não quer vir. Mas acabam vindo, falei com ele e veio direitinho”* (Meire, aux. enf., Santa Helena). Esta relação ao ser estabelecida possibilita uma gama vasta de afetos: desde mudança de postura do usuário decidindo ir ao posto fazer tratamento de sua aflição até a superação da distância. Importa aqui o modo como os profissionais abordam os usuários para que a carência se dissipe. A conversa com o usuário supera a distância, estabelece ligações afetivas e resulta na mudança de postura do mesmo. Como será observado a seguir, a visita da equipe de saúde estreita os laços com os usuários.

3.2.1 - Ligações positivas e negativas: a direção dos cuidados

O estabelecimento de laços entre os profissionais da saúde e usuários pode ser visto em um caso ocorrido no distrito de Glucínio, em Santa Maria do Suaçuí. Na ocasião, a equipe de saúde já havia encerrado o expediente, estavam todos dentro de um carro quando foram abordados por duas mulheres. Uma destas mulheres, com cerca de 30 anos, estava pedindo auxílio, no caso, uma licença (atestado) médica (o) com data para o dia seguinte. Ao ser questionada sobre os sintomas, a requerente alegava estar com dores na perna e na região da barriga, além de estar grávida de quatro meses. Dizia trabalhar como varredora de rua e que, devido às dores que sentia, não poderia trabalhar no dia seguinte (sexta-feira). Após tomar nota dos sintomas da mulher e de inferir-lhe sobre o acompanhamento pré-natal, o médico lhe negou a licença, alegando que gravidez não é doença, mas que era possível a adoção de alguns procedimentos para aliviar as dores que sentia nas pernas, embora não fosse

necessário o uso de medicamentos. A mulher mostrou-se insatisfeita e, cabisbaixa, retirou-se.

A equipe de saúde questionou o pedido da mulher e concordou com a atitude do médico. Para justificar seu posicionamento, o médico revelou um momento de distanciamento em relação à mulher, ao dizer que muita gente pede determinadas coisas sem ter realmente necessidade, disse, ainda, que fala para todas as pacientes grávidas que gravidez não é doença, mas uma benção de Deus, e que, portanto, não impede que sejam realizadas as atividades cotidianas. Outro membro da equipe de saúde suscitou que a mulher estaria com dores nas pernas por ficar “batendo perna” o dia todo.

Contrapondo o evento ocorrido, como que justificando sua atitude para os demais, o médico passou a relatar um caso que lhe ocorreu. Disse que uma vez apareceu uma mulher que até então raramente procurava auxílio médico. Era uma mulher dedicada ao seu trabalho e ao cuidado do marido, este que permanecia acamado por ter sofrido derrame cerebral (AVC). Relatou a história da mulher, já bem idosa, a força que ela possuía em seu trabalho numa roça, “no cabo da enxada”, e que mesmo com os sintomas de lesão por esforço repetitivo ela não deixava de trabalhar um dia sequer. Disse que ela, até então não procurava o médico porque não podia perder um dia de serviço, pelo qual recebia vinte reais. O médico enalteceu a atitude da paciente, que remetia à imagem de sua avó, a qual disse ter sido muito trabalhadora. Sensibilizado com o caso daquela mulher, o médico lhe ofereceu uma doação em dinheiro pelo dia de trabalho perdido e mais uma cesta básica.

Neste caso, o cuidado ao outro se distingue com auxílio dado pelo médico para aquelas duas pessoas, negando o pedido, mas aconselhando alguns procedimentos para a primeira e favorecendo aquela com quem possuía uma relação próxima, mais sensível. A relação se inverte no ponto em que se trata do pedido da mulher do exemplo anterior. A distância social, neste caso, dava ao médico uma posição peculiar. Nesta forma de cuidado a questão da doença é relegada ao segundo plano, dando ao pedido de atestado médico uma ênfase maior. Estes laços se apresentam como congruentes, quando o apelo é atendido, e divergentes na forma de insatisfação das partes envolvidas. Na configuração dos laços entre usuários e profissionais está presente uma dose emocional que emerge repercutindo a favor ou contra a questão posta em jogo. Subentende-se que o desejo, tanto dos profissionais quanto dos usuários, em dar um sentido próprio para essas ligações, enfatizando o caráter do merecimento, a quem é trabalhador, e de desmerecimento, a quem “bate perna”.

3.2.2 - Laços positivos: a superação da distância e da carência

Voltando à questão da carência, esta se apresenta de diferentes formas através dos usuários, principalmente devido estado emocional do paciente, o que gera a necessidade, por parte da equipe de saúde, da adoção de algumas estratégias para lidar com esta questão. Um caso no qual se pode relatar a carência como objeto de ação dos profissionais da saúde ocorreu no povoado de Santa Helena, no município de Bicas: dona Guilhermina tem cerca de 70 anos e mora em Santa Helena, durante a infância e parte da adolescência morou em Mar de Espanha (MG) e foi morar em Santa Helena após casar-se. Mora com filho e nora e ajuda-os na mercearia que ambos possuem. Outros filhos moram em Bicas, Juiz de Fora e Mar de Espanha. Ela sofre de hipertensão e no início do mês de janeiro de 2009 seu marido havia falecido. Quando arguida sobre seu estado de saúde ela diz: *“as vezes não sinto nada, de vez em quando fico com tontura, com uma dor na nuca, fico meio tonta sabe”* (Guilhermina, 70 anos, moradora de Santa Helena). Um momento em que ela alegava sentir-se mal é quando ia ao médico, dizia ficar nervosa e a pressão subia, *“não sei por que”*. A auxiliar de enfermagem media a pressão da dona Guilhermina no momento em que a entrevistei, o aparelho acusava uma pressão de 21 por 18 e ela ainda não havia tomado o remédio para hipertensão. Durante a conversa dona Guilhermina contava que sentia muita falta do marido, sendo este o motivo de estar com a pressão tão alta. *“É pela tristeza sabe”*, disse a auxiliar de enfermagem sobre a pressão da senhora. Falando sobre a falta que sentia do marido ela se emocionava bastante, referindo-se ao quanto que ele foi bom para ela e que agora não tinha mais sentido ficar ali sozinha. Meire (auxiliar de enfermagem), segurando a mão da senhora, disse que esta poderia contar com ela para qualquer coisa. Notamos o sorriso que dona Guilhermina deu ao ouvir tais palavras de carinho.

Na semana seguinte visitamos dona Guilhermina com a presença de toda a equipe de saúde: médico, auxiliar de enfermagem e agente comunitária de saúde. Neste momento, além de sublinhar a falta que sentia do marido (que faleceu de infarto) ela reclamou e dores na região da virilha, a nora disse que ela havia caído no bidê do banheiro, se machucando. O médico a examinou e olhou alguns cômodos da casa. Após dizer algumas palavras de conforto à senhora e passar a receita de alguns medicamentos, o médico se dirigiu à nora mostrando na casa tudo que podia ser perigoso para dona Guilhermina, como os tapetes soltos, os móveis, degraus e principalmente o calçado que senhora usava. A nora disse que iria tomar as providências necessárias e pediu ao médico que receitasse para dona Guilhermina um calmante, dizendo que ela ficava muito nervosa e que não dormia direito. O médico negou

com veemência o pedido da nora. Disse que ela poderia tomar um chá de camomila, por exemplo, mas que remédio não era necessário. Após Meire ter aferido a pressão de dona Guilhermina, o Dr. Luís se voltou para ela e disse: *“a vida continua, a dor passa, a saudade não tem jeito, a saudade fica”*. Logo quando todos da equipe entraram no carro o médico reafirmou seu posicionamento, *“não há necessidade de passar mais remédio para ela não, essas coisas são da vida mesmo, não tem que ficar tomando remédio desse jeito não, senão daqui a pouco vai estar todo mundo tomando remédio pra qualquer coisa”* (Luís, 40 anos, médico).

Por este relato percebe-se que a carência de dona Guilhermina, evidenciada através das tonturas e refletido na alteração da pressão, está diretamente ligada ao falecimento do marido, alterando sensivelmente seu estado de humor. Para controlar o quadro da sogra, a nora sugeriu ao médico o uso de calmantes. Mais que controlar o estado de humor da sogra, o uso de calmantes seria para deixá-la passar bem pela perda do marido, o que para o médico era inaceitável uma vez que estes acontecimentos fazem parte da vida.

A carência revela uma lógica de afetos que condizem com o tratamento pessoal caracterizando o estado emocional da pessoa. Estar “tristinha”, “desanimada” ou “chateada” denomina um estado por diversas vezes ligado à carência, como no caso de dona Catarina, que mora no povoado de Santa Helena com uma das filhas e com a neta. Ela tem hipertensão e diabetes, e cerca de 76 anos de idade. Por volta do 40 anos teve as pernas amputadas pelo agravamento da diabetes, desde então permanece acamada. Ela é comunicativa, mostra uma alegria inconfundível, gosta muito do fato de a casa estar cheia de gente, mas, ultimamente, tem ficado muito sozinha. Sobre seu estado de saúde a Catarina contou que desde nova tinha os pés frios, sendo este um motivo de chacota por parte dos irmãos. Estes diziam que ela nunca iria arrumar marido por ter os pés frios. Quando casou, foi morar e trabalhar em outra fazenda, onde o marido trabalhava fabricando tijolos, e ela passou a se encarregar do cuidado de “quase tudo” na roça: cuidava dos afazeres domésticos, tratava dos animais e mantinha uma horta. Um dia, quando estava trabalhando na horta, ela teve um ferimento no pé esquerdo, este ferimento não cicatrizava e decidiu então procurar um médico. Durante o tratamento descobriu-se que era portadora de diabetes, o que, aliado à gravidade do ferimento, resultou na amputação de sua perna esquerda. Em outro momento teve uma ferida na unha do pé direito, que infeccionou e resultou na amputação da perna direita. *“O problema que eu tinha era que eu não tinha circulação de sangue nos pés, o meu pé tava sempre frio”* (Catarina, 76 anos, moradora de Santa Helena). Há cerca de três anos ela teve um princípio de derrame, perdendo a visão de um olho; o motivo do derrame, segundo a filha, foi o

diabetes. Na ocasião do derrame, dona Catarina contou que chegara a casa e soube do acidente de uma pessoa querida, situação com a qual ficou muito abalada, o que levou ao derrame e, conseqüentemente, à perda da visão do olho esquerdo. Por não poder caminhar e ter dificuldades de sair de casa na cadeira de rodas, dona Catarina passa a maior parte do tempo em casa e raramente recebe visitas. Segue relato da filha, Sônia:

não tem como eu ficar levando ela todo dia para a rua, eu tenho que trabalhar e fazer minhas coisas. [...] Também é muito perigoso ela ficar sozinha na beira da estrada. [...] Quando ela fica aqui fora eu tenho que ficar por perto olhando, todo mundo gosta dela, quando ela está aqui (do lado de fora da casa) passa o pessoal e fica conversando com ela, mas eu tenho medo, passa uns bêbados e ficam contando caso, cisma de abraçar ela e eu fico com medo dela cair, por isso não deixo ela muito aqui fora. (Sônia, 50 anos, moradora de Santa Helena)

Durante o tempo em que Sônia fica fora de casa, para trabalhar, por exemplo, é a neta que cuida da avó, fazendo comida para elas ou simplesmente fazendo companhia, enquanto faz os trabalhos da escola. *“Ela nunca fica muito tempo sozinha, a minha filha fica com ela, dá remédio, tudo direitinho” (Sônia)*. Receber a visita dos filhos poderia ser motivo para a melhora no estado da dona Catarina, mas a filha, Sônia, refuta esta idéia: *“Dos oito irmãos, só dois vem ver ela, mas quando vem, vem trazendo problemas deixando a mãe preocupada, ela fica preocupada com todo mundo, ninguém ajuda”*, diz a mulher.

Mesmo com as companhias cotidianas, dona Catarina alegou sentir falta de conversar com outras pessoas. Disse que gosta de ter a casa cheia e, sendo muito brincalhona e ressentida de não poder mais sair de casa sozinha, disse que quando morava em Bicas a casa dela estava sempre cheia de gente. Ela ressentia-se muito da falta de um vizinho, que lhe visitava quase todos os dias, mas falecera pouco tempo antes da entrevista. Durante a visita da agente de saúde e da auxiliar de enfermagem notei que dona Catarina tinha papo para qualquer assunto, impossibilitando uma visita rápida: *“se eu pudesse eu ficava aqui o dia todo, ela é muito legal”*, disse a técnica em enfermagem, Meire, após uma breve verificação dos problemas de saúde de dona Catarina. O foco da conversa entre elas mudou drasticamente, passando a conversar sobre a vida e o cotidiano das pessoas do povoado, relembando pessoas conhecidas e, até mesmo, traçando o parentesco destas pessoas, relatando seu estado atual e contando casos engraçados e até mesmo trágicos. Nestas conversas entre a equipe de saúde e a população do povoado, especialmente com os mais idosos, são relatados diversos acontecimentos do povoado e, na região, os recentes

falecimentos, acidentes e o estado de saúde de pessoas próximas. À medida que a conversa se estende, tornam-se mais íntimas as pessoas envolvidas, contando casos que acontecem com elas, desabafando, e pedindo opinião do que pode ser feito em um caso ou outro. Por visitar grande parte da população do povoado, a equipe de saúde fica a par do que acontece com a população, repassando informações sobre alguns usuários, nunca quebrando o sigilo da profissão, e assim estabelecendo laços mais duradouros com os usuários, laços de confiança.

Os problemas relativos aos casos de hipertensão e diabetes, entre outros, por vezes se tornam pano de fundo para a visita da equipe de saúde, não necessitando grandes esforços por parte da equipe para direcionar o tratamento dos usuários, excetuando somente alguns casos em que os usuários não aceitam a intervenção médica. Neste momento o que se apresenta como problemático para a equipe de saúde em seu trabalho é lidar com os casos em que a doença não é o centro do problema, tais como vistos nos casos supracitados. Tratar da carência se torna uma das principais ações da equipe de saúde, o que necessita de outra habilidade além daquela aprendida nos cursos de formação biomédica.

A questão da carência mostra-se revestida pela solidão no caso de dona Regina. Ela tem 83 anos, mora sozinha em Santa Helena, sendo que alguns parentes (filha, neta e nora) a visitam, levam almoço e fazem alguns afazeres domésticos que ela não consegue fazer. Dona Regina tem diabetes e hipertensão, fez recentemente cirurgia de catarata, e tem anemia. Como disse a técnica em enfermagem, “*você tem que perguntar assim: 'dona Regina, o que a senhora não tem?'*” (Meire, técnica de enfermagem, 29 anos). “*É, tô meio mal assim. E estou comendo muito pouco, eu nem tenho feito comida*” (Regina, 83 anos, moradora de Santa Helena). Ela contou as ocasiões em que recebe visita dos parentes:

a Nina (nora), ela veio e ficou aqui comigo, lá pras duas horas é que ela foi embora, e no fim de semana o meu filho que mora em Bicas vem pra cá. Fico sozinha até de noite meu filho! Chega sexta-feira o Rodolfo (filho), conhece o Rodolfo? Ele trabalha lá na Rezende (marmoraria). Chega sexta-feira ele junta com os amigos e ó, xispa! A gente nem vê ele, ele fica pra lá e 'fui ali e volto já'. Quando ele chega é cinco horas da manhã. (Regina, 83 anos, moradora de Santa Helena)

Para passar o tempo dona Regina fica escutando as missas pelo rádio, vendo jornal na televisão e arrumando algumas coisas em casa. Por perceber que a dona Regina estava com a aparência pálida, a Meire pediu que ela tomasse um pouco de sol:

eu falei com ela que eu queira que ela tomasse um sol pela manhã, porque tem uma vitamina no sol que só o sol mesmo que é bom para os ossos, para a pele, talvez até tirasse um pouco do rostinho branco dela, dava uma cor na pele. Só que ela falou que não tem ninguém pra ir com ela ali fora, porque ela tem medo de cair. (Meire, técnica em enfermagem, 29 anos)

Neste momento a dona Regina falou: “pra ir até a porta da sala até que dá, porque vou devagarzinho, segurando bem. Mas eu tenho medo, se vir umas vacas, uma coisa qualquer, aí não vou”. Mesmo permanecendo a maior parte do tempo sozinha, ele disse não se incomodar, “fico aqui mexendo nas minhas coisas, aí o tempo passa”. Fazer alguma coisa serve até mesmo para controlar a pressão:

ah, eu to bamba toda vida, de manhã, mas agora melhorou bem. [...] Eu fiquei meio enjoada de manhã, deitei um pouquinho pra melhorar. [...] Tomei os remédios depois levantei e falei assim, 'vou arrumar minhas gavetas, que daí vai indo, vai indo e fica alta' (a pressão). (Regina, 83 anos, moradora de Santa Helena)

Quando perguntada sobre quais medicamentos está tomando dona Regina respondeu mostrando as cartelas de comprimido e dizendo o nome, quando se deve tomá-los, e pra que serve cada remédio. E questionou a medida de sua pressão:

*Meire: tá boa (a pressão arterial) dona Regina, tá 13/10.
Regina: não tá muito boa não né?
M: tá.
R: ué, mas porque se a baixa está 10? é sempre 12/8! o normal é 12/8.
M: mas está boa hoje, não se preocupa não.
R: a pressão um dia está alta, um dia está baixa é tudo tumultuado.*

Meire perguntou à dona Regina se ela já tomou os medicamentos e explicou que, em idosos, a pressão arterial varia um pouco, ressaltando que se se deve tomar os remédios na hora certa. Sobre a anemia há contradições do tratamento:

*Luciano: mas a senhora está tomando algum medicamento (para anemia)?
R: ah não, tem muito tempo que eu não tomo.
L: nenhum medicamento? Mas a senhora procurou algum médico?
R: já mais... eu falei com aquele médico (dr. Luís) que tá aqui mas ele não me passou nenhum remédio para anemia não. O dr. Rodrigo só me dava se o outro médico desse papel de exame, ele não deu papel de exame para fazer o teste de anemia.
M: agora a gente fez o exame, naquele dia que eu colhi sangue da senhora.
R: agora fez porque o doutor daí deu pra fazer. Se eu fosse no hospital não dava pra mim estar fazendo. Ele falava que ele não podia dar, quem tinha*

que dar é o doutor Luís. O doutor Luís não dá.

L: mas ele passou o exame agora, então já fez o exame de sangue...

M: colhi o sangue dela na terça-feira...

R: eu pedi o exame pra ele e ele em vez de me dar o exame pra anemia e para outras coisas ele só deu para glicose e pra glicose eu tomo insulina todo dia! [...] Estou fazendo tratamento agora lá em Bicas. Já consultei com o doutor Genivaldo.

M: o doutor Genivaldo é cardiologista dona Regina. Ela deve ter ido na Associação dos Cegos.

R: ele fez... o doutor Genivaldo? Eu paguei pra fazer.

M: a ultra-som.

R: ele fez ultra-som. Ele fez todos os exames que precisava fazer que a doutora Carla passou pra ele fazer. Aí que ele fez. Talvez saiu o resultado ontem. Pra levar para a doutora Carla ver.

M: porque depois que ela evacuava, ela estava tendo sangramento, mas ela não sabia se era pela vagina ou pelo o ânus. Aí ela fez o preventivo e a médica disse que não tinha nada na vagina, aí ela pediu um ultra-som porque ela acha que pode ser muita anemia que está fazendo ela perder muito sangue. Mas não foi nada constatado ainda não, ela acha que pode ser isto.

A usuária circulou pelos atendimentos em clínicas particulares e pelo SUS apresentando controvérsias quanto ao tratamento de tal ou qual doença, imbricando em seu discurso a atenção que se dá para si. Quando indagada sobre a alimentação dona Regina respondeu:

R: ih, tô comendo muito pouco. Nem tô fazendo comida. Nem verdura eu não posso comer.

M: porque dona Regina?

R: não sei, o doutor daí que cortou. Deu no teste.

M: nunca ouvir falar.

R: ele falou que não é pra eu comer verdura de folha nenhuma.

L: estranho... será que é pela anemia ou outra coisa?

M: é...

R: mas ele cortou, não posso comer não. Eu fico naquela vontade de ir fazer a comida, mas quando eu chego perto da beirada do fogão e começo a fazer, me dar uma bambeza ruim. Aí eu não posso e largo para lá.

L: a diabetes a senhora controla direitinho né, toma insulina...

R: acho que tá, fiz, ele mandou fazer o exame lá, não sei ainda.

M: agora está esperando o resultado.

R: não saiu o resultado não?

M: não, vai vir tudo junto os resultados dos exames da senhora.

R: eu creio que vai dar alta porque eu estava muita nervosa.

L: aí quando a senhora fica nervosa...

R: quando eu fico nervosa ela suspende.

M: é muita gente que traz problema, e também nesta idade...

Entre a carência, a doença e o deslocamento, visualizamos mais do que formas de percepção da população coberta pela equipe de saúde. O contato entre os profissionais e os

usuários revela a atenção que um tem para com o outro, estabelecendo na própria relação as bases para o entendimento da carência, seja carência de conversa, ou mesmo de saúde. Deste modo a equipe compreende que, para a realização do seu trabalho e para a superação dos obstáculos, não basta somente seguir os procedimentos da profissão, mas ir além: *“as pessoas da área rural tem um pouco mais de dificuldade de entender, a gente tem que explicar mais a importância do preventivo, da importância da vacinação, então eles tem mais dificuldade mas está bem evoluído também”* (Meire, 29 anos, auxiliar de enfermagem, Santa Helena). Ainda sobre a relação entre a equipe e os usuários, pudemos notar, por parte de ambos, a denominação dos vínculos estabelecidos:

a Andréia é uma boa pessoa, ela é muito carinhosa com a gente. (Marcelina, 80 anos, moradora de área rural)

A Marcelina é tão boazinha, toda vez que a gente vai lá (durante as visitas) ela não deixa a gente ir embora sem ter tomado um cafezinho antes. (Andréia, 28 anos, ACS, Santa Helena)

A Meire é prestativa e carinhosa, dá atenção a todo mundo e é delicada com a gente. (Marcelina, 80 anos, moradora de Santa Helena)

Eu pedi pra ele (médico) um atestado para o meu marido e ele não quis dar, vou pedir é para o dr. Rodrigo que ele me dá, o quê que custa dar um atestado? (Sônia, 50 anos, moradora de Santa Helena)

Estes vínculos são estabelecidos no cotidiano, evidenciam trocas sistemáticas entre os envolvidos, ajustam a ordem dos direcionamentos do cuidado e produzem sociabilidades diferenciadas, mais íntimas e confidentes, mais atenciosas e confiáveis. O “susto” do SUS já não é mais assustador como antes.

3.3 - O dia-a-dia na UBS “Messias Bonoto Bolotari”, Santa Helena/Bicas

Durante o trabalho de campo em Santa Helena procuramos notar quais eram os usuários que recorriam ao auxílio médico no posto de saúde. Em princípio era a população do povoado que mais freqüentava o posto, por vezes iam para marcar uma consulta para um conhecido, outras vezes para atendimento próprio. A freqüência de moradores da área rural era baixa, vista nos primeiros dias de campo somente no momento da coleta de sangue²⁴, por volta das sete horas da manhã. A coleta de sangue não demorava muito tempo e logo as pessoas se dispersavam. Somente por volta das oito ou oito e meia era que voltava a ter um

²⁴ O que era visto com temor entre os usuários, diziam que não gostavam da agulha, mas ressaltavam a delicadeza da auxiliar de enfermagem na hora da coleta de sangue, deixando as pessoas um pouco mais confortáveis.

movimento no posto, desta vez para consulta médica, uma vez que era nesse horário que chegavam os médicos.

No meio tempo entre a coleta de sangue e a consulta médica apareciam pessoas que iriam consultar com médico, mas iam resolver outras coisas antes do mesmo chegar, marcavam a consulta e logo saíam. A ida ao povoado é custosa para os moradores da zona rural, tal qual é custosa a ida dos moradores do povoado à cidade. Nesta ocasião as pessoas procuravam resolver tudo o que podiam, não tendo o privilégio de poder retornar a casa e no mesmo dia voltar à cidade ou ao povoado conforme a necessidade. Por exemplo, notamos por diversas vezes pessoas que diziam que tinham que voltar para a fazenda para terminar o trabalho que havia começado (tratar dos animais, cuidar da plantação, cortar cana), ressaltando o tempo gasto na espera pela consulta com o médico como um tempo perdido. Essas pessoas relatavam a dificuldade de ir à cidade e voltar para casa, onde tinham ainda muito trabalho a ser feito. Por este apontamento, frisamos o acesso aos recursos disponíveis no povoado como facilitador²⁵, algumas demandas como aferição da pressão ou glicemia eram resolvidas na hora pela técnica em enfermagem. O ato de ir ao posto de saúde também é aproveitado pelas pessoas para fazer compras nas mercearias circundantes e até mesmo visitar uma pessoa próxima. Entretanto, para algumas pessoas que moram no povoado a visita ao posto de saúde se tornou uma atividade corriqueira, freqüentando o posto por várias vezes ao dia.

Os médicos que atendem na parte da manhã costumam chegar no posto por volta das nove horas, encerrando o seu trabalho às dez e meia. No turno da tarde os médicos atendem por volta das 14 horas, finalizando as consultas por volta das 15 horas. A agente de saúde e a auxiliar de enfermagem chegam por volta das sete horas, logo atendendo as pessoas que ali se encontram. A auxiliar de enfermagem permanece o dia todo no posto enquanto a agente de saúde alterna o período da tarde entre o posto de saúde e a UBS da quadra do HV, onde ocorrem as reuniões pelo PSF Sudoeste. É muito alternado os horários que as pessoas passam pelo posto de saúde, mesmo quando não há atendimento médico, sempre há algumas pessoas conversando entre si, e ao encontrar alguém conhecido o papo rende por horas. Por vezes, passam pelo posto usuários que vão pegar medicamentos, marcar consulta ou apenas saber quando o exame que tal pessoa fez ficará pronto. Algumas vezes notamos pessoas que iam ao posto de saúde para simplesmente medir a pressão arterial, *“não é nada não, é só pra olhar mesmo”*, disse uma mulher de aproximadamente 60 anos, moradora de zona rural que

²⁵ Pequenos problemas de saúde eram resolvidos na UBS, seja pela consulta com os médicos ou pela intervenção da agente de saúde e técnica em enfermagem. De outro modo, quando necessitava de urgência de atendimento o paciente permanecia na UBS até a chegada da ambulância que o encaminhava para o hospital da cidade e deste para hospitais em Juiz de Fora.

foi de carro ao posto, acompanhada do marido, e que, em seguida partiu para Bicas. Comentou, nesta ocasião, a atendente do posto: *“é bom olhar a pressão mesmo, tem dia que ela sobe atoa, mas não pode vacilar”* (Cláudia, 28 anos, atendente da UBS).

Antes de o médico chegar para realizar as consultas é que o posto tem o maior número de pessoas presentes, depois vai esvaziando até ficar somente o pessoal encarregado do funcionamento da UBS e mais algumas pessoas que passam ali para conversar. Neste momento é que a agente de saúde sai para fazer as visitas para os usuários que moram por perto. Em alguns momentos a agente de saúde sai do posto para fazer uma visita rápida, geralmente para entregar um exame para um usuário ou mesmo saber como que tal pessoa está. Nas terças e quintas-feiras, quando se encerram as consultas no posto, sai toda a equipe para realizar as visitas domiciliares, contando com a disponibilidade do carro do PSF. Ocorre atendimento médico na UBS Messias Bonoto Bolotari nas terças, quartas e quintas-feiras, alternando nestes dias o trabalho de três médicos, sendo somente um vinculado ao PSF. A técnica em enfermagem e a atendente do posto permanecem na UBS todos os dias da semana, enquanto a agente de saúde alterna os dias de trabalho em Santa Helena com as reuniões na UBS da quadra do HV, na qual o médico do PSF também trabalha.

Com esta disponibilidade de recursos humanos, o atendimento aos usuários se faz com múltiplas formas, possibilitando aos usuários ir a dois médicos na mesma semana, retornando com mais frequência à UBS. Em um caso, a mãe havia levado o seu filho ao Dr. Luís para se consultar, a criança apresentava dores na região abdominal, aparentando estar muito triste e desanimada. Segundo a mãe, o médico pediu a ela que consultasse com a médica pediatra, esta por sua vez passou alguns remédios para a criança. Em outra ocasião a mulher fazia o retorno com a Márcia (médica pediatra) e não tendo solucionado a aflição, a mãe resolveu levar a criança a duas “rezadeiras”: dona Margarida e dona Marilena. *“Benzi ele ontem, levei pra casa e deu uma crise, ele ficou ruim mesmo, de branquinho ficou roxo, é a cólica né. [...] Tem que procurar ajuda né, ninguém sabe o que a criança tem; remédio não resolve tudo também né”* (mulher, 32 anos, moradora de Santa Helena). *“Quando criança, o menino tem é cólicas e menina tem é dor de barriga mesmo. [...] Criança sente muita dor de barriga, aí só benzendo mesmo”* (Margarida, rezadeira, 78 anos). Os recursos disponíveis nos postos de saúde não são vistos como exclusivos para a população atendida, por vezes, os terapeutas alternativos aparecem no discurso dos usuários: *“o seu Geraldo [...] sabe muita coisa, vinha gente de fora pra pegar mato com ele, de vez em quando vem um pessoal pra benzer aqui, mas não é muito não”* (Marilena, rezadeira, 89 anos, moradora de Santa Helena). Apontam, além da benzeção, o uso de plantas para tratar alguma aflição:

usa o 'guriri' pra rins, fígado. É melhor do que quebra-pedra. Tem erva cidreira, ela serve pra rins, pra estômago, pra dor de cabeça, capim-limão também. Quando dá uma dor no estômago assim (apontando para o abdômen) toma é chá de alfavaca. Chá de rosa branca serve pra pulmão, [...] pitanga e laranja da terra, pega a folha e ferve, a folha é boa pra febre, pitanga é pra dor de barriga. O broto de goiabeira é bom pra intestino ruim, pega a pontinha da folha. Eu conheço tudo só de olhar o pé. Mas o pessoal não tem trabalho de plantar nada, vai ali e compra, eu dou de graça. O Geraldinho é que conhece muito de planta, pode perguntar pra ele que ele sabe. (Dona Dalva, 66 anos, moradora de Santa Helena)

Durante as visitas domiciliares o médico é guiado aos pacientes, hora pela agente, hora pela auxiliar, neste momento ele toma conhecimento o que está acontecendo com determinadas pessoas. Após tomar nota o médico pode interrogar o usuário sobre seu estado de saúde. Normalmente estas visitas já são esperadas, ocorrendo principalmente quando o usuário está passando por um momento ruim, em que necessita da visita do médico. Geralmente os pacientes que recebem a visita do médico são idosos e/ou acamados. Já a agente de saúde cumpre seu trabalho visitando quase todos os usuários em um período determinado de tempo, e retornando àqueles que se encontram em estado debilitado. Para complementar o trabalho da agente de saúde, a auxiliar de enfermagem faz visitas aos pacientes em estado de observação, notadamente aqueles com problemas de hipertensão e diabetes ou com uma carência maior²⁶. Somente a auxiliar de enfermagem realiza o aferimento da pressão arterial e da glicemia dos pacientes.

O tema da solidão é presente em boa parte das conversas com as pessoas visitadas, tanto que a visita da equipe de saúde se torna um acontecimento para estas pessoas. A gratidão pelas visitas é expressa, muitas vezes, quando o usuário, normalmente mais idoso, oferece um café, estica o papo, demonstrando cordialidade, estabelecendo vínculos mais duradouros com alguns membros da equipe de saúde. Neste momento o cuidado se torna efetivo, transitando do cuidado à saúde para o cuidado pessoal, humano, mais afetivo. Mesmo que a visita da equipe de saúde seja para manter um controle sobre a saúde dos usuários, percebe-se que, nas visitas, há a preocupação de estar presente para determinadas pessoas em detrimento daquelas que tem o acesso à saúde apenas como um serviço, como nos casos de visitas mais rápidas.

Embora a fala da secretária de saúde aponte para a realização do acompanhamento dos grupos de risco em todas as UBS's do município, sejam estes os grupos de hipertensos, diabéticos, puericultura ou outros, os mesmos não são realizados na UBS de Santa Helena, nem mesmo no PSF Sudoeste. Ao questionar aos membros da equipe de saúde sobre a

²⁶ Notadamente, visitam aquelas pessoas que requerem o auxílio médico ou que vivem sozinhas.

existência dos grupos, a resposta é uníssona: todos querem que sejam realizados os grupos. A rotatividade dos profissionais é uma das explicações para a não realização dos grupos, pois parte dos profissionais que se encontram na UBS começaram a trabalhar recentemente. O espaço da UBS também é questionado, o local foi apontado como impróprio para se fazer os grupos, mesmo caso da UBS da quadra do HV. Nesta última, o médico ressalta que não tem espaço nem para fazer pequenas cirurgias.

Ainda que a organização dos grupos de doenças crônicas não seja realizada, a equipe de saúde conhece a maior parte dos usuários, e é através do contato direto que o controle efetivo sobre o paciente é realizado. Para tal, não é necessário interrogar exaustivamente o paciente, mas sim uma conversa franca, próxima à de um amigo, e assim obtem-se o controle sobre a doença e a garantia de que o paciente irá atender aos requisitos do cuidado sobre sua saúde.

Sobre os grupos, eu ia até conversar com a Luísa (enfermeira chefe) pra estar vendo isto. Fazer tipo um chá, sabe, cada um traz alguma coisa, uns biscoitos, alguns negócios... tem um clube ali, a gente poderia estar fazendo palestra sobre cigarro, diabetes, aí vou conversar com ela pra ver se a gente consegue fazer. Fazer palestra também sobre drogas para adolescentes. (Meire, 29 anos, auxiliar de enfermagem)

Ao realizar as visitas domiciliares a equipe de saúde se comporta de maneira diferente, seja quando o médico está presente, seja quando somente estão a agente de saúde e auxiliar de enfermagem, diferenciando principalmente pela duração das visitas. Quando estão presentes apenas a agente de saúde e a auxiliar de enfermagem, a conversa tende a ser mais longa, mais em tom de bate papo. Quando o médico está presente a conversa gira em torno do paciente, da doença e do tratamento. O médico realiza as visitas a pedido da agente de saúde, esta, por sua vez, reporta ao médico os casos que necessitam intervenção imediata, além das visitas aos usuários acamados. Acompanhamos as visitas com a presença do médico Luís para as usuárias dona Guilhermina, Catarina, Marcelina e aos usuários do Sítio do Paiol, este último que relataremos mais adiante.

Ainda que exista o controle sobre os casos de doenças crônicas, no dia-a-dia da UBS emergem casos que deixam a equipe assustada. Em uma ocasião, a mãe de uma criança de quatro anos levou esta para consultar-se com o médico devido a queimaduras que tinha no braço. Segundo a mãe, algumas crianças estavam brincando quando uma achou um litro de álcool e jogou na outra, logo em seguida riscou um palito de fósforo e o atirou na criança molhada com álcool. Relata a mulher que a menina que botou fogo no filho dela tem

“*problema de cabeça*”, que todos na família dela tem, “*nem adianta conversar com a mãe dela não*” (Simone, 37 anos, moradora da área rural). No momento em que ocorreu este incidente, as crianças estavam sozinhas, “*foi sorte que a M (irmã mais velha do garoto) estava lá e jogou o H (criança acidentada) no chão e apagou o fogo, senão ele estaria todo queimado*” (Simone). Ao ouvir este caso a técnica em enfermagem ficou chocada e disse que a menina não poderia estar bem, para fazer isso, reforçando a opinião de Simone de que a garota deveria, sim, ser tratada por um psicólogo. Neste caso, alguns elementos não ficaram explícitos, são eles: eram quatro crianças, com cerca de quatro a sete anos, que brincavam na casa de uma delas, sem a presença dos pais. A casa está localizada perto de uma fazenda na qual os pais das crianças trabalham, sendo que os pais das mesmas são vizinhos. O primeiro socorro prestado foi pela criança mais velha, de sete anos de idade. Logo que a mãe chegou para socorrer a criança incendiada, ela a levou para o povoado de Santa Helena onde pegou carona com um conhecido e daí foi para o hospital de Bicas, onde a criança teve efetivamente os primeiros cuidados médicos. Recebendo alta na mesma tarde, mãe e filho voltaram para casa. No dia seguinte é que a mãe, Simone, levou seu filho para ser atendido no posto de saúde de Santa Helena, onde a criança recebeu pomada para aliviar a dor e fechar as feridas e teve as ataduras trocadas.

Casos como este não são comuns, mas revelam algo que preocupa toda a equipe de saúde: os transtornos mentais. Segundo o médico dr. Luís “*lá em Santa Helena [...] deve ter poluição sonora ou visual, tem muito verde... mais é incrível o uso de diazepam em Santa Helena. Deve ter um engarrafamento, o pessoal deve estar estressando na rua, deve ser*”. Neste tom de ironia o médico apresenta o excesso de demanda por medicamentos antidepressivos, ressaltando o uso deste tipo de medicamento pela população de jovens a idosos. “*É a falta de uma psicóloga, porque a quantidade de paciente que vem com problemas psicológicos é demais!*” (Dr. Luís).

3.3.1 - Obstáculos para o trabalho da equipe de saúde: “problemas mentais”

Em uma das visitas com a equipe de saúde pudemos analisar melhor a situação relativa aos transtornos mentais. Visitei o Sítio do Paiol onde moram quatro pessoas da mesma família: a mãe, Taciana com 60 anos, duas filhas e um filho com idades de 30 a 40 anos. A visita deu-se por conta dos pedidos de Taciana, que insistia que o médico fosse ver a família dela, em especial a filha que apresentava fratura no braço, fazia uso de fluoxetina e reclamava muito de dores. Além desta filha, os outros dois filhos apresentavam também

problemas mentais, mas possuíam um quadro mais estável do que a irmã. Os três descendentes fazem tratamento psicológico na cidade vizinha, Juiz de Fora. Na ocasião, Taciana pediu ao médico que diminuísse a dosagem do medicamento, pedido que o médico negou, tendo sugerido a observância do tratamento por mais seis meses. Reproduzo o diálogo:

Taciana (usuária): e não prejudica (a dosagem dobrada de fluoxetina)?

Luís (médico): não, não tem problema nenhum não, ela está até alegrinha.

T: ela está é engordando com a fluoxetina.

L: fluoxetina não engorda ninguém não. Ela tá dando um sorrizinho, olha só.

Meire (técnica em enfermagem): Oi dona Taciana, cadê nossa coelhinha (a outra filha)?

T: ela está dormindo. [...] levei ela no médico geriatra lá em Juiz de Fora, dr. Marcos. Ele fez uns exames com ela lá e não constatou nada, fez exame de cabeça. Eu estava com dor de cabeça, com muita dor de cabeça e ele me passou um remédio que não vale nada. Esse remédio tava me dando uma tosse danada. É enalapril. Ele mediu minha pressão e ela tava com 15...

L: suspende o enalapril, Meire, tira a pressão dela também, qualquer coisa você me fala.

M: geralmente a pressão dela está 14 ou 13.

L: pode parar com o enalapril porque a tosse é dele, com certeza, pode falar com o médico que eu suspendi o enalapril e ele pediu pra falar isso 'pro' senhor. Caso a pressão da senhora comece a subir, aí vou entrar com o remédio, tá.

T: ele fala assim "a pressão da senhora tá quinze, vamos entrar com outro remedinho? Para evitar uma glicemia".

L: porque glicemia?

T: (risos).

L: sei não, mas você vai olhando, qualquer coisa você me fala. Se de tudo ela querer começar a subir, aí vou colocar um por minha conta. Mas como ele cuida da senhora, não posso me meter no tratamento dele não.

T: eu fui uma vez pela primeira vez e não voltei lá não.

L: é, mas ele vai ser o geriatra da senhora.

T: mas é que eu estou com minha coluna dura, então eu vou ter que botar colete...

L: tá bom, tá bom.

T: ainda não fui lá fazer o colete.

L: isto também é da idade...não é...

T: é pra mim evitar, de cair, levar tombo, pode machucar a coluna né.

M: a pressão dela está 13/9.

L: ela é um pouquinho ansiosa...(refere-se a Taciana)

M: ela é, é muito preocupada também.

Embora a conversa gire em torno da paciente e do seu quadro clínico, percebemos, por este diálogo, três modos intervenção: em dona Taciana, bem como a preocupação com o estado de saúde de sua filha, através fala do médico fica evidente a preocupação com o cumprimento do tratamento prescrito pelo outro médico e observando a técnica em enfermagem percebemos um tipo de cuidado dispensado aos pacientes. Nestas

intervenções o item central se configura em torno do tratamento, ou mais detidamente do cuidado: *“e não prejudica?”*; *“ela está até alegrinha”*; *“ela é muito preocupada também”*. Além das contradições de dona Taciana, o que se percebemos é que a mesma procura intervir na decisão do médico em definir o melhor tratamento para a paciente em questão. Neste ponto o médico adota uma postura firme, ressaltando que o tratamento deve ir até o fim, somente ao final de um ano é que a prescrição do médico pode ser revista, como diz o médico Luís. Ainda assim, quando dona Taciana relata suas aflições, como as dores de cabeça que sentia, ela expõe o tratamento prescrito pelo outro médico fazendo as associações entre dor de cabeça, tosse, glicemia e o uso do enalapril. Neste caso a decisão do médico foi retumbante: *“suspende o enalapril”*. E ainda recomendou: *“pode falar com o médico que eu suspendi o enalapril e ele pediu pra falar isso pro senhor”*. Mas em seguida referiu-se ao tratamento prescrito pelo médico de Juiz de Fora, ressaltando a relação médico-paciente: *“mas como ele cuida da senhora, não posso me meter no tratamento dele não”*. Desta forma o médico revela uma postura oscilante entre o cuidado com a paciente de sua área e o respeito à prescrição de seu colega de profissão. Por sua vez, a usuária Taciana revelou: *“eu fui uma vez [...] e não voltei lá não”* e ainda procura manter uma relação próxima à equipe ali presente, quando ressalta mais uma vez sua aflição: *“mas é que eu estou com minha coluna dura, então eu vou ter que botar colete [...], (eu) ainda não fui lá fazer o colete [...], é pra mim evitar, de cair, levar tombo, pode machucar a coluna né”*. Após o resultado da pressão, aferida por Meire, o médico se retirou e ficou esperando os demais membros da equipe perto do carro. Durante a viagem de volta para o posto de saúde uma pessoa comentou: *“a mais doida cuida de todos”*.

Ressaltamos, no relato anterior, o que se pode entender como cuidado. A forma de abordagem da equipe de saúde aos usuários aponta para um tipo de cuidado, oscilante entre o cuidado biomédico e o afetivo. As abordagens da Meire e do Luís diferenciam-se quando a primeira utiliza linguagem mais carinhosa (*“cadê nossa coelhinha”*) e o segundo mantém um afastamento, se distanciando e estabelecendo sua posição. O que se vemos, ainda, é a tentativa de aproximação da usuária ao discutir com o médico o tratamento mais adequado para a sua filha e para ela própria, levando para si a entonação da conversa e dos cuidados que teve com sua aflição.

Pelo fato de a população ter um acesso bom ao sistema público de saúde, cogitamos a hipótese de que os problemas mentais tenham, aqui, uma relevância maior. Não que as doenças crônicas não tenham importância ao olhar da equipe médica, mas os transtornos mentais emergem em caráter extraordinário para a equipe. Este fato fica evidente na fala do médico:

eu fiz as contas no mês passado, a população de Santa Helena, ela passa pelo médico em menos de dois meses, ela toda. São seiscentas e poucas consultas em menos de dois meses. Ai eu pergunto, é por doença? Não, não é. É imprescindível a presença de uma psicóloga na equipe de saúde comunitária. Não são problemas mentais não, são neuroses mesmo. A pessoa vem com uma doença de tomar remédio, pra que tomar remédio? Precisa de uma psicóloga para conversar, orientar, o doente tem uma postura de que ninguém pode sofrer. (Luís, médico, 40 anos, Santa Helena)

Esta forma de atenção é notada também pela técnica em enfermagem, bem como pela agente de saúde:

tem gente que não tem nada, mas vem ao médico para conversar, para tem um aconselhamento, alguma coisa assim, igual no caso de hipertenso, o sedentarismo aqui ajuda muito. A gente até deu a idéia de montar um grupo de ginástica, fazer uma atividade, uma caminhada, algo assim. (Andréia, 28 anos, ACS, Santa Helena)

Em Santa Maria do Suaçuí os casos de problemas mentais também emergem, mas são poucos os detidos pela equipe de saúde, logo encaminhados para a assistência psiquiátrica. Esta cidade aparenta ter de forma mais grave a efetiva cobertura da população, priorizando o atendimento aos idosos e o controle sobre as doenças crônicas, embora a educação sanitária dos usuários seja pauta recorrente de indagação. A alta rotatividade dos profissionais dá, também, condição para a desestruturação dos programas de atenção básica à saúde, repercutindo no descrédito²⁷ da população em procurar esta forma de serviço à saúde. Prioriza-se o atendimento médico em cidades maiores como Belo Horizonte e Governador Valadares²⁸, ainda que seja necessário passar pelo posto de saúde para conseguir o encaminhamento para aquelas cidades.

27 Na época das eleições municipais, a partir de maio de 2008, ficou notória a preocupação da população com a saída de alguns médicos. Após as eleições vários profissionais pararam de trabalhar nos postos, por falta de pagamento da prefeitura ou por discordância com a linha de trabalho com o prefeito eleito.

28 Belo Horizonte e Governador Valadares distam respectivamente 360 e 250 quilômetros de Santa Maria do Suaçuí. A distância de Bicas para Juiz de Fora é 40km.

3.4 - Conexões a partir da saúde

Associar elementos diversos ao cuidado à saúde demonstra a vastidão destes elementos, vistos como multiplicidades de concepções para se pensar e fazer saúde. O escopo de associações realizadas pelos atores sociais demonstra diversas formas de conceber a saúde, do motivo do médico em não liberar o atestado médico até a justificativa da gravidez como impedimento ao trabalho, da carência de cuidados à negligência em receber cuidados.

A distância entre os usuários e os serviços de saúde se apresenta como um obstáculo para a realização do cuidado à saúde, permitindo que surja um “autocuidado” peculiar, associado a idéias do curar que podem contradizer o cuidado biomédico. Por ser um território relativamente vasto, a área de cobertura dos programas de atenção à saúde mostra a distância como uma das principais dificuldades do acesso aos serviços de saúde, tanto dos usuários quanto dos profissionais. As vias de acesso desgastadas e não pavimentadas se tornam um incômodo durante o deslocamento, que por vezes impedem a realização do trabalho da equipe de saúde²⁹. Segundo o agente comunitário de Glucínio, na área que ele cobre, há uma senhora que não tem condições de ir ao posto e que precisa tomar remédio para hipertensão e tuberculose todo dia. Como ela mora sozinha e num lugar de difícil acesso, o agente de saúde se encarrega de ir dar remédio para aquela senhora. Ele diz que anda cerca de quinze minutos de bicicleta para chegar à casa da senhora, ele dá os medicamentos e volta para o seu trabalho na UBS. Segundo conta, uma das maiores dificuldades do trabalho é a locomoção até a casa dos usuários. Durante o trajeto surgem empecilhos como cachorros bravos, sol forte, poeira; quando não encontra o usuário em casa, costuma ficar sem fazer a visita do mês: *“Tem dia que saio de casa às seis da manhã e volto às três da tarde, sem almoço, sem café, sem nada!”* (Divino, 28 anos, ACS, Santa Maria do Suaçuí).

Devido à distância do domicílio ao posto de saúde, qualquer “probleminha” de saúde é deixado para depois, como o retorno de uma consulta, renovação da receita médica, ou a resolução do incômodo de dores “bobas”, não graves, mas por vezes persistentes. Entre a população rural, este retorno ao atendimento médico se torna um agravante para a saúde da população. Em algumas vezes a procura pelo médico só é feita depois de muito tempo de convívio com aquela dor, aquele incômodo freqüente:

²⁹ Ou como dizem, chegam a trabalhar todo de bege, misturando a poeira das estradas com o branco da roupa e na época das chuvas o carro atola, impossibilitando de se chegar ao local de trabalho.

ah meu filho, eu não gosto de ir na rua não... prefiro ficar aqui no meu cantinho mesmo. A Jandira (filha e vizinha) é que traz uns remédios pra mim quando ela volta da rua, sabe. Eu tomo remédio todo dia, dois de manhã e dois de tarde, pra pressão e diabetes. Mas eu não fico parada não, senão as 'juntas' endurecem... estou capinando, plantando mandioca, cuidando da horta [...] se ficar parada é pior. Tem hora que dá umas dores assim, de cima até embaixo, fico toda dura [...] depois passa. Ai volto a capinar, não gosto de ficar parada. (Dona Carminha, 75 anos, moradora da zona rural. Santa Maria do Suaçuí)

Pelo relato de dona Carminha, o acesso aos meios de tratamento seria mediado pela filha, que mora a menos de um quilômetro da casa da mãe. Ainda que dona Carminha não vá ao posto de saúde, a visita de agentes de saúde poderia dar uma repercussão ao seu tratamento, mas conforme ela diz, “*tem dois meses que a menina (ACS) não passa aqui*”, somando-se a isso a dificuldade de locomoção até a cidade. Ordena-se uma forma de tratamento à saúde, quando sente as dores ela para de fazer as atividades e repousa até passarem as dores. Ainda assim, o uso irregular da medicação compromete o tratamento da aflição, como no caso de alguns hipertensos que associam o uso de bebida alcoólica aos medicamentos para controle da pressão arterial. Nestes casos o uso de bebida alcoólica, principalmente o consumo de cachaça, se justifica pelo duro dia de trabalho, para relaxar, para dormir ou apenas para abrir o apetite. Assim, tomam “direitinho” seus remédios para hipertensão na parte da manhã, consumindo bebida alcoólica à tarde, antes ou depois das principais refeições. Na fala de um dos médicos notamos algumas condições para o uso normalizado de bebida alcoólica:

tem alguns casos de pessoas que resistem ao tratamento, tem na família, tem os casos de alcoólatras crônicos que não largam a bebida, não gostam de tratar não. Existem muitos casos de alcoolismo, mas parte destes são de pessoas que bebem e trabalham, e não chega a prejudicar a produtividade não. Mas tem uns casos de alcoolismo crônico que é doença mesmo, a pessoa bebe e não tem condições de fazer nada não. E só vai agravando o estado de saúde. (Mateus, 50 anos, médico. Santa Maria do Suaçuí)

Podemos falar, após a observação do campo, de uma inclusão diferenciada da população rural ao sistema de saúde. Notamos que no município de Santa Maria do Suaçuí as questões referentes ao estado de saúde tendem a se deslocar para os problemas relativos ao contato com a terra e com os animais de criação³⁰. Surgem os problemas de verminoses,

30 Vale frisar que a prevenção de doenças causadas por vetores como Chagas e Dengue, além de orientações para procedimentos no caso de picadas de cobra e escorpião são apenas vistos em cartazes colados na UBS, em Glucínio. Em Santa Helena, chama-se a atenção por cartazes com dizeres sobre DST's e Dengue.

“xistose” (xistosa) ou, de maneira mais geral, problemas causados por viroses. As viroses ocupam o discurso da equipe de saúde e dos usuários. Aos primeiros, as viroses denotam debilitações causadas por vírus, necessitando a realização de exames para certificar o diagnóstico. Para os usuários, as viroses aparecem como causadoras de *“barriga inchada”*, diferindo das verminoses pelo contato visual e da xistosa por esta estar localizada no fígado, podendo ainda “subir” para a cabeça. Se é a falta de saneamento básico e a educação sanitária a justificativa da equipe de saúde para a ocorrência destas doenças, para os usuários estas doenças decorrem do trabalho cotidiano. Entre alguns usuários a cachaça serve melhor do que os remédios para combater as verminoses. Para os vermes, ao invés da cirurgia, usa-se, por exemplo, um pedaço de toucinho para “puxar” o berne da pele. *“Xistose é só com remédio mesmo, se a pessoa continua na bebedeira acaba subindo a xistose para a cabeça [...] o fígado fica fraco”* (Miguel, 50 anos, morador da zona rural de Santa Maria do Suaçuí).

Não deixam de se apresentar no discurso dos usuários e equipe de saúde o controle da hipertensão e diabetes, sendo estes males facilmente controlados pelo uso de medicamentos. Embora o hábito de tomar remédio altere conforme a percepção da pessoa: *“quando acordo bem, não tomo o remédio não (para hipertensão)”* (Maria, 47 anos, morador da zona rural de Santa Maria do Suaçuí); *“de vez em quando a gente abusa um pouco, come carne de porco, toucinho... aí toma o remédio que melhora”* (Jandira, 42 anos, moradora da zona rural de Santa Maria do Suaçuí). Ainda que os grupos de hipertensão e diabetes prevaleçam sobre a educação sanitária no trabalho da equipe de saúde de Glucínio, não é possível negar que as queixas sobre as doenças crônicas sejam as principais demandas dos usuários³¹. *“Todo mundo fala que está com LER (lesão por esforço repetitivo) e tira licença do trabalho, mas e quem trabalha na roça? Tira leite todo dia, trabalha na enxada? É o mesmo trabalho todo dia!”* disse o agente de saúde de Glucínio, em uma conversa com um usuário e pesquisador, na ocasião, sobre as queixas de dores nas costas por parte do usuário. Por certo que as reclamações de dores difusas no corpo tomam o discurso dos usuários, embora estas dores sejam tratadas facilmente com o uso de analgésicos. Contudo, a ocorrência de dores no corpo não se torna motivo para consultar o médico. Por ocasião destas dores é realizada a consulta com farmacêuticos ou com funcionários de farmácias, a não ser que o usuário queira retirar, gratuitamente, o remédio na farmácia da prefeitura.

Estas e outras formas de cuidar estendem o acesso aos serviços de saúde para além da atuação do corpo de profissionais do PSF e PACS. Entrar, permanecer e sair da rede

31 Seja para renovação de receita médica ou mesmo entrada nos serviços de saúde por causa das alterações na pressão arterial ou da diabetes.

de atenção pública de saúde denota opções dos atores sociais em buscar atenção para si. O que significa *linkar* os elementos do cuidado à sua maneira de perceber e de estar no mundo.

4 - A SAÚDE COMO REDE

A rede de saúde que se forma entre os profissionais e usuários tende a se propagar em amplitudes variadas³². A rede se compõe nos atos do cotidiano, realizando-se nas ínfimas relações entre os atores sociais. Os atos se ligam e dão possibilidades para as relações vindouras compondo os coletivos³³ do cuidado de si, associando elementos próprios do enunciado saúde. Na narrativa dos coletivos são postos em ação elementos diversos, e estes elementos são canalizados para ações agenciadas pelas denominações: “cuidado”, “atenção”, “carência”, “acesso”, “doença” e “saúde”, entre outras denominações. O significado do enunciado emerge conferindo validade aos atos, o que lhes dá contornos de atos “sociais”, de “saúde” e de “acesso”. Os atos de “cuidado” são agenciados pelos atores envolvidos na rede de saúde e possuem enunciados que permeiam o contexto em que se dá a ação. É, então, na junção do contexto da ação com os significados aderidos aos atos que estão os tropos do que chamamos de acesso e cuidado.

No capítulo anterior foram enunciados termos cujos significados sobressaem quando associado à saúde. Médicos, usuários, agentes de saúde, e pesquisador se fundem na narrativa e compõem os imbricamentos dos termos que se apresentam como relevantes para o cuidado à saúde. Nas relações proporcionadas pelo trabalho de campo estão os imbricamentos dessa junção entre os atores sociais envolvidos, e o entendimento entre os atores é dado nas relações, permitindo que se estendam os significados das relações para além do contato que se dá entre os coletivos. Outras formas de enunciar os termos e de associar os significados desses termos são vistos em diversos estudos, alguns dos quais iremos nos deter a seguir.

Ao falarmos do cuidado temos em vista, em um primeiro momento, os cuidados que se deve ter para si, entendidos através da expressão “cuidado de si”, expressa em saberes e práticas (FOUCAULT, 1985). Mas é pertinente entender o cuidado como metáfora, expresso em concepções biomédicas ou em concepções diferenciadas da biomedicina³⁴. Neste sentido temos uma gama de elementos que podem ser agenciados pela metaforização, tecendo uma polissemia de significados. Trataremos, a seguir, das problematizações advindas do campo

32 A título de exemplo da amplitude da “rede de saúde”, podemos mencionar as campanhas de vacinação ou os surtos de dengue. Nestes momentos a atenção para a saúde é reforçada por meio de conversas desinteressadas, ações práticas, pela promoção de políticas públicas, pela exibição midiática dos cuidados que se deva ter para saúde. Atualmente, o alarme causado pela “gripe suína” mobiliza inúmeros coletivos, se tornando um ápice da questão da saúde.

33 Coletivos são formados pelo agrupamento de seres híbridos, humanos e não-humanos (LATOUR, 1994, 2006). Para este caso, denotamos como coletivos tanto profissionais e usuários quanto a hipertensão, o diabetes, os medicamentos, entre tantos outros termos correntes na ação.

34 Metaforizamos o saber biomédico como uma convenção social convencionalizante e os demais saberes como diferenciadores deste saber, conforme denota Roy Wagner (1981).

etnográfico com as concepções de cuidado, cuidador e auto-cuidado (HERZLICH; PIERRET, 1991), refletindo na continuidade do acesso (FERREIRA, 2004), nas dificuldades inerentes aos grupos populacionais (TRAVASSOS; VIACAVA, 2007), na emergência de demandas específicas (CARDOSO, 1999) e nas estratégias de atuação junto à comunidade (DESLANDES, 2004). Outro exercício de metáforização se faz necessário para explicitar as correlações do cuidado e do acesso aos serviços de saúde nos estudos da saúde coletiva (GIOVANELLA; FLEURY, 1995). Desta última obra abduzimos as discussões da categorização do acesso à saúde para formulações de políticas públicas, para enfim enunciar a diferenciação do ambiente rural.

4.1 - O cuidado com a saúde e o autocuidado

Claudine Herzlich e Janine Pierret (1991) analisam a relação entre diferentes dimensões na construção do doente e da doença, associando as dimensões biológica, social e política na gestão do mal. Enfocam a individualização da percepção do doente/doença, das doenças coletivas e das doenças crônicas. Neste jogo de percepções são agenciados o saber e a experiência vivida, a sabedoria prática e a apreensão cognitiva do discurso do outro. Pela “gestão da doença” (*gestion de la maladie*) há o controle da doença crônica que é realizado pelo portador da mesma, tornando-se “*soignant de lui-même, 'autosoignant'*” (HERZLICH; PIERRET, 1991). O autocuidado rompe-se da dependência biomédica produzindo um saber que foge ao controle do médico:

le malade chronique assume le plus souvent le double poids d'une maladie grave et d'une vie 'normale'. Grâce au traitement, en dehors de courtes périodes, il n'est pas hospitalisé. Très souvent il travaille et mène une vie de famille. Il échappe donc nécessairement au contrôle continu par la médecine et le médecin qui est le propre de la maladie aiguë [...] (HERZLICH; PIERRET, 1991, p. 261).

Releva ao autocuidado o esforço de controle permanente e de autodisciplina constante, emergindo o “*savoir du malade*” com um discurso sobre o corpo, sobre a doença e sobre as técnicas do cuidado: “*il énonce non seulement la possibilité mais la valeur d'une autre vision de la maladie et, patient qui n'est pas passif, il noue un nouveau rapport à l'expertise professionnelle*” (HERZLICH; PIERRET, 1991, p. 265). O aprendizado desse cuidado é suscitado pelos médicos na forma das técnicas do cuidado, em que se passa de

receptor de cuidado (*soigné*) para cuidador (*soignant*), mesmo sendo difícil o processo de aprendizado de noções abstratas e de gestos complexos do cuidado que se deva ter para si.

Há, no autocuidado, uma dimensão coletiva que Claudine Herzlich e Janine Pierret denominam de “grupo de doentes”³⁵ (*groupe de malades*), expressos como grupos de ajuda mútua ou de “*self-help*”, que rompem com a solidão, criando o desejo de contato e assim formando uma associação de doentes (*association de malades*):

le groupe est donc pour ces malades le moyen de se confirmer dans leur attitude d'auto-soignant. Échangeant leur savoir avec d'autres, ils l'accroissent et l'affirment. Ils renforcent ainsi la maîtrise de leur état et, plus encore, ils s'affirment dans l'identité positive qu'ils sont parvenus à construire. [...] L'auto-soignant apparaît aux autres comme engagé dans une entreprise mystérieuse et un peu inquiétante. Parfois, c'est le traitement lui-même qui effraie (HERZLICH; PIERRET, 1991, p.274).

Outra dimensão do cuidado pode ser vista no atendimento de pessoas excluídas dos meios oficiais de saúde. Pensando no acesso aos meios de tratamento biomédico através da ONG Médicos do Mundo na França, Jacqueline Ferreira (2004) faz um estudo sobre a assistência à saúde em caráter de urgência para imigrantes e excluídos do sistema comum de cuidado à saúde. Ela expõe as interfaces do cuidado à saúde para esta população excluída e caracteriza a ajuda humanitária dos Médicos do Mundo. Operando a partir de uma lógica de incluídos e excluídos, a autora analisa a relação dos profissionais da saúde com os usuários nessa forma de atendimento biomédico. A autora revela, pelo caráter de urgência do tratamento, a não continuidade da assistência e as contradições deste trabalho de cuidado: a impossibilidade de acompanhamento terapêutico e a impossibilidade de cura.

La pratique médicale repose sur le contrôle, lequel est conditionné à la possibilité de suivre l'évolution du traitement, des examens, etc. Or, si la logique biomédicale exige des patients un engagement dans le temps garantissant l'effectivité du traitement, les soignants du Centre se trouvent soumis à des pressions divergentes et parfois contradictoires dues à la complexité de la situation sociale des patients et aux injonctions de l'association. (FERREIRA, 2004. p. 200-201).

Decorrente do mal apresentado pelo paciente, os médicos do Centre Parmentier intervêm na doença em si, durante a clínica médica, revelando ao paciente os cuidados que ele deve ter para consigo, reforçando um clima de confiança, de confiar nos problemas e sintomas do paciente: “s'établit une logique où les demandes de relations plus particulières sont

35 Grupos de portadores de doenças renais, cancerígenas e de diabetes, por exemplo.

généralement évitées; on procure une non-identification au malade” (FERREIRA, 2004, p. 202). Gera, no que tange à impossibilidade do acompanhamento do doente, uma frustração por parte de médicos:

la frustration évoquée par ces médecins naît de l'impossibilité pour eux d'établir des liens avec le patient et d'avoir ainsi accès à sa vie privée, dans ce cas, accès rendu possible par l'investigation du caractère moral du symptôme. [...] De fait, l'accès à la biographie du patient est basé sur une relation de confiance, une relation établie dans le temps. (FERREIRA, 2004, p. 203).

Por parte dos pacientes, a frustração pelo atendimento gera noções críticas: “Médecins du Monde est une association de merde”. São criados mal-entendidos frequentes entre médicos e pacientes, esforçando uma adaptação das demandas sociais às demandas biomédicas. Decorrente das condições dos pacientes (não possuem domicílio fixo, muitos são imigrantes) a repercussão do atendimento biomédico é incerta, muitos são encaminhados para hospitais onde poderão realizar o tratamento sugerido, mas não há um retorno. Quebra-se o esquema ideal da medicina de “sintoma-diagnóstico-tratamento-cura (ou morte)” (FERREIRA, 2004), mas mantém-se a perspectiva de acesso como entrada no sistema de cuidados biomédicos.

Dans un contexte ambulatoire, le traitement et la guérison dépendent plus activement du patient, de son engagement, de la possibilité d'un suivi aussi bien que des conditions matérielles du service de santé. Dans le contexte du Centre, une redéfinition de cette mission thérapeutique devient nécessaire, [...] l'existence du: 'non-faire'. (FERREIRA, 2004. p. 208)

O acesso é interpretado como primeira inserção social para aquelas pessoas excluídas do sistema comum de saúde. Embora os cuidados médicos não tenham um caráter de cura, a sala de consulta se converte em um lugar de escuta, alocando neste espaço a imbricação da demanda social com a demanda clínica. Os aspectos do tratamento aos pacientes são considerados em cada caso, relevando aos médicos a observação das particularidades das condições de vida da população, procurando se orientar através de raciocínios de diagnósticos, procurando uma justificação de ordem médica para responder as demandas sociais (FERREIRA, 2004).

Como observado durante o trabalho etnográfico, as relações entre usuários e profissionais permeiam graus de distanciamento e aproximação, o que reflete na forma de atendimento e de atenção. Pelo atendimento biomédico na Unidade Básica de Saúde t-se

algumas proposições para o acesso aos serviços de saúde. Como relatado no caso de Chiquita, por exemplo, o acesso ao serviço de saúde se deu após uma primeira entrada na qual houve resolutividade parcial de seu problema de saúde. Pela segunda entrada, esta induzida pelas agentes de saúde, há outro direcionamento para o tratamento da aflição, repercutindo na aceitação do tratamento e na frequência do retorno. Como apontado por Claudine Herzlich e Janine Pierret (1991), o acompanhamento terapêutico possibilita uma “educação médica”, um aprendizado pela experiência vivida, pelo saber vivido. Imbricam-se o saber do usuário, como por exemplo, as causas e percepções da doença, e o saber biomédico, na aplicabilidade do tratamento.

Nos casos de doenças crônicas, o atendimento biomédico supera a proposição de entrada no sistema de saúde. A continuidade do acesso ao sistema se propaga pelo acompanhamento do tratamento de doenças como diabetes e hipertensão. Como nos casos de D. Guilhermina, D. Regina e D. Catarina, por exemplo, a atenção aos problemas de saúde perpassa o cuidado direcionado ao par diabetes/hipertensão. Tanto pela equipe de saúde quanto pelo usuário a demanda por cuidado à saúde extrapola o controle das doenças crônicas. A carência que emerge é expressa pelos coletivos denotando diferentes formas de associação: (1) pela perda de pessoas queridas; (2) pela diminuição de contatos entre eles; (3) pela ausência de cuidados biomédicos. O cuidado biomédico se expressa para além do atendimento no posto de saúde realizando na visita domiciliar a inversão da demanda por saúde. Passa-se do controle restrito dos casos de hipertensão e diabetes para uma “visita rápida”, um controle pela “conversa”. É assim que a carência tende a dissipar entre os usuários, por esta técnica que a equipe controla os casos sob sua responsabilidade. A conversa desinteressada entre usuários e membros da equipe de saúde proporciona outra forma de superação da distância e do acesso.

Quando ocorre a visita domiciliar, seja na presença ou ausência do médico, há entre os coletivos o agenciamento dos signos de significação enunciando as correlações e contradições dos discursos sobre a saúde/doença. Por exemplo, dizer que está fazendo uma “visita rápida” pode refletir um desinteresse pela relação equipe/usuário, obscurecendo o vínculo afetivo entre ambos. Por outro lado, uma visita demorada não significa necessariamente que há o comprometimento pelo vínculo estabelecido, o que pode obscurecer a dificuldade de cessar o contato³⁶. A entrega de medicamento ou guia de exame, a renovação da receita médica, a aferição da pressão ou apenas um “olá”, são ações mediadas em situações

36 Como nos casos em que usuários ou profissionais evitam entrar em contato, ou como visto anteriormente na situação da visita da equipe médica aos usuários que moram no Sítio do Paiol.

que extrapolam a contextualização do cuidado à saúde. Lembrando Wagner (1981),

any time we use such a word in some specific context we 'extend' its other contextual associations. *We can only define a symbolic element, or assign priorities to its various conventional associations, on the basis of the (assumed) relative significance of the contexts in which it participates* (grifos do autor, p.38).

Ainda neste sentido, diverge-se a enunciação da carência para os usuários e profissionais da saúde, podendo a carência ser tratada pela conversa ou pelo uso de medicamentos. O cuidado se expressa principalmente pelo contato e por este contato a atenção para a carência e para as doenças crônicas se conectam. Pelo contato há a continuidade do tratamento. É neste sentido que se pode referir ao acompanhamento da doença.

Tal como proposto por Herzlich e Pierret, o tratamento de doenças crônicas proporciona o surgimento de concepções de cuidado em que se sobressai o cuidado biomédico. O autocuidado refere-se então aos cuidados exercidos no cotidiano, o autocuidador “vivre avec une maladie chronique, même lorsque l'on parvient, [...] à dominer la gestion, est une expérience dont on doit souligner le caractère éprouvant” (HERZLICH; PIERRET, 2004, p. 263). Neste esforço em controlar a doença são desenvolvidas as técnicas do cuidado, o “saber do doente”:

Chez ces patients le 'savoir du malade' débouche donc sur un mode de vie différent et sur une véritable 'culture' impliquant, plus encore que des connaissances, la définition de normes personnelles, l'aptitude à négocier avec son mal et à s'y ajuster sur le plan émotionnel et aussi à faire des choix et les mettre en œuvre dans des actes concrets (HERZLICH; PIERRET, 2004, p. 264).

É neste plano que os usuários enunciam a relação do nervoso com a doença:

eu creio que vai dar alta (a taxa de glicemia) porque eu estava muita nervosa; vou arrumar minhas gavetas, que daí vai indo, vai indo e fica alta (a pressão arterial) (Regina, 83 anos, moradora de Santa Helena).
“O problema que eu tinha era baixa circulação de sangue nos pés, o meu pé estava sempre frio” (Catarina, 76 anos, moradora de Santa Helena).
Quando fico nervosa, a pressão sobe, não sei por que (Guilhermina, 70 anos, moradora de Santa Helena).
É pela tristeza sabe (Meire, técnica em enfermagem, Santa Helena).

Pela ausência dos grupos de hipertensão e diabetes na unidade básica de saúde de Santa Helena não há o controle por grupo de doenças, sendo realizado o acompanhamento dos portadores durante a clínica médica e pelas visitas domiciliares. De forma inversa ao analisado por Jacqueline Ferreira no contexto de atendimento médico pela ONG Médicos do Mundo com a prerrogativa do “*non-faire*”, no contexto de atendimento do Sistema de Atenção Básica a Saúde a atuação da equipe de saúde ultrapassa a prerrogativa de cuidados médicos. Os cuidados neste contexto estendem-se para o compartilhamento, para a escuta e para a confiança, ultrapassando a lógica de atenção médica. A palavra de carinho denota maior eficácia no controle e aceitação do tratamento, como por exemplo, nos casos de pacientes que evitam ir ao posto consultar com o médico: “*falei com ele (usuário) e ele veio direitinho*” (Meire, técnica em enfermagem, Santa Helena).

As relações estabelecidas entre usuários e profissionais da saúde denotam amplitudes de ligações, estabelecem domínios de conexões e permitem que sejam atualizadas as informações sobre um e outro. Com duração mais ou menos delimitada, estas relações se dão, a princípio, por motivos de saúde, mas em decorrência da própria relação muda-se a perspectiva da saúde e da doença para perspectivas mais amplas. Como apontado pelo estudo de campo, as relações sociais dadas entre a equipe de saúde e os usuários no povoado de Santa Helena permitem apontar para a relação de atenção como para relação de desatenção, ou de cuidado e não-cuidado, de aproximação e distanciamento. O “*non-faire*” se contrapõe ao ato de cuidar:

mas como ele cuida da senhora, não posso me meter no tratamento dele não. Ele vai ser o geriatra da senhora. (Luís, médico, 40 anos, Santa Helena).

Vou pedir é para o Dr. Rodrigo que ele me dá, o quê que custa dar um atestado? (Sônia, 50 anos).

O doutor só me dava se o outro médico desse papel de exame, ele não deu o papel de exame para fazer o teste de anemia (Regina, 83 anos).

As competências médicas encontram limites na especialização dos saberes, o entendimento do cuidar vai além de um saber próprio, estendendo ainda mais as ramificações darem significado ao cuidado: “*eu fico com medo dela cair, por isso não deixo ela muito aqui fora*” (Sônia, 50 anos); “*não há necessidade de passar mais remédio para ela não, senão daqui a pouco vai estar todo mundo tomando remédio pra qualquer coisa*” (Luís, médico). O cuidar também denota preocupações para si: “*nunca tomei remédio pra pressão não, eu tomo é suco. Eu só vou ao posto quando eu estou ruim mesmo, por qualquer coisinha eu não vou não*” (Chiquita, 35 anos); “*eu tomo remédio todo dia, dois de manhã e dois de tarde, pra*

pressão e diabetes. Mas eu não fico parada não, senão as 'juntas' endurecem” (Carminha, 75 anos). O cuidado perpassa ainda as formas de atenção: “eu falei com ela que eu queira que ela tomasse um sol pela manhã, talvez até tirasse um pouco do rostinho branco dela, dava uma cor na pele” (Meire, técnica de enfermagem., 29 anos).

Os agentes especializados no cuidado à saúde possibilitam duas formas de acompanhamento do usuário: pelo vínculo afetivo e pelo vínculo profissional. Estes vínculos não são excludentes, possibilitando a atuação ambivalente numa mesma relação. Aqui, o contexto da ação não define o tipo de vínculo realizado, mas indica uma demanda. Potencialmente, o local de atendimento médico é permeado por vínculos profissionais, mesmo quando ocorre a migração do local de atendimento médico para a residência do usuário. No contexto das visitas domiciliares os vínculos afetivos apresentam predominância, sendo que estes vínculos são respaldados pela relação profissional/usuário³⁷. Como aponta o trabalho de campo, as relações entre a equipe de saúde e os usuários condicionavam as demandas.

A demanda por atenção ao estado de saúde era uma das mais recorrentes, coexistindo com demais tipos de demandas. Dentre estas, podemos enumerar algumas, conforme apontado por Marina Cardoso (1999): a demanda assistencial; demanda potencial, demanda social, demanda clínica e demanda psiquiátrica. Por estas demandas, o acesso aos serviços de saúde se distingue priorizando atuações a favor de determinada demanda. Assim, a demanda assistencial preconiza a atuação junto à comunidade, a demanda clínica preconiza o atendimento médico, a demanda psiquiátrica preconiza o tratamento especializado e demandas potenciais e sociais ampliam e denotam os anseios mais vastos da população. Ao falar da demanda por atenção, congregamos as demandas por um foco: o viés do usuário. Quando este procura por atendimento médico, ele releva alguns pontos de cada demanda, mas preconiza a resolutividade de seu problema, seja de doença mental, doença crônica, ou carência, interligando os planos emotivo, biológico e social na configuração da demanda. O acesso aos serviços de saúde permite a conexão entre usuário e servidor.

4.2 - A distância para o acesso

O acesso pode ser entendido como o grau de facilidade ou dificuldade com que as pessoas se inserem nos serviços de saúde, refletindo, como diz Travassos e Viacava (2007), no aumento ou diminuição dos obstáculos à obtenção destes serviços pela população. Nas

³⁷ Relação em que se expressaria o vínculo médico/paciente. Penso em uma maior amplitude de relações que englobam a relação profissional/usuário, congregando relações entre os profissionais e relações entre usuários, além da relação propriamente dita entre usuário e profissional.

abordagens supracitadas, o acesso aos serviços de saúde podem ser entendidos como a primeira entrada e a ausência de acompanhamento (FERREIRA, 2004) e na continuidade dos cuidados ou auto-cuidados (HERZLICH; PIERRET, 1991). Atenta-se a maneira como é realizada essas formas de acesso. Segundo Jacqueline Ferreira (2004), a ausência de acompanhamento é a tônica do trabalho dos Médicos do Mundo, sendo regidos pelo “non-faire”, enquanto que na composição dos “grupos de doentes” surge uma forma de lidar com a doença em que os cuidados biomédicos extrapolam ao tratamento realizado pelo “autosoignant” (HERZLICH; PIERRET, 1991).

Em seu artigo, Claudia Travassos e Francisco Viacava (2007) apontam alguns dados da acessibilidade e destacam a diferenciação entre populações rurais e urbanas no que tange ao acesso e utilização dos serviços de saúde. Os autores apontam a distância territorial, a dificuldade de transporte e a concentração de pobreza como obstáculos, como uma desvantagem da população rural frente a urbana. Apoiando-se em dados da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD) de 1998 e 2003, Travassos e Viacava procuram demonstra que “o acesso reflete as características do sistema de saúde, que atuam aumentando ou diminuindo obstáculos à obtenção de serviços pela população”, sendo a entrada nos serviços de saúde uma expressão positiva do acesso (TRAVASSOS; VIACAVA, 2007. p. 2490). Segundo os autores,

observa-se menor acesso e conseqüentemente menor utilização de serviços de saúde nas populações rurais. Os idosos residentes em áreas rurais, além de enfrentar os problemas de saúde do envelhecimento, têm de lidar com maiores barreiras para obter os serviços de saúde de que necessitam. Uma barreira importante [...] ocorre em função da menor disponibilidade de serviços em áreas esparsamente povoadas (TRAVASSOS; VIACAVA, 2007, p. 2491).

De acordo com os autores, há a continuidade do cuidado pelo retorno aos serviços de saúde, prevalecendo maior continuidade em populações urbanas, para mulheres e para doentes crônicos. O Sistema Único de Saúde é o principal financiador dos atendimentos e é baixa a cobertura de planos de saúde para populações rurais, predominando os postos e centros de saúde como serviços mais procurados pelos idosos, tendo a farmácia e o atendimento domiciliar como pouco procurados.

Pela idade, o acesso e a utilização dos serviços de saúde tende a diminuir, aumentando os obstáculos:

os idosos com 80 anos ou mais residentes em áreas rurais aparentemente enfrentam barreiras de acesso aos serviços de saúde ainda maiores, pois

utilizam menos os serviços de saúde quando necessitam [...]. Esse é o grupo etário que apresenta piores condições de saúde. [...] Fatores associados à distância aos serviços e às dificuldades de deslocamento restringem ainda mais o acesso dos mais idosos. [...] Fatores culturais também são importantes para que os serviços sejam permeáveis aos valores e às preferências da população de idosos rurais. A melhoria do acesso, nesses casos, implica arranjos organizacionais do sistema local de saúde de modo a adaptar os serviços às necessidades e incapacidades desse grupo etário. (TRAVASSOS; VIACAVA, 2007. p. 2498)

Cabe ainda ressaltar a diferenciação por gênero na utilização e acesso aos serviços de saúde. Conforme Claudia Travassos e Francisco Viacava, mulheres idosas tendem a auto-avaliar seu estado de saúde como pior, utilizando mais frequentemente os serviços de saúde e agindo dessa forma com continuidade do cuidado. Esta frequência “pode significar maior propensão das mulheres de procurar cuidado de saúde, mas também indicar maior inclinação dos médicos a recomendar retorno às mulheres” (TRAVASSOS; VIACAVA, 2007. p. 2499).

Pensando na continuidade do acesso e na especialização dos cuidados biomédicos podemos relatar pelo estudo de Marina Cardoso (1999) alguns pontos da expansão dos serviços de saúde, em especial da assistência psiquiátrica. Na atenção básica à saúde os primeiros contatos entre profissionais e usuários são realizados nos postos de saúde, valendo-se do atendimento biomédico para a entrada nos casos de problemas mentais, com os quais a equipe de saúde apresenta certa dificuldade de lidar. Neste contexto Marina Cardoso relata que

o consultório médico ambulatorial tornou-se um dos lugares privilegiados para uma estratégia de prevenção e controle terapêutico dos casos de 'doença mental', a ser realizada sob duas formas principais: a da promoção da identificação de distúrbios psiquiátricos em pacientes com doenças orgânicas e o controle medicamentoso dos pacientes já sob tratamento, que passava a ser realizado no consultório ambulatorial, em lugar do esquema clássico de internação hospitalar. Por essa via, a psiquiatria integrou-se ao conjunto das reformas e alterações nos aparelhos estatais que prestavam serviços de saúde, procurando uma nova rearticulação entre a assistência psiquiátrica e a experiência clínica, para a formação de um modelo assistencial cujo alvo era a comunidade (CARDOSO, 1999, p. 30).

Com a inclusão da assistência psiquiátrica nas bases do atendimento comunitário o papel dos profissionais da saúde alterna para o encaminhamento (para efetivo diagnóstico) e acompanhamento dos usuários, relevando ainda atos controle sobre os mesmos. Esta forma de atendimento implica algumas características singulares: o discurso sobre o “nervoso”³⁸ e a

38 Ao falar do “nervoso” não pode-se perder de vista as proposições de Luiz Fernando Duarte (1986; 2003)

estratégia de ação em psiquiatria. O discurso sobre as doenças envolve concepções biomédicas da doença aliado a categorias discursivas do quadro sintomático e nosológico. Ressaltando a relação de poder na relação médico-paciente, Marina Cardoso (1999) aponta para a afirmação da autoridade do médico, pautada na cientificidade do saber, frente à “ignorância” do paciente, sobrepondo um ao outro os discursos e as percepções sobre os corpos.

Outra relação de poder está na promoção dos serviços de saúde, operando na base da remodelação do modelo assistencial,

as diretrizes ministeriais para uma 'Política de Saúde Mental' passou a postular 'doença mental' como modalidade preventiva que requeria o controle terapêutico dos indivíduos e das relações interpessoais, percebidas como fonte de tensões e problemas presentes na origem dos distúrbios psíquicos (CARDOSO, 1999, p. 30).

Esta operação permite que haja a participação do usuário, modificando ainda a perspectiva da estratégia dos serviços de saúde:

tornando a dimensão preventiva dos cuidados médicos a estratégia principal para a 'promoção da saúde', previu-se a ampliação da cobertura por intermédio da extensão da rede assistencial a ser integrada e regionalizada e, paralelamente, a participação da população nos serviços a serem prestados. Procurando integrar a assistência à comunidade com o acesso aos recursos técnicos e institucionais disponíveis à prática médica, as diretrizes que passaram a orientar a reformulação das políticas de saúde pública estabeleceram, por intermédio da noção de 'sistema', uma interrelação entre a 'Rede de Assistência Médico-Sanitária' e a 'Rede de Assistência Médico-Hospitalar', articulando-as com o espaço social e familiar colocados como centro dessa ação preventivo-terapêutica a ser desenvolvida. O processo de atendimento médico passou a ser iniciado nos ambulatórios distritais e municipais, atingindo, de acordo com a complexidade da avaliação diagnóstica a ser feita e do tratamento a ser prestado, as instituições hospitalares especializadas. Do mesmo modo, os programas de saúde priorizados pelos órgãos estatais incorreram em uma aparente descentralização administrativa, com a formação das Diretorias Regionais de Saúde, subordinadas às Secretarias Estaduais e coordenadoras das atividades dos centros, postos e unidades ambulatoriais”. (CARDOSO, 1999, p. 34-35)

Por esta longa citação podemos perceber que o acesso se dá em diferentes níveis de complexidade, não fechando um círculo de serviços de saúde, mas sim imbricando o acesso e a utilização destes serviços em esferas de atuação.

quando estabelece as diferenciações valorativas da noção de pessoa e indivíduo para a configuração dos discursos sobre os “nervos”. Especialmente pela diferenciação da visão holística ou hierárquica de Pessoa presente nas classes trabalhadoras urbanas em oposição ao individualismo como valor, presente nos discursos dos segmentos médios e superiores da sociedade.

Ainda assim, a demanda por atenção ao estado de saúde não distingue os vínculos entre usuários e profissionais, mas engloba as ações decorrentes do cuidado à saúde. Neste sentido, as ligações realizadas pelo tropo “saúde” imbricam-se sobre ações determinantes do cuidado:

*É a falta de uma psicóloga, porque a quantidade de paciente que vem com problemas psicológicos é demais! (Luís, médico, 40 anos).
De vez em quando vem um pessoal pra benzer aqui, mas não é muito não (Marilena, rezadeira, 89 anos).*

A demanda por atenção inclui todos os agentes especializados no cuidado, sejam agentes da medicina oficial ou da medicina alternativa. Aqui a figura do agente comunitário de saúde age como elo entre as duas práticas de medicina. Pela ambivalência de posição, sendo membro da comunidade e da equipe de saúde, o agente de saúde liga os pontos da demanda por saúde.

O apelo da demanda por saúde pode ser visto através do exercício de técnicas de cuidado. Tendo a equipe de saúde a idéia de humanização do atendimento e de modo mais geral com a atenção ao outro. A atuação dos agentes especializados no cuidado à saúde sobressai sobre a demanda com técnicas expressivas. A tecnologia leve proporciona o compartilhamento de sinais do processo de humanização. Cabe interrogar, neste processo o seu caráter puramente “humanizador”. Além das medidas de prevenção, orientação e educação, a atuação dos agentes especializados é realizada através de técnicas do cuidar. Neste sentido, a proposta do “HumanizaSUS” estendida para Atenção Básica à Saúde engloba ações de atenção em que usuários, profissionais e gestores estabeleçam vínculos solidários, com responsabilidades coletivas para compor um SUS mais humano³⁹.

As ações dos agentes especializados no cuidado demonstram que a atenção ao outro vai além das prerrogativas do HumanizaSUS. Os agentes especializados, entendidos, também por aquelas pessoas procuradas para solucionar os casos considerados difíceis ou de exclusiva competência (CARDOSO, 1999, p. 146), expressam técnicas para a atuação em saúde. Com tons de personalidade as técnicas se reproduzem entre a população, congregando diferenciações e convergências para o cuidado de si. A requisição da atenção por parte dos usuários implica na aplicação de técnicas de cuidar, o que gera pelos agentes especializados a atualização destas técnicas conforme foi aprendido por eles. A experiência do cuidar proporciona a construção dos saberes do cuidado, tanto para os agentes especializados como

³⁹ A proposta do “HumanizaSUS”, seus princípios e objetivos podem ser vistos no Portal da Saúde mantido pelo Ministério da Saúde: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1342. Acesso em: 21 jul. 2009.

para os demais atores sociais. Uma vez que a construção do saber ocorre na prática, pela experiência vivida, na interação entre os atores sociais as representações do cuidado, do que se deva fazer, são delineadas pelo que se faz.

Conforme Suely Deslandes (2004), “geralmente emprega-se a noção de ‘humanização’” para a forma de assistência que valorize a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais. Implica, ainda, a valorização do profissional e do diálogo intra e intequipes” (DESLANDES, 2004, p.8). Assim, é no plano corrente de ação que categorias como “humanização” e “atenção” se convencionalizam (WAGNER, 1981). Se tomarmos a prerrogativa de uma “nova ordem relacional” para a humanização do atendimento, conforme dito por Deslandes (2004) e a preocupação com os meios de mudança através da humanização (TEIXEIRA, 2005), devemos, então observar o encontro como meio propício para a prática humanizada. Interessa aqui a idéia de humanização exercida através do modo de acolhimento pelo qual Deslandes afirma apoiando-se em Merhy que há a “tecnologia leve” para a gestão do cuidado, congregando no documento Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar do Ministério da Saúde os pontos tecnologia e boa administração dos relacionamentos (DESLANDES, 2004, p. 10). A autora ressalta que a “palavra” tanto de usuários quanto de profissionais, precisa ter [...] lugar mais relevante no cotidiano institucional” onde começam as aspas?, o que necessitaria de “uma nova cultura de atendimento” viabilizada pela abertura de diálogo, “do nível de gestão à tessitura mais cotidiana do encontro entre profissionais, profissionais e usuários (DESLANDES, 2004, p. 11-12). Neste sentido, a ação dos agentes especializados promoveria um contato mais “humano”, relevando para os atores sociais a atenção para o estado de saúde, refletido na formação dos laços de confiança.

Mas como são percebidas pela equipe de saúde e usuários as ações humanizadoras do atendimento? No posto de saúde não está explicitada a ação humanizada, a princípio veríamos apenas ações entre profissionais em seu local de trabalho e usuários dos serviços de saúde, embora as relações entre eles estejam permeadas de significados. Em tons de profissionalismo se pauta a maior parte das ações dos médicos, enfermeira, agentes de saúde e demais pessoas que trabalham na unidade básica de saúde. Por vezes as ações dessas pessoas se pautam em atitudes não profissionais, estabelecendo meios de diálogo mais intenso entre eles. As preocupações sobre si e sobre o outro tomam forma em expressões corporais, se verbalizam e agem, um sobrepondo o outro, em momentos de angústia ou alegria, de presteza de atenção e cuidados. Neste sentido a prática “humanizada” poderia ser vista nos momentos

positivos do atendimento no posto de saúde. Os atores sociais se encarregam então de dar sentido a esta prática:

no PSF em Maripá de Minas eu conhecia os pacientes por nome e sobrenome. Você me dá o nome do paciente que eu falo o sobrenome dele. Mas aqui (em Bicas) eu tenho certeza que vai chegar neste ponto também (Dr. Luís, médico, 40 anos, trabalha em Santa Helena desde outubro de 2008);

eles gostam mais de conversar; tem gente quem nem vem falar sobre medicamento, sobre doença, alguns querem é conversar; falar sobre algum assunto, tem carência mesmo é de contato com as pessoas. [...] Tem gente que não tem nada, mas vem ao médico para conversar; para tem um aconselhamento, alguma coisa assim (Andréia, 28 anos, agente de saúde, trabalha em Santa Helena desde novembro de 2006);

Pelo que eu vejo aqui em Santa Helena, pelo pouco tempo que eu estou aqui, o povo aqui é muito unido, todo mundo tenta ajudar um ao outro (Meire, 29 anos, técnica em enfermagem, trabalha em Santa Helena desde janeiro de 2009).

Esta união entre os usuários pôde ser vista na ocasião do tratamento de câncer de um morador da região. Ele morava sozinho e não possuía renda suficiente para pagar os exames, nem tinha condições de permanecer em Juiz de Fora. Alguns amigos e vizinhos se juntaram para pagar alguns exames e remédios que não eram subsidiados pelo SUS, e o visitavam enquanto estava internado. Uma mulher diz que ficou com ele no dia da cirurgia para dar força e que todos estavam rezando pra que ele melhorasse: *“todo mundo fica preocupado, mas também ele perdeu os irmãos, não tem ninguém que fica com ele, aí cai na bebedeira de novo. A gente avisa, tenta ajudar, mas a vida é dele né?” (Sônia, 50 anos, moradora de Santa Helena).*

Desse modo, a humanização do atendimento pode ser vista em seu sentido metafórico associando a conversa, o conhecimento sobre o outro e ações de auxílio ao próximo, como ações humanizadas em que se levaria em conta

a assimetria constitutiva desse encontro, em que uma das partes está em busca da satisfação de suas necessidades, enquanto a outra é presumida deter os meios de satisfazê-la, pod-se supor que o estabelecimento de uma 'zona de comunidade' se dará em torno desse conhecimento recíproco: o que um precisa e o que o outro tem a oferecer (TEIXEIRA, 2005, p. 595).

Na unidade básica de saúde se dá o encontro propriamente dito entre equipe médica e usuário, local este em que ocorreriam as práticas humanizadas do cuidado. Mas é também neste local que as informações do estado de saúde de tal ou qual pessoa são

atualizadas, na sala de espera da UBS são postos em ação, trocas intensas de atenção ao outro tendo como agentes deste processo de troca os próprios usuários. As informações passadas pela equipe de saúde, integrando também a atendente da unidade, servem de respaldo para conversas longas, incitam falas de preocupação, agenciam atos de cuidado. A UBS torna-se local de encontro também para os usuários entre eles. Já para a equipe de saúde, o encontro entre eles e a conversa assumem seu caráter oficial durante as reuniões:

a gente toma café, fica conversando, brincando e falando... “ah a fulana de lá, o quê que deu?” “Ah fulana melhorou!” Bate muito papo ali, na descontração eles vão passando para mim, eu vou perguntando como é que tá. Não pode criticar a gente por ficar muito tempo no café, mas o café é bom, é bem aproveitado, é um café filosófico! Converso com a enfermeira, com a agente de saúde, mas cobro dos dois lados, tanto conversando aqui (durante a reunião) como conversando lá (durante o atendimento). Tem gente que separa, mas eu não separo não. Mas o médico que tem vontade de exercer no PSF ele tem que ter realmente um perfil, não adianta chegar e dizer que vai fazer o PSF e pronto, não. (Luís, médico, 40 anos).

Podemos falar de um encontro não só de médico e paciente, mas sim estender este encontro para a relação entre usuários e entre equipe de saúde e usuários:

basta considerar [...] que a conversa, neste encontro, não é apenas veículo para se chegar a um conjunto de acordos ou consensos, mas tem um fim em si mesma, na medida em que se trata de uma 'obra conjunta' que vai construindo o sentido daquele encontro, na medida em que se trata do primeiro produto material partilhado daquela relação. Em qualquer caso, entretanto, reconhece-se o sucesso do encontro em seus resultados afetivos, sempre que os corpos em presença experimentarem afetos aumentativos de alegria e potência. (TEIXEIRA, 2005, p.595)

Neste sentido e a partir da vivência naquele contexto de atendimento surgem propostas de atuação junto aos usuários, como por exemplo, para os grupos de controle:

*podia fazer tipo um chá, cada um traz alguma coisa, uns biscoitos, [...] tem um clube ali, a gente poderia estar fazendo palestra sobre cigarro, diabetes, hipertensão, fazer palestra também sobre drogas para adolescentes, DST [...]. Acho que aqui em Santa Helena falta uma coisa. Tinha que ter alguma coisa para o pessoal da terceira idade. (Meire, 29 anos, técnica em enfermagem);
A gente até deu a idéia de montar um grupo de ginástica, fazer uma atividade, uma caminhada, algo assim. O médico dá idéia, a gente dá idéia, vai tentando arrumar as coisas assim. (Andréia, 28 anos, ACS);
Quando eu era mais nova, eu não ficava em casa não, eu ia pra tudo quanto*

era baile, mas depois que meu marido morreu eu não vou mais não (Dona Regina, 83 anos);

Aqui em Bicas a gente não faz os grupos ainda não. Mas lá em Maripá era, lá a gente realizava todo mês. Lá a gente tinha os grupos de hipertensão, de diabetes, de terceira idade, de ginecologia, de obstetrícia, de saúde mental e de pediatria. [...] No da terceira idade nós tínhamos um baile às 4 horas da tarde, na última segunda-feira dos mês, era uma briga direto por causa do baile, antes do baile a gente levava um professor de educação física para ensinar a fazer alongamento, levava uma nutricionista pra falar sobre a alimentação, outro dia ia eu, ia o dentista pra falar sobre problemas com a dentadura, sobre higiene com os dentes, o psicólogo e tal... eles não gostavam muito não, eles começaram a ver que primeiro era a palestra e depois era o baile, aí nós fiz-se diferente, começava o baile, parava o baile e dava a palestra e depois voltava o baile de novo (Luís, 40 anos médico).

Desta forma a inclusão dos usuários nos serviços de saúde possibilita uma mudança da atuação dos profissionais da saúde. Constam a experiência do trabalho e a perspectiva de melhor acolhimento para a atuação deles. Ainda assim, a participação dos usuários na formulação dos serviços não é feita diretamente, cabendo à equipe de saúde e aos gestores a percepção da demanda e a orientação das atividades do cuidado:

acho que o trabalho aqui é muito mais ligado para a área de educação do que a área da saúde. Se se perguntar: há fome aqui em Bicas? Eu acredito que não. Se há, é aquela mãe desorientada, que tem uma capacidade intelectual reduzida e não consegue alimentar o filho direito, não porque não quer alimentar; é porque ela não lembra, talvez um pouco pelo lado psiquiátrico também, mas você pode ter algum caso de fome aqui. Mas que a pessoa passe fome aqui em Bicas, eu não acredito. Se há, é um problema educacional ou problema psiquiátrico associado, é muito mais social. Com educação você consegue ter saúde, com saúde você não consegue ter educação. [...] Com práticas de educação você melhora a saúde. Educando os caras você consegue melhorar a saúde deles. (Luís, 40 anos médico).

No que consta a participação dos usuários, ela é realizada nos momentos de atendimento biomédico, eles sugerem um maior tempo de permanência dos médicos na UBS e requerem atenção individualizada para resolver casos específicos. Algumas pessoas possuem acesso direto aos gestores, não passando por órgãos mediadores, como o Conselho Municipal de Saúde. Diretamente, é pela equipe de saúde que os usuários demandam por atenção, centrando na figura do agente de saúde o principal mediador da população para o sistema de saúde. É ele quem encaminha os usuários para determinados serviços, como a consulta médica ou passando orientações sobre os procedimentos para realização de exames complementares.

No tocante à complementariedade dos serviços de saúde, cabe ainda ressaltar a inserção de rezadeiras como agentes especializados no cuidado e a dimensão “caritativa” que integra o tema da saúde:

[...] o Posto de Saúde aparece como um locus de produção de laços de amizade, de reciprocidade e ações de caridade, onde tanto a Biomedicina na sua dimensão 'caritativa', que até alguns médicos reconhecem e dão peso (mesmo que a maioria rejeite), quando a reza na modalidade de caridade fazem sentido, assim como a doação de sopa às sextas-feiras para os idosos portadores de diabetes e hipertensão e a distribuição de retalhos para a confecção de produtos artesanais às mulheres da comunidade que apresentam sintomas de depressão. Ações que foram incorporadas ao cotidiano desse Posto e que, a rigor, não são da competência de uma Unidade de atendimento à saúde. [...] Em síntese, no seu cotidiano o Posto de Saúde não é apenas um lugar de atendimento especializado em saúde; ele foi transformado em um espaço de exercício da caridade [...] (CAVALCANTE, 2008, p. 139).

Tomando o exemplo do “Programa Soro, Raízes e Rezas” do PSF do município de Maranguape, Ceará (CAVALCANTE, 2008), podemos identificar ações diferenciadas da biomedicina sendo incorporadas ao contexto de atendimento médico. Dessa maneira, ampliam-se as formas de inserção da população nos serviços de saúde, enaltecendo o acesso pela mediação de demais atores sociais⁴⁰:

o Programa 'Soro, Raízes e Rezas', pelo menos no discurso ideológico de seus idealizadores, reconhece que o acesso à saúde é mais do que haver profissionais biomédicos e equipamentos disponíveis para atender a população. É sabido que a garantia de acesso depende também do estabelecimento de uma relação de confiança recíproca entre o profissional de saúde e o que busca atendimento para seus males (CAVALCANTE, 2008. p.140)

Pela relação da equipe de saúde com os usuários pudemos entender um pouco melhor a questão do acesso aos serviços de saúde. Outras formas de questionar o acesso, além daquelas referidas até aqui, suscitam modelos da relação sistema/público e da categoria acesso, sobre alguns dos quais nos detemos a seguir.

40 É incisiva a participação dos atores sociais nos processos de saúde e doença no ambiente urbano compondo as redes de vizinhança e amizade, redes de terapeutas alternativos e a própria rede territorializada pelo PSF (BONET; TAVARES, 2006). Caberia distinguir as redes estabelecidas enunciando as correlações de propagação da rede de acordo com o agenciamento dos atores sociais, denominado por Bonet e Tavares (2006) como redes intersticiais de caráter rizomático.

4.3 - O acesso como metáfora para a saúde coletiva

Quando Ligia Giovanella e Sonia Fleury (1995) dizem que “é na unidade de relação do usuário com os serviços que devem ser centradas as análises que busquem conhecer como o direito à saúde se expressa concretamente no cotidiano das pessoas” (GIOVANELLA; FLEURY, 1995, p. 189), as autoras relegam para o plano das inter-relações entre os atores sociais as bases para o entendimento e concepção do acesso aos serviços de saúde: “a categoria central para análise dessas inter-relações é o acesso” (GIOVANELLA; FLEURY, 1995, p.189). As autoras apontam o acesso como categoria de análise das políticas de saúde retomando discussões que envolvem modelos “economicista”, “sanitarista-politicista”, “sanitarista-planificador” e modelo das “representações sociais”.

Tomados brevemente, os quatro modelos podem ser resumidos como se segue. O modelo economicista é pautado pelos padrões de consumo dos indivíduos, tratando-se de “um modelo de estudo da relação entre oferta e demanda, medidas pela decisão dos consumidores em relação a fatores como seu conhecimento da oferta, sua percepção sobre a demanda e um conjunto de valores e práticas oriundas do seu universo familiar”, aliado a análise da intervenção estatal (GIOVANELLA; FLEURY, 1995, p. 191). O modelo sanitaria-planificador caracteriza o acesso como possibilidade de consumo dos recursos dos serviços de saúde em que “o acesso está dado pela ação planejadora do Estado, a partir da garantia da localização adequada, da disponibilidade e da articulação funcional dos serviços em uma rede organizada de acordo com a demanda” (GIOVANELLA; FLEURY, 1995, p.193). Deste modelo tecnicista deriva o modelo sanitaria-politicista no qual o conceito ou noção de consciência sanitária engloba a questão do acesso.

Citando o sanitaria e bioeticista Giovanni Berlinguer, Giovanella e Fleury postulam a consciência sanitária como “a tomada de consciência de que a saúde é um direito da pessoa e um interesse da comunidade [...], consciência sanitária é a ação individual e coletiva para alcançar este objetivo”⁴¹ (a saúde como direito). Decorrente da tomada desta consciência sanitária haveria a “formação de uma contra-hegemonia através da construção de um novo saber e de uma força social capaz de cobrar o cumprimento das disposições legais acerca da atenção à saúde, da organização do sistema de serviços e da universalização do acesso” (GIOVANELLA; FLEURY, 1995, p. 194), relevando o caráter politizado do acesso, da participação e da construção do sistema de saúde, reforçando também a participação cidadã

41 BERLINGUER, G. Medicina e Política. São Paulo, Cebes/Hucitec, 1978. *Apud*: Giovanella, L. & Fleury, S. 1995.

na gestão e no controle social.

As bases para a consolidação destes três modelos teóricos da acessibilidade dos serviços de saúde são apontadas por Giovanella e Fleury nos estudos de Julio Frenk⁴², Alan Dever⁴³ e Penchansky e Thomas⁴⁴. Por Frenk (1985), o acesso engloba a disponibilidade de recursos em tempo e espaço determinados para clientes potenciais em que a acessibilidade ajustaria as características dos recursos e da população no processo de busca e obtenção da atenção em saúde, relacionando o acesso “à capacidade de um grupo para buscar e obter atenção” (GIOVANELLA; FLEURY, 1995, p. 189). Penchansky e Thomas (1981) associam o acesso à adequação entre clientes e sistema de cuidados à saúde, apontando para a disponibilidade (volume e tipo de serviços em relação com o volume de clientes e tipo de suas necessidades); acessibilidade (localização da oferta e dos clientes); adequação funcional (organização da oferta, percepção e capacidade de acomodação dos clientes); capacidade financeira (preços dos serviços, capacidade de pagar e existência de seguro-saúde por parte dos usuários); e aceitabilidade (atitudes dos clientes sobre profissionais, características das práticas dos prestadores de serviços e aceitação de prestar serviços para a população).

Alan Dever (1988), por sua vez, pondera sobre a interação entre clientes e prestadores dos serviços de saúde, relevando a influência de fatores socioculturais e organizacionais no acesso e utilização dos serviços de saúde. Inclui, para a análise da utilização dos serviços, a disponibilidade dos recursos, a acessibilidade geográfica, a acessibilidade social e as características da estrutura e processo de prestação do cuidado (GIOVANELLA; FLEURY, 1995, p. 190). Cabe ressaltar aqui a diferenciação entre a acessibilidade geográfica e a social, a primeira referindo-se a fatores de espaço como distância, tempo e custo da viagem, além da limitação temporal, conforme a disponibilidade dos recursos. A acessibilidade social engloba a aceitabilidade, tratada por fatores socioculturais, e a disponibilidade financeira, variando o ajuste ou acomodação entre prestadores e clientes dos serviços de saúde. Dever associa o uso dos serviços preventivos, curativos e especializados com a disponibilidade geográfica.

O quarto modelo de análise do acesso e utilização dos serviços de saúde configura-se como uma abordagem das representações sociais, diferenciando-se

42 FRENK, J. El concepto y la medición de accesibilidad. *Salud Publica*, México, sep./oct, 1985. In: GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. 1995.

43 DEVER, G. E. A. Epidemiologia na administração dos serviços de saúde. São Paulo, Pioneira, 1988. In: GIOVANELLA, L. ; FLEURY, S. 1995.

44 PENCHANSKY & THOMAS J. W. 1981. The concept of access: definition and relationship to conumes satisfaction. *Medical Care*, v. XIX n. 2. In: GIOVANELLA, L. ; FLEURY, S. 1995.

sensivelmente das abordagens anteriores e tendo como expoentes os estudos de Joel Birman⁴⁵, Claudine Herzlich⁴⁶ e Maria Cecilia Minayo⁴⁷. De forma geral, este modelo distancia-se “de uma visão positiva da atenção à saúde [...], na medida em que não reconhece qualquer autonomia absoluta daquilo que é exterior ao registro simbólico” (GIOVANELLA; FLEURY, 1995, p. 194). Cito Joel Birman (1991):

o real apenas se constitui como realidade pela mediação da ordem simbólica, que lhe confere consistência significativa, para que possa ser compartilhada por uma comunidade social determinada, dotada da mesma tradição histórica e lingüística. [...] a realidade é uma constituição eminentemente intersubjetiva e simbólica, não existindo pois fora dos sujeitos coletivos e históricos, que são ao mesmo tempo os seus artífices, os seus suportes e os mediadores para a sua transmissão (*apud* GIOVANELLA; FLEURY, 1995, p. 194).

Nesta linha Claudine Herzlich (1991) afirma sobre a formulação de sentido que emerge na desordem da doença, adquirindo significação, que “a representação não é apenas um esforço de formulação mais ou menos coerente de um saber, [...] as representações estão enraizadas na realidade social e histórica, ao mesmo tempo em que contribuem para construí-la” (*apud* GIOVANELLA; FLEURY, 1995, p. 195). Maria Cecilia Minayo (1992) pondera a atuação da corporação médica como mediadora das representações sociais de grupos e classes sociais, revelando elementos de dominação e resistência nas representações sobre a doença.

Essa representação é portadora também dos interesses específicos deste grupo ou classe social e de seu próprio dinamismo, o que significa entender as concepções das classes dominadas não apenas com 'falsa ideologia, representações ilusórias, mas também como contraditórias e verdadeiras (MINAYO, 1992, *apud* GIOVANELLA; FLEURY, 1995, p. 195).

Finalizando as discussões sobre os quatro modelos de análise do acesso e utilização dos serviços de saúde Ligia Giovanella e Sonia Fleury (1995) destacam alguns pontos:

observar que na avaliação das condições de acessibilidade é necessário considerar que as lógicas que norteiam planejadores e usuários dos serviços são distintas, e, por vezes, contraditórias. As representações de usuários e

45 BIRMAN, J. Apresentação: interpretação e representação na Saúde Coletiva. *PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva*, v. 1, n. 2, 1991. In: GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. 1995.

46 HERZLICH, C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da Doença. *PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva*, v. 1, n. 2, 1991. In: GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. 1995.

47 MINAYO, 1992. (obra não citada). In: GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. 1995.

planejadores sobre um serviço ser acessível ou não são diferentes. [...] A organização racional do sistema de atenção de forma regionalizada e hierarquizada em complexidade crescente, buscada pelo planejador na configuração da atenção pelo setor público, não dá conta das aspirações do usuário de uma atenção humanizada e individualizada. [...] Para os usuários, os parâmetros técnicos utilizados pelos planejadores não apresentam visibilidade, estando a sua avaliação baseada em critérios de outra ordem. Avaliam aspectos facilitadores para a sua vida e relativos à sua consideração ou não enquanto sujeitos pelos prestadores de serviço como: a presteza do atendimento (tempo de demora para a solução de sua demanda), a limpeza do lugar, a conversa atenta, a atenção personalizada (GIOVANELLA; FLEURY, 1995, p. 197).

As representações sobre doenças e cuidados à saúde relevam uma forma de enunciar a saúde em que as expressões: “biomédico” e “popular”, “medicina oficial e “medicina alternativa” denotam saberes contrastivos, quase que excludentes. Interessa-nos compreender como os saberes são agenciados pelos atores sociais para o entendimento e prática do cuidado de si. Ao tomar as reflexões anteriores como referenciais para a análise do acesso e cuidado não estamos fechando a discussão das práticas de saúde. A cada ponto de apoio dos dados etnográficos, abre-se novas inflexões que se relacionam direta e indiretamente com a produção literária. Se realmente estamos *linkados* em rede, são então nossas ações que nos situam, seja para acessar os serviços de saúde, seja para agenciar a significação do acesso. Ao antropólogo caberia a mediação/tradução destes campos de saberes em um mesmo quadrante (LATOURE, 1994). Para finalizar com Michel Callon (1986),

os atores (individuais e coletivos, humanos e não-humanos) trabalham constantemente traduzindo suas linguagens, seus problemas, suas identidades ou os seus interesses para os outros. [...] Traduzir é então deslocar: 'deslocamentos de objetivos ou de interesses, ou ainda, deslocamento de dispositivos, de seres humanos, de larvas ou de inscrições' (CALLON, 1986, p. 174-203, *apud* CORCUFF, 2001, p. 113).

4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A propagação da rede de cuidado à saúde pode ser expressa pelas variações do acesso aos serviços de saúde, traça-se um *continuum* da atenção à saúde com ou sem acompanhamento biomédico, relevando a dimensão do autocuidado. A promoção do cuidado torna-se a medida de efetividade do acesso, dinamizando as formas de escuta e atenção. O trabalho dos profissionais da saúde possibilita o usufruto do direito do usuário, mais que isso, possibilita a formação de vínculos mais ou menos duradouros entre ambos. Nesta perspectiva a carência como problema de saúde pode ser subsumida pela relação entre equipe de saúde e usuário. Ambos mantêm certo zelo e atenção ao outro, intensificado ainda mais pelo acompanhamento terapêutico. É neste ponto que a distância afetiva se sobressai em relação à distância geográfica. É ainda na formulação de estratégias de atuação dos profissionais com os usuários que se estabelecem as bases para a adequada promoção da saúde.

Como demonstrado até aqui, os processos de adoecimento e cuidado permeiam, sem distinção, as esferas biológica, social e psíquica dos atores sociais. São envolvidos nos discursos os aspectos do estar localizado socialmente, do entendimento da corporeidade e da propulsão emotiva das relações. Mais do que dizer que se tem um corpo culturalizado, pela experiência de campo podemos inferir que o que se tem são corpos múltiplos, corpos agenciados e enunciados pelas diferentes formas de estar no mundo. Em uma situação em que agentes de afecção, humanos e não-humanos, interagem e possibilitam experienciar cuidados dispensados a si e aos outros, se torna incongruente a perspectiva de dominação sobre os corpos. Como que em uma gestão elíptica dos corpos, o controle sobre a doença permite o aprendizado cotidiano das práticas terapêuticas, repercutem-se estrategicamente as ações do cuidar, relegando ações constrangedoras e relevando ações potenciadoras do cuidado.

Neste sentido, tanto em Santa Maria do Suaçuí quanto em Bicas há ações que se incumbem da tarefa de controlar as doenças que afligem a população. Nas áreas rurais se diferenciam as perspectivas do cuidar incorporando outros elementos da prática terapêutica. Tem-se, em ambientes urbanos, a questão do acesso imediato aos recursos biomédicos, e em ambientes rurais têm-se, apesar da dificuldade causada pela distância, a mediação de coletivos para o acesso aos serviços de saúde. Em cada caso há a existência de mediadores singulares que modificam a percepção da saúde, neste sentido, o termo “vai ver que passa” não é uma negligência ao seu estado de saúde, nem o ato de acender uma vela é uma contraposição à terapêutica biomédica. Ambas as atuações reforçam o crédito dado ao devir, em que todos os elementos fazem fazer (LATOURE, 2000, 2006).

Difere-se, nos dois locais de pesquisa, a preocupação dos atores sociais em promover a saúde, embora a tônica da atuação em saúde seja pautada pelo controle dos casos de hipertensão, diabetes, orientações para prevenção da dengue e vacinação. Em Santa Maria do Suaçuí, notadamente nas redondezas do distrito de Glucínio, percebe-se a incidência de casos de doenças infecto-parasitárias e em menor grau casos de transtornos mentais. A demanda por medicamentos aparece como continuidade do tratamento, refletindo na continuidade do acesso mesmo sem o retorno ao consultório médico. Em Bicas, especificamente no povoado de Santa Helena, há o surgimento dos casos de transtornos mentais como problema maior enfrentado pela equipe de saúde, ocasionando a demanda de profissionais especializados na clínica psicológica. Ainda que não haja a existência de grupos de controle, pelo contato entre profissionais e usuários há o controle de pacientes em estado de risco, incidindo no acompanhamento semanal do usuário.

Tendo em perspectiva a área rural, vê-se em Bicas um espaço densamente povoado, congregando em povoados e fazendas principais a maior parte da população rural. Em Santa Maria do Suaçuí a área rural é extensa congregando, também, em distritos e povoados grande parte da população rural, embora se note neste município ampla dispersão territorial da população. No município de Bicas, a equipe de saúde é designada a cobrir determinado contingente populacional em uma área relativamente pequena, facilitando a abrangência aos usuários com o uso de veículo automotivo. Enquanto que a equipe de saúde de Glucínio cobre os usuários do povoado de Brejo de Minas e do distrito de Poaia, impossibilitando o acompanhamento do usuário em seu domicílio. Neste sentido, a atuação do agente comunitário de saúde repercute na aproximação do usuário ao sistema de saúde, infligindo diretamente pelo trabalho daquele no escopo de possibilidade de tratamento do usuário. Se em Santa Helena podemos perceber a agilidade no trabalho do agente de saúde, em Glucínio percebemos dificuldades inerentes a um território vasto, no qual a visita do agente comunitário ao usuário ocorre com frequência menor.

Poderíamos chegar à conclusão de que em Santa Maria do Suaçuí a promoção dos serviços de saúde apresenta precariedade na universalização do acesso, refletindo na emergência de casos de doenças primárias, enquanto que em Bicas ocorre a emergência de doenças de alta complexidade. Estaríamos então apontando para a cobertura do sistema como propiciadora de mudanças do quadro nosológico da população. Mas não é só isso, a atuação de profissionais altera as perspectivas de cuidado, amplia o acesso, dá contornos aos atos de saúde englobando mediações para o cuidado de si. Não é sobreposta uma perspectiva de cuidado a outra, mas são intensamente trocadas as informações do que fazer, do que se faz.

Passo a passo são agenciadas as demandas da população, e desta mesma forma são agenciadas as estratégias de atuação dos profissionais da saúde. Para a atuação sobre a carência da população passa-se a negociar o entendimento mútuo do sentido da carência, para a superação da distância necessita-se a passagem do “estar presente” para “o encontro entre”. Neste encontro deslocam-se os quesitos do “estar trabalhando” e do “usufruto do direito” para os atos de escuta e conversa. É neste momento que saberes convencionalizados e diferenciados entram em choque, são metaforizados e promovem, após a “negociação” dos termos em uso, o entendimento mútuo do que fazer, do que se pode fazer.

Se pensarmos no acesso como um movimento, percebemos que as atuações dos atores sociais possibilitam não somente mudanças estruturais (como no quadro nosológico), mas mudanças de pensamento, de diferenciação e desenvolvimento de novos/outros padrões lógicos de cuidado à saúde. Os pontos do acesso aos serviços de saúde se ligam e propagam a rede de relações sociais, que denominamos neste estudo “rede de saúde”/“rede terapêutica”. Ao metaforizar o enunciado “saúde” possibilitamos que elementos exclusivos de um saber estruturado sejam postos em ação estruturando saberes imbricados e enunciados em sentido mais amplo como “cuidados”. Mesmo que para isso haja a negociação entre os atores sociais do que se entende e qual significado dar ao “cuidado”. Foram convencionalizados e inventados, conforme Roy Wagner (1981) possibilita dizer, diversos significados aos tropos “acesso”, “cuidado” e “saúde”, entre outros, o que ainda possibilita dizer que o agenciamento e enunciação dos termos são relevantes conforme a relação dada, sem excluir como influências a herança e o entorno social.

Entrar e sair do campo etnográfico permite que sejamos afetados por principalmente duas relações: a primeira do pesquisador com seu objetivo; a segunda do pesquisador com as questões postas pelo campo. Se na primeira relação nós temos um domínio ou controle consistente do objeto de investigação, na segunda assertiva é o próprio pesquisador que é “digerido” pelo campo, mesmo sem perder as questões que o levaram até lá. Se conseguimos responder as questões formuladas tanto pela pesquisa inicial quanto pelas colocações do campo, realizamos então o fim último deste trabalho: tratar os “nossos” problemas em simetria com os problemas “deles”.

REFERÊNCIAS

AURÉLIO BUARQUE DE HOLANDA FERREIRA. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira S. A., 1975.

AYRES, J.R.C.M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interfaces** – Comunicação, Saúde, Educação, v. 8, n.14, p.73-92, set.2003-fev.2004.

BENITES, F. R. **Cultura e reversibilidade**: breve reflexão sobre a abordagem “inventiva” de Roy Wagner. *Campos* 8 (2), p. 117-130, 2007.

BONET, Octavio. **Saber e sentir**: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

BONET, Octavio; TAVARES, Fátima R.G. “Redes em rede: dimensões intersticiais no sistema de cuidado à saúde”. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. (Orgs). **Gestão em redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.

_____. O cuidado como metáfora nas redes da prática terapêutica. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. (Orgs). **Razões públicas para a integralidade em saúde**: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007. p. 263-277.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde**: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. 2. ed. Atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

CALLON, M. Éléments pour une sociologie de la traduction – La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêchiers dans la baie de Saint-Brieuc. *L'Année sociologique*, n. 36, 1986, p.174. In: CORCUFF, Philippe, **As novas sociologias**: construções da realidade social. Tradução: Viviane Ribeiro. Bauru, SP: EDUSC, 2001.

CAVALCANTE, Simone G. Entre a ciência e a reza: um estudo de caso sobre o Programa “Soro, Raízes e Rezas”. In: SECRETO M. V. *e al.* (Org.). **O campo em debate**: terra, homens e lutas. Rio de Janeiro: Mauad X; Seropédica, RJ: EDUR, 2008. p. 133-149.

CARDOSO, Marina. **Médicos e clientela**: da assistência psiquiátrica à comunidade. São Carlos: Ed. UFSCar, 1999.

DELEUZE, G; GUATTARI, G.. Introdução: rizoma. In: _____. **Mil platôs**. Capitalismo e Esquizofrenia. v. 1. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995.

DESLANDES, Suely F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9(1): 7-14, 2004.

DUARTE, Luiz Fernando Dias. **Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. Brasília: CNPq, 1986.

_____. Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença. **Ciência e Saúde Coletiva**, 8(1): 73-183, 2003.

ENDLICH, Ângela Maria. Perspectivas sobre o urbano e o rural. In: SPOSITO, M.E.B.; WHITACKER, A.M. (Orgs). **Cidade e campo: relações e contradições entre urbano e rural**. São Paulo: Expressão Popular, 2006.

FERREIRA, Jacqueline. **Soigner les mal soignés: Ethnologie d'un centre de soins gratuits de Médecins du Monde**. Paris: L'Harmattan, 2004.

FERREIRA, Paulo Rogers. **Os afectos mal-ditos: o indizível nas sociedades camponesas**. Editora Hucitec/Anpocs: São Paulo, 2008.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade**, v. 3: o cuidado de Si. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: EINBESCHUTZ, C (Org.). **Política de saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: FioCruz, 1995, p. 177-198.

HERZLICH, Catarine; PIERRET, Janine. **Malades d'hier, malades d'aujourd'hui: de la mort collective au devoir de guérison**. Paris: Payot, 1991.

HERZLICH, C. A Problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. **PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva**, 15 (Suplemento): 57-70, 2005.

LATOURE, Bruno. **Jamais fomos modernos**. São Paulo: Ed. 34, 1994.

_____. **Factures/fractures: de la notion de réseau à celle d'attachement**. In: MICOUD, M.; PERONI, M. **Ce que nous relie**. La Tour d'Argues: Editions de l'Aube, 2000, p. 189-207.

_____. **On recalling ANT**. Published by the Department of Sociology, Lancaster University, Lancaster LA1 4YN, In: <http://www.comp.lancs.ac.uk/sociology/papers/Latour-Recalling-ANT.pdf>. 30/11/2003. Acesso em: 25 mar. 2008.

_____. **Changer de société, refaire de la sociologie**. Paris: Éditions La Découverte, 2006.

MOURA, Margarida M. **Camponeses**. São Paulo: Ática, 1986.

SINGER, Paul. et al. **Prevenir e curar**. O controle social através dos serviços de saúde. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1981.

TARDE, Gabriel. **A opinião e as massas**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

_____. **Monadologia e sociologia**. Petrópolis: Vozes, 2003.

TEIXEIRA, RR. Humanização e atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** 10(3): 585-597, 2005.

TRAVASSOS, Cláudia; VIACAVA, Francisco. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro,

23(10): 2490-2502, out. 2007.

WAGNER, Roy. **The invention of Culture**. Revised and expanded Edition. Chicago: The University of Chicago Press, 1981.

_____. **Symbols that stand for themselves**. Chicago: The University of Chicago Press, 1986.