



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Nei Vinícius Hércules Rodrigues Miranda

**Gênero e sexualidade na produção do cuidado: etnografia de uma unidade
de saúde da família**

Rio de Janeiro

2012

Nei Vinícius Hércules Rodrigues Miranda

Gênero e sexualidade na produção do cuidado: etnografia de uma unidade de saúde da família

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Maria Luiza Heilborn

Rio de Janeiro

2012

Nei Vinicius Hércules Rodrigues Miranda

Gênero e sexualidade na produção do cuidado: etnografia de uma unidade de saúde da família

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Aprovada em 2 de março de 2012.

Orientadora: Prof.^a Dra. Maria Luiza Heilborn
Instituto de Medicina Social - UERJ

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Ruben Araújo de Mattos
Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof.^a Dra. Cristiane Gonçalves da Silva
Universidade Federal de São Paulo

Prof. Dr. Octavio Andres Ramon Bonet
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2012

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB/C

M672 Miranda, Nei Vinícius Hércules Rodrigues.
Gênero e sexualidade na produção do cuidado: etnografia de uma unidade
de saúde da família / Nei Vinícius Hércules Rodrigues . – 2012.
96 f.

Orientadora: Maria Luiza Heilborn
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Instituto de Medicina Social.

1. Saúde da família – Estratégia – Teses. 2. Gênero – Teses. 3. Sexo – Teses. 4.
Etnografia – Teses. 5. Saúde reprodutiva – Rio de Janeiro – Teses. I. Heilborn, Maria
Luiza. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina
Social. III. Título.

CDU 613.9

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta
dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora, pelo cuidado com esse etnógrafo de primeira viagem.

Aos membros da banca, que contribuíram para além das situações de exame.

À Capes, pela bolsa de estudos.

Ao corpo técnico do IMS: as meninas da secretaria, o pessoal da biblioteca, da informática e dos serviços gerais, pelo acolhimento.

Ao corpo técnico do CLAM – Centro Latino Americano de Sexualidade e Direitos Humanos.

Aos docentes que tive ao longo dos anos, sobretudo aqueles que gostam do que fazem.

Aos colegas do programa de pós-graduação, pelas trocas de experiências.

Aos profissionais de saúde que me receberam em seu ambiente de trabalho.

À minha família, que deu apoio e amor em todas as fases da minha vida e me ensinou o valor do trabalho e da honestidade.

Aos meus amigos, pela cumplicidade, pelo afecto e pelos evoés.

Ao meu companheiro, pelo apoio “nesse mundo de mágoas”.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização desta investigação.

“Conforme o olho, assim o objeto.”

William Blake, *Uma ilha na lua*

RESUMO

MIRANDA, Nei Vinícius Hércules Rodrigues. *Gênero e sexualidade na produção do cuidado* : etnografia de uma unidade de saúde da família. 2012. 96 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

A dissertação visa compreender os sentidos atribuídos à sexualidade e ao gênero no cotidiano de uma unidade de saúde da família do município do Rio de Janeiro. Por meio do método etnográfico foram observadas as interações dos diferentes sujeitos no contexto do serviço e, especificamente, as situações relativas a planejamento familiar, assistência à gestação, saúde da mulher e do adolescente. Também foram registrados os modos como se processam as conversas e transmissões de conhecimento concernentes a identidade de gênero, relações sexuais e temas relativos. O estudo evidenciou que a atuação dos profissionais de saúde não se apoia apenas em seu saber, em sua subjetividade e nas relações estabelecidas com seus pares e com os usuários, está também implicada com os valores em jogo no território. A análise aponta que uma concepção hegemônica de gênero informa os limites discursivos do campo e delinea a produção do cuidado, orientando o acolhimento de demandas e a programação de ações no campo da saúde reprodutiva e sexual.

Palavras-chave: Estratégia de Saúde da Família, Gênero, Sexualidade, Etnografia, Saúde Reprodutiva e Sexual, Rio de Janeiro

ABSTRACT

This thesis aims to comprehend the meanings attributed to sexuality and gender in the daily activities of a family health clinic in the city of Rio de Janeiro. Through ethnographic fieldwork, the interactions of different subjects within the clinic were observed; specifically, situations relating to family planning, pregnancy assistance, and women's and adolescents' health. The ways in which conversations and the transmission of knowledge pertaining to gender identity, sexual relations and related themes unfolded were also observed. This study shows that the performance of health professionals is not only supported by their knowledge, their subjectivity and the relationships established with their peers and the people using the clinic's services; it is also influenced by the values in play in the in the situated context of the clinic. Our analysis indicates that a hegemonic conception of gender shapes the discursive limits of the field and delineates the production of health care, guiding responses to requests and the planning of actions in the field of sexual and reproductive health.

Keywords: Family Health Strategy, gender, sexuality, ethnography, reproductive and sexual health, Rio de Janeiro

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	1
1	A ENTRADA NO CAMPO	10
2	A UNIDADE DE SAÚDE OBSERVADA	23
3	SEXUALIDADE E GÊNERO NA UNIDADE DE SAÚDE	34
4	AS AÇÕES EM SAÚDE REPRODUTIVA E SEXUAL	58
4.1	Saúde da mulher	59
4.2	Planejamento reprodutivo	62
4.3	Atenção ao ciclo gravídico-puerperal	70
4.4	Saúde do adolescente	80
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	88
	REFERÊNCIAS	93

INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi regulamentada em 1994 como um programa de saúde e efetivada como estratégia para a reorientação da Política Nacional da Atenção Básica em 2006, quando passa a ser operacionalizada como modelo substitutivo na reorganização assistencial do Sistema Único de Saúde (Sus). Baseada nos princípios de territorialização do cuidado, saúde comunitária e atuação multi e interdisciplinar, torna-se referência na promoção de saúde e prevenção a agravos evitáveis, constituindo-se como “porta de entrada do sistema local de saúde” (BRASIL, 1997, p.11).¹

Como um projeto estruturante, [a] Saúde da Família deve provocar uma transformação interna ao próprio sistema, com vistas à reorganização das ações e serviços de saúde. Essa mudança implica na colaboração entre as áreas de promoção e assistência à saúde, rompendo com a dicotomia entre as ações de saúde pública e a atenção médica individual. (BRASIL, 1997, p.20)

Em uma lógica de cuidado ampliado e comunitário, a Saúde da Família tem como ações específicas a prevenção e a solução dos problemas de saúde mais frequentes em determinado território², o mapeamento e a análise constante da situação de saúde da população adscrita a cada equipe multiprofissional.

A implantação da estratégia decorre de uma série de ações programáticas no âmbito da saúde pública brasileira, e de uma série de princípios que vêm sendo discutidos na organização do sistema de saúde desde meados do século XX.

Até a década de 1970 prevalecia no Brasil o modelo de atenção à saúde com foco na doença e no indivíduo, com ênfase no cuidado curativo e reabilitador, estruturado pela livre demanda e sem território definido para a atenção básica. (GUIMARÃES, 2004). Com as recorrentes crises no sistema de saúde, as tentativas de reestruturação, a expansão da atenção básica e as reivindicações do movimento da reforma sanitária, aos poucos o modelo assistencial foi se modificando, até que na Constituição de 1988, a saúde passa a ser definida como dever do Estado e direito de todos os cidadãos, voltada para as necessidades da população e comprometida com o bem-estar social e a cidadania.

Em 1990 é criado o SUS (Sistema Único de Saúde), cujos princípios norteadores são a universalidade do acesso, a integralidade das ações e a equidade na atenção. Nessa nova

¹ Por meio do decreto nº 7.508/2011, a Presidência da República reconhece como portas de entrada para a rede de cuidados em saúde os serviços de urgência e emergência, atenção psicossocial, os especiais de espaço aberto e os que integram a atenção primária, esta, por sua vez, passa a ter o papel de ordenadora do acesso ao Sus, em uma rede regionalizada e hierarquizada de acordo com a complexidade do serviço (densidade tecnológica).

² Além de uma extensão geométrica, um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, trata-se um território em permanente construção. Seu reconhecimento é passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para o desenvolvimento do vínculo entre os serviços de saúde e os usuários. (Monken & Barcellos, 2005).

organização do sistema, a Atenção Básica configura-se como prioritária, com territórios definidos e planejamento descentralizado, fundamentando-se na continuidade das ações e no acesso universal a sistemas de saúde resolutivos e de qualidade. A forma de conceber os usuários dos serviços também sofre modificações, pois

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006a).

A partir de experiências pioneiras³ nos Estados de Pernambuco e Ceará na década de 1980, as quais se baseavam no trabalho de Agentes Comunitários de Saúde e na formação de equipes multiprofissionais, estendeu-se à região nordeste o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), com o intuito primário de reduzir a mortalidade infantil e materna. Em 1993, com objetivo ampliado, os agentes passaram a incorporar toda a rede do Sus.

O Pacs reunia elementos estruturais para organização do PSF,

pois uma das variáveis importantes que o primeiro introduziu e que se relaciona diretamente com o segundo é que pela primeira vez há um enfoque na família e não no indivíduo, dentro das práticas de saúde. O programa também introduziu uma visão ativa da intervenção em saúde, de não "esperar" a demanda "chegar" para intervir, mas de agir sobre ela preventivamente, constituindo-se, assim, em instrumento real de reorganização da demanda. Além disso, outro diferenciador são as concepções de integração com a comunidade e de um enfoque menos reducionista sobre a saúde, não centrado apenas na intervenção médica. Sublinhe-se que todos esses elementos serão centrais para a construção do Programa de Saúde da Família, porque constituem a essência (da concepção) de sua intervenção (VIANA & DAL POZ, 1998, p.18).

A transformação do sistema de saúde e de suas práticas de cuidado envolve aspectos diversos, sendo a integralidade um parâmetro basilar na constituição da rede de cuidados preconizada pelo atual sistema de saúde brasileiro.

Conforme Mattos (2001), integralidade não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente, é “uma noção amálgama, prenhe de sentidos” (p.42). A pergunta sobre o que é integralidade não deve ter única resposta. Segundo o autor, no contexto do debate sobre os caminhos do SUS, a integralidade abarca um conjunto de noções: 1) prática da medicina integral, caracterizada pela recusa em reduzir o paciente ao aparelho ou sistema biológico que supostamente produz o sofrimento; 2) modo de organização voltado para a articulação entre assistência e práticas de saúde pública, o que supõe uma horizontalização de programas outrora verticais; 3) configurações de certas políticas governamentais específicas, desenhadas para dar respostas a um determinado problema de saúde, ou a problemas de saúde que afligem uma determinada população.

³ Na década de 1970, houve em Porto Alegre a implantação da unidade de saúde experimental Murialdo. Considerada experiência pioneira em saúde comunitária no país, foi um dos pólos atrativos para as discussões sobre a institucionalização da medicina da família (Bonet, 2006).

Nessa perspectiva, a fim de se evitar a objetificação e a fragmentação dos sujeitos, amplia-se o horizonte de problemas a serem tratados. Segundo Mandú (2005):

a saúde humana depende da satisfação de necessidades criadas/recriadas na vida social, abrangendo tanto a manutenção e qualidade da vida física, psíquica e social, como a expressão dos potenciais humanos, em meio a condições sociais materiais e não materiais (p.703).

Assim, a sexualidade pode ter uma abordagem mais complexificada, porém, não sem desafiar os serviços de saúde à construção de bases mais flexíveis e abrangentes na interpretação de necessidades e demandas.

Inicialmente voltadas a problemas decorrentes da gestação e do parto, ações relativas à saúde reprodutiva estão presentes na formulação de programas de saúde brasileiros desde as primeiras décadas do século XX.

A partir da década de 1960 houve no Brasil um crescente declínio da taxa de natalidade, entretanto, segundo FARIA (1989), esse fenômeno não é tributário de uma política pública de regulação da fecundidade. A transição demográfica brasileira foi influenciada por uma série de mudanças materiais, econômicas, sociais e culturais que incidiam na sociedade brasileira, como efeito da chamada revolução urbano-industrial.

A política de crédito ao consumidor, a de telecomunicações, a previdenciária e a de atenção à saúde, desenvolvidas pelo Estado brasileiro no período pós-64, engendraram ou potencializaram mudanças institucionais que contribuíram para a regulação da fecundidade marital, sem que isso estivesse contemplado em seus objetivos. (Idem, p.72)

Segundo o autor, nunca foi efetivado um programa de controle de natalidade ou de planejamento familiar com metas demográficas prefixadas até o advento do PAISM, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, regulamentado em 1986 pelo Ministério da Saúde. Nele eram preconizadas ações que ampliavam o atendimento à saúde das mulheres, que passam a ser concebidas integralmente em todos os seus ciclos vitais, sendo previstas ações em torno do controle de patologias específicas – o câncer cérvico-uterino e o de mama – e o planejamento familiar amplo, incluindo a infertilidade e a anticoncepção.

O programa representou um passo importante como conquista e como expectativa nos anos que seguiram. Por meio da atuação de Conselhos da Condição Feminina⁴, organizações não-governamentais e instituições engajadas nesse campo, questões como aborto, esterilização, planejamento familiar, assistência médica e outras referentes aos Direitos Reprodutivos passam a ser pautadas nos Ministérios da Saúde e da Justiça e no Congresso

⁴ Implantados em estados e municípios brasileiros a partir da década de 1980, são integrados por representantes da sociedade civil e do poder público, contribuem para a formulação e fazem o acompanhamento das políticas públicas referentes aos direitos da mulher.

Nacional. Essa atuação oferece subsídios para a proteção da saúde e do direito das mulheres na Constituição de 1988. (BERQUÓ, 1993).⁵

Apesar de as frequentes mudanças do Ministério da Saúde terem alterado substancialmente a operacionalização do PAISM, a defesa da saúde reprodutiva e dos direitos dela decorrentes é impulsionada no país no início da década de 1990, e impactou a formulação dos programas e estratégias de saúde subsequentes, como o Pacs.

No caso da ESF, questões ligadas à saúde reprodutiva estão presentes como princípios básicos que devem ser levados em conta no planejamento de suas ações, como o atendimento nas clínicas básicas de ginecologia e obstetrícia. Entretanto, a descentralização de ações de prevenção e tratamento de DST e Aids, a ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis na Atenção Básica, a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, dentre outras, têm solicitado às equipes de Saúde da Família a revisão de seu leque de práticas de cuidado.

Cada vez mais, a unidade de Saúde da Família tem se configurado como locus privilegiado para demandas relacionadas à sexualidade ao incluir em sua programação ações voltadas à saúde reprodutiva e sexual, como planejamento familiar, assistência ao pré-natal e ao puerpério, prevenção a DST (doenças sexualmente transmissíveis), HIV e Aids, saúde do adolescente e outras.

Saúde sexual e saúde reprodutiva são termos recentes, surgem na segunda metade século XX. Partem do pressuposto de que a saúde não é apenas ausência de doença, mas bem-estar físico, mental e social. Esse conceito envolve aspectos ligados ao desenvolvimento e aos direitos humanos, e chama atenção para a necessidade de outros fatores que vão além dos serviços de saúde propriamente ditos. (COOK et al, 2004)

Saúde reprodutiva compreende indicadores sobre taxas de fecundidade, uso de métodos contraceptivos, mortalidade materna e outras relacionadas ao parto e puerpério, inclui também prevalência de anemia em mulheres em idade reprodutiva, sífilis em adolescentes, admissões ginecológicas por aborto, mutilação genital em mulheres; indicador voltado para os homens: incidência de uretrite, de acordo com a lista da Organização Mundial de Saúde.

A noção de saúde sexual inclui a capacidade de obter satisfação nas relações sexuais, proteção contra abuso sexual, coerção e assédio; proteção contra DST, e sucesso no alcance ou prevenção da gravidez.

⁵ Faz-se importante aqui salientar que a regulamentação do PAISM teve forte influência de quadros do movimento sanitário.

Ao rever os fundamentos históricos e epistemológicos do conceito de saúde sexual e reprodutiva, Corrêa e Petchesky (1996) levantam uma série de críticas ao discurso de direitos, tais como uma inclinação individualista, linguagem indeterminada, presunção universalista e a dicotomização entre as esferas “público” e “privado”. As autoras propõem que ao invés de abandonar o discurso dos direitos, eles sejam reconstruídos de forma a especificar as diferenças de gênero, classe, cultura e outras, e, ao mesmo tempo, reconhecer as necessidades sociais.

No campo dos cuidados à saúde, a sexualidade pode ser considerada em seu aspecto relacional e em sua complexidade e, “compreendida como processo integrante da totalidade de homens e mulheres, pertinente à experiência erótica, ao prazer, sexo, à percepção, afetividade, independentemente da reprodução, ainda que com esta intercambiável” (MANDÚ, 2005, p.704).

Na organização tecnológica do trabalho das unidades de saúde, há uma inclinação à tradução de certas necessidades de saúde em demandas orgânicas, explicitadas em busca de resolução e prevenção de problemas apresentados como demanda geral, obstétrica ou ginecológica.

Segundo a autora,

necessidades abrangentes vividas, relativas à sexualidade, não se transformam em demandas explícitas [no serviço de saúde] em função de razões diversas: porque são ‘naturalizadas’, reprimidas ou negadas (em função de medos, estereótipos e valores culturais incorporados); não são percebidas como tal ou não são priorizadas em dado momento; porque não são concretamente absorvidas pelos serviços ou, estes, não são vistos como espaço e com qualidade para tal (p.706).

Desse modo, a unidade de saúde pode não ser vista pelos usuários ou pelos profissionais a ela vinculados como o local adequado para falar sobre certas questões relativas a sexualidade e gênero.

Apesar da limitação da abordagem de questões relativas ao sexo a espaços íntimos e privados, a sexualidade tem recorrência discursiva no campo da saúde – funcionando como um dispositivo – e configura-se como tema sensível na formulação de programas e estratégias e na produção do cuidado.

Com exceção do PAISM, pioneiro na abordagem da saúde reprodutiva, e da Política Nacional de Planejamento Familiar, que aborda o histórico e a conceituação da saúde sexual e da saúde reprodutiva, os manuais, diretrizes, publicações e panfletos de programas e políticas de saúde relativos à saúde sexual e reprodutiva apresentam um hiato entre suas considerações iniciais e suas propostas de ação.

Em uma análise sobre a abordagem dos conceitos de gênero e família na formulação das diretrizes da ESF, o antropólogo Parry Scott argumenta que

a problematização formal de gênero pelos idealizadores e administradores do Programa é quase inexistente, não havendo nenhuma menção explícita à equidade ou às relações de poder entre homens e mulheres. (...) A mesma coisa acontece em relação ao termo família. A família como ideia sintetiza noções imprecisas não somente de gênero, mas também de gerações e de pertencimento a grupos na base de laços de consanguinidade e afinidade (2005, p.73).

Segundo o autor, apesar da conceituação de família não costumar ser tarefa prioritária dos administradores da atenção básica, na medida em que ela é tomada como objeto prioritário de uma política, é necessária uma reflexão mais pormenorizada sobre a questão, visto que o termo *família* é inerentemente polissêmico e se relaciona diretamente com a noção de *gênero*, que se refere à construção das significações culturais e sociais das diferenças e igualdades entre homens e mulheres.

O problema apontado por Scott é que, se, por um lado, na elaboração da política a polissemia do termo *família* evita a adoção de generalizações, por outro, na esfera do atendimento à saúde há um favorecimento do conceito do senso comum, reforçado por instruções administrativas.

O autor ainda argumenta que, como é comum na esfera da saúde, “a noção de família e de papéis de sexo está sujeita a uma naturalização que sugere uma possível origem biológica das práticas a ela relacionadas” (op. cit., p.81). Assim, do modo como o tema é abordado nas diretrizes da Saúde da Família, a interpretação dos fenômenos relativos à família oscila de acordo com as preferências de quem aborda a questão.

Em artigo sobre o lançamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, em 2008, Carrara et al. (2009) apontam os paradoxos nas diretrizes e no material de divulgação a ela associado. Com vistas a atrair os homens para a rede de cuidados em saúde, o material publicitário elaborado em parceria com a Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) elegeu como tema da campanha a disfunção erétil, fato que os autores apontam como contraditório, por se tratar de uma ideia ligada à construção de uma masculinidade hegemônica que, centrada em valores como virilidade e invulnerabilidade, faria com que os homens empreendam menos cuidados com sua saúde.

Na análise das diretrizes, os autores apontam que há uma ênfase nas ações em prol da atenção às disfunções sexuais masculinas, em detrimento de outros problemas, como saúde mental e violência. Essa direção foi tomada pela fundamental participação da SBU na formulação da política. Além disso, no documento houve a incorporação da retórica dos movimentos organizados, o que gerou, por meio dessa dupla entrada, um efeito paralelo e inverso ao da política de saúde para as mulheres; o “empoderamento” dos homens se dá pelo reconhecimento de sua fragilidade e vulnerabilidade, bem como pela aceitação da medicalização de seus corpos.

Os dois estudos discutidos apontam a existência de imprecisões nas diretrizes analisadas. Um por falta de definição de conceitos basilares, e outro por certa incoerência entre os pressupostos e as ações propostas.

No campo das práticas da saúde, a mulher é tida como usuária privilegiada da ESF, tanto no sentido de ser o sujeito mais presente, quanto no de ser o alvo preferencial de suas intervenções.

Eleita como personagem central da assistência, as ações a ela dirigidas parecem ser bastante trabalhadas. De fato, é o que se observa do conjunto de protocolos de intervenção e propostas de ações, em que questões de saúde da mulher estão bem tematizadas. No entanto, da perspectiva de sujeito social, que tem necessidades e demandas que vão além de cuidar de si e dos outros, a mulher já não é contemplada pelas ações do Programa [de Saúde da Família] (Schraiber, 2005, p.51).

A autora argumenta que a Saúde da Família traz inovações na promoção de saúde, mas guarda algumas características comuns com a assistência ambulatorial e, por vezes, promove uma educação em saúde marcada por intenções de controle e disciplina, sobretudo quando se trata de mulheres e adolescentes.

Tal posicionamento, combinado aos padrões tradicionais de gênero, reproduz nos profissionais de saúde a percepção da clássica imagem da mulher: dona de casa, mãe, cuidadora da família, e com tempo livre para as ações propostas pela clínica.

Todavia, as ações diferenciadas da ESF trazem à tona temas que não são vistos por outros serviços, como a violência doméstica e a desigualdade nas relações familiares. Segundo a autora, esses contrastes e conflitos resultam em dificuldades no agir profissional. Sem amparo técnico local ou de uma rede mais ampla, o trabalhador pode atuar sob o apelo de sua conduta moral pessoal ou ficar paralisado.

Em uma avaliação sobre a competência de profissionais que atuam na assistência à contracepção, Moura e Silva (1995) destacaram alguns fatores na promoção dessa modalidade de cuidado. Como a formação técnica das profissionais de enfermagem incluem temas concernentes à contracepção, elas assumem a responsabilidade por essas ações no serviço. Entretanto, a maior parte das profissionais acessadas no estudo relatou algum grau de debilidade na execução das atividades, pois, apesar de a capacitação ser um dos meios para melhorar a competência técnica, ela não é sinônimo de qualidade.

Os cursos pontuais não possibilitaram às profissionais a capacidade de solucionar os problemas cotidianos com criatividade e valorização do trabalho em equipe. Ademais, os conteúdos programáticos eram bastante positivistas e não levavam em consideração o campo de atuação e as condições de trabalho dessas profissionais, o que resultava em pouco impacto no exercício de suas funções.

As autoras valorizam os mecanismos de educação permanente em serviço, centrada no processo de trabalho e com a participação da equipe e dos usuários como meio de superar as dificuldades na promoção do planejamento reprodutivo. A prática não evita somente a sobrecarga da enfermeira, mas também valoriza a competência de outras categorias profissionais, facilitando a sistematização do trabalho em equipe com a determinação de atribuições e tarefas.

Favoreto e Camargo Jr. (2002) argumentam que o cuidado no escopo da ESF exige dos profissionais de saúde uma habilidade em conjugar as práticas legitimadas pelo saber biomédico a uma compreensão mais aprofundada de questões relacionadas à vida, à subjetividade e às condições sociais. Questionam se a simples exposição dos profissionais a outros cenários e práticas seriam condições capazes de mudar seu olhar, atitudes e habilidades frente à realidade das pessoas e comunidades assistidas. Os autores consideram que as mudanças nem sempre são acompanhadas por um novo entendimento dos profissionais acerca de seus papéis e novos elementos em jogo, restando à maioria deles adaptar-se às novas condições de maneira mecânica e burocratizada, buscando apoio no saber técnico-científico da Biomedicina.

Atualmente a Saúde da Família conta em seus quadros com profissionais especializados na área (Mendonça et al, 2010), o que tem favorecido um maior envolvimento e compreensão das diretrizes que orientam o cuidado integral focado na comunidade.

No campo dos cuidados em saúde sexual e reprodutiva novos desafios surgem com a proposição de novos programas como a saúde do homem, a saúde do idoso – que valoriza a esfera afetivo-sexual – e a inclusão da população LGBT (lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais).

Entretanto, parece haver pouco aprofundamento nas questões relativas à saúde sexual e reprodutiva, pois ainda estão em pauta problemas recorrentes, como a dificuldade em disponibilizar métodos anticoncepcionais.

O que faz uma equipe de saúde da família implementar grupos de promoção de saúde em planejamento reprodutivo, orientar gestantes ou falar de sexo com adolescentes? Somente a formação técnica, a disponibilidade de insumos e medicamentos, o acesso a material informativo e educativo não constituem garantias para a efetivação do cuidado nesse campo.

Além do desenvolvimento das habilidades solicitadas pela Estratégia de Saúde da Família, o profissional tem o desafio de lidar com aspectos por vezes relegados à intimidade e aos espaços privados quando é convidado a abordar sexualidade em suas práticas. A ausência da temática do gênero e da sexualidade na formação técnica somada às representações em

jogo no campo pode interferir na escuta das necessidades dos usuários e na realização de determinadas atividades.

Os sentidos atribuídos à sexualidade e ao gênero na produção do cuidado constituem a questão mobilizadora desta pesquisa. Na etnografia empreendida em uma Unidade de Saúde da Família do município do Rio de Janeiro, procurei compreender os diversos aspectos envolvidos na implementação de ações no campo da saúde sexual e reprodutiva. Dessa maneira, os profissionais de saúde se tornaram os sujeitos privilegiados da investigação, que, instrumentalizada pela metodologia observacional, buscou localizá-los em sua rede de relações no cotidiano do serviço.

No primeiro capítulo descrevo a entrada em campo, as orientações metodológicas e a vinculação com os profissionais da equipe. No segundo faço uma descrição da unidade de saúde, de modo a apresentar o cotidiano do serviço e os atores que circulam nesse espaço. No terceiro, a partir das interações nas práticas de cuidado, das conversas informais e do material gráfico em exposição, levanto os conteúdos em gênero e sexualidade que emergiram em campo, de modo a apresentar um panorama dos temas abordados e a sua implicação na rotina da unidade. No quarto capítulo, analiso as ações específicas em saúde sexual e reprodutiva, as condições em que elas são oferecidas e as motivações dos profissionais para seu envolvimento nas atividades. Finalmente apresento minhas conclusões, reunindo os principais achados da etnografia empreendida.

1 A ENTRADA NO CAMPO

Quando decidi observar uma unidade de saúde da família do município do Rio de Janeiro várias pessoas, entre colegas do curso, professores, amigos e conhecidos, disseram-me para eu tomar cuidado porque a maior parte delas se localizava em favelas e, por isso, eu estaria adentrando em um ambiente que ofereceria riscos a minha integridade física, devido à violência típica dessas comunidades.

Apesar de não ser carioca e morar na cidade há poucos meses, eu via certo exagero nessas advertências. Tinham um ar de discurso pronto, baseado em notícias de uma mídia comprometida com a desqualificação das camadas mais pobres da população, associando-as prontamente à violência e à falta de civilidade.

Em diálogos com colegas e pessoas que atuam ou pesquisam em comunidades foi-me revelado que, apesar de algumas comunidades estarem sob domínio de milicianos ou de narcotraficantes, não se tratam de territórios em guerra, apenas não são bem-vindos aqueles que se intrometem nos assuntos dos “chefões”. Os profissionais de saúde conseguem realizar seu trabalho de atendimento, visitas domiciliares, procedimentos etc, mas sempre com o receio de algum conflito envolvendo uso de armas.

No município está em curso a reintegração dos territórios dominados pelos poderes paralelos. Trata-se de um projeto coordenado pela Secretaria Estadual de Segurança Pública, que consiste na implantação de UPPs (Unidades de Polícia Pacificadora) paralelamente à desarticulação das quadrilhas que atuavam nos territórios. O processo começou no ano de 2008 – no primeiro momento priorizando as favelas localizadas em zonas nobres da cidade – e atualmente conta com 19 unidades instaladas.

Com o estabelecimento do policiamento comunitário há um investimento do poder público em outros setores. As prioridades são diferentes em cada território e, de acordo com as necessidades locais e a dotação orçamentária, pode haver melhorias nas redes elétrica, de água e esgotos, realização de obras de infraestrutura, implantação de creches, escolas e centros culturais, reestruturação do transporte e do acesso à comunidade, reforma e implantação de unidades de saúde.

Na área da saúde, em parceria com as demais esferas de governo, a gestão municipal iniciada em 2009 tem investido no modelo de atenção da Estratégia de Saúde da Família para

a expansão da Atenção Primária⁶. A reestruturação do organograma da Secretaria de Saúde se deu logo no início da gestão 2009-2012 e, nesse processo, foi adotada a denominação “Clínica da Família” em uma política de diferenciação ao programa do governo anterior⁷.

Com uma meta de cobertura de 35% até o final de 2012, iniciou-se um processo acelerado de criação de Clínicas de Família e adequação das unidades do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) às diretrizes da estratégia: em janeiro de 2012, a prefeitura inaugurou a 56ª unidade e divulgou que a cobertura atingiu 31,6% da população (Portal, 2012).

Dentre as novas unidades, três iniciaram atividade no mesmo mês em que as UPPs do seu território, duas delas oito e onze meses depois e, diferentemente, outras duas já estavam em funcionamento um ano antes da intervenção policial. Nas outras dez comunidades havia Centros Municipais de Saúde com agentes comunitários e duas apenas contavam com o atendimento ambulatorial.

Levando em conta as possíveis dificuldades de livre acesso aos territórios sob o domínio do poder paralelo, as quais poderiam se acentuar pelo meu desconhecimento dos códigos de conduta nessa situação, optei por limitar o campo da pesquisa às comunidades já “pacificadas”.

Também utilizei como critério de seleção o período de funcionamento maior que um ano, tendo em vista que as unidades recém-inauguradas poderiam estar no processo de vinculação com os usuários, reconhecimento do território de atuação e sedimentação do plano de ação.

Ainda excluí da lista as equipes de saúde da família que foram incorporadas ou reestruturadas em Centros Municipais de Saúde, por correr o risco de encontrar os profissionais atuando sob a influência de uma lógica ambulatorial, como era a situação de

⁶ Até dezembro de 2008, a cidade do Rio de Janeiro era a capital do país com a menor cobertura de equipes completas de Saúde da Família, atingindo 3,5% da população. “Estamos falando de equipes completas com médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem agentes comunitários de saúde e equipes de Saúde Bucal” (Pinto, 2010, p.1, grifo do autor). O estatístico, integrante da assessoria técnica da Subpav (Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde), apresentou esses números na publicação de um congresso em julho de 2010, aos quais tive de recorrer porque os meios de comunicação oficiais não oferecem dados sobre a progressão da expansão.

No portal de internet da Secretaria de Saúde não há muito mais que a missão da secretaria, o currículo resumido do secretário e os nomes dos subsecretários. Faltam informações sobre as áreas programáticas e a rede de serviços, a relação dos serviços de saúde e a disponibilização do plano de gestão, bem como, há várias abas que dão acesso a páginas sem conteúdo, como é o caso de “Clínicas da Família”. Todavia, se no campo de busca no topo da página forem inseridas as expressões ‘saúde da família’ ou ‘clínicas da família’, as primeiras páginas de resultados apresentarão basicamente notícias sobre as inaugurações de unidades de saúde pelo prefeito em diversos bairros, e as mesmas cifras do estatístico são citadas para demonstrar as atuais realizações. (SMDC, 2012).

⁷ No plano municipal de saúde 2009-2013 o Programa Saúde Presente é proposto como “o início de uma nova fase para a atenção à saúde na cidade” (Secretaria, 2009, p.111). Um protótipo da “Clínica da Família” é apresentado referindo-a como ação desse programa e “uma nova estratégia de Saúde da Família” (Idem, p.112).

duas unidades do município que pude visitar anteriormente à pesquisa.

Desse modo, era necessário encontrar unidades que estivessem em territórios minimamente seguros, com o cuidado pautado nas diretrizes comunitárias da Saúde da Família e com um fluxo de trabalho já estabelecido junto à comunidade.

Essa última condicionalidade foi pautada em minha experiência pregressa na estruturação de planos de trabalho para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis junto à Saúde da Família de um município paulista. As equipes com maior dificuldade em se deter na discussão sobre os aspectos envolvidos nessas ações eram aquelas que estavam às voltas com problemas imediatos como a falta de funcionários, estrutura física precária, território insalubre e usuários resistentes.

Tais equipes tinham pouco êxito na implementação dos cuidados prioritários da atenção primária como hipertensão, diabetes e saúde materno-infantil. Encontravam tantos entraves na organização do serviço, que assuntos sensíveis como saúde sexual e reprodutiva muitas vezes eram referidos como supérfluos. Nesse contexto, o foco do trabalho junto às equipes teve de ser redirecionado para a discussão de princípios como o reconhecimento do território, a resolução de conflitos, a cogestão e o mapeamento de vulnerabilidades. Somente após isso pudemos adentrar no assunto específico.

Por outro lado, nas unidades mais bem estruturadas, as reuniões de equipe eram regulares, havia vínculo com a população e eventuais problemas eram contornados com mais criatividade. Conseqüentemente, havia fôlego para a discussão de um planejamento de ações preventivas que considerasse as práticas afetivo-sexuais dos usuários, bem como as vulnerabilidades individuais, coletivas e as do serviço de saúde.

Diante das condições estabelecidas para a definição do campo desta pesquisa, restaram-me duas possibilidades. Tratava-se de unidades localizadas em favelas “pacificadas” na área nobre do município, inauguradas em 2009, uma no começo e outra no final ano.

O acesso às duas clínicas se deu com a intermediação de pessoas que atuavam nos territórios: um conhecido de eventos sobre Educação Popular vinculado à gestão municipal de saúde e uma colega do mestrado que atuava em uma das comunidades.

Ao início de novembro de 2010 minha colega entrou em contato com a médica da unidade de saúde para o agendamento de uma visita. Esta lhe passou seu número de telefone para que pudéssemos conversar. No telefonema a médica foi bastante atenciosa e marcou um horário em que não estaria em atendimento. Quando cheguei à clínica, havia cerca de vinte intercambistas em volta da mulher. Como tinham acabado de chegar para conhecer a unidade, aproveitei o fluxo e segui a *tour*.

A cada sala visitada era explicada sua utilidade. Os estrangeiros olhavam para tudo como se fosse a maior novidade do mundo. Eu via ambientes de proporções médias, bem iluminados e arejados. Tudo estava com aspecto limpo e bem cuidado. Os profissionais todos uniformizados. Na sala de espera havia um televisor com som alto e no piso inferior ruídos de bate estaca.

Encerrada a visitação coletiva, a médica pôde falar comigo e perguntou-me o objeto de minha pesquisa. Com a resposta imediatamente lembrou-se do grupo de diversidade sexual realizado pelo enfermeiro e levou-me para conhecê-lo. Ele relatou que promovia um grupo de promoção de saúde com travestis, gays e lésbicas no qual assuntos diversos eram discutidos. Com entusiasmo, falou que os participantes não se ausentavam dos encontros quinzenais e que o próximo aconteceria naquela semana. Indagou-me o que eu queria pesquisar e fez o convite para assistir a uma reunião do grupo.

Em seguida a médica me apresentou a uma auxiliar de enfermagem e a uma agente comunitária. A primeira estava em um procedimento e me cumprimentou rapidamente, enquanto a outra conversou comigo por alguns minutos. Quando lhe respondi que pretendia observar como se falava de sexualidade na Saúde da Família, ela comentou que ali teria muito que observar. Falou-me que no território havia adolescentes grávidas, referiu o grupo de diversidade e me revelou que na unidade estava em falta a pílula anticoncepcional. O setor da Secretaria de Saúde não repunha o estoque e quando o fazia, fornecia uma quantidade do medicamento bem abaixo do necessário. Ela não entendia por que outros medicamentos não faltavam, e, esse, de baixo custo, estava há meses com falhas na distribuição.

A médica passou por nós e me levou até o gerente. Ela me apresentou como pesquisador da Uerj e me deixou na sala com ele. O homem perguntou qual era meu objeto de estudo e se eu fazia entrevistas. Respondi que fazia observação e ele me falou do número de equipes, a divisão em microáreas, o número de pessoas beneficiadas pelo serviço. A cobertura de hipertensão, diabetes e saúde materno-infantil estavam satisfatórias e as equipes eram bastante integradas com a comunidade.

Conversamos durante alguns minutos e ele confirmou que a unidade poderia me receber para a pesquisa. Perguntou do meu cronograma e lhe respondi que pretendia iniciar o trabalho de campo em maio. Reiterou que os profissionais daquela unidade gostam de receber pesquisadores e estudantes, pois esses acabam ajudando no serviço e que eu, psicólogo interessado em sexualidade, poderia ajudar a pensar as atividades nessa área. Argumentei que talvez não pudesse ajudar tanto de início, pois a metodologia escolhida não era interventiva a esse ponto, mas que certamente o resultado de minha pesquisa poderia oferecer subsídio para

uma avaliação do serviço. Ele expressou interesse na possibilidade de fazer a pesquisa ali e, assim que tivesse uma decisão, deveria enviar uma cópia do projeto para ele mostrar às equipes. Indicou-me o nome de uma pessoa na coordenadoria de área programática para me informar dos trâmites de encaminhamento do protocolo de pesquisa.

Em fevereiro de 2011 entrei em contato com o coordenador da equipe da outra unidade para agendar uma visita e, para minha surpresa, era o conhecido da gestão que havia sido transferido para aquela unidade. No horário combinado fui até a clínica e o esperei por quase uma hora. Nesse ínterim permaneci na sala de espera e acompanhei o entra e sai de usuários e funcionários.

Pude observar com calma o prédio de dois pisos, com espaços amplos e pé direito alto. Na entrada havia um jardim amplo e bem cuidado. No piso inferior, as salas eram espaçosas, depois pude ver que as de cima também o eram. Como ficava projetado no alto de uma esquina, o ar era circulante. A estrutura física e o mobiliário estavam bem conservados. À primeira vista era um ambiente que inspirava conforto.

De volta à sala de espera, sentei-me próximo a um funcionário que via televisão e duas usuárias que aguardavam atendimento médico. Elas começaram a reclamar entre si sobre o serviço, especificamente sobre a falta de médico e a demora resultados dos exames. Nisso, uma terceira entrou na conversa e passou a falar de um problema enfrentado com o médico da unidade, o qual havia lhe fornecido um receituário equivocado. Por isso, teve que se ausentar do trabalho e retornar à unidade para a retificação.

Alguns minutos depois chegou meu anfitrião. Cumprimentou a todos e, ao avistar a usuária agitada, perguntou-lhe se estava bem, ao que ela respondeu o que aguardava. Uma profissional da equipe veio lhe consultar sobre agendamento e a usuária se exaltou ao perceber que aquele homem era “o chefe”. As outras também começaram a reclamar e o ambiente tornou-se um tanto ruidoso.

O homem aos poucos falava mais baixo e assim conseguiu com que elas se acalmassem. Bateu à porta do consultório e quando o médico abriu viu-se que ele estava só. Indagado se poderia resolver a questão, concordou e atendeu a usuária. O episódio foi o suficiente para que o gerente me contasse que o cotidiano de gerente de unidade é o de mediador de conflitos. Contou-me que estava ali há poucos meses e que ainda estava se aproximando da equipe.

Ainda na mesma sala, ele me mostrou uma caixa com várias folhas coloridas com textos poéticos em prosa e verso impressos na diagramação de receituário médico. Ele escolheu um texto e declamou para os usuários que ali estavam. A senhora olhava abismada e

o casal sorria. Depois da intervenção, revelou ter aprendido que as unidades de saúde precisam ser menos formais e que a promoção da saúde precisa de arte.

Ele me levou para conhecer a unidade e as pessoas. Era um horário tranquilo depois do almoço. Fui apresentado a todos como estudante de mestrado. Em cada parada alguém lhe perguntava algo sobre a unidade, horários, medicamentos, reuniões. À maioria das solicitações gentilmente respondia que aquela questão era para outra pessoa da unidade, referindo o destinatário, e que ele não tem que saber de tudo. Depois me disse que a equipe estava acostumada com uma postura autoritária e centralizadora da coordenação anterior e que, opostamente, estava introduzindo os princípios da cogestão e da corresponsabilidade.

Um líder comunitário aguardava o coordenador para uma conversa rápida. Fiz menção de aguardar mas fui chamado para a conversa na cozinha. O tema era um projeto de reciclagem de lixo para o qual a comunidade precisava de parceria. O gerente manifestou apoio e lhe explicou as possibilidades e limitações do serviço, comprometendo-se a ajudar com a escrita do projeto, no contato com outras pessoas para a busca de apoio e na idealização de uma atividade que ajudasse a população no hábito de separar os resíduos.

Na sala da administração, dois técnicos estavam envolvidos com seus afazeres e trocaram algumas informações com o coordenador à sua chegada. Um dos homens era cego e trabalhava sem dificuldades; dentre suas atribuições, tinha a responsabilidade pela comunicação telefônica e eletrônica com as outras instâncias da gestão.

Ali fui informado pelo gerente que a unidade estava com boa cobertura do exame papanicolau, que realizavam grupo de adolescentes e as gestantes da comunidade faziam o pré-natal no serviço. Os indicadores de saúde da população também estavam bons e naquele momento não havia nada de grave. Sobre a atuação dos profissionais, comentou que era bastante marcada pelo viés comunitário e que recentemente havia ingressado um médico com esse perfil, e estava contribuindo na promoção de atividades em grupo.

Assuntos relativos à sexualidade e gênero surgiam em uma atividade com mulheres, o que impulsionava algumas discussões na equipe. Nas últimas semanas trouxeram um filósofo para discutir o conceito de amor em rodas de conversa com os profissionais de saúde.

Sobre a possibilidade de fazer a observação naquele território, o gerente avaliou que eu seria bem-vindo e que não teria resistências da equipe e nem da população. Afirmou que se optasse por aquela unidade, eu poderia começar quando quisesse.

Fui bem recebido nas unidades e ambas pareciam estar dentro dos parâmetros que eu havia elencado. Por um momento, pensei em fazer o trabalho de campo nas duas, ao que fui dissuadido devido à intensidade do trabalho etnográfico. Meu cronograma estava em dia, mas

o prazo de integralização do mestrado seria pouco para a observação de duas unidades de saúde.

Segundo as formulações de Malinowski (1980), a pesquisa etnográfica não se limita à descrição de situações, ambientes, pessoas, ou à reprodução de suas falas e de seus depoimentos. Ela busca reconstruir as ações e as interações dos atores sociais segundo seus pontos de vista e sua lógica. Configura-se, então, como um meio para o pesquisador se aproximar dos sistemas de classificação e organização do universo estudado.

Para isso seria necessário registrar a organização da unidade de saúde estudada, observar minuciosamente e detalhadamente do cotidiano dos sujeitos da pesquisa, e o encaixe dos “imponderáveis da vida real” nesse contexto, e, por fim, documentar a mentalidade local, suas narrativas, declarações típicas etc. Segundo o autor, o objetivo final do etnógrafo é, “resumidamente, apreender o ponto de vista do nativo, *sua* relação com a vida, compreender *sua* visão do seu mundo” (Idem, p.61).

Tendo em vista que um dos desafios dos pesquisadores em trabalho de campo é a construção do vínculo com seus informantes (Braz, 2010; Menezes, 2006; Foote-White, 1980), eu tendia a escolher a primeira unidade visitada. A seu favor, pesava o fato de ter sido encaminhado para conversas com cinco profissionais, de modo a perceber a receptividade manifesta de quatro deles à minha proposta de trabalho. Enquanto na segunda eu somente tive contato direto com o coordenador, que há pouco tempo assumira o cargo e estava em um período de adaptação às suas equipes.

O fator determinante para a definição do campo foi a peculiaridade do cuidado em saúde sexual e reprodutiva manifesta na visita à primeira unidade. Diferentemente do que eu poderia esperar, a unidade de saúde lograva êxito em uma atividade voltada para uma população historicamente negligenciada mas não conseguia disponibilizar um medicamento anticoncepcional amplamente distribuído na rede do SUS há pelo menos dez anos. Assim, vi-me diante de uma situação que não deixou de atrair minha atenção.

Como eu havia seguido a recomendação de procurar a Coordenadoria da Área Programática (Cap) para obter informações sobre o protocolo de pesquisa, já tinha sido informado por uma funcionária que bastava apresentar o projeto ao gerente da unidade e o comprovante de aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa (Cep) por abordar seres humanos. A mesma me informou que não seria necessário recorrer ao Comitê de Ética da Secretaria de Saúde, pois o protocolo emitido pela universidade seria válido. Em dezembro dei entrada ao processo na universidade e em menos de três meses estava com a documentação pronta para apresentação.

Desse modo, em março entrei em contato com o gerente da unidade para lhe entregar o projeto e o protocolo de pesquisa para dar início ao planejamento da entrada em campo. Ele solicitou que eu levasse uma cópia do material para a Cap emitir a autorização. Demoraram trinta dias para me dar um retorno, e ainda porque telefonei. O encarregado da tarefa indicou que eu retornasse em uma semana, pois ainda não tinha lido o projeto de sete páginas.

Findo o prazo, retornei ao setor e o homem me disse que avaliou positivamente o projeto de pesquisa, concordava com o aceite do gerente, e então eu deveria prosseguir com o processo no Cep da Secretaria de Saúde, pois a informação que me foi passada não era procedente. Com isso, o parecer somente ficou pronto em julho, o que fez meu cronograma de pesquisa se atrasar em quatro meses. Assim, os tais imponderáveis da vida cotidiana já se manifestaram antes da entrada em campo.

Em agosto comecei a frequentar a unidade. A médica e o enfermeiro que eu tinha conhecido já não trabalhavam lá, e o gerente foi quem me introduziu na unidade. O homem sempre foi solícito e cordial, demonstrando interesse na realização da pesquisa ali. No primeiro dia, falou-me longamente das atividades desenvolvidas e mostrou-me uma série de listas com dados do acolhimento, apontando-me a maior frequência de mulheres à unidade, uma diferença sutil, visto que representavam 60% das demandas espontâneas.

Nesse mesmo dia me apresentou a uma enfermeira que realizava o grupo de planejamento familiar e mostrou-me o projeto de pesquisa. Ela se manifestou simpática à proposta de observar as ações em saúde sexual e reprodutiva, prontamente me convidando a participar na próxima semana da atividade que organizava. Antes de sair, colocou-se disponível para ajudar no que eu precisasse.

Entretanto, o gerente afirmou que eu precisaria ser apresentado ao médico para discutir a entrada nas equipes e o cronograma de trabalho. Por isso teria de voltar dois dias depois para a reunião com ele e, devido a minha representação negativa acerca do poderio médico, encontrei-me bastante apreensivo em relação ao encontro.

Na aguardada ocasião, o médico convidou a colega da outra equipe para participar da conversa. Eu me apresentei, falei do objetivo, da metodologia da pesquisa e da autorização pelo Comitê de Ética. A conversação inicial se articulou em torno da observação, de como e onde seria feita. Ali era necessário o esclarecimento dos passos e das intenções do pesquisador. Então tornei evidente que para chegar aos conteúdos ligados a gênero e sexualidade, eu precisaria presenciar diversas atividades e interações locais, mesmo aquelas que aparentemente não guardam relação direta com o tema. Eu precisaria antes de tudo compreender o funcionamento da unidade de saúde, a começar pelos lugares mais públicos

como a sala de espera, e, conforme me aproximasse das equipes, acompanhar grupos de promoção de saúde, visitas domiciliares e consultas. Ressaltei que não participaria de nenhuma atividade sem antes pedir permissão aos usuários e profissionais envolvidos. Ainda afirmei que me preocupava em não atrapalhar o cotidiano da unidade e tampouco pretendia interferir em suas práticas, embora não fosse passar despercebido.

Esse modo de explicar minha presença se repetiu em diversas ocasiões no primeiro mês em campo. Não bastava entregar um projeto sucinto com os objetivos e preocupações metodológicas ao gerente da unidade, era preciso estabelecer um contrato com cada profissional para poder circular em seu território. Por mais acolhedores que eles parecessem, em primeiro lugar queriam saber quem era eu e se o que pretendia lhes oferecia algum risco.

Naquela reunião, após o contrato, os médicos abordaram diversos tópicos: onde eu poderia encontrar no território o conteúdo que procurava, questões que apareciam na clínica médica, o funcionamento da unidade e a necessidade de confiança dos usuários nos profissionais para a abordagem de certos assuntos na clínica.

Sobre minha apresentação para os outros profissionais de saúde, o caminho mais indicado era a participação nas reuniões de equipe, e, assim, ao me convidar, informaram as datas. Ao término, o médico fez questão de me apresentar aos cinco residentes de saúde de família dos quais era preceptor, sob a alegação de que estavam preparando um diagnóstico situacional da unidade e seria uma boa oportunidade para eu saber mais da conjuntura atual.

No mesmo dia mandei uma cópia do projeto de pesquisa para o e-mail dos dois médicos, e no dia seguinte ele respondeu para indicar o nome de uma sexóloga que deu aulas na residência em Medicina da Família e Comunitária, recomendando o contato com ela, por considerá-la importante na área de conhecimento.

Esse primeiro contato com os médicos foi a oportunidade de me surpreender com o que me parecia familiar. Quando pensava que iria a uma reunião em que seria inquirido e colocado diante de uma série de regras, aconteceu o oposto.

Roberto da Matta (1978) afirmou que para vestir a capa do etnólogo é preciso realizar uma dupla tarefa: transformar o exótico em familiar e/ou transformar o familiar em exótico. Para o autor, a segunda tarefa ocorre quando o pesquisador se volta para as próprias instituições, práticas políticas e religiosas. O problema reside em tirar a capa de membro de uma classe e de um grupo social para poder estranhar alguma regra social familiar e assim descobrir o exótico no que está petrificado pela reificação e pelos mecanismos de legitimação. (p.28).

O contato com médicos diferentes abriu uma porta perceptiva que me guiou durante o

trabalho naquele território, que frequentei durante três meses, em 32 visitas que totalizaram 146 horas de observação.

A interação com os outros profissionais começou com a apresentação nas reuniões de equipe. Em uma delas, antes mesmo de minha pauta, houve uma discussão plena de conteúdos que me interessavam. Por isso, não tive como deixar de tomar notas em meu caderno. Além da médica ninguém mais sabia o que eu estava fazendo ali, e, quando chegou o momento da apresentação, as mesmas questões dos médicos foram reformuladas pelas agentes comunitárias. Uma delas irrompeu com uma pergunta-condição: “Você não vem aqui para fazer denúncia, né?”.

Eu respondi que a pergunta dela era importante e que não fui procurar defeito, nem fazer denúncia. Expliquei que não usaria gravador nem câmera, mas que frequentemente eu seria visto com um caderno nas mãos para tomar notas do que eu presenciava. Informei que a unidade nem os profissionais seriam identificados nos textos escritos a partir das observações.

Aproveitei a ocasião para apresentar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, salientando o fato de que ninguém era obrigado a participar da pesquisa e que me colocava à disposição para qualquer dúvida durante todo o tempo em que eu permanecesse na unidade. Contrato feito, contrato assinado. As apresentações-contrato foram bem parecidas nas outras duas equipes.

Não sou entusiasta da proposição da assinatura de termos de consentimento, sobretudo em metodologias observacionais. Porém, no contexto institucional ele acabou contribuindo para a simbolização de um pacto bem feito. A cena era marcante, todos sentados em suas cadeiras assinando papéis, inclusive eu.

Embora na unidade todos usassem uniformes, não tive exigência quanto à vestimenta. Somente depois de duas semanas o técnico administrativo solicitou que eu utilizasse um crachá, para ser identificado por quem não me conhecesse.

Inicialmente meu trabalho consistiu em observar reuniões. Depois fui chamado para assistir a roda de conversa na creche e o grupo de planejamento familiar. Nessas situações eu procurava me manter silencioso por se tratar de situações mais formais, com exceção do grupo de planejamento, em que a enfermeira evocava a participação os presentes. Mesmo assim evitei expôr minhas opiniões. Como todos tinham conhecimento do meu objeto de estudo, frequentemente me perguntavam o que achei da atividade, se gostei do grupo, se “a atividade foi legal”.

Eu sempre escolhia algum ponto em que minha expressão não me tirasse do lugar de observador, como no grupo da creche, quando respondi que foi bom estar ali, pois foi a

primeira vez que presenciei uma atividade na comunidade, ou sobre o grupo de planejamento, que comentei como é interessante ver os usuários participativos. Porém, a racionalidade pode falhar.

Em uma reunião de equipe o médico narrava um caso com uma dramaticidade de contador de histórias, o que prendia a atenção de todos. Tratava-se de um usuário jovem que suspeitava soropositividade para HIV. Feita a consulta, ele não voltou para pegar o resultado que confirmava o diagnóstico. A agente comunitária tentava de todas as maneiras fazer com que ele fosse ao retorno mas não tinha êxito. Em uma última tentativa, a agente falou para a mãe do rapaz o resultado do exame.

Nesse momento me assustei e produzi um ruído. Todos olharam para mim e fiquei bastante envergonhado, pois minha reação denotou que eu não concordava com a resolução tomada. A narrativa se interrompeu e a agente explicou para a equipe que não tinha sido bem assim, ela havia informado que o exame era positivo para hepatite. Ao final da reunião, ela me disse em tom de brincadeira: “Agora tem um Sherlock Holmes na Unidade”.

Apesar de reconhecer que o etnógrafo não é neutro em sua intervenção, bem como a ocasião não se tratava de “anthropological blues” (conforme formulado por Damatta, 1978), eu não deixei de me sentir mal com o ocorrido, pois manifestações como essa podem comprometer a espontaneidade das interações.

A situação não trouxe consequências danosas ao meu trabalho, pois com a convivência na unidade de saúde era chamado para estar presente em mais atividades. No primeiro mês eu permanecia na unidade cerca de duas e meia por visita, e, ao final do terceiro mês eu passava seis horas em média.

Quando não participava de grupos ou reuniões, eu ajudava em alguma atividade trivial na sala dos agentes comunitários: fazia o cartão das doses unitárias de tuberculose junto com a usuária, separava os preservativos para o grupo de adolescentes, recortava sóis e luas com a agente para sinalização de medicamentos, dentre outras.

Se no início eu era reconhecido na unidade como observador, às vezes chamado de “o observador”, em um segundo momento passei à categoria de ajudante. Ninguém me chamava assim, mas como me mostrava disponível para auxiliar, sempre era solicitado para acompanhar em alguma tarefa.

Esses momentos de troca foram imprescindíveis para me aproximar dos agentes comunitários. Nessas situações menos formalizadas era onde se lembravam de alguma história, falavam de suas expectativas ou emitiam suas opiniões.

Os lugares que eu mais frequentava na unidade eram a recepção, a sala dos agentes

comunitários e a de reuniões. Aos consultórios eu frequentava em reuniões de equipe ou em grupos de planejamento familiar. Nunca assisti a uma consulta médica, mas já fui atendido pelo médico na necessidade de um atestado de aptidão para atividades físicas. Já a farmácia era um local que nunca frequentei, e os dois profissionais que ali trabalhavam eram praticamente desconhecidos para mim.

A partir do segundo mês na unidade passei para o status de colaborador graças a uma tarefa urgente. Na primeira reunião geral que presenciei, a Secretaria Municipal de Saúde havia solicitado a escrita de um texto com a história da unidade e da comunidade para a composição de um livro comemorativo, a ser lançado na inauguração da 50ª Clínica da Família. Vislumbrei ali uma ótima oportunidade para me aproximar mais dos profissionais de saúde e conhecer um pouco mais da história do território.

A coordenadora propôs a criação de uma comissão de trabalho e ninguém se manifestou. O médico comentou que os residentes não se furtariam em ajudar, mas eles não estavam presentes à ocasião, a médica disse que tem agenda fixa e não poderia pegar esse trabalho sozinha, a auxiliar de enfermagem se candidatou, e o médico indicou uma agente de sua equipe, que concordou. A gerente perguntou se havia mais alguém e timidamente levantei minha mão para dizer que poderia colaborar com a redação do texto. Ela disse: “O nosso mestrando vai colaborar”.

No período de dez dias recolhi as histórias com agentes comunitários, técnicos de enfermagem, médico e dentista. Foi a oportunidade de conversar com quem eu tinha pouco falado. Ouvi histórias sobre a comunidade e a implantação da clínica, vi fotos desse período e tive acesso a opiniões e sentimentos em relação ao trabalho na unidade de saúde. Metade dos profissionais está ali vinculado desde antes da inauguração e ajudou a montar aquela unidade, assim havia um sentimento de grupo bastante desenvolvido, mas que não era verbalizado no cotidiano. Nesse momento pude compreender as alianças entre os profissionais de saúde e então comecei a observar os pequenos rituais que me passavam despercebidos.

Escrevi o texto e, antes de entregá-lo à coordenadora, mostrei-o a todos os entrevistados para verificar se estavam de acordo com o resultado. Pequenas modificações foram sugeridas e o material foi encaminhado ao seu destino.

A partir do meu envolvimento com esse trabalho, uma agente comunitária me pediu ajuda para elaborar dois questionários fechados para uma pequena pesquisa solicitada em seu curso de técnica em enfermagem. Três vezes conversamos longamente sobre o material e essas sessões renderam assuntos para além do objetivo que as convocou.

Com o tempo, fui convidado para acompanhar visitas domiciliares de enfermagem e

de agentes comunitários. Em duas delas fui apresentado aos moradores como “o pesquisador que está ajudando na unidade” e em outra como “o psicólogo que está trabalhando com a gente”.

A auxiliar de enfermagem conversou comigo sobre suas primeiras ideias para o grupo de homens e pediu que eu ajudasse na organização. No dia em que aconteceu a força-tarefa, eu estava no grupo de adolescentes e ela brincou que estava com ciúmes.

As três agentes que organizavam o grupo de adolescentes me chamaram desde o início para participar das atividades, inicialmente contribuí escrevendo os relatos das atividades. Com esse grupo acabei me envolvendo mais e o “anthropological blues” começou a se manifestar. Percebi que eu sentia raiva quando as coisas não davam certo, ficava feliz quando as organizadoras logravam êxito. Participar da atividade nas três últimas semanas era um momento de conflito interno: eu queria ajudar mais por ter experiência na atividade, no entanto, se eu fosse mais ativo perderia a chance de observar o trabalho, pois com a minha intervenção ele teria características que eu ajudaria a imprimir.

Nesse momento percebi que seria o caso de me afastar do campo de investigação se o encerramento não estivesse previsto no cronograma, pois, de acordo com Damatta (1978), o trabalho etnográfico contempla uma contradição: “para descobrir é preciso relacionar-se e, no momento mesmo da descoberta, o etnólogo é remetido para seu mundo e, deste modo, isola-se novamente” (p.32).

2 A UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA OBSERVADA

A Clínica de Saúde da Família localiza-se na zona sul do município do Rio de Janeiro. Situa-se ao sopé do morro onde há uma comunidade com cerca de 80 anos de história e seis mil habitantes. A unidade de saúde foi fundada ali por meio da reivindicação da população local junto à Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, após a implantação de uma Unidade de Polícia Pacificadora (UPP).

Para manter o anonimato das informações sobre a unidade de saúde e de seus profissionais e usuários, neste trabalho ela será denominada Clínica da Família, ou referida como unidade ou CF. Do mesmo modo, a comunidade (favela) e o morro onde se localiza serão chamados simplesmente comunidade e morro. Qualquer informação que possa identificar os profissionais de saúde será omitida.

A comunidade está localizada em área nobre da cidade, quase a totalidade (99%) de seus moradores conta com rede de água e esgoto, coleta de lixo, luz elétrica e rede de internet sem fio. A maior parte das residências é construída em alvenaria (92%) e oferece condições adequadas de moradia⁸.

Desde a implantação da UPP, que enfrentou o domínio do tráfico de drogas, os índices de violência e criminalidade foram reduzidos drasticamente, o que fez a população se sentir mais segura e, além disso, tornou a comunidade um ponto de turismo, sendo visitada principalmente por estrangeiros. No morro há quatro creches, centro cultural, quadra de esportes, escola de samba, rádio comunitária, associação de moradores, organizações não governamentais, colônia de férias e igrejas evangélicas e católicas. Para o transporte interno, os moradores contam com um bonde de plano inclinado que funciona diariamente.

A Clínica da Família está instalada no segundo piso de um prédio de três andares, onde também funcionam, em pisos diferentes, outros serviços públicos. Esse edifício fica bem na entrada do morro e é de fácil acesso, tanto à comunidade quanto ao bairro.

A administração da CF é feita por uma organização social, sob a supervisão da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, por meio de uma de suas coordenadorias de áreas programáticas (Cap).

Para atender a comunidade e algumas ruas do bairro, a unidade tem três equipes que se dividem em microáreas para a cobertura de uma população de doze mil pessoas. A área da atuação da unidade foi expandida em meados de 2011 no processo de reestruturação da

⁸ Os dados da população constam do diagnóstico situacional participativo realizado pelos discentes da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, apresentado oralmente em 13/09/2011, em sua instituição de ensino.

atenção municipal de saúde. Com a inclusão de classes sociais mais favorecidas na cobertura da estratégia, é a primeira unidade de saúde da família do município a atender populações de estratos sociais diferentes.

Cada equipe conta com o mínimo de profissionais recomendados pela Estratégia de Saúde da Família e totaliza três médicos, três enfermeiros, três técnicos de enfermagem e dezoito agentes comunitários de saúde. A CF conta também com duas equipes de saúde bucal com dois cirurgiões dentistas, uma técnica e duas auxiliares em saúde bucal. Todos os médicos e dentistas têm especialização na área da Saúde da Família e Comunitária e a maioria dos ACS tem formação de técnico em enfermagem.

Na parte administrativa há um gerente de unidade e três agentes administrativos. Também atuam no território três agentes de vigilância sanitária, que estão sediados na unidade e participam de algumas ações em parceria.

De acordo com a médica e a técnica de enfermagem, o envolvimento dos profissionais com a comunidade e a longevidade dos vínculos de trabalho são diferentes da realidade das outras unidades de saúde da família do município. Pelo requisito do exercício da função, todos os agentes comunitários de saúde (ACS) são moradores da comunidade, mas o são também os três técnicos de enfermagem e uma enfermeira. No bairro habita um dos médicos.

Além disso, desde as primeiras ações de instalação da unidade, antes mesmo do estabelecimento dos contratos de trabalho, dois médicos, uma das enfermeiras, os três técnicos de enfermagem, o dentista e ao menos metade dos ACS participaram ativamente da estruturação do espaço físico, mapeamento do território de saúde, processos de formação e capacitação da equipe, e, ocasionalmente, das negociações com a gestão municipal da saúde. A mobilização inicial refletiu no modo como os profissionais de saúde se vincularam entre si e com a população: promovem espaços de diálogo no cotidiano do serviço e tendem à horizontalidade das relações de trabalho.

A estrutura física da unidade de saúde é bem organizada, limpa e espaçosa. As paredes são brancas, com aspecto de recém-pintadas, o piso é cinza claro e está sempre limpo e lustroso, o teto é de gesso. O acesso às instalações se dá por meio de uma escada central, de metal com cerca de quinze degraus. Há um hall de espera, uma sala de agendamento de consultas e salas de procedimentos, imunização, curativos, reuniões e a dos agentes.

Do outro lado há um consultório odontológico, quatro consultórios médicos, uma farmácia, a administração, a sala de esterilização, o almoxarifado e o depósito de material de limpeza. A unidade conta com dois sanitários, um masculino e outro feminino, que são

compartilhados entre profissionais e usuários.

Próxima à porta do consultório odontológico está uma pia com três cubas, onde se realiza escovação dentária. Há dois bebedouros do tipo purificador de água, um no hall de espera e outro no corredor de acesso à sala da administração. Há aparelhos de ar condicionado e computadores em todas as salas, exceto no hall, no almoxarifado, na esterilização e no depósito de material de limpeza.

O padrão de cores adotado pela atual gestão municipal de saúde é azul e branco, a mesma cor dos logotipos institucionais. Dessa forma, são essas as cores que predominam no mobiliário e nas estruturas da unidade. Os profissionais que atuam nos consultórios (médicos, enfermeiras, técnicos de enfermagem, dentistas, técnicos e auxiliares de saúde bucal) devem usar jaleco branco, não importando a cor das roupas e dos sapatos. Os ACS devem usar camisetas brancas com o logotipo da Saúde da Família, e do uniforme completo também consta um colete cinza, um chapéu azul, uma mochila azul e tênis pretos, cedidos pelo programa. É recomendado o uso de calças jeans e vedado o uso de legs ou saias e calças justas às mulheres e bermudas aos homens. Ocasionalmente, os ACS vestem camisetas de ações específicas, como a semana de combate à sífilis, incentivo à amamentação ou o combate à dengue. Os seguranças utilizam uniforme cinza. Os auxiliares de limpeza vestem jardineiras em cinza e verde com o logotipo de uma empresa de terceirização de serviços.

Nas paredes do hall de espera havia dois quadros de recados onde se colocavam pôsteres e anúncios aos usuários. Eles foram retirados segundo orientações da nova gerente da unidade. Nesses quadros de acrílico alguns cartazes permaneceram continuamente, como o da DOT (Tratamento Diretamente Observado) para tuberculose, o qual explicava aos usuários o funcionamento da ação, o de cuidados contra a proliferação do mosquito vetor da dengue, a divulgação da caminhada matinal promovida pela unidade duas vezes na semana, o da campanha de preservativo com o slogan “quem ama usa”, o informativo dos dias e horários de coleta de sangue (nas manhãs de terça e quinta-feira às 7h30) e o símbolo de proibição do fumo no recinto. Cartazes substituídos foram o da semana do bebê carioca – campanha pró amamentação, o que alertava para tosse com catarro com duração de mais de três semanas, um de cuidados com a alimentação e a primeira versão do cartaz de divulgação da festa do dia das crianças promovida pela CF.

Há mais três quadros informativos espalhados na unidade. Na sala da administração, com tabelas de escalas de trabalho, horários de atividades semanais e outros anúncios institucionais. Na sala de agendamento, divulgam-se as ações promovidas pela unidade: caminhada pela vida, grupo de gestantes, grupo de adolescentes, grupo de diversidade, coleta

de sangue. Nesse quadro também havia uma folha de tamanho A3, com os modos de contatar a ouvidoria da Secretaria de Saúde, e um cartaz da Coordenadoria Especial da Diversidade Sexual com a informação de que é proibida a discriminação motivada por orientação sexual ou identidade de gênero.

Na sala de recepção há o “Placar da Saúde da Clínica da Família”. Compreendendo o período de um mês, constam dados estatísticos sobre a população, o ambiente, os indicadores de saúde. Os campos são impressos e alguém preenche os dados com tinta removível. Durante o período de observação o quadro foi atualizado uma vez, depois de três meses.

No corredor que dá acesso à sala de administração há outro quadro, defronte ao bebedouro e à entrada do sanitário feminino. Nele constam as escalas de trabalho de cada equipe, com o nome e as funções de cada profissional de saúde. Os cartazes da ouvidoria e o da coordenadoria da diversidade sexual também estavam ali. Alguns informativos de eventos da unidade ou da prefeitura tinham rotatividade nesse mural. Uma folha impressa que perdurou até a chegada da nova gerente era especial:

ATENÇÃO

A produção da CF [nome da unidade] não está BOA, solicitamos a todos um maior empenho, no sentido de levantarmos muito nossa produção. Acredito no potencial de todas as Equipes.

Veja onde temos que melhorar:

- 1 – Coleta do preventivo e inserção do DIU
- 2 – Consulta Pré-Natal
- 3 – Consulta para detecção de casos de Tuberculose
- 4 – Consulta de Profissionais de Nível Superior
- 5 – Consulta Atendimento Domiciliar
- 6 – Cadastramento
- 7 – Visitas Domiciliares de todos

A ÚNICA maneira autorizada para registrar toda e qualquer produção é pelo VITA CARE.

Esse anúncio informou-me, no início do trabalho de campo, que havia problemas ligados à baixa produtividade em alguns serviços. Em primeiro lugar, os relativos à saúde da mulher e ao pré-natal, bem como o baixo registro de consultas e visitas de médicos e enfermeiros. Durante o período da observação os dois primeiros foram recorrentes e pretendo abordá-los, após a descrição do funcionamento da unidade.

Quando conheci a unidade, dez meses antes de começar o trabalho de campo, a sala de recepção e agendamento tinha acabado de ser instalada; antes disso, o trabalho feito ali era realizado no hall de entrada. O motivo de ter sido organizada bem depois das outras é que aquele espaço era reivindicado pela Assistência Social para suas atividades, e após muita discussão entre o setor de saúde e o de assistência social, o espaço foi negociado. Alguns agentes comunitários disseram que foi ocupada pela equipe, mas o antigo gerente e o médico explicaram que houve um acordo entre as secretarias para a cessão do espaço.

Curiosamente, “acolhimento” é o nome referido à sala por todos os profissionais de saúde daquela unidade: “A enfermeira está no acolhimento”, “O acolhimento está cheio”, “O computador do acolhimento está quebrado”, “Quem vai ficar no acolhimento hoje?”⁹.

Segundo Franco et al, (2006, p.42):

O acolhimento propõe inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, partindo dos seguintes princípios:

- 1) Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume sua função precípua, a de acolher, escutar e dar resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população. Com isso, os serviços criam possibilidades para restabelecimento de uma relação de confiança e apoio do usuário.
- 2) Reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional – “equipe de acolhimento” –, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde. A consulta médica é requisitada, só para os casos em que ela se justifica. Dessa forma, todos os profissionais de nível superior e ainda as auxiliares e técnicas de enfermagem, participam da assistência direta ao usuário, aumentando enormemente o potencial de serviço da Unidade.
- 3) Qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.

Apesar da materialização do conceito de acolhimento em um espaço físico, os princípios do dispositivo do acolhimento estão presentes no processo de trabalho da unidade de saúde. Nas reuniões de equipe, na maioria das vezes em que foi citado o caso de um paciente (termo mais corrente utilizado pelos profissionais ao se referirem a um usuário do serviço), lembrava-se do seu local de moradia e suas vinculações familiares, pois as equipes procuram situar o usuário dentro da comunidade, de modo a não utilizar o agravo como a primeira referência.

Pela “sala de acolhimento” passam todos os profissionais, mas a frequência maior é de técnicos de enfermagem, enfermeiros e agentes comunitários. A orientação pactuada nas equipes é que os usuários que chegarem à unidade devem ir primeiro ao acolhimento, porque lá será ouvida a demanda e dado o encaminhamento apropriado; seja um agendamento, uma orientação ou o pronto-atendimento pela enfermeira ou pelo médico. Como são os ACS os primeiros a entrarem em contato com essas demandas, eles estão sempre indo e vindo dos

⁹ Em outras unidades da saúde da família do município também há espaços similares chamados de acolhimento.

consultórios e da sala de procedimentos para dar o melhor encaminhamento ao “paciente”. Segundo uma das agentes, por vários motivos é seu papel ajudar os usuários a ter o melhor atendimento. O agente é da comunidade e sabe das dificuldades de cada um. Também há o risco de enfrentar a hostilidade na vizinhança, caso não seja dada a devida atenção aos usuários. Em sua função, consegue interceder pelo usuário e também fazê-lo entender o funcionamento de uma unidade de saúde, explicando que há situações urgentes e outras que podem ser agendadas em uma consulta, por exemplo.

Desse modo, tanto nas visitas domiciliares, quanto na sala de recepção, os agentes comunitários realizam o papel de mediadores¹⁰. No entanto, esse papel não é exclusivo dessa categoria profissional. A enfermeira, moradora da comunidade, é procurada diretamente por muitos usuários, e algumas vezes os atende sem encaminhar primeiro para o “acolhimento”. Em três reuniões de equipe presenciei agentes comunitárias chamando sua atenção para esse fato, e que ela não deveria atender sem passar pelo acolhimento porque, desse modo, os ACS perdem credibilidade diante dos “pacientes”. Entre essa adaptação da enfermeira do seu fluxo de trabalho para acolher uma demanda avaliada como urgente e o cumprimento da formalização do fluxo de entrada na unidade, percebe-se a tensão entre o acolhimento e o “acolhimento”.

A unidade funciona em horário estendido, ou seja, das 8h às 20h. A maior parte do fluxo de trabalho se concentra em alguns horários, como nas duas primeiras horas da manhã, no almoço e no final da tarde. Nesses horários a unidade está sempre movimentada e, no entanto, nunca presenciei confusão. Tudo sempre fluiu com tranquilidade, mesmo com alguns usuários que chegam exigindo o pronto atendimento médico em um momento de “agenda lotada”. Nesses casos excepcionais, os agentes comunitários ou técnicos de enfermagem sempre conseguiram resolver com diálogo, de modo a acalmar o paciente e conseguir encontrar uma solução que satisfizesse o usuário, sem passá-lo na frente dos outros.

O fluxo de trabalho das equipes mescla atendimento agendado com dias de livre demanda, embora a maior parte dos atendimentos seja marcado previamente. Médicos e enfermeiras pactuam com suas equipes os períodos para visita domiciliar, atendimento de gestantes, puericultura, diabéticos e hipertensos, troca de receitas (ação exclusiva dos médicos) e realização de grupos.

Os profissionais chegam à reunião com a agenda pronta e a compartilham com a

¹⁰ Bonet e Tavares (2008), com base em Latour, afirmam que o mediador é um actante que acrescenta algo no curso de uma ação, diferentemente do intermediário, que não contribui para o trabalho de tradução. Mediador, nesse sentido, é alguém ou algo que faz fazer; é agência.

equipe, que sempre negocia algum horário. Os cirurgiões dentistas fazem o mesmo, mas sua agenda é organizada a partir da classificação de risco dos usuários. Essa tabela é a diretriz para o agendamento das atividades no sistema de informações, o Vitacare.

Por conta da informatização de prontuários, agenda, receituário médico etc., todas as salas da CF têm computadores interligados em rede interna e externa (internet), salvo os computadores de uso exclusivo dos ACS, que sofreram repentina restrição ao uso de internet.¹¹

Desde a instalação dos computadores na unidade, em 2010, o Vitacare é o terceiro sistema a ser implantado, em substituição aos anteriores Gil (Gerenciador de Informações Locais) e Trackcare. Ele é desenvolvido e monitorado por uma empresa sediada em Portugal. Todos os membros das equipes foram treinados para sua utilização e conseguem operá-lo. Contudo, o sistema apresenta falhas. A perda de dados pelo *software* foi relatada como um grande problema, pois como a produção da unidade é compilada a partir do que cada profissional registra na planilha eletrônica, os dados armazenados informam produção baixa e, em alguns casos, como se ele não tivesse realizado qualquer atividade o mês inteiro.

Outro problema apontado é que não foi possível incorporar os dados dos sistemas antigos, e os agentes de saúde deviam recadastrar os dados das famílias e usuários; um trabalho que tomava muito tempo. A médica também reclamava do mesmo problema, pois alguns dados de usuários somente os médicos podem fornecer ao sistema e ela tinha que levar esse trabalho para fazer em casa.

Na maioria das reuniões que participei houve queixas sobre o sistema. Ele apresenta tantas falhas que o médico fazia uma lista para uma reclamação formal, pois, como a resolução da Secretaria de Saúde é que nada seja mais anotado em papel, é preciso ter um sistema estável. No entanto, os prontuários de famílias e usuários e fichas-espelhos ainda são feitas nos formulários antigos, pois a equipe ainda não confia plenamente no sistema. Por conta disso, os agentes comunitários mantêm um registro de suas atividades em suas agendas.

Apesar dos *bugs*, os profissionais da equipe relataram que o sistema informatizado ajudou no fluxo de trabalho e melhorou o agendamento, pois antes tudo ficava a cargo do “acolhimento”. Os usuários saíam da consulta com um papel manuscrito com o retorno, o ACS devia registrar na agenda de papel, mas agora os próprios médicos, dentistas e enfermeiras podem fazer isso na hora da consulta. Em uma reunião de equipe presenciei membros da equipe chamando atenção do dentista que ainda mantinha hábitos antigos, e em

¹¹ Esse fato aconteceu na primeira semana em que eu estava na unidade, quando pude presenciar a indignação dos agentes, que nas reuniões de equipe exigiram explicações sobre o motivo da interdição, que não teve resposta.

outra, a reivindicação de agentes comunitários a uma enfermeira, para que ela agendasse os retornos.

Além do Vitacare, há outros sistemas de dados utilizados na CF, como o Sisreg (Sistema Nacional de Regulação, para gerenciamento de fluxo de encaminhamentos de consultas para outras unidades de saúde e internações hospitalares, o Sis prenatal (Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento) e o Sinan (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), dentre outros. Esses são operados pelos agentes administrativos.

Os sistemas de informação têm servido também para o registro de indicadores de produção da unidade de saúde. Por meio do Vitacare é possível à Secretaria de Saúde levantar as metas estipuladas de cadastramento de usuários, consultas de pré-natal, coletas da citopatologia do colo uterino entre outros. Por meio do Sisreg, o número de encaminhamentos que tiveram prosseguimento ou que precisaram ser reformulados. Os resultados dessa produção impactam na remuneração dos profissionais de saúde, que recebem um adicional quando atingem as metas, mas também podem gerar advertências.

A focalização da gestão na produção oferece risco de desvirtuamento da especificidade da Estratégia de Saúde da Família, risco esse contrabalanceado pela disposição das equipes em fazer reuniões de trabalho, discutir as divisões de tarefas, pactuar as escalas de trabalho, questionar das diretrizes propostas pela Cap ou pela OS.

Os profissionais fazem reuniões de equipe semanais com duração de duas a três horas. Nelas também participam alguns dos estagiários e residentes¹² e, ocasionalmente, profissionais de instituições parceiras. Geralmente são coordenadas pelos médicos e pelas enfermeiras, e, apesar disso, todos propõem pautas, discutem e opinam. O que é de governabilidade das equipes é discutido nesses espaços de maneira a alcançar consenso.

Os assuntos mais frequentes são a divulgação de diretrizes da gestão, planejamento e avaliação das atividades e discussão de casos. As reuniões de equipe são o espaço privilegiado para a troca de informações sobre a situação de saúde na comunidade. O trabalho do agente comunitário tem visibilidade nas reuniões, pois têm a responsabilidade de pontuar para suas equipes os casos que devem ser examinados com mais cuidado, além de informar a situação sanitária e social dos usuários. Segundo o médico, “os agentes comunitários são nossos olhos e ouvidos na comunidade”.

¹² A unidade oferece preceptorial a 70 acadêmicos de medicina, 6 estagiários de nutrição, 9 acadêmicos bolsistas, 1 interna do curso de medicina e 7 residentes de dois programas de residência multiprofissional em Saúde da Família e Comunitária.

A maior parte das visitas domiciliares é realizada por agentes comunitários. De acordo com a meta do programa, cada residência deve ser visitada uma vez por mês, ou com maior frequência em casos de pessoas acamadas ou em situações de risco. Os médicos e as enfermeiras vão às residências nesses casos e no primeiro exame de recém-nascidos.

Nas conversas que tive com diversos profissionais foi-me relatado que até a expansão da área de cobertura a meta de visitas era cumprida, mas no atual momento isso estava difícil, porque moradores das residências do bairro sequer querem receber o agente comunitário para o cadastramento¹³. De modo geral, a recusa em receber o agente é comum, pelo desconhecimento do funcionamento da unidade e de desconfiança em relação ao SUS, mas consideram que, com o tempo, a população da nova área se vinculará ao serviço. Para fazer a apresentação do serviço, o médico concordou em revisitar essas famílias com o agente.

Das visitas que acompanhei, tanto com agentes quanto com uma enfermeira, vi que elas são cuidadosas e estão atentas para todo o contexto do usuário. Os usuários recebem bem as profissionais de saúde, convidam para sentar, contam como está a situação de saúde e também falam de outras esferas da vida, como a filha que conseguiu emprego, por exemplo.

Quando perguntadas sobre alguma questão mais médica ou sobre medicamento, as agentes deram orientações básicas, mas referiram a enfermeira ou o médico como a pessoa certa para responder, e já agendavam uma consulta, ou se comprometiam em levar a questão para esses profissionais e trazer a resposta ao usuário. As visitas eram feitas sem pressa e as profissionais que acompanhei se mostraram muito satisfeitas com o vínculo que conseguiram estabelecer com esses usuários.

A unidade também promove alguns grupos de promoção de saúde. No espaço da clínica são realizados os grupos de combate ao tabagismo, de gestantes, de adolescentes, de artesanato e de planejamento familiar. Na comunidade acontecem o de caminhada, as atividades de prevenção odontológica em creches e escolas e uma roda de conversa de mães. Segundo a enfermeira, a Cap orienta que cada profissional de saúde pode estar vinculado com apenas um grupo terapêutico e estimula que todos se envolvam nessas atividades.

Acompanhei algumas reuniões de gestantes, artesanato, planejamento familiar e adolescentes. Participavam entre três e oito usuários, e o mesmo número (ou mais) de profissionais, residentes e estagiários. Como na unidade há muitos estudantes, sempre há muita gente observando as atividades.

Essa questão é objeto de reclamação da médica, que considera haver muitos

¹³ O painel “Placar da Saúde da Clínica da Família”, afixado na sala de acolhimento, informava que no mês de outubro foram visitadas 72,4% das famílias cadastradas.

profissionais nas atividades, e que isso pode intimidar os usuários. Em um relato de três agentes comunitárias sobre a realização de um grupo, uma residente e uma convidada começaram a discordar diante dos participantes sobre um dado técnico, e concluíram que isso aconteceu por falta de planejamento.

Em uma roda de conversa na creche havia o dobro de profissionais e estagiários em relação ao número de usuários, e segundo as facilitadoras da discussão isso não poderia mais se repetir. Na ocasião os estagiários de medicina chegaram atrasados em uma turma de oito pessoas e interromperam a dinâmica, além disso, tiraram fotos sem permissão (com flash e ruído de disparo) e ficaram a conversar durante a atividade.

Por outro lado, o grupo de planejamento familiar era conduzido por uma enfermeira com apenas um ou dois residentes. Ali as usuárias e usuários ficavam à vontade para fazer perguntas e contar experiências.

Um fator positivo na realização dos grupos é que não eram palestras. Os profissionais organizavam esses trabalhos de modo a ouvir os usuários, promover discussão, repassar informações de saúde e estabelecer vínculo entre com os usuários. Para isso priorizavam a metodologia da roda de conversa, por vezes utilizando jogos cooperativos.

Os grupos de gestantes e de planejamento familiar funcionavam como rodas de conversa, com algum tema específico para conversar no dia. O de artesanato reunia mulheres mais velhas em torno da realização de uma atividade manual como bonecas, pintura etc., o tema das conversas era livre, mas em algum momento se abordava a situação da saúde, a pressão arterial e os medicamentos. O grupo de adolescentes era promovido por agentes comunitárias e começou, segundo elas, muito expositivo. Aos poucos foram mudando a estratégia, incluindo dinâmicas de grupo, brincadeiras, rodas de conversa.

Outros dois grupos estavam em processo de planejamento, um voltado para portadores de diabetes e hipertensão, e o de homens. Além do compromisso com a promoção de saúde, certa rivalidade entre alguns profissionais também impulsionava a necessidade de realização dos grupos.

Ocasionalmente a unidade promovia festas, fazendo parte do calendário anual o baile de carnaval e a festa das crianças. Pude acompanhar a organização dessa última em um trabalho que mobilizou muitos profissionais, em regime de divisão de tarefas e planejamento cuidadoso. A festa foi feita na quadra da comunidade e teve comida, música, distribuição de brinquedos. Houve apoio da comunidade para cessão do local, de instituições públicas e privadas para a aquisição dos brinquedos, alimentos e a decoração do ambiente. A promoção da saúde bucal foi a principal mensagem da atividade, com distribuição de kits de higiene

oral.

No campo das ações mais individualizadas estavam as consultas médicas e de enfermagem. Às vezes os médicos estavam acompanhados de um residente ou estagiário, mas na maioria das consultas ficavam a sós com os usuários. As consultas de enfermagem, e os curativos e procedimentos dos técnicos de enfermagem também eram individuais. Na odontologia os dentistas contavam com o apoio de auxiliares, e ficavam as duas cadeiras separadas por um biombo na mesma sala.

De modo geral, as consultas são longas, os usuários entram nas consultas e demoram a sair. Médicos e enfermeiras me disseram que ali não têm pressa com os usuários, pois não é só de um agravo ou de uma queixa de saúde que tratam na consulta. Eles procuram conhecer os usuários de modo integral, ouvir suas demandas, esclarecer dúvidas, ajudar a promover práticas de cuidado e de prevenção. Alegam que em uma consulta rápida, de três minutos, não conseguem conhecer os usuários, e o diferencial da Saúde da Família é justamente esse.

Frequentemente alguém referia saber muito sobre aquela comunidade, ou que as pessoas confiam no seu trabalho, ou que estabeleceu bons vínculos com a população. Conhecer a vida e as relações dos usuários é motivo de orgulho para os profissionais daquela unidade, é um sinal de estão “fazendo Saúde da Família”.

3 SEXUALIDADE E GÊNERO NA UNIDADE DE SAÚDE

A Clínica da Família recebe diversas demandas da população e tem capacidade para resolver aquelas referentes à Atenção Primária à Saúde. Na unidade observada, o fluxo de trabalho é organizado em um planejamento baseado no mapeamento do território e dos problemas de saúde da população adscrita. As equipes realizam consultas agendadas, visitas domiciliares, grupos de promoção de saúde e atendimento da demanda espontânea¹⁴.

Nas visitas domiciliares, os agentes comunitários de saúde e enfermeiros são depositários de diferentes necessidades dos usuários. Tanto nas casas quanto nas ruas da comunidade eram solicitados medicamentos, atestados médicos, agendamentos de consultas, informações sobre as atividades promovidas na unidade, orientação na posologia de medicamentos. Questões relativas à saúde sexual e reprodutiva também emergiam nessas ocasiões.

Em duas visitas a recém-nascidos, as mães estavam com o peito “empedrado” e foram orientadas, respectivamente pela enfermeira e pela ACS, a fazer massagem nos seios e a ordenha manual.

Em outra visita, a ACS foi interpelada pela usuária pois seu filho de sete anos tinha sido “operado da fimose” em um hospital e ele ainda estava com uma argola na glândula. Questionada se esse objeto já devia ter sido retirado, a agente respondeu que como tinha ocorrido há dez dias, achava que já tinha dado o tempo, mas que somente o médico poderia afirmar isso corretamente, e orientou a usuária a levar o garoto em uma consulta no dia seguinte. No início dessa conversa, ocorrida em uma das vielas da comunidade, a usuária estava retraída até para falar o tipo da cirurgia, falava com meias palavras, porém, a agente se lembrou quem era o menino, perguntou se ele estava bem, se ela estava o ajudando a limpar o pênis, levando a usuária a conversar sem receio.

Na residência de um casal de sexagenários, ele com boa saúde e ela, além de cega, portadora de diabetes, a agente perguntou dos níveis de glicose, do controle da pressão arterial, da alimentação e da ingestão dos medicamentos. Tudo estava em ordem. Depois perguntou sobre a família e se o casal tem saído para ver os filhos e netos. A usuária começou a ralar com o marido, dizia que ele não queria sair com ela para poder conversar com outras mulheres, e ele brincou dizendo que ela é muito ciumenta. A agente mediou a conversa, ouviu a opinião de ambos e o casal acabou por concordar que fariam um passeio no próximo final de

¹⁴ A demanda espontânea é o atendimento dos usuários que procuram o serviço em casos agudos e necessidades não programadas. O seu acolhimento é realizado prioritariamente na recepção da unidade.

semana.

Durante essa visita, a usuária convidou a agente para se sentar na cadeira ao seu lado, pegou seu braço e fez carinho em suas mãos, também reclamou que ela diminuiu as idas a sua casa. À mulher foi explicado que o trabalho aumentou com a expansão do território e havia menos tempo para voltar com frequência. A visita durou cerca de quarenta minutos e quando saímos da casa, a agente me contou que procura dar atenção àquele casal por eles serem muito sozinhos, e o pouco que ela pode oferecer enquanto agente de saúde ajuda no sentido de eles se cuidarem mais e tenham confiança nela e no serviço de saúde.

Nas outras três casas em que acompanhei a profissional o cuidado era semelhante. A verificação de dados de pressão arterial e nível de glicose são rápidos, mas a conversação é atenciosa, afetuosa e de proximidade com os usuários subsidiava uma relação de confiança e de vínculo¹⁵.

Na companhia de outras agentes comunitárias presenciei uma postura semelhante; de atenção e de cuidado com os usuários. Havia preocupação em estabelecer e manter vínculos com os “pacientes”. No cotidiano do serviço era comum ouvir de qualquer categoria profissional: “o meu paciente” ou “o paciente de [nome do outro profissional]”, que pode ser interpretado como a indicação do profissional de referência, mas, no limite, pode ser visto como demarcação de território.

Em uma reunião de equipe, na qual se discutia um caso, uma agente começou a dar informações sobre a usuária, e, imediatamente, disse à colega presente: “desculpa eu estar falando do caso, porque ela é sua” e a outra respondeu “tudo bem”. Outras vezes essa referenciação servia para evitar alguma tarefa, como o atendimento de um usuário na ausência do agente de sua microárea.

Para além disso, a vinculação de usuários com os profissionais era vista por estes como importante para o estabelecimento da confiança, que, por sua vez, permitiria o acesso do profissional a assuntos mais íntimos, dentre os quais a sexualidade.

Na primeira conversa com os médicos foi-me relatado que no consultório assuntos relativos à sexualidade aparecem na ocasião do “preventivo”¹⁶. No entanto, ele salientou que com a presença dos “acadêmicos”¹⁷ as usuárias ficam retraídas de falar sobre alguns assuntos; que elas ficam mais à vontade para falar mais, expor dúvidas e questões mais íntimas somente

¹⁵ Silva & Dalmaso (2002) consideram que, historicamente, o trabalho do agente comunitário de saúde ultrapassa o atendimento das necessidades, pois se ocupa da comunidade e pensa na saúde de modo integral. Essa característica é uma das bases para a construção de sua identidade profissional no âmbito da Saúde da Família.

¹⁶ Exame para coleta de amostra para citopatologia do colo uterino, também conhecido como papanicolaou.

¹⁷ Estudantes de medicina que fazem estágio na unidade de saúde. Muitas vezes eles estão presentes nas consultas médicas observando o trabalho dos médicos e, ocasionalmente, das enfermeiras.

na presença do médico.

Na mesma ocasião, a médica contou que todos os moradores se conhecem naquela comunidade pequena e percebia um receio por parte dos usuários em confiar certos assuntos aos profissionais da unidade, pois desconfiam de que o assunto possa se espalhar. Ponderou que, por conta disso, a maioria das mulheres preferia realizar o “preventivo” com o ginecologista de um ambulatório de saúde próximo da comunidade¹⁸.

Em outro momento, uma das técnicas de enfermagem afirmou que há muita fofoca na unidade e algumas coisas que se falam entre o agente, o médico e a enfermagem “acabam se espalhando até subir o morro”. Contou que na sua equipe há duas agentes comunitárias que gostam de fazer comentários sobre assuntos internos, e que o próprio médico já falou sobre um caso delicado diante dos usuários na sala de espera¹⁹.

Na consulta médica os assuntos relativos à saúde sexual e reprodutiva emergiam principalmente se o profissional tomar a iniciativa. O médico disse que sempre dá um jeito de abordar aspectos da sexualidade nas consultas, e não trata desse assunto quando há crianças maiores de dois anos, pois estas já podem entender e reproduzir a conversa.

Quase sempre abordava os métodos anticoncepcionais e, por vezes, o resguardo após o parto, especialmente a limitação ao sexo vaginal. No relato, o médico afirmou que não precisava falar às pacientes quais eram as outras práticas sexuais possíveis, pois isso ficava bem claro no modo como enunciava a expressão sexo vaginal. Perguntei, então, como as usuárias reagiam, ele disse que quase sempre com um silêncio.

Ele afirmou que queixas masculinas muitas vezes vêm referidas como problema na próstata, mas que na consulta verifica que se tratam de “problemas de impotência”. Citou o caso em que a mulher e o marido estavam na mesma consulta e ela reclamou que o marido não gostava mais dela, ao que ele revelou estar com problemas de ereção. Essa ocasião foi o início de uma investigação sobre a situação de saúde do usuário, na qual foi possível conversar com o casal sobre o assunto, principalmente sobre afetividade, promovendo a reflexão sobre sua relação e sobre o envelhecimento.

Também houve o caso da usuária que afirmou ser viciada em sexo e tinha dificuldade de manter relações monogâmicas. Nessa consulta o médico a ouviu e argumentou que essa é

¹⁸ Nas proximidades há um Centro Municipal de Saúde com atendimento ginecológico e um ambulatório filantrópico católico que oferece, a baixo custo, atendimento de diversas especialidades médicas a pessoas de baixa renda.

¹⁹ Ao tomar a *gossip* (fofoca) como um mecanismo informal de controle social, Heilborn (1984) discute a importância dessa instituição como fonte de análise para a moralidade da comunidade que pesquisou. A constante recorrência desse mecanismo em seu trabalho de campo demonstrou sua imbricação com as relações de gênero, ora desqualificando as mulheres, ora atribuindo-lhes poder. Aqui, apesar de ter sido citada como recorrente pela profissional de saúde, as poucas situações em que a fofoca surgiu não foram o suficiente para a constituição um *corp*us significativo.

uma das maneiras possíveis de se relacionar sexualmente.

Em outra ocasião, o pai de duas filhas queria orientá-las sobre sexo e não sabia como. O médico indicou-lhe a enfermeira da unidade que poderia conversar com as moças. Imediatamente o homem a procurou para agendar a consulta das moças, que dias depois vieram falar com a profissional.

Diante desses relatos do colega, a médica disse que há uma diferença entre eles. Os usuários confiam mais nele porque está na unidade desde o início do funcionamento. Ela alegou que até o momento certos assuntos nunca foram tratados com ela porque está ali há pouco tempo. Ele concordou e afirmou que em seu primeiro ano ninguém havia falado sobre sexualidade nas consultas, com exceção de um caso.

O médico argumentou que “quando se aborda sexualidade fala-se de gestação, puerpério, exame preventivo feminino, idosos em tratamento de diabetes, mas de adolescentes não, que adolescentes não chegam até a unidade”. A médica ironizou que adolescente não se interessa por sexo. Ele se lembrou que uma professora de sexologia que teve no curso de especialização em saúde da família ensinou que o profissional tem que estimular o assunto, pois cabe ao médico “apertar o gatilho”. Por fim, ponderou: “o paciente não tem que ter obrigações de falar sobre certos assuntos, nós precisamos estimular”.

Paralelamente à confiança depositada no profissional de saúde, a questão da intimidade apareceu como fator importante na realização de grupos de promoção de saúde.

Uma organização não governamental que atua em uma das creches da comunidade organiza mensalmente uma roda de conversa com as mães das crianças ali matriculadas. A atividade é realizada em parceria com uma das equipes da CF. No mês de agosto o tema foi ‘o que é ser mãe’, “não do ponto de vista reprodutivo e contraceptivo, mas do subjetivo”, segundo uma das psicólogas organizadoras da atividade. O objetivo foi discutir como se deu a gravidez, se houve planejamento, se foi acidente, se a mulher e o homem queriam ter o bebê e o que mudou com o nascimento da criança.

A psicóloga da ong observou o trabalho e depois avaliou que o discurso das usuárias era estereotipado. Do seu ponto de vista, elas falaram o que julgavam correto para os profissionais da equipe. Uma das facilitadoras da oficina considerou que as participantes estavam inibidas, o tema trazia muitas questões da intimidade e que esse espaço não dá conta de trabalhar mais profundamente o assunto com as usuárias.

No grupo de saúde dos adolescentes a preocupação com a intimidade dos jovens também sempre esteve presente na organização e avaliação dos encontros. O sigilo foi um item abordado no contrato de convivência proposto aos participantes. As organizadoras

também tomavam cuidado em manter um ambiente de confiança, promovendo dinâmicas que não expusessem as experiências dos jovens. Como o grupo estava em seus primeiros encontros, havia o receio de que os próprios participantes comentassem na comunidade o que ouviram dos seus pares.

Em outro momento, uma ACS afirmou que os usuários têm facilidade de falar quando precisam de alguma coisa; se estão com pressão alta ou o filho está com febre, por exemplo. Mas quando se trata de “alguma coisa escondida”, como “a filha que está dando trabalho e não quer estudar”²⁰ ou de algo que não é imediato, eles têm mais dificuldade de se abrir com o agente. No entanto, ela reconheceu que no início do trabalho, assim como se passou com os outros agentes, os moradores sequer queriam recebê-la nas casas, mas, com o tempo, o vínculo se fortaleceu e os usuários ficaram até mal acostumados com o cuidado promovido.

A vinculação entre profissionais e usuários pode se dar por diversos motivos. Não basta ser morador da comunidade e conhecido pelos vizinhos. Isso às vezes atrapalha, não somente pelo receio da exposição da intimidade, mas também pelo histórico das relações sociais, como a agente que já foi presidente da associação de moradores e inicialmente teve dificuldade de ser recebida por alguns moradores como profissional de saúde. Ela também sentiu dificuldade de se integrar à equipe de trabalho e conjecturou que isso decorria de sua postura aguerrida na atuação anterior, que, segundo ela, gerava nos colegas o receio de que ela apontasse equívocos no trabalho da saúde.

Na discussão do caso sobre uma usuária com transtorno mental, um dos principais pontos discutidos era o vínculo da equipe com ela e sua família. A mulher, jovem, não saía de casa e vivia no escuro. Logo no começo da reunião, a agente de saúde afirmou que “a paciente” se abriu para o diálogo com ela porque ambas são mulheres, pois com o agente anterior ela não falava. O pai da usuária tinha bom vínculo com a dentista. Ele era alcoolista, mas nas consultas odontológicas sempre se apresentava sóbrio, com boa aparência e disposto a conversar sobre sua família e suas filhas. Como a profissional dava atenção a ele, o homem gostava de se apresentar bem. Na reunião isso foi motivo de gracejo, dando a entender que ele estava interessado nela, mas concluiu-se que não era o caso e que se tratava de um bom vínculo terapêutico.

A boa relação entre usuários e um enfermeiro que atuou na equipe talvez tenha sido a razão do sucesso do grupo de diversidade promovido na unidade até o final de 2010. Aconteceram quatro ou cinco encontros quinzenais com gays, lésbicas e travestis da

²⁰ Aqui a expressão “dar trabalho” é um eufemismo para se referir às adolescentes mais sexualmente ativas.

comunidade. A criação do grupo foi uma iniciativa para aproximar esse público da unidade, pois eles tinham receio de falar com os profissionais. Por ser homossexual assumido, o enfermeiro ganhou a confiança dos participantes e, com isso, as reuniões foram exitosas. Ele saiu da equipe para outro emprego e o médico que contribuía na organização tentou dar seguimento, mas as reuniões cessaram. Entretanto, a maior parte dos participantes continuou a frequentar consultas médicas.

Duas semanas após iniciar o trabalho de campo, conheci esse médico. Assim que lhe apresentei o tema de minha pesquisa, ele falou da atividade e informou que ela acabou porque as pessoas pararam de ir. Indagado acerca do motivo, ele respondeu que os grupos não costumam durar muito. No mesmo dia houve a reunião da sua equipe, e ele, como voltava de férias, falou de sua nova agenda, na qual retomaria o “grupo da adversidade”.

Dias depois, no mural da recepção havia um panfleto com a divulgação da atividade, no qual se lia “o grupo de diversidade é um grupo aberto às minorias e às majorias, aos excluídos, aos que querem ouvir e serem ouvidos”. O logotipo consistia de um sol com raios geométricos entremeados por símbolos religiosos hinduísta, cristão, taoísta, islâmico, sique, judaico e um coração que pode ser parte de um signo umbandista. Segundo a gerente, o grupo tinha o objetivo de acolher pessoas da comunidade que sofrem alguma forma de discriminação, seja ela racial/étnica, sexual, religiosa, estética etc.

O médico agendou o grupo por três vezes e ninguém compareceu, disse que foi feita divulgação pelas agentes comunitárias e, como não houve participante, a atividade deixou de constar da programação. Apesar de o material de divulgação ser o mesmo do ano anterior, houve um giro conceitual no planejamento do grupo. Se antes era uma roda de conversa voltada para um público específico, convocado pela orientação homo ou bissexual e/ou pela identidade de gênero transexual ou travesti, na atual proposta a valorização dessa diferença foi substituída pelo discurso do sofrimento, da vitimização por discriminações com origens e efeitos bem diversos. Ou seja, o foco na identidade sexual deixou de ser o elemento-chave da ação.

Sobre o trabalho com sexualidade, a técnica de enfermagem afirmou que os usuários reconhecem quando o profissional tem abertura para falar de temas ligados à sexualidade, gênero e orientação sexual. Contou-me que ela não pode fazer certos procedimentos, como cauterizar verrugas em casos de DST, por exemplo, mas tem uma visão mais aberta para discutir sexualidade com os usuários, e isso ajuda com que eles se abram e assim possam contar fatos que geralmente ocultam. Um dos motivos apontados pela técnica é que “as pessoas têm muita vergonha de falar nesses assuntos”, e para acessar esses conteúdos é

preciso ficar perguntando até o usuário falar. Essa profissional foi a única da unidade que participou da atividade de prevenção de DST/Aids promovida pela Secretaria de Saúde na Parada LGBT²¹ do município.

Ao conjecturar sobre a homossexualidade, ela contou ter aprendido na igreja evangélica que frequenta que “a opção sexual é assunto que não se mete, porque foi deus que quis assim”. No grupo de caminhada bissemanal, do qual é uma das responsáveis, quase não surgem assuntos relativos à sexualidade, mas relatou que certo dia, durante o café da manhã, perguntou para a participante de 60 anos como elas faziam para se prevenir com sua mulher com quem vive há vinte anos. A usuária ficou meio sem graça e a técnica argumentou que todo mundo sabia que elas moravam juntas e que gostaria de saber isso. “Não como elas faziam sexo, mas como se preveniam”. O assunto durou pouco tempo pois o grupo mudou de tópico. A mulher lhe disse que gostou de falar abertamente e queria que fosse mais abordado naquele coletivo, porém não ocorreu novamente.

Às vezes o assunto surgia na consulta, como quando uma usuária lhe falou que sua companheira estava com ciúme por ela ter se interessado por uma colega de trabalho. A técnica de enfermagem conversou sobre o relacionamento, perguntou como estavam e sugeriu a ela que tivesse mais cuidado com sua namorada. A mulher então disse que gosta de confiar esses assuntos a ela, pois compreende e não discrimina.

A questão da confiança no profissional também apareceu na conversa com uma ACS. Ela me disse que em visitas domiciliares os usuários perguntam sobre diagnóstico, mostram marcas, caroços e até baixam a calça pra mostrar os sinais a ela. Ela argumenta que não adianta ver, que essa é atribuição do médico ou da enfermeira, mas as pessoas confiam nela e mostram assim mesmo.

Perguntei a ela se isso ocorre quando é suspeita de doença sexualmente transmissível. Ela disse que sim, falou de um moço que queria mais informações sobre Aids, pois tinha saído com uma mulher que todos sabem ser soropositiva. Ela o orientou, marcou consulta na unidade. Depois a agente visitou a mulher para orientar o uso de preservativo, a qual afirmou que se os parceiros não pedirem, ela não usa mesmo.

Houve casos em que a mulher descobriu alguma DST e o parceiro precisaria fazer tratamento. Em uma situação assim, a usuária pediu sua ajuda para falar com o marido, que, por não apresentar sintoma, julgava traição. A agente foi até o homem e explicou a situação, esclarecendo que os dois precisariam se tratar simultaneamente. Ela comentou sentir-se

²¹ A 16ª Parada do Orgulho LGBT (sigla para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais) foi organizada em 09/10/2011 por um grupo militante e teve como tema a criminalização da homofobia.

despreparada, pois o que sabe não aprendeu na unidade, e às vezes teme passar alguma informação errada. Afirmou que na unidade somente se fala ou orienta sobre esses assuntos quando o agente tem alguma dúvida e pergunta para a enfermeira ou para o médico.

Outra ACS relatou que, por conta do grupo de promoção de saúde de adolescentes, foi demandada pela gerente a abordar o tema de prevenção e sintomas da sífilis na semana de combate ao agravo. Ela disse que em nenhum momento recebeu na unidade uma capacitação sobre o tema e a gerente supôs que ela sabia. De fato, ela conhecia algo sobre o assunto porque havia participado de uma atualização sobre DST, e para a incumbência fez uma pesquisa na internet a fim de saber mais sobre a infecção.

Ela ponderou que nem todos têm a mesma facilidade para acessar conteúdos da internet, tampouco a oportunidade de participar de cursos para aprimorar o conhecimento e valorizar o currículo. Outra agente comunitária que participava da conversa reclamou que era necessária a organização de uma reunião sobre o assunto na unidade, já que a g estão demandava a introdução do tema nas ações da semana.

A dificuldade com temas relativos à sexualidade no cotidiano do serviço emergiu outras vezes. Uma residente relatou que não sabem exatamente como abordar tais questões, pois em sua formação o tema é pouco explorado. No roteiro do diagnóstico situacional que realizavam um dos itens era “características da vida sexual”. Ela argumentou que é tão amplo que seria possível elaborar um questionário exclusivo sobre o tópico, mas não dá para falar somente disso com os usuários do serviço. Por isso não sabia exatamente o que falar aos usuários e que se limitava a perguntar se estava tudo bem com sua vida sexual. As outras residentes que participavam da conversa concordaram com as palavras da colega.

O dentista da unidade, ao comentar sobre as dificuldades encontradas pela equipe, citou que faltavam atividades de promoção de saúde e usou o exemplo dos casos de gravidez na adolescência; “a gente só vê as meninas ficando grávidas, mas ninguém faz nada. Se eu fosse a enfermeira eu procurava a escola”.

Uma chave analítica de parte das dificuldades na abordagem da sexualidade pode estar relacionada à priorização dos aspectos biomédicos da saúde pela gestão do serviço. Uma residente observou que na unidade de saúde apesar de ser recorrente uma noção integral do cuidado, ainda vigoram algumas ordens e parâmetros calcados no biológico, que acabam por limitar (e até descaracterizar) a atenção específica da Estratégia de Saúde da Família.

Em outro momento, a médica também abordou esse tema: “A gente acaba reproduzindo a preocupação da gestão em cuidar do bio, e também acaba reproduzindo padrões antigos da sociedade”, e conclui “a gente não é só vítima, é vilão também”.

De fato, vários profissionais das equipes teceram críticas ao modelo de gestão da Saúde da Família no município, e às vezes elogios. Porém, de modo geral, a avaliação por produção é colocada em suspeição, pois os profissionais não veem como transformar em indicadores as sutilezas da atenção proporcionada pela Saúde da Família, tais como a mediação da agente comunitária junto ao casal que precisava tratar de uma DST, ou as manobras para comunicar ao jovem usuário o resultado positivo de seu exame de HIV, ou o cuidado com a vaidade da mulher no puerpério, dentre outros exemplos.

As estratégias para manutenção de um cuidado mais humanizado²² passam pelo compromisso das equipes com um modelo de atenção que, no caso, está bastante vinculado às diretrizes comunitárias subjacentes às diretrizes da Estratégia de Saúde da Família e do SUS. Desse modo, as urgências e determinações da gestão central são analisadas pelas equipes antes da efetivação das ações propostas. Tal como é o caso da resolução de que as usuárias somente podem ter acesso a métodos contraceptivos depois de passarem por um grupo de planejamento familiar, fortemente criticada pelos profissionais da unidade.

As diretrizes da gestão do sistema de saúde, nessa perspectiva, dependem de outros fatores que integram a complexidade de um serviço de saúde. Por mais que definam a perspectiva do cuidado e o ponto de localização na rede de atenção, elas estão sujeitas às negociações e aos jogos de poder empreendidos no território; ao *habitus* local.

Durante o tempo em que permaneci na unidade, pude verificar que, além de questões de ordem técnica, estratégica ou de competência dos trabalhadores, as relações interpessoais interferem de forma significativa no desenvolvimento das atividades dessa clínica da família.

No processo de implantação da unidade de saúde, o pertencimento à comunidade ou o envolvimento com ela foram importantes na coesão das equipes. Assim, uma relação pessoal de proximidade entre os trabalhadores é notada nas divisões de tarefas, escalas de trabalho e até mesmo na permanência nos espaços do prédio.

Em uma das equipes, a médica era a única profissional que não morava na comunidade. Estava há seis meses na unidade e relatou-me que em reunião da equipe para discutir o seu desentendimento com uma ACS, todos se uniram em favor desta por conta do pertencimento à comunidade.

Em outra reunião da mesma equipe, a médica falava sobre o novo protocolo do exame citopatológico do colo uterino em mulheres, que a partir de uma recente resolução somente

²² Ou seja, o cuidado que tenha em pauta valores como a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade, a solidariedade no estabelecimento de vínculos, o reconhecimento dos direitos dos indivíduos e a gestão participativa.

poderá ser realizado em maiores de 25 anos. Quando ela começou explicar o assunto, uma das agentes comunitárias disse que a médica antecessora já tinha explicado isso, e então ela parou de falar. Porém, em seguida continuou após ser demandada por uma pessoa que não era da equipe. Por meio da reação dessa agente e de alguns profissionais presentes via-se que o assunto era novidade, e que a recusa inicial da agente tinha mais a ver com a tentativa de desautorização da médica que com a proximidade ao tema discutido.

Os residentes em Saúde da Família também não moram na comunidade, mas desde que chegaram construíram boa vinculação com os profissionais das três equipes, embora estejam formalmente vinculados ao médico da equipe 1, que é o seu preceptor. Em três meses de trabalho na unidade, conseguiram ter responsabilidades como participar da organização dos grupos de gestantes e de adolescentes, além de participar da discussão de casos, reuniões e das diversas atividades da CF.

Além do fato de estarem vinculados a uma instituição de ensino respeitada, eles se relacionavam com todos os profissionais de maneira atenciosa, até carinhosa, demonstrando interesse pelo seu trabalho e pela comunidade. Eles permaneciam na unidade a maior parte da semana, e sempre eram chamados para conversas formais e informais, inclusive para opinar sobre situações pontuais e planejamento de atividades, bem como para a realização de interconsultas. Desse modo, eles procuravam manter um regime colaborativo com os membros das equipes.

O dentista trouxe para a residente envolvida com o grupo de gestantes vários DVDs de filmes educativos relativos à saúde, dentre os quais alguns relativos a identidade e relações de gênero, gravidez na adolescência e orientação sexual do desejo. Em conversa rápida, ele mostrou o material, comentou seu conteúdo e deu sugestões para os temas do grupo. Ela perguntou por que não tinha visto esses discos antes e ele lhe respondeu que os trouxe a seu pedido.

Colaborações como essas eram comuns entre profissionais que guardavam alguma afinidade, como a médica que trouxe a revista para a agente envolvida com o grupo de adolescentes, ou a enfermeira que trouxe o material para a mesma agente, ou o médico que emprestava a caixinha de som do computador para a sonorização do grupo.

O oposto também sucedia, como a agente que se recusou a trocar a escala de atendimento porque iria ajudar a colega com quem não se dava bem, ou a técnica de enfermagem e a nova gerente que se recusavam a ceder em negociação de horário de uma ação, ou a agente que não quis participar de uma atividade porque era organizada pelo dentista.

As trocas afetivas, desse modo, mostram-se importantes para o encaminhamento das atividades na Unidade de Saúde. Em algumas ocasiões houve conversas sobre como o bom tempo em que os profissionais eram mais unidos e até faziam almoço juntos na unidade.

As três agentes responsáveis pelo grupo de adolescentes se tornaram amigas a partir do trabalho na CF. Falavam sobre experiências familiares e questões pessoais em alguns momentos do cotidiano do trabalho e, da mesma maneira, discutiam os problemas de sua equipe, as estratégias para atender demandas de usuários e, no grupo que promoviam, a divisão de tarefas e as vicissitudes da organização da atividade.

Entre o médico e a enfermeira há uma interação parecida. Ora se via uma relação de simpatia e trocas pessoais, e ora um forte compromisso com o trabalho e a realização das tarefas.

Nas reuniões gerais os membros das três equipes costumavam ficar agrupados, mas os médicos e enfermeiras ficavam mais próximos da gerente. Já nas reuniões de equipe, os agentes comunitários sempre se sentavam juntos, e quando um começava a falar, os outros se encorajavam a tomar parte na discussão.

Esses são exemplos de algumas associações entre os profissionais, porém, de modo geral, observa-se que aqueles mais próximos, que trocam informações pessoais, conseguem trabalhar juntos e discutir as complexidades das tarefas propostas. Essa cumplicidade também era importante nos diálogos cujos conteúdos de alguma maneira versavam sobre sexualidade ou gênero.

Em todos os espaços da unidade, em algum momento, temas relativos a sexualidade e gênero eram abordados. Seja por meio de situações formais, como reuniões, discussões de caso, visitas domiciliares e grupos, ou em situações mais informais, como em conversas sobre a própria vida pessoal, algum tema exibido no televisor da recepção ou no comentário sobre a vida alheia.

Formal e informalmente, os assuntos mais comentados foram a gestação, a vida em casal e a família. A violência doméstica também teve destaque. Nos espaços da unidade o tom da fala sobre qualquer assunto era mediano, audível com clareza. O padrão se repetia quando o assunto versava sobre uma mulher adulta grávida, ou um recém-nascido, ou um casal que se uniu, por exemplo. O tom de voz era alto quando um pai trazia a criança para vacinação, ou o jovem casal trouxe a filha recém-nascida para os exames. Falava-se baixo, mesmo em conversas a portas fechadas, sobre situações como aborto, violência doméstica, casais homoafetivos. Na sala de espera e na recepção, usuários que chegavam com demandas relativas a contracepção e ginecologia falavam bem baixo com o agente ou enfermeira, de

modo que o assunto ficasse em sigilo.

Além do que se fala, também é importante observar como a presença de crianças e de grávidas era estimulada na unidade. Bebês e crianças pequenas eram sempre acarinhadas pelos membros das equipes. As crianças faziam o que queriam quando estão na unidade; brincavam no chão, corriam, pulavam, falavam alto; somente uma vez vi uma criança ser repreendida, foi no momento em que estava brincando perto da escada, a ponto de cair. Casais com crianças eram sempre abordados com cordialidade e sorrisos. Mulheres grávidas eram sempre bem acomodadas. Algumas vezes algum profissional repetia que crianças deixavam o ambiente mais alegre. Nunca presenciei um usuário ser mal tratado, mas as situações que envolviam crianças eram recebidas com mais disposição pelos profissionais de saúde.

De modo geral, os frequentadores da unidade se comportavam de acordo com o padrão tradicional de gênero, ou seja, homens usavam roupas sóbrias, tinha tom de voz mais grave, usavam cabelos curtos, e as mulheres usavam roupas mais curtas (com exceção das profissionais de saúde), falavam de modo mais agudo e tinham gestos mais expressivos. As equipes contavam com mais mulheres e o serviço era mais procurado por usuárias do sexo feminino. Na ficha de gerenciamento do acolhimento elaborado pela administração, a média de mulheres que procuraram a unidade era de 60%²³. A diferença é pequena em relação ao acesso dos homens, no entanto, as mulheres permaneciam por mais tempo no recinto. No saguão e na sala de espera, os homens quase sempre estavam acompanhados por mulheres, quando vinham sozinhos, partiam logo²⁴.

Nunca presenciei uma travesti ou transexual na unidade, tampouco um homem com aparência feminina. O médico contou que atende “um travesti” que vive com HIV e tuberculose, e acrescentou que sua mãe trabalha na unidade como agente comunitária, sem citar seu nome. Em nenhum outro momento essa usuária foi referida, tampouco tive conhecimento sobre quem era a profissional de saúde mencionada.

Uma usuária com aparência masculina veio até a unidade duas vezes para consultas. Em uma delas foi para o exame ginecológico. A enfermeira ficou satisfeita por conseguir atendê-la, pois se tratava de uma usuária resistente, que, por medo, evitava fazer o preventivo. Além disso, ela tinha tuberculose e vivia com HIV. Perguntei-lhe se ela era transexual, ao que

²³ A ficha de gerenciamento do acolhimento é um registro da demanda espontânea e sua resolatividade. O dado citado refere à média de acesso de usuários nos meses de agosto, setembro e outubro de 2011 (08/2011 = 245 homens e 381 homens; 09/2011 = 207 homens e 327 mulheres, 10/2011 = 225 homens e 305 mulheres).

²⁴ Em estudo multicêntrico acerca da relação homem-assistência à saúde, Couto et al (2010) discutem que a discreta presença masculina nos serviços de Atenção Primária à Saúde é maior nas consultas médicas e nos horários de turno estendido. Os autores analisam que a invisibilidade masculina deve-se à priorização da mulher como sujeito da saúde na programação do cuidado, à existência de uma cultura que restringe a falta ao trabalho e ao receio dos homens de revelarem fragilidades no seu contexto social.

respondeu: “Não, ela se entende mulher, se refere no feminino, usa cueca e me disse que gosta de mulher”. Logo depois do procedimento, a enfermeira falou com o médico da equipe sobre o êxito nesse atendimento, e ele também ficou admirado.

Outra mulher com aparência masculina²⁵ sempre vinha ao acolhimento. Ela era bem recebida, sentava e conversava sobre a família e o trabalho com a agente comunitária. Um dia essa agente me contou que a usuária é lésbica e gosta de ser tratada no masculino. Ela disse que tem dificuldade de referir-se a ela no masculino e que isso não lhe causava incômodo, pois ela é sua amiga desde a infância e entende a sua dificuldade.

A inteligibilidade acerca das relações de gênero perceptível entre os profissionais da unidade de saúde reproduz os padrões hegemônicos da cultura, como a valorização da complementaridade dos gêneros, da monogamia, da heterossexualidade, e com certa tolerância ao sexismo e ao discurso homofóbico.

Em uma reunião do grupo de planejamento familiar utilizou-se uma prótese peniana para a demonstração do uso adequado do preservativo masculino. Quando a enfermeira abriu a caixa com o material de oficina, o objeto apareceu primeiro. O usuário jovem sorriu timidamente, e o enfermeiro que observava a atividade logo brincou: “Você viu o pênis e já está rindo né?” e o rapaz olhou para ele com apreensão. A enfermeira continuou com a atividade e explicou o uso do insumo. Na mesma atividade, o usuário perguntou se a vasectomia “faz o homem brochar”, ou seja, se a cirurgia provoca dificuldades na ereção. A enfermeira disse que não e explicou o procedimento em um gráfico no computador. O enfermeiro complementou que mesmo após a intervenção cirúrgica é bom utilizar preservativos para evitar DST, e brincou “quem é brocha já é brocha, não é pra botar a culpa no negócio não”. O conteúdo dessas intervenções apelam a um modelo de masculinidade pautado nos valores de virilidade e potência, ligados a uma heteronormatividade. Esses gracejos proferidos não sofreram nenhum tipo de sanção verbal ou gestual, como se fossem apropriados à ocasião, mas, por coincidência ou não, o usuário não voltou para a segunda parte da oficina que aconteceu na semana seguinte.

Outra interação estava ligada a uma expectativa quanto ao papel feminino. Uma usuária de trinta e quatro anos chegou à recepção, perguntou por uma profissional da equipe e ficou a aguardar. A agente que a atendeu perguntou como estavam as coisas, ela disse que estava a trabalhar como atriz, a agente fez uma expressão de reprovação e perguntou de suas

²⁵ Mantive essa expressão, embora marcada por uma ancoragem no sexo biológico, para não arriscar a atribuição de uma identidade transexual. O gênero é autoatribuído e, em contraste com o que a agente disse, naquele momento a pessoa se referiu com termos e pronomes no feminino.

filhas, a mulher respondeu que estão bem com a avó. A agente começou a discursar sobre a necessidade da busca de um emprego fixo e que ela precisaria ter mais juízo. Disse que a conhece desde pequena e que já lhe deu muitos conselhos, pois ela sempre deu muito trabalho à mãe. A interlocutora estava visivelmente desconfortável com a conversa, olhava para os lados inquieta, havia somente ela e os ACS do acolhimento na sala. Respondeu incisiva: “tem gente que confunde ator com louco” e complementou que antes era dançarina e que é atriz há 16 anos, que estuda e se dedica ao trabalho. Por fim, perguntou se a profissional que aguardava demoraria e foi esperar na outra sala.

Esse diálogo é um exemplo mais incisivo da manifestação de um ideal de feminilidade e de maternidade, ligado ao cuidado e ao recato. Entretanto, esse modelo de feminilidade é referido de modo sutil e recorrente na unidade de saúde. A ideia romantizada de maternidade é reproduzida nas interações entre os profissionais de saúde.

Quando uma agente comunitária revelou estar grávida, foi parabenizada por todos e começou a receber dos colegas um tratamento mais cuidadoso. Quando se falava das usuárias grávidas, geralmente eram referidas de maneira positiva, com algumas exceções.

“Estar grávida é a coisa mais maravilhosa que pode acontecer com uma mulher” foi uma das primeiras frases proferidas em uma reunião no grupo de gestantes por uma das organizadoras, seguida por uma sequência de declarações de outras profissionais exaltando a condição de gestante e da maternidade.

No grupo de mães realizado na creche também houve afirmações positivas sobre a gestação, mas por outro lado, as usuárias apontaram as dificuldades da maternidade, a autoestima durante a gravidez, a falta de cuidado dos homens com os filhos, a negação da gravidez e a possibilidade da realização de aborto.

A ideia de que é preciso ser mãe para entender do assunto é recorrente entre algumas profissionais, sobretudo as agentes comunitárias. Em uma roda de conversa sobre desenvolvimento infantil, várias histórias pessoais sobre a experiência de ser mãe foram contadas, assim como aconteceu em outras ocasiões. Já no planejamento do grupo de mães, a médica considerou que, por não ter nenhum filho, uma moça mais nova e com cinco crianças pode achar ruim que ela fale sobre o que é ser mãe. Na execução da atividade a médica acabou por se concentrar na discussão sobre os métodos contraceptivos.

Há uma preocupação dos profissionais de saúde com o número de filhos que uma mulher pode ter; aquelas com muitas crianças sempre foram citadas como exemplos negativos, principalmente se forem jovens. A gravidez na adolescência também era vista como um problema, embora na comunidade houvesse muitas que tiveram filhos nessa faixa

etária e contaram com o apoio da família.

Na época do domínio do crime organizado, eram mais comuns as adolescentes grávidas. Como alguns homens exerciam poder na comunidade, as mulheres que se associavam a eles tinham proteção. A técnica de enfermagem relatou que houve quatro moças que engravidaram simultaneamente de um mesmo homem, um líder do narcotráfico. “Elas achavam bonito engravidar desses chefões, dava status”.

Atualmente as mulheres querem ter dois filhos no máximo pois a mentalidade está mudando. Segundo a técnica de enfermagem, só têm mais filhos as “meninas sem cabeça” e aquelas que não tinham muita informação.

A comunidade podia ser dividida em duas partes. Embaixo, mais perto “do asfalto”, as casas eram melhores, os moradores tinham mais acesso a empregos fixos e circulavam mais pelos outros bairros da cidade. Na parte de cima, menos oportunidades. Na unidade de saúde a porção superior do morro era vista como a área que exigia mais da equipe. Os usuários que “dão mais trabalho” estavam ali; havia mais famílias em situação de pobreza, as pessoas eram menos escolarizadas e havia mais casos de tuberculose por conta das moradias precárias.

A quantidade de filhos por mulher também se enquadrava nessa demarcação: quanto maior a altitude da morada, mais filhos. As mulheres citadas com dez, oito ou cinco filhos estavam mais perto do topo. A psicóloga da creche que atende a porção superior afirmou que lá era comum ver mulheres novas com mais de duas crianças.

Não eram apenas a quantidade de filhos e a idade da gestação os critérios para a definição de uma maternidade bem conduzida. Também eram valorizadas a responsabilização e a dedicação à prole, o desenvolvimento do vínculo afetivo, a construção de uma dinâmica familiar e a manutenção da conjugalidade.

Apesar do reconhecimento das diversas composições familiares como legítimas pelo serviço, em alguns momentos era possível depreender uma moralidade em torno das relações afetivo-sexuais pautada em um modelo de família onde as mulheres seriam o eixo do lar.

Na reunião de equipe, a agente de saúde relatava a dinâmica de uma família e afirmou que a usuária “não é santinha”, pois quando saiu de casa e deixou o marido, ela já tinha outro homem. Essa história causou uma pequena comoção na equipe e a discussão durante algum tempo fixou-se na identificação do vilão da história; se era o marido alcoólatra ou a esposa que abandonou a casa. A profissional do serviço de saúde mental que estudava o caso com a equipe entrevistou para dar outro rumo à discussão, alegando que esse tipo de julgamento não ajudava no encaminhamento da situação.

Outra equipe discutiu o caso de uma jovem lésbica em surto que precisava ser

encaminhada a um serviço de atenção psicossocial. No levantamento dos dados familiares para a identificação de possíveis cuidadores, a família foi classificada como desestruturada. A orientação sexual da jovem não foi atacada, mas o fato de sua mãe ter parido dez filhos de homens diferentes e ter cuidado apenas de um foi motivo para manifestações de desaprovação e piada. Na elaboração de um familiograma, constatou-se que as irmãs da paciente também tinham filhos de homens diferentes e esse foi o mote para dois comentários sobre a hereditariedade do comportamento sexual das mulheres daquela família. Apesar dessa compreensão naturalizada, o caso foi encaminhado em rede. As tarefas foram divididas na equipe, localizaram-se os profissionais vinculados aos membros daquela família e definiu-se uma estratégia para contatar as instituições que seriam envolvidas no caso.

Na organização do grupo de mães na creche, foi discutida a inclusão dos homens devido o interesse de um pai em participar da atividade. A psicóloga manifestou a preocupação em encontrar um meio de fazer com que esse homem se sentisse integrado à discussão, e declarou que não queria reiterar o discurso que “maternidade não é só coisa de mãe”. Ela sugeriu “alguma coisa tipo família, para não ficar focado na mulher”. Várias sugestões e opiniões foram dadas. O estagiário de fisioterapia sugeriu que se discutisse o custo financeiro de ter filhos.

Na ocasião uma agente comunitária contou que sua filha e o outras duas moças ao mesmo tempo tinham engravidado de um rapaz da comunidade. A psicóloga comentou que isso era a vontade de deixar a marca da virilidade nas mulheres. O estagiário reiterou que “o cara tem que ser macho para bancar a criação desses filhos”.

A imagem do homem provedor se apresentou mais duas vezes. Um usuário no grupo de gestantes relatou que a mulher o enganou dizendo que tomava pílula anticoncepcional. Ele não queria mais um filho porque ganhava pouco e manter mais um seria difícil. No grupo da creche, uma usuária disse que para os homens é mais fácil ter filhos, ele pensa que é só mais um para sustentar.

Coincidentemente, estava em voga um funk cantado por um homem que repetia no refrão “vou deixar de barriga, vou deixar de barriga”. Por três vezes essa música foi referida com desaprovação. A médica a interpretou pelo viés da banalização do sexo. Agentes comunitárias, em momentos diferentes, argumentaram que se trata da falta de responsabilidade masculina com a paternidade.

A necessidade de inclusão dos homens foi apontada na reunião de capacitação sobre desenvolvimento infantil, nos grupos de planejamento familiar e de gestantes. No cotidiano do serviço, homens que cuidam dos filhos e acompanham suas mulheres são valorizados nos

comentários entre as profissionais.

Certa feita, a enfermeira interrompeu o que fazia para falar com um homem que levava um carrinho de bebê no saguão, ela o elogiou efusivamente, disse-lhe que era um exemplo pois desde o nascimento ele acompanhava e cuidava de sua criança, trazia para tomar vacina, e que todos os pais deveriam ser assim. Ele ficou sorridente. Ela voltou para seu afazer e comentou que fazia questão de falar assim com ele porque são poucos os homens que ajudam a mulher como ele.

A saúde dos homens também era alvo de investimento. A auxiliar de enfermagem e alguns residentes organizavam o primeiro encontro do grupo de homens. Admitindo que eles não gostavam de ir até a clínica, a profissional fez um acordo com o proprietário de um bar da comunidade e a ação seria promovida ali. Ela tomou essa iniciativa pois sempre que passava pelo local era abordada por algum frequentador a lhe perguntar algo relacionado ao cuidado com a saúde. A dinâmica de grupo em planejamento se pautava na temática do futebol e o panfleto de divulgação dizia: “No jogo da vida você é o titular. Venha fazer parte desse time e não deixe o adversário avançar!”.

Essa preocupação foi institucionalizada em nível nacional por meio da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, instituída pelo Ministério da Saúde em 2009. Um dos poucos cartazes expostos na unidade de saúde era desse programa, no qual se lia: “Homem que se cuida não perde o melhor da vida”.

Quanto ao material informativo na unidade, também havia um cartaz relacionado ao uso do preservativo. Também elaborado em nível ministerial, trazia a mensagem: “Camisinha, quem ama usa. Não leve a Aids para casa”. Era ilustrado com a fotografia de duas mãos na situação de troca de alianças do casamento, mas no lugar do anel, a mão masculina colocava um preservativo no dedo da mulher.

Para o dia internacional do idoso comemorado em outubro, a Secretaria Municipal de Saúde elaborou um *banner* com dicas de saúde para essa população. Um exemplar ficou exposto na sala de espera por mais de um mês. Era grande e trazia mensagens sobre exercícios físicos, alimentação saudável, direitos dos idosos, sociabilidade, uso de medicamentos etc. O último tópico era: “Sexualidade não tem idade. Sexo seguro é um ato de amor a si e ao outro. Use preservativo / camisinha”. Trazia três fotos, todas com homens e mulheres brancos. Na primeira, dois senhores faziam exercício em uma academia. Na intermediária, uma senhora com capacete de ciclista olhava para a câmera com um olhar terno. A última trazia um casal a andar na praia de mãos dadas, os dois sorriam, ela voltada para ele, que, direcionado para frente, olhava para baixo.

Na entrada no prédio havia um cartaz em destaque. Provavelmente foi afixado pela equipe do serviço de assistência social. Com as bordas amarelas, tinha ao centro a mescla das figuras de uma mulher triste e de um bebê de colo. A imagem em tons de cinza causava repulsão, e, na parte inferior, com letras grandes, estava escrito: “Eu não nasci prostituta”.

Com esse conjunto gráfico, a informação aos presentes é que ali homens são bem-vindos, o casamento é uma instituição a ser protegida, a vida em casal é desejada até a velhice e a prática da prostituição é algo que vitimiza mulheres e crianças.

Entretanto, havia um informativo duplicado nos murais da unidade de saúde. Era o cartaz do programa Rio Sem Preconceito, no qual se lia: “Aviso. É expressamente proibida a prática de discriminação (constrangimentos e/ou atendimento diferenciado), motivado pela orientação sexual ou identidade de gênero, conforme Lei Municipal nº 2475/1996”.

Ao mesmo tempo em que a discriminação era interdita, os valores de um modelo de família eram destacados.

Sobre o que entende por família uma agente comunitária expressou: “São pessoas que brigam, que se entendem. São pessoas que mesmo discordando sobre um tema, se apoiam num momento de sofrimento, na morte”. Ela acrescentou que, para o serviço de saúde, família é “é uma conquista diária”. Não é somente pegar o documento, cadastrar, ter a simpatia dos usuários. O profissional de saúde “tem que dialogar todo dia se for homem e mulher, homem com homem, mulher com mulher. Se mora sob o mesmo teto e se diz uma família, é uma família. Até aquelas pessoas que tem animais, tem cachorro, gatos e que consideram família”.

Por mais que em alguns momentos os profissionais de saúde tenham recorrido ao modelo nuclear de família, as práticas sociais nem sempre correspondem a esse ideal. Apesar de não haver uma definição de família das diretrizes da estratégia, nas orientações para o cadastramento no serviço os usuários são agrupadas em unidades residenciais, sendo tomadas como famílias as pessoas que moram sob o mesmo teto. Assim, para a organização da atenção, os vínculos de convivência são tão importantes quanto as relações de parentesco.

Entre a organização do serviço e o que é valorizado moralmente há certa ambiguidade. Desse modo, há assuntos que não são ditos, ou outros expressos em situações muito particulares. A referência à religião, por exemplo, só foi feita diretamente uma vez. No entanto, boa parte dos profissionais frequenta templos evangélicos e usam marcadores discursivos como “fica com deus”, “se deus permitir”, “oh, glória!”.

Outro fator pode ser importante nesse sentido. A unidade de saúde é investida pelo poder público como um modelo para as outras, assim como a comunidade adscrita é alvo de muito interesse público. Uma noção do que é politicamente correto parece circular nas

práticas dos profissionais a ponto de determinados assuntos serem silenciados no coletivo. Mesmo assim, ocasionalmente emergiam atitudes notadamente discriminatórias.

Em momentos diferentes ocorreram manifestações homofóbicas. Uma aconteceu quando, em uma conversa na sala dos agentes, discutia-se informalmente sobre um *site* de comunicação instantânea por câmera de vídeo, e a agente que descrevia a página da *internet* contou que era possível encontro virtual entre homens e mulheres, homens e homens e mulheres e mulheres. Outra agente irrompeu com um brado “Eu não aceito o homossexualismo, acho que isso é sem-vergonhice. Não aceito!”. As pessoas olharam para ela, não deram atenção ao seu comentário e continuaram a falar sobre o assunto. Não ficou evidente se concordavam ou não com ela, talvez minha presença tenha inibido reações de apoio, pois era minha terceira semana na unidade.

Um segundo comentário homofóbico foi feito dias depois pela mesma agente que descrevia a página de internet. Sobre o uso do computador na unidade reclamou: “esse viadinho fica no *facebook* na hora do trabalho”, referindo-se a um colega supostamente homossexual. Na locução, o termo jocoso foi pronunciado com bastante veemência.

A terceira situação também deixou pistas de certa tolerância a esse tipo de discriminação. Um agente comunitário era bastante sedutor com algumas mulheres que trabalhavam ali. Sempre as abraçava, elogiava, fazia brincadeiras em tom de paquera. Ele sempre referia seu interesse por mulheres e elogiava aquelas que considerava belas. Certa vez, ele entrou na sala dos ACS e cumprimentou uma agente mais velha com esses folguedos, sentou no seu colo e a abraçou a simular volúpia. Ela, de postura um tanto austera no cotidiano, afastou-o com os braços e disse: “é duro esses viados querendo mostrar que são homens”. Havia outras pessoas na sala, e riram da situação.

Já houve situação mais grave de discriminação por orientação sexual na unidade. Segundo uma profissional da equipe, um enfermeiro – o mesmo que articulou o grupo da diversidade – sofreu bastante quando começou a trabalhar ali, seis meses depois da inauguração. Os médicos o discriminavam e tratavam-no mal pelo fato de ele ser assumidamente homossexual. Certa vez, um deles deixou um *email* aberto no computador, nessa correspondência com o colega, eles trocavam impressões sobre o enfermeiro, dizendo que com o seu comportamento ele somente servia para palhaço, e não para um profissional de saúde. Apesar de ter sido comentada, a situação não foi discutida formalmente e não denunciada. Poucos meses depois, o enfermeiro deixou o trabalho por ter sido convidado para trabalhar em uma instância da gestão municipal de saúde.

Um tema que evoca posicionamentos negativos por parte dos profissionais é o aborto.

Em outro sentido, nas duas situações em que usuárias abordaram o tema, referiram-se abertamente à interrupção da gravidez como uma possibilidade a qual recorreriam. Nos arredores da comunidade há locais que realizam o procedimento, conforme foi expresso por uma agente na discussão da expansão do território. Sobre sua nova área de atuação, comentou baixo com a colega: “eu vou ficar com as clínicas de aborto”.

Na roda sobre desenvolvimento infantil, a auxiliar de enfermagem relatou que conversou por muito tempo com uma usuária na tentativa de dissuadi-la da ideia do aborto, recorrendo ao argumento de que se trata de uma prática feia, e que ela pode até morrer. Na mesma reunião, uma ACS também contou que falou com outra usuária no mesmo sentido, mas enfocou fortemente o risco de morte.

Com os mesmos argumentos, as agentes queriam introduzir o tema no grupo de adolescentes, mas o residente que participava do planejamento da atividade apontou que o assunto precisa ser tratado com mais cuidado por se tratar de uma questão de saúde pública. A conversa acabou por ser mais analítica e deixou de se pautar em termos de ser contra ou a favor da prática.

Com uma das agentes que participava dessa discussão fui à casa de uma mulher de 22 anos que há uma semana tinha dado à luz uma menina, cujo nome ainda não tinha sido escolhido. Ela estava com expressão abatida e revelou que não queria amamentar a criança no peito. Reclamou que os seios estavam “empedrados”. A agente argumentou que isso provavelmente acontecia porque ela não estava dando o peito à menina, e a mulher respondeu que não estava com paciência e lhe dava mamadeira.

Ao pedido da agente, ela foi buscar a filha no outro cômodo e não manifestou nenhum gesto de carinho pela criança. Reclamou do companheiro, disse que nos cinco dias em que ficou no hospital ele não cuidou da casa e quando voltou estava um “rendez-vous”. A agente orientou sobre a necessidade de repouso por conta da cesariana, e da porta da casa articulou com a vizinha o empréstimo da lavadora, visto que a usuária queria ir para o tanque cuidar das roupas sujas. A profissional também orientou a fazer a ordenha manual e a alimentar a criança com o leite materno, mesmo se não fosse diretamente nos seios. Ela disse que no mesmo dia voltaria com a enfermeira para continuar a visita.

Quando saímos da casa a agente demonstrou muita preocupação com aquela situação. Antes da menina, a mulher teve dois filhos e não queria o segundo, inclusive iria doá-lo para estrangeiros e desistiu no momento da entrega. O companheiro é usuário de drogas, fica o dia todo deitado e eles só têm a casa devido à doação da mãe dele.

Quando, por acaso, descobriu a última gravidez, achava que era dor no rim. A médica

suspeitou de gravidez e a agente levou um teste rápido feito imediatamente. Diante do resultado positivo, a mulher se desesperou e confiou à agente toda a dificuldade enfrentada com o marido, e também revelou que já tinha tirado um bebê em casa e queria fazer o mesmo naquele momento. A agente convocou a enfermeira e, juntas, convenceram a mulher de que o aborto não seria boa solução. Fizeram o pré-natal em casa e torceram para ser menina, porque ela argumentava que não queria o segundo filho por ser menino. Depois de me contar toda a história, a agente concluiu que nessa visita percebeu que a questão não é o sexo do bebê, e essa criança poderia sofrer muito.

Eu lhe perguntei o que pensava sobre aborto. Ela respondeu que muitas mulheres da comunidade recorriam à prática, mas a equipe de saúde não pode fazer nada, e que a orientação é tentar dissuadir as usuárias por causa dos riscos de saúde. Para isso mencionam a alegria de ter uma criança em casa, mas reconhece que isso nem sempre é verdade, pois filhos também trazem preocupações. Os profissionais apelam até para algo que ela julga mentiroso, que é “onde come um, comem dois”.

Em seguida, a agente contou a história da usuária que não foi fazer o preventivo porque estava grávida e disse que resolveria isso. Somente depois iria à unidade para o exame. Como o tempo avançava, a agente lhe perguntou se resolveu dar seguimento à gestação. Diante de uma negativa, ela orientou a usuária que não seria possível se o bebê crescesse muito, e teria que resolver logo se era isso o que ela queria. Depois de um tempo, a mulher relatou o procedimento realizado em um bairro distante. Vieram buscá-la de carro, levaram-na vendada até o local e a trouxeram do mesmo modo. Ela sofreu na intervenção, sentiu dor e teve muito sangramento. Por fim, recuperou-se e foi à unidade fazer o exame citopatológico.

Como não há recursos legais e, tampouco, políticas locais de saúde com que os membros das equipes possam respaldar suas práticas nos casos de gravidez não desejada, o apelo moralizante acaba por prevalecer. Além disso, o discurso difundido na rede de saúde é o do risco e os profissionais não podem consentir formalmente com as práticas locais, pois correriam o risco de ser criminalizados por negligência. Entretanto, aqueles com conhecimento e atitude crítica diante do assunto conseguem analisar tais situações sob menor efeito do pânico moral²⁶ e, assim, podem lograr na escuta das necessidades das usuárias.

Paralelamente ao aborto, a violência doméstica é tema sensível, sobretudo a voltada contra as mulheres. A médica considerou que “se na unidade de saúde as coisas são difíceis,

²⁶ O pânico moral foi definido pelo sociólogo Stanley Cohen como “uma condição, episódio, pessoa ou grupo de pessoas emerge para ser definido como uma ameaça aos valores e interesses sociais, a sua natureza é apresentada de uma maneira estilizada e estereotípica pelos *mass media*; barricadas morais são fortalecidas...” (apud Machado, 2004, p.61).

no campo da sexualidade algumas coisas são mais” e afirmou que em situações de violência doméstica não tem muito que fazer, visto que na comunidade esse tipo de agressão é comum e as mulheres não querem denunciar. Ela tem conhecimento de algumas situações mas não pode interferir.

Na discussão do caso da usuária com transtorno mental, foi relatado que quando sua mãe saiu de casa, seus irmãos ficaram com tanta raiva que conseguiram uma arma para se vingar dela, mas o pai interveio e acabaram desistindo.

Nas rodas sobre desenvolvimento infantil, alguns casos de agressão foram relatados, seguida de uma discussão sobre os limites da intervenção dos profissionais de saúde que moram na comunidade. O vínculo depende de certa convivência. Se a usuária não quer denunciar, o agente de saúde não pode obrigá-la, e, se opta por fazer a denúncia, pode sofrer consequências.

No planejamento do grupo de adolescentes o tema foi aventado com a pergunta “Um tapinha dói ou não dói?”, em meio a um debate sobre o gosto de algumas mulheres em apanhar de seus companheiros, permeado por um discurso de minimização dos impactos da violência, ou, de outro modo, de naturalização da violência de gênero.

A vitimização de crianças também foi abordada em alguns momentos. Apesar de a prática de “bater para educar” ser comum na comunidade, o espancamento de crianças não é bem tolerado, embora haja “exageros”. A agente comunitária relatou que uma mulher mostrou para ela na rua e para outras pessoas os diversos hematomas no corpo do filho. Sem pudores, levantou a camiseta do menino e contou que bateu porque ele merecia. Na ocasião, quem presenciou a cena ficou penalizado, mas não passou disso. A agente justificou que não poderia comunicar o caso às autoridades porque receava que descobrissem ser ela a denunciante.

A questão referida nos termos da violência doméstica é, segundo Debert & Gregori (2008) um deslocamento semântico da violência de gênero, reinterpretada como uma questão de defesa da família. Os relatos dos profissionais de saúde evocam situações distintas com diferentes trajetórias. Segundo eles, a comunicação de agressão física contra mulheres é encaminhada para a delegacia, e a voltada a crianças para o Conselho Tutelar. O problema com as denúncias é que a comunidade não confia nos policiais e tampouco nos conselheiros tutelares. Os primeiros por conta dos abusos na época do domínio do tráfico e os últimos pela alegação de ingerência no tratamento dos casos, com tendência militarizada.

A queixa será direcionada a essas instâncias se o serviço de saúde fizer denúncia anônima aos apoios telefônicos ou à assistência social, e o prejuízo será da família, pois o

homem pode ser preso ou a criança retirada de casa. De acordo com os relatos, não é isso o desejado, mas uma intervenção no sentido da diminuição dos episódios de agressão. Porém, não conhecem instituição com tal programa. Talvez as violências sejam agrupadas em um único termo por ocorrerem na maior parte dentro de casa e virtualmente terem o mesmo desfecho: a desagregação do núcleo familiar. E, assim, manifesta-se ambiguidade no entendimento dos vínculos.

As práticas de saúde promovidas nessa unidade estão imbuídas de uma dialética própria da vida social (Turner, 1974). A clínica está situada em uma rede de serviços organizada em torno de um sistema de referência e contra-referência, com atribuições previamente definidas pelo Estado. Os mínimos detalhes organizacionais são regulados por um sistema de hierarquias e saberes que diferencia as funções dos indivíduos, os limites institucionais, o discurso político e as regras econômicas. Ou seja, é um sistema estruturado. No entanto, esse conjunto também funciona como um sistema de estrutura rudimentar, com uma profusão de símbolos de indiferenciação, e a possibilidade de alternâncias e transições, em um regime de comunhão: uma *communitas*.

A unidade de saúde é recente, conta com três anos de funcionamento. Por mais que tenha se enquadrado em um plano municipal de expansão de clínicas da família, a sua estruturação é fruto de manifestação das pessoas que habitam o território. Elas escolheram o local da instalação da unidade e a associação de moradores indicou os profissionais que ali trabalhariam, os quais fizeram todas as tarefas para a organização do espaço físico durante os dois primeiros meses e não receberam o salário. Agentes comunitários, enfermeira, médicos, técnicos participaram do trabalho pesado. Depois cartografaram o território, conheceram todas as casas, discutiram o modelo de atenção e as estratégias do cuidado. Em um processo ritual, esse poderia ser encarado como um rito de passagem, mas é possível ampliar o escopo dessa situação liminar.

Antes de a unidade ser instalada, “a população estava desenganada”²⁷, não havia um posto de saúde de referência, pois qualquer iniciativa no campo da saúde durava poucos meses. A comunidade vivia sob o domínio do poder paralelo e, a partir da retomada do território pela intervenção policial, os moradores reivindicaram da gestão municipal outras melhorias, dentre elas a clínica. Entretanto, o trabalho inicial dos profissionais de saúde se concentrou em conseguir a confiança da população, que não acreditava na longevidade da prestação do serviço.

²⁷ Nas palavras do dentista.

Uma estrutura se firmou com o cadastramento dos usuários, o estabelecimento de uma rotina de trabalho na clínica e a aceitação das visitas domiciliares pelos moradores. Porém, no último ano, a gestão municipal determinou uma expansão do território, o que pôs em curso novos processos de pactuação entre equipes e usuários. E, assim, um novo rito de passagem se colocou em curso.

O próprio processo de trabalho da Estratégia de Saúde da Família engendra situações liminares. Ao mesmo tempo em que urge indicadores de produção, os usuários precisam ser compreendidos em sua complexidade, em suas teias relacionais, nas quais os trabalhadores da saúde passam a fazer parte. Cabe às equipes a gestão do trabalho e do território. Para manter redes colaborativas, vincular-se aos regimes simbólicos do campo e circular entre diversos laços sociais é feita continuamente a passagem entre estrutura e *communitas*; entre a formalidade e o todo; entre estados e transições.

A formação dos profissionais contribui para esse processo. A educação em serviço proporcionada pela capacitação inicial dos profissionais e pela realização de reuniões de equipe é fundamental para a manutenção do cuidado comunitário e corresponsável. O investimento individual também é um diferencial, a maioria dos agentes comunitários fez o curso de técnico de enfermagem e todos os médicos são especialistas em Saúde da Família.

Com isso, as equipes contam com profissionais que priorizam a promoção de saúde e a prevenção de agravos, com habilidade para o trabalho colaborativo em uma lógica ampliada de saúde. Como decorrência das habilidades profissionais e do fortalecimento dos vínculos, as reuniões de equipe se constituem como espaços de discussão, planejamento e avaliação das práticas, o que permite que os diferentes trabalhadores possam reconhecer suas potencialidades, estabelecer parcerias e se responsabilizar com atividades nas quais tenham afinidade.

Apesar da recorrência de temas ligados ao gênero e à sexualidade em várias situações e espaços da unidade, é na condução de ações em saúde reprodutiva e sexual que está o terreno fértil para aprofundamento dessas questões. O engajamento dos trabalhadores na discussão sobre o planejamento reprodutivo, a realização da roda de conversa de gestantes e a criação do grupo de adolescentes se constituíram espaços fundamentais para a compreensão das condições da produção dessas atividades no âmbito da Saúde da Família. No próximo capítulo será tratado o detalhamento dessas ações.

4 AS AÇÕES EM SAÚDE REPRODUTIVA E SEXUAL

Os diálogos sobre temas concernentes ao universo semântico da sexualidade ocorrem em momentos e situações diversas na área de abrangência da unidade de saúde. Os atores envolvidos nessas interações também são variados. Entretanto, algumas condicionalidades poder ser observadas quanto à ocasião, ao local e ao grau de confiança entre os interlocutores.

Há uma tendência à objetivação das conversações sobre sexo no espaço dos consultórios e dos procedimentos. Nessa área acontecem os atendimentos clínicos, as reuniões de equipe, as discussões de caso e alguns grupos de promoção de saúde. Segundo a técnica de enfermagem, “na parte dos procedimentos o assunto aparece pontualmente, não se fala muito, tem que ser mais profissional”, e complementa que há um consultório onde o médico aborda o tema e ocasionalmente mostra algum vídeo no computador.

De fato, esse ambiente é mais formalizado. Como sede das práticas clínicas, é o espaço do sigilo, das consultas a portas fechadas, da confissão. Entretanto, não se trata de espaço solene, nas horas vagas também acontecem conversas de cunho pessoal, brincadeiras e informalidades.

“Mas no acolhimento, como os agentes ficam mais lá, sempre se conversa sobre o marido de alguém, alguma situação de usuário. Quer saber de alguma coisa é ir lá”, comentou a técnica de enfermagem. A sala da recepção é um ambiente onde as normas são menos rígidas, mesmo com a ordenação da escala de trabalho nas três baias onde agentes comunitários se revezam. Nesse espaço é onde mais se observa manifestações de afeto, como abraços, é onde se ri mais. Quando há uma pausa no trabalho dos consultórios, é para lá que vão as enfermeiras e as técnicas. Como local privilegiado do acolhimento, os usuários são recebidos inicialmente ali. Uma aura de informalidade permanece nesse espaço, mas é sempre o último a fechar expediente.

O cômodo vizinho é conhecido como a sala dos agentes, que como o nome diz é onde esses profissionais organizam seu trabalho, registram seus procedimentos. Lá acontecem as pequenas refeições e se toma o cafezinho.

Por suas características, o “acolhimento” e a sala dos ACS foi onde mais presenciei conversas pessoais, e, conseqüentemente, onde a temática da sexualidade e do gênero era abordada com menos formalidades. Nessa área é onde se empreenderam as primeiras discussões sobre o grupo de adolescentes, por exemplo.

“Censura sobre o sexo? Pelo contrário, construiu-se uma aparelhagem para produzir discursos sobre o sexo, cada vez mais discursos, susceptíveis de funcionar e de serem efeito

de sua própria economia” (Foucault, 1988, p.29).

Tal como a análise do filósofo, longe de ser um tema censurado, a sexualidade está presente, como já mencionei, em todos os lugares da unidade de saúde e de seus arredores, mas localizados em um regime discursivo que distribui sua frequência e seu conteúdo conforme o potencial efeito dessa discursividade.

Uma das primeiras informações sobre os cuidados relativos à saúde sexual e reprodutiva que acessei foi por meio de um informativo afixado no mural interno que alertava às equipes que a produção da unidade não estava boa. Os itens arrolados com destaque eram a coleta do preventivo, a inserção do diu (dispositivo intra-uterino) e a consulta pré-natal.

Paralelamente, nas reuniões de equipe e nos grupos de promoção de saúde os mesmos procedimentos estavam em pauta. Assim, rodas de conversa, grupos de planejamento familiar, de gestantes e de adolescentes constituíram-se como espaços privilegiados para discussão de gênero, orientação sexual, práticas sexuais, aborto, maternidade e outros temas relativos.

A produção dos cuidados em saúde reprodutiva e sexual foram entradas importantes para a compreensão dos sentidos da sexualidade nesse território.

4.1 Saúde da mulher

Segundo dados levantados no diagnóstico situacional elaborado pelos residentes em saúde da família, era 38 a média mensal de exames citopatológicos realizados no terceiro trimestre. Em uma projeção anual com base nesse dado, a cobertura do procedimento atingiria apenas 30% das mulheres entre 25 e 59 anos adscritas à unidade. A recomendação do Ministério da Saúde é que o exame seja disponibilizado bienalmente à totalidade das mulheres com vida sexual ativa nessa faixa etária. O método é importante para a detecção precoce e o rastreamento do câncer do colo do útero, o segundo mais incidente na população feminina brasileira. (Brasil, 2010, p.69).

Como na unidade de saúde as equipes têm o hábito de programar as ações por modalidade de atenção, nas agendas das equipes existe um dia da semana para o preventivo. Os enfermeiros são os profissionais responsáveis pelo procedimento, cabendo aos médicos casos em que há sangramento, corrimento ou outras alterações.

A oferta do método é feita em consultas médicas e de enfermagem e nas visitas domiciliares. Os exames costumam ser marcados com semanas de antecedência. Em reunião de equipe a médica considerou que essa antecedência pode ser uma das razões para o grande

número de ausências, e a ainda chamou a atenção das agentes comunitárias sobre a impossibilidade da realização do exame quando a usuária estiver menstruada, orientando-as a conversar sobre isso com as mulheres antes de fixar uma data. A enfermeira informou que tem chegado várias mulheres menstruadas e isso indicava a necessidade de maior atenção ao assunto. Com o auxílio de um calendário, a médica explicou o ciclo menstrual e os melhores períodos para agendamento, e concluiu “mas para isso vocês vão precisar perguntar às pacientes”.

Outro fator considerado na organização da agenda do preventivo é o pré-requisito de abstenção do sexo vaginal. Por ter conhecimento de que nos finais de semana é maior a frequência das relações sexuais, a enfermeira deixou reservada as quartas-feiras. Na discussão consideraram “uma sacanagem” solicitar abstenção sexual às usuárias, e assim é melhor a equipe se adaptar às suas práticas.

Apesar de ser considerado importante pelas usuárias, o procedimento gera tensões e sentimentos ambíguos por ser visto muitas vezes como um procedimento íntimo e desconfortável. A relação profissional-cliente, baseada na empatia e na confiança, é um fator decisivo para a adesão. (Merighi, Hamano e Cavalcante, 2002; Paula e Madeira, 2003).

Na ocasião do atendimento da usuária lésbica, a consulta durou muito mais tempo que as outras, já que a enfermeira teve que conversar bastante e até fazer piadas para tranquilizá-la, pois ela estava com muito medo. As outras quatro pacientes examinadas por ela no mesmo dia estavam tranquilas.

Em outra situação, uma usuária jovem estava sozinha no consultório a aguardar a médica. Agitada, andava de um lado para outro da sala, olhando os objetos sobre a mesa, pegou um espelho e o observou de vários ângulos. Uma agente comunitária que passava pelo corredor a avistou, cumprimentou-a como uma velha conhecida e perguntou o motivo da consulta. A moça respondeu que ia fazer o preventivo e mentou: “Olha o tamanho do negócio que ela quer enfiar em mim!”. A interlocutora lhe respondeu que era exagero e falou algo em voz baixa, o que teve como reação: “Eu não gosto nem de dedo, olha o tamanho disso!”. A agente, então, explicou-lhe que o procedimento é rápido, não machuca e pode incomodar um pouco, mas a médica é cuidadosa e se ela sentisse algum desconforto que expressasse na hora. Ficou com ela até a médica voltar à sala.

Há muitas usuárias que preferem fazer o exame em outra clínica. Algumas vezes é por receio de que sua intimidade seja revelada à comunidade, ou por não ter simpatia – até confiança – pelo profissional da equipe, ou por não se sentir à vontade para mostrar o corpo a pessoas com quem convive cotidianamente. Esse é o caso de duas agentes comunitárias que,

apesar de cuidarem de sua saúde ali, não ficam à vontade para o exame ginecológico por serem próximas dos médicos e das enfermeiras.

Como a confiança no profissional constitui um elemento essencial nas consultas ginecológicas, podem emergir questões relativas às práticas afetivas e sexuais das usuárias. Algumas vezes, perguntar se o preventivo está em dia é o suficiente para a abordagem de problemas e dúvidas nesse campo.

Na ocasião do exame regular, a mãe de uma adolescente manifestou muita preocupação com a iniciação sexual da filha. Incomodada com a desconfiança de que a filha não fosse mais virgem, encontrou ali a oportunidade de falar sobre o assunto. A enfermeira ouviu os anseios da mulher e na conversa ajudou-a a problematizar a questão por outros ângulos, orientando-a que, ao invés de pressionar, tivesse uma postura mais dialógica, pois uma hora ou outra a moça iniciaria a prática sexual, e isso poderia ocorrer de modo diverso ao que ela deseja à filha.

Demandas de orientação de adolescentes também aparecem. Uma senhora foi até o acolhimento agendar a consulta médica para a neta porque ela tinha perdido a virgindade e precisaria usar algum método contraceptivo. Na conversa com a agente comunitária, a mulher expressou querer de fato que a moça fosse orientada a respeito do sexo e dos cuidados. A agente então marcou o preventivo porque a enfermeira poderia dar essa atenção. Assim foi a situação do homem que agendou uma conversa das filhas com a profissional por não saber como falar sobre sexo com elas.

Os agravos relativos à ginecologia são encaminhados ao serviço especializado, mas a orientação dada pela médica à equipe é o agendamento para qualquer mulher que tenha alguma queixa ginecológica, pois muitas infecções sexualmente transmissíveis foram descobertas na consulta do preventivo. Nesses casos, o espelho nem é usado e começa-se a tratar o agravo, com encaminhamento ao serviço especializado se necessário. Por mais que a recomendação do exame seja para maiores de 25 anos, se houver demanda de usuária abaixo da idade estipulada, ela será atendida mesmo que somente para uma orientação ou uma conversa.

Para o mapeamento das usuárias com o preventivo em atraso foi organizada uma força-tarefa. As equipes fizeram listas das mulheres com o perfil para o exame, identificando a situação de atendimento na unidade. Deveriam ser contatadas pelas agentes comunitárias aquelas em falta há mais de um ano ou nunca tenham passado pelo procedimento. Considerando que o exame pode ter sido realizado em outro serviço, seria solicitada às usuárias uma cópia do seu resultado.

As equipes montaram seus cronogramas incluindo um dia de visitas no sábado, para acessar as que trabalham durante a semana. As agentes trataram da situação com tranquilidade, abordavam as usuárias sobre a situação global de saúde e entravam no assunto específico. Constatou-se que parte das mulheres fazia o exame fora, e essas não se opuseram a entregar o resultado para as profissionais. Entretanto, uma agente estava contrariada com a incumbência e já abordava as usuárias de maneira pouco convincente, referindo que “eles” tinham a mandado pegar isso, ou que enquanto agente ela tinha que pedir, ou que achava um absurdo ter que perguntar isso a elas. As usuárias somente demonstravam alguma resistência depois do comentário.

Havia três questões envolvidas nessa atitude da agente, reveladas por ela ao longo do dia: não entendia por que a unidade tinha que ter o registro das mulheres com exame em dia; estava em conflito com o médico e não acatava bem suas recomendações (em sua equipe foi ele que tomou a iniciativa, organizou as listas e mobilizou os agentes); e não gostava de falar desse assunto com as usuárias, porque o julgava íntimo demais. Com isso, sua jornada de trabalho teve menos êxito que a de suas colegas.

Por mais que houvesse a demanda da gestão para o aumento dos indicadores do preventivo, a promoção desse exame às usuárias era pauta recorrente em uma das equipes, em parte devido à formação dos seus membros. A enfermeira acabara de participar de uma atualização sobre o tema, a médica tinha experiência anterior em obstetrícia e algumas agentes comunitárias passaram por cursos que abordaram a questão.

Aliado a isso, estava o fato de as mulheres dessa equipe recorrerem a um discurso de igualdade de gênero. Elas valorizavam o protagonismo e a autonomia das mulheres e reclamavam que a saúde da mulher devia ser abordada para além da maternidade e da reprodução.

As outras equipes também realizavam os atendimentos e a busca de usuárias com exame atrasado, mas essa se destacava na proposição de novas atividades e na busca por parceiros para sua implementação. A disponibilidade de seus membros em priorizar o assunto vincula-se a motivações pessoais e ideológicas, que acabam por encontrar eco entre os pares e subsidiar uma ação coletiva.

4.2 Planejamento reprodutivo

As ações de planejamento reprodutivo estão compreendidas na disponibilização de

insumos e medicamentos contraceptivos e na realização do grupo de planejamento familiar. O tema também tem destaque no grupo de adolescentes e na roda de conversa com as mães na creche.

A disponibilização de preservativos masculinos é basicamente efetuada na sala de recepção, por meio do livre acesso a um suporte de acrílico instalado no início do quarto trimestre. Antes eram dispensados no mesmo local pelos agentes comunitários. Na farmácia o insumo também está disponível. Por determinação da antiga gerência, havia uma limitação da quantidade de doze preservativos por usuário. O médico era um dos críticos desse controle excessivo, e até sugeriu a entrega de preservativos em visitas domiciliares. A resposta foi que chegavam apenas dezesseis caixas de preservativos por mês e não seria possível.

Aos poucos a disponibilidade do insumo foi ampliada e, com livre acesso, os usuários passaram a pegar mais preservativos. Depois de estar à vista e ao alcance de todos, também se falou mais sobre a camisinha na sala de espera, e até de maneira bem humorada, como a mulher que perguntou que comprimido era aquele, o senhor que disse precisar pois estava na ativa ou a agente que, ao fazer a reposição no expositor, comentou com a colega “vamos ajudar o pessoal a transar melhor”. O fato é que uma ação simples modificou o sentido dado à distribuição de insumo de prevenção. Contrariando a preocupação do antigo gerente, com o aumento da demanda, a cota mensal recebida também passou a ser maior.

Também eram distribuídos sachês de gel lubrificante, porém em quantidade reduzida pelo fato de a unidade receber um sachê para cada doze preservativos. O insumo era limitado àqueles que o procuram, pois, segundo uma agente comunitária, se fosse divulgado amplamente, a quantidade seria insuficiente para todos que procurassem. O preservativo feminino era citado nas oficinas de planejamento mas não estava disponível no serviço.

Algumas agentes de saúde tinham o hábito de levar camisinhas em determinadas visitas domiciliares, pois sabiam de alguns usuários com vergonha de buscar na unidade, geralmente os adolescentes. Não levam em todas as casas por dois motivos: é muito volume para carregar na subida do morro e algumas pessoas se ofendiam com a oferta espontânea do insumo. Entretanto, com exceção da enfermeira no grupo de planejamento familiar, nunca presenciei a oferta ou entrega do insumo na unidade.

Nas conversações em que o preservativo era tematizado, parecia se tratar de um mal necessário. Na discussão sobre a dificuldade de as adolescentes negociarem a prevenção com seus parceiros, a enfermeira ponderou que a baixa autoestima era um fator decisivo na tendência fazerem as vontades do outro. O estagiário respondeu que o preservativo não é tão interessante aos homens, e se elas não exigirem muitos não usarão.

Na roda de conversa na creche, algumas mulheres citaram o preservativo como método contraceptivo e apontaram a vantagem de também prevenir doenças, porém imediatamente uma disse que os homens preferem “pele na pele”, ao que outra complementou que se não estiver tomando pílula terá de “comer banana com casca”. Indagadas pela facilitadora sobre o risco de contrair doenças, uma das participantes respondeu que conhece várias mulheres que preferem ter doenças a filhos.

No período da observação, o direito ao acesso à pílula anticoncepcional foi uma discussão muito presente no campo. Uma resolução encaminhada pela Coordenadoria de Área Programática (Cap) determinou que as unidades de saúde somente poderiam oferecer métodos contraceptivos às usuárias após sua participação no grupo de planejamento familiar. A normativa foi informada a gerentes e enfermeiras em uma reunião específica. As farmácias das unidades foram orientadas a seguir o protocolo, passando a exigir um comprovante de participação na atividade e a receita médica do contraceptivo desejado.

A primeira a solicitar esclarecimentos sobre o assunto foi uma agente comunitária na reunião da equipe. Relatou a situação da usuária que foi buscar o anticoncepcional e a entrega foi recusada, então foi ao acolhimento e perguntou à agente o que se passava. Como esta não sabia responder, imediatamente buscou informação com a enfermeira e assim pôde dizer à usuária que de agora em diante a farmácia só entregaria o medicamento se fosse apresentado o “diploma” do grupo de planejamento. A agente lhe entregou preservativos e orientou para a participação na atividade, que ocorreria ainda na mesma semana. Situação parecida foi relatada por outra agente na reunião, mas nesse caso, a mulher foi comprar o anticoncepcional em uma farmácia: “Até quando vamos ficar expulsando os pacientes? Eu vi que ela tinha condições de comprar o anticoncepcional, mas não acho certo isso”.

O argumento das agentes comunitárias baseava-se na necessidade de simplificar o processo, pois o grupo de planejamento familiar tem a função de vincular as usuárias ao serviço e não deve dificultar o acesso. Defendiam a ideia de que se as mulheres já tiveram orientação e optaram pelo método contraceptivo, precisariam apenas falar com a médica para renovar a receita, pois, diante das dificuldades de acesso, elas simplesmente comprariam na farmácia e, com isso, uma das possibilidades de vínculo da equipe com a usuária se enfraqueceria.

A médica argumentou que, além da burocratização do serviço, ocorria na atividade a dispensação de medicamentos pelas enfermeiras e avalia que “isso está muito errado”, pois a prescrição de contraceptivo oral é responsabilidade dos médicos. Ela disse que indicaria o grupo às usuárias, mas não deixaria de prescrever nas consultas até que a situação se

regularizasse.

A enfermeira reiterou que foi uma decisão da gestão informada em uma reunião, e argumentou que não havia como fazer de outra maneira, apesar de concordar a opinião das agentes. A discussão se voltou para o papel da enfermeira que, como representante da equipe diante dos gestores, deveria discutir criticamente o assunto naquele espaço.

Nessa reunião os membros da equipe concordaram que nem todas as ordens que são dadas devem ser acatadas. Como a equipe de saúde conhece o território e estabelece o vínculo com a população, o seu posicionamento seria informado aos gestores.

Na reunião geral, a gerente explicou aos membros das três equipes que a Subpav (Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde) elaborou a normativa e a unidade deveria acatar. A discordância a essa regra foram manifestadas por vários presentes. A médica indagou se a comunicação foi feita por escrito. A resposta foi negativa. Então manifestou interesse em ver a norma escrita, e a gerente se comprometeu em providenciar junto à Cap.

Diante das queixas, a gerente esclareceu que as usuárias não deveriam frequentar o planejamento novamente se já o fizeram antes, mas se ocorreu em outro serviço precisarão comprovar. Ela concordava que algumas resoluções servem para limitar o acesso dos usuários, e não tinha como questionar a Subpav, que, por sua vez, tomou a medida com o intuito de fazer com que a equipe técnica priorizasse a adesão das usuárias. Entretanto, reconhecia que “há uma falta de tato dos gestores quando se quer fazer um programa funcionar”.

Ela também informou que a disponibilização do contraceptivo de emergência não estava condicionada ao grupo de planejamento familiar por precisar ser ministrado imediatamente. A enfermeira, incentivada a se posicionar na reunião de equipe, disse que não aceita essa situação e que a medida “vai estimular a não prevenção”. Ponderou que, com a dificuldade no acesso ao contraceptivo oral, as mulheres recorreriam com mais frequência à pílula do dia seguinte.

A gerente orientou que o cartão da mulher²⁸ somente seria liberado depois da participação no grupo e lembrou que era preconizado pela gestão um livro de planejamento familiar, no qual se registra o nome da usuária, o método desejado, a data de participação no grupo e o método escolhido. Ela solicitou a vista desse livro e, para a finalização da pauta,

²⁸ Trata-se de um cartão deixado aos cuidados da usuária com os registros dos exames ginecológicos, mastológicos, do método contraceptivo utilizado e do agendamento de retornos. Uma cópia das informações nele constantes é registrada no prontuário individual.

disse que levaria a demanda da equipe à reunião de gestão em uma semana.

Em uma das rodas de conversa sobre desenvolvimento infantil, a enfermeira responsável pelo grupo de planejamento familiar afirmou que, diferentemente de tentar convencer as usuárias a não ter filhos, o objetivo da atividade é orientá-las para o protagonismo na escolha reprodutiva. No entanto, a orientação da gestão concernente à atividade tinha bloqueado o acesso aos métodos contraceptivos. Argumentou que era preciso “tirar o mito de que planejamento familiar é para evitar filho”, e que “a gente não vai fracassar, porque em uma consulta temos que ser o mais holístico possível”.

O médico da sua equipe ponderou que a exigência da gestão em condicionar os métodos contraceptivos ao grupo somente se justifica em uma lógica antiga, em que o ginecologista de uma unidade básica não tem tempo para orientar as usuárias. “A saúde da família não é assim, acabamos fazendo como é orientado, mas na perspectiva de mudar isso”.

“Há dois meses pedi essa normativa por escrito e até agora não recebi”, disse a médica. Os profissionais da unidade consideravam fazer um bom trabalho já que, além de manter um bom vínculo, conseguiam romper com antigos paradigmas. “Inclusive estamos querendo quebrar tabus, trazendo homens para discutir vasectomia no planejamento familiar”, comentou a enfermeira.

O tema voltou a ser discutido em outra reunião de equipe. A agente comunitária reclamou que as usuárias ainda não estavam conseguindo acessar a pílula, e, mais que antes, o pessoal da farmácia estava irredutível na exigência de três documentos: a receita médica, o “diploma do grupo” e o cartão da mulher. Os membros da equipe consideraram pautar o assunto na reunião geral, mas levando algo por escrito. No entanto, a pauta não foi arrolada.

Além dessas situações mais estruturadas, o desconforto com a situação se apresentava em diversas conversações entre os profissionais. Todos os que se manifestavam eram contrários à medida, alguns motivados pela burocratização da relação com as usuárias, uns pela dificuldade no acesso ao anticoncepcional e outros pela ingerência da coordenadoria de área em intervir tão duramente no serviço sem a análise do trabalho que ali estava em curso.

O grupo de planejamento familiar era realizado semanalmente no consultório médico por uma enfermeira. Era agendado às 17 horas com intuito de facilitar a participação daqueles que trabalham. As conversas eram divididas em dois encontros. No primeiro discutia-se a situação dos usuários; idade, quantidade de filhos, práticas afetivo-sexuais, saúde global e as expectativas em relação à reprodutividade e à família. Também eram tematizadas a fecundação e a gestação, seguida da apresentação dos métodos contraceptivos reversíveis e definitivos; seu uso, indicações e contraindicações. O segundo era o momento de aprofundar

alguns assuntos em que os usuários demonstraram dúvidas e formalizar a escolha do método contraceptivo. Também era oportunidade de encaminhar os usuários para outras atividades, como consulta ginecológica ou grupo de gestantes.

A responsável pelo grupo era uma enfermeira que assumiu a tarefa por gostar do assunto e ter experiência prévia. Trabalhou em um projeto chamado Saúde e Prevenção na Escola, que consistia na realização de oficinas com adolescentes, nas quais questões relativas à sexualidade eram uma constante. Para esse trabalho frequentou capacitações sobre prevenção e contracepção.

No cotidiano, a profissional é sorridente e comunicativa. Nas reuniões se posicionava em defesa da Estratégia de Saúde da Família e nas atividades diárias sempre demonstrava atenção aos usuários e aos colegas. Sexualidade e gênero eram assuntos de seu interesse, e em diversas ocasiões estava em conversações que envolviam o tema.

Ela é quem parabenizava os homens por cuidar das crianças, valorizando a divisão de trabalho e a corresponsabilização. Em certos momentos apontou o conteúdo sexista de algumas declarações e em outros demonstrou uma postura compreensiva da identidade transexual e das diferentes orientações sexuais. Ocasionalmente contava situações de sua vida pessoal, como a sua opção por não ter filhos e a negociação com o marido. O modo como falava abertamente sobre namoro, sexo e prevenção com os sobrinhos, por acreditar que mais informados eles terão mais responsabilidade na vida afetivo-sexual. Os diálogos com o marido, preocupado com o fato de sua filha de outro casamento já ter namorado.

A mesma facilidade de conversar sobre esses assuntos foi demonstrada na realização do grupo de planejamento familiar. Assim, tornava a atividade interessante desde sua divulgação. Não havia material gráfico para informar a agenda do grupo, mas frequentemente ela lembrava às equipes e aos usuários as datas, assim como em algumas reuniões falou dos objetivos da atividade. Desse modo, todos estavam informados quando e como seria o grupo de planejamento. Apesar de estar implicada com a ação, a profissional a considerava pontual e restritiva, pois está estabelecida em um único horário na semana, e, para atingir mais usuários, seria preciso que as equipes abordassem seus conteúdos em diversas atividades.

A ambiência dos encontros era aspecto importante para a enfermeira, que lograva deixar os participantes à vontade utilizando do bom humor, do olhar atencioso, da segurança na formulação das ideias e no modo leve que conduz a atividade. Apesar de recorrer a slides de computador e um álbum seriado, não ficava presa a eles, utilizando-os como ilustração para o que era conversado.

Em um dos encontros havia um rapaz e uma moça com idade entre 20 e 19 anos. Ele

veio ao grupo por meio da divulgação no grupo da creche. Estavam bastante tímidos no início da conversa e em pouco tempo ficaram à vontade. A facilitadora organizou as cadeiras do consultório em roda e pediu que os presentes se apresentassem. Além dos usuários havia dois estagiários de medicina, que pareciam integrados à proposta de trabalho.

Ela perguntou o que é planejamento familiar e o usuário respondeu que “é quando bota coisa em mulher”, ao que a facilitadora comentou que também é isso, mas é um direito do casal ou até mesmo do indivíduo em ter filhos e planejar se quer ter ou não. Contou que foi casada durante dez anos e optou por não ter filhos. Isso estimulou o jovem a dizer que tem uma filha de dois anos e outra de quatro meses. Em seguida ela perguntou se foi planejado, ele responde que não, e ela emendou que não está ali para interferir em quantos filhos eles devem ter, mas ajudá-los a escolher o melhor método para eles. A moça tem um menino de um ano e oito meses e uma menina de três meses.

Indagada pela enfermeira quais métodos contraceptivos conhece, a usuária citou a pílula, o injetável e o diu. Ao rapaz é feita a mesma pergunta e ele responde “Não sei, isso é coisa de mulher” e todos riem. A enfermeira brinca: “Está vendo como os homens são machistas?”.

A atividade seguiu assim, ela explicava algum ponto, chamava os usuários a opinarem, mas com uma dinâmica de roda de conversa. A enfermeira tinha um papel pedagógico e explicava em uma linguagem compreensível, com poucos termos técnicos, os métodos contraceptivos, a possibilidade de certas doenças sexualmente transmissíveis, o ciclo menstrual, a fecundação. Em um dado momento a moça disse que não usava nenhum método contraceptivo, por amamentar. A facilitadora informou que um hormônio impede a ovulação durante a amamentação, mas alertou que há risco de engravidar. A moça disse que vai abortar se engravidar, a enfermeira tranquilamente perguntou-lhe se está usando camisinha, a moça respondeu negativamente.

O participante alegou que o preservativo sempre se rompe no uso e a enfermeira pediu para ele demonstrar o uso em uma prótese peniana. Constatou-se que entra ar na hora da colocação e o rapaz compreendeu que era nisso que ele errava. Nesse momento o enfermeiro da outra equipe estava presente e fez alguns comentários jocosos, que fugiam à dinâmica discursiva mantida até o momento.

Discutiu-se também que as mulheres poderiam ter a iniciativa de colocar o preservativo nos homens, e esses podiam se responsabilizar em lembrar suas companheiras a tomar a pílula anticoncepcional. Os presentes levantaram alguns mitos em torno do contraceptivo injetável, do diu e da vasectomia; o rapaz achava que o contraceptivo faz

engordar e a vasectomia causa dificuldade de ereção, a garota apontou que o diu pode acarretar gravidez com malformações fetais.

A enfermeira explicou tudo calmamente, de modo dialógico, e incluiu nas explicações o procedimento da laqueadura e preservativo feminino. Os usuários se interessavam cada vez mais, fazendo perguntas e contando algumas experiências. A usuária manifestou interesse pelo diu, mas foi alertada que somente poderá fazer seu uso quando tiver 25 anos, de acordo com o protocolo.

Para o encontro da próxima semana eles escolheriam um método contraceptivo, mas teriam que levar essas questões para pensar em casa. Ao rapaz foi recomendado que discutisse o tema com a parceira.

Somente a moça retornou à atividade, e acompanhada por uma vizinha de 35 anos. Ambas traziam seus filhos: dois meninos de três a quatro anos. No início foram retomados aspectos dos métodos contraceptivos, por conta de dúvidas apresentadas pelas usuárias. A mais velha argumentou que, por querer mais um filho além dos cinco atuais, deseja implantar o diu, mas tem medo. A enfermeira argumentou que não precisa temer porque o procedimento é simples, a médica sabe colocar e o método é reversível, podendo ser retirado ali mesmo na unidade. Explicou que o implante causa desconforto apenas nos primeiros dias. Aproveitou para dizer que é um bom método para ela, pois não poderá mais oferecer pílula a mulheres com idade superior 36 anos, por conta de uma recomendação que aponta para o risco de trombose.

A usuária jovem contou que, depois de três anos, havia agendado o preventivo para o dia seguinte. A enfermeira a parabenizou pela atitude e, já ao final do encontro, distribuiu preservativos, entregou os certificados de participação e assegurou que no caso de alguma dúvida ou problema, ela e as equipes estariam prontas para ajudá-las.

A realização desse grupo está pautada no princípio do protagonismo e na autonomia das usuárias em suas escolhas. Entretanto, coexistem na unidade concepções diametralmente opostas.

Em uma reunião de equipe, a agente comunitária argumentou que para ajudar as adolescentes evitarem uma gravidez indesejada é preciso “botar um pouquinho de terror na cabeça delas, mostrar imagens de DST e gente morrendo de Aids”, algumas pessoas fizeram menção de concordar e a fisioterapeuta apoiou dizendo que se deve “falar o português claro”. A primeira ainda afirmou que vai trazer a sua filha para implantar o diu, nem que seja à força.

Outra agente comunitária se contrapôs, defendendo que ali não se podem obrigar as usuárias a fazerem o que não desejam, pois é preciso respeitar sua vontade e mostrar as

possibilidades que o serviço oferece. Uma terceira agente interveio com a sugestão de dar anestesia geral, assim não há oposição. Ao final, com outras intervenções na defesa de práticas mais humanizadas, prevaleceu o argumento de que é preciso respeitar a liberdade das usuárias, promovendo o vínculo e a orientação cuidadosa.

Pelo fato de o protocolo de implantação do diu estar autorizado na unidade desde o final de 2010, ele é um método frequentemente indicado pelas profissionais de saúde da unidade. A médica está habilitada para realizar o procedimento e os kits já estão disponíveis na unidade. Todavia, nunca houve uma implantação pois, apesar de usuárias interessadas, nenhuma delas cumpria todos os pré-requisitos. É preciso estar com o preventivo em dia, ter participado do planejamento familiar e ser soronegativa para hepatite e HIV. O último item não é obrigatório, mas a médica considera necessária sua solicitação porque inserir o método é uma forma de autorizar a transar sem preservativo.

4.3 Atenção ao ciclo gravídico-puerperal

A atenção às gestantes e aos recém-nascidos é uma das ações mais divulgadas na unidade. As grávidas e os bebês têm atenção prioritária, por conta das diretrizes do programa no cuidado materno-infantil e, também, da valorização social da maternidade e da reprodução.

Apesar das falhas no sistema de informação Vitacare²⁹, o registro de gestantes é um dos poucos dados totalmente confiáveis³⁰. No período da pesquisa havia 51 grávidas³¹, das quais 30 fizeram na unidade a consulta de pré-natal no primeiro trimestre (55%). Por isso, o recado da gestão alertava para a melhoria da cobertura do pré-natal, que deve ser 100%.

A meta não é atingida porque algumas usuárias preferem fazer o acompanhamento em outro serviço, outras descobrem a gestação ou procuram a unidade após o período estipulado no indicador e, raramente, há aquelas que se recusam a fazer o acompanhamento de saúde.

As ações de saúde oferecidas às gestantes são consultas médicas periódicas, exames laboratoriais, vacinação, avaliação ultrassonográfica, referenciamento a outros serviços da rede e realização do grupo de gestantes, dentre outras.

A maternidade é um valor positivo na comunidade e no serviço de saúde, referida ora

²⁹ Vitacare é um sistema de dados adotado pela Secretaria Municipal de Saúde para a gestão técnico-assistencial, operacional e estratégica. Desenvolvido em protocolo de rede, tem como funcionalidades o registro de procedimentos, o intercâmbio de informação e o apoio no planejamento e aplicação de recursos.

³⁰ Segundo o relato do médico.

³¹ A maior concentração de gestantes está na microárea mais próxima do topo do morro.

como um evento maravilhoso na vida das mulheres, ora como uma decisão que necessita de reflexão e planejamento.

O tema foi pautado a partir da segunda perspectiva no grupo de mães organizado por psicólogas de uma ong que atua em uma creche da comunidade. O propósito de um dos encontros seria discutir a maternidade sob um ponto de vista subjetivo. Os tópicos privilegiados seriam como se deu a gravidez, se houve planejamento ou não, se a mulher, o homem ou dois desejavam a gestação. Uma das psicólogas expressou que o foco seria o planejamento familiar, mas não queria utilizar a expressão no nome da atividade pois ninguém teria interesse em ir, e sua colega comentou que planejamento reprodutivo era pior.

Na ocasião do encontro participaram onze mulheres e um homem. Havia cerca de vinte observadores, o que deixou as usuárias pouco à vontade e as organizadoras apreensivas. Com isso, a atividade não fluiu como a pretendida roda de conversa, funcionando em um esquema de perguntas e respostas. Cinco usuárias participaram mais e expuseram suas opiniões, enquanto os outros falavam somente quando inquiridos pelas organizadoras.

Diante da questão “o que é ser mãe?” uma usuária respondeu que é um problema sério e a outra complementou que deveria ter nascido homem, por conta da dificuldade da tarefa. A psicóloga a confrontou “Mas você gostou, né? Teve três”, e sua colega emendou “Mas dizem que esquece né?”, a usuária respondeu ironicamente “Uhum, esquece”.

As usuárias relataram que cuidar de criança é difícil, que é preciso aprender vários cuidados e às vezes é necessário dar umas palmadas. Argumentam que ser pai é fácil, pois homem não sente enjoos nem as dores do parto, que pode ir para o forró na hora em que quiser. A facilitadora se voltou para o rapaz: “E o pai, não diz nada?”. Ele não queria falar, mas devido à insistência disse que os filhos não foram planejados e que para viver em família teve que deixar de lado muitas coisas que gostava. Indagado sobre a diferença dos papéis da mulher e do homem, reconheceu que ela tem mais responsabilidade.

A conversa se fixou então na decisão de ter filhos. Uma das participantes comentou que pobres não planejam, somente os ricos, que “nascem em berço de ouro e têm no máximo dois filhos”. Outra mulher complementou “Engravidou? Ou aborta ou deixa”. “Mas como faz para não ter?”, perguntou a psicóloga. “Tem camisinha, tem remédio”, respondeu a participante. Uma terceira interveio para contar que ficou grávida enquanto usava o anticoncepcional e apelidou a filha de Microvlar. Uma agente comunitária chamou a atenção da mulher para que não chamasse a filha desse modo, que o nome dela é outro, ao que a usuária respondeu que fala mesmo, pois queria abortar e o pai impediu, dizendo que “onde come um comem dois”. Outra usuária se manifestou para dizer que só teve dois filhos e não

concorda com essa história de berço de ouro.

A psicóloga interpretou essa dificuldade em promover o planejamento familiar como o desejo de ter filhos, perguntou algo nesse sentido e as usuárias se calaram. Diante do silêncio, uma usuária comentou que o uso da camisinha também serve para evitar doenças, e, na sequência, outra comentou que engravidou por meio do coito interrompido.

O assunto foi direcionado para a expectativa de ter filhos. Uma participante contou que a gravidez foi planejada, que sua filha era esperada por ser a primeira neta das duas famílias e mesmo assim ficou assustada com a gestação, mas quando ouviu o choro do nenê ficou tranquila. Relatou que teve muito apoio do marido: “Ele é ótimo pai, fico até espantada de como ele cuida bem dela”. Isso ajudou no relacionamento deles. A psicóloga insistiu na questão do desejo: “Mas por que o querer ter filhos?”. A mulher continuou do ponto em que tinha parado e acrescentou que a filha deu um pouco de trabalho no começo, reiterando que o relacionamento com o marido melhorou muito depois da filha. “Sorte sua, colega. Meu relacionamento não deu certo, mas não vou falar disso”, disse outra mulher.

A agente comunitária contou que não aceitava sua gravidez até o sexto mês. Ela e o marido não se falavam por isso. A sua autoestima ficou muito baixa quando começou a engordar, pois se achava feia demais, enquanto via o marido mais bonito. Teve crises de ciúme e brigava muito com ele. Uma usuária concordou que a irritabilidade acontece e explicou que é pelos hormônios que “ficam à flor da pele”. A agente começou a gostar do filho a partir da amamentação e o relacionamento com o marido deu certo, embora ele goste de sair e ela não.

As usuárias contaram histórias de apoio familiar, que todas tiveram ajuda de suas mães para cuidar do filho, mesmo aquelas que no início não aceitaram bem a situação. Uma foi até expulsa de casa, mas sua mãe a chamou de volta por perceber que a filha adolescente precisaria de ajuda. Durante algum tempo as mulheres falaram sobre como suas mães ficaram zelosas pelos netos, algumas até em excesso. Também disseram que depois do nascimento de suas crianças ficaram mais centradas no seu cuidado, passando a permanecer mais em casa, ao invés de sair para diversões noturnas.

A psicóloga se voltou ao usuário e reformulou a pergunta que sua colega tinha feito no começo: “Agora vou perguntar para você, não tem jeito. Mudou muito ser pai?”. O rapaz estava envergonhado e disse que sim, que agora tinha alguém que necessitava de seu cuidado, mas que está cuidando para não ter mais filhos.

A médica explicou os métodos contraceptivos e conversou com o grupo sobre o assunto. Anunciou que na unidade há o grupo de planejamento familiar e falou que seu

objetivo é que cada um alcance a melhor condição de maternidade e que ninguém tenha filhos sem querer, que seja uma escolha. “O neném vem e acaba sendo bom, mas pode-se evitar o susto. A unidade pode ajudar vocês a ter filhos somente quando quiserem”.

Para finalizar a reunião perguntou aos participantes se tinham algo mais a dizer. Uma mulher alegou que é preciso ter mais homens participando das discussões e outra disse a ela que era somente fazer uma greve de sexo para convencê-los a vir ao grupo. Outra usuária indicou que é preciso falar de vasectomia, e o rapaz se manifestou, ao responder que mulher que precisa fazer esse tipo de intervenção. Ela argumentou que não, que a cicatrização na mulher demora um mês e no homem três dias. “Mas vasectomia brocha”, ele lhe disse, “É lenda”, ela respondeu. A médica explicou que o procedimento não causa dificuldades de ereção e indicou o grupo de planejamento na unidade para ele conversar mais sobre isso.

Apesar de haver um número grande de observadores, a discussão demonstrou aspectos do que é valorizado socialmente na comunidade em termos de gestação e maternidade, sobretudo o modo como, apesar das reclamações, é aceito o padrão masculino de se portar nas relações conjugais. As mulheres sabem o trabalho que uma criança implica, enquanto aos homens recai mais a tarefa de prover a criança. A dificuldade reside em modificar as relações de gênero, talvez por isso o apelo das usuárias para que os homens fossem chamados a participar de atividades como essa. No caso de uma gravidez inesperada, seja por falta de uso ou falha no método contraceptivo, as mulheres sabem que podem recorrer a um aborto clandestino, se o parceiro autorizar. Mas a maioria recorre à rede que as mulheres constroem para ajudar a cuidar dos filhos da comunidade.

As psicólogas que organizaram o grupo trabalhavam no território e estavam próximas da equipe a ponto de planejar em conjunto a atividade. Porém, em seu discurso, não pareciam ter a mesma compreensão dos profissionais de saúde acerca das relações sociais que operam na comunidade. Elas apoiavam sua compreensão em uma estrutura subjetiva e, talvez por isso, muitos dos elementos abordados pelas usuárias não foram valorizados e aprofundados na discussão durante a atividade.

Para o planejamento do encontro seguinte, uma psicóloga foi até a unidade discutir com a equipe. Seu objetivo era promover um encontro sobre cuidados, tratar de beleza e da autoestima das participantes. As mulheres da equipe concordaram, acharam que seria bom trabalhar esse aspecto e, como seria o último encontro do ano, fazer um “comes e bebes” ao final do encontro, ao que a psicóloga discordou, por considerar que isso modificaria o caráter da ação.

Sobre o nome da atividade foi sugerido pela agente comunitária um nome que

ressaltaria o fato que além da mãe, existe a mulher. A psicóloga não gostou da sugestão, alegando que também havia homens no grupo, mas que iria pensar no assunto.

Enquanto nessa atividade a gestação e a maternidade eram pouco reconhecidas enquanto importante valor para a organização daquela comunidade, no grupo de gestantes esses acontecimentos apareciam positivados e até exaltados.

O grupo de gestantes era resultado de uma articulação entre membros das equipes e as residentes de saúde da família. O panfleto de divulgação impresso na própria unidade informava dia, horário, local e continha o desenho de uma mulher sorridente com um bebê no colo. Na parte superior havia a inscrição: “Os filhos são para as mães as âncoras da sua vida”, de Sófocles.

A atividade era abordada nas reuniões de equipe, com o objetivo de convidar as gestantes das micro áreas das ACS. Em duas reuniões foram as residentes que falaram com as agentes e distribuíram o material gráfico. Apesar de gestantes terem acesso prioritário ao tratamento dentário, a dentista pediu para que avisassem que somente as mães que participassem do grupo poderiam marcar consulta odontológica, e complementou: “Dá até medo falar isso, mas é um chamariz”.

A atividade é organizada em roda de conversa, aberta para quem quiser participar, inclusive pais e outras pessoas que querem saber mais sobre gravidez. O dentista foi a uma das reuniões para agendar atendimento odontológico e, nessa ocasião, havia apenas três usuárias. Entretanto, as residentes avaliaram a atividade como boa, pois se falou sobre vários assuntos e foi demonstrado interesse das participantes em continuar a participar do grupo. Para a próxima reunião a médica foi convidada e sinalizou desejar participar. Uma das preocupações das organizadoras era não repetir o costume de outros serviços de prometer *kits* de bebês para aquelas que participassem, pois é a discussão que deve ser a motivação.

Em um dos encontros havia quatro gestantes jovens, entre 18 e 27 anos, e uma das residentes conduziu a conversa. Estavam presentes outros dois residentes, a fisioterapeuta, dois internos de medicina e a médica, que foi quem mais conversou com as gestantes durante o encontro.

O começo da reunião se pautou no estado de saúde das mulheres. Uma relatou que teve que passar por consulta porque sentiu dores e teve um pequeno sangramento, mas já estava tudo bem. A médica foi quem a atendeu. A outra sentia muitos enjoos e náuseas, por isso não conseguia comer direito. A médica fez perguntas sobre o tipo de alimentação, se era com qualquer comida, e a resposta foi sim. Disse que não gostaria de receitar nenhum remédio para isso, e orientou que ela tentasse ingerir alimentos variados e leves em pequenas

quantidades, até descobrir aqueles que não lhe causassem enjoo.

A mulher não entendia porque isso ocorria, já que na primeira gravidez não sentiu nada disso. A médica disse que cada gravidez é de um jeito, que é importante elas estarem atentas ao que ocorre com elas e com o seu corpo. Há muita gente que dá conselhos, que conta histórias de como foi sua experiência, mas não dá para se pautar nisso, pois para a mesma mulher as experiências variam de um filho para outro.

A gestante mais nova começou a falar de seus medos. Tinha fantasias negativas: achava que seu filho ia nascer com a cabeça grande, e que por isso não aguentaria o parto normal. Estava ansiosa e sem sono. A mulher se expressava de modo dramático, e as presentes pareciam já conhecer seu comportamento, pois não se abalavam. A quarta grávida disse para ela se acalmar, conversava com ela, mas não havia escuta. A residente perguntou se ela contava com alguém mais experiente por perto, e a resposta foi que tem a mãe e a sogra, e ambas achavam que ela estava exagerando e que esse medo era por conta de ser a primeira gravidez. Logo depois, sua mãe chegou e sentou-se à roda.

A gestante, agitada, tornou a falar do medo do parto normal, e a firmou querer a cesariana. A médica disse que hoje em dia na rede pública não se faz mais cesariana como antigamente, que o parto normal é recomendado devido às menores complicações e à rápida recuperação no puerpério. A mãe dela interveio e afirmou que esse é o melhor. Em seguida a moça perguntou se existe anestesia para o parto normal. Sim, existe a local, mas só é utilizada em último caso, porque anestesiada a mulher ajuda menos no trabalho de parto.

A médica questiona se ela faz atividade física, e a mulher relatou que sempre dançou, e que continuou as caminhadas e os exercícios, mas que sentia um pouco de dificuldade devido ao peso da barriga. A outra grávida disse que “ela desce até o chão” até hoje. A médica, então lhe diz que ela não terá problemas, pois mulheres que se exercitam não costumam ter problemas durante o parto.

A usuária que teve um sangramento contou que estava com varizes na vagina e perguntou se isso passaria. A profissional afirmou que isso acontece com algumas mulheres, pois os vasos sanguíneos se dilatam e ficam mais aparentes, porém poucas vezes são varizes. No pós-parto costuma voltar ao normal. Se acontecer de haver algum rompimento durante o parto ou varizes permanentes o tratamento é possível. Mas que não é o caso dela, como havia verificado no exame. Alertou às outras para não se preocuparem, já que isso é raro.

A gestante de primeira viagem perguntou à médica qual a hora certa de ir à maternidade, pois ela tem medo de ganhar o nenê na rua. A profissional explica que não adianta ir à maternidade antes da hora. Certamente serão atendidas, mas serão encaminhadas

de volta para casa, pois o trabalho de parto demora algumas horas, começa com pequenas dilatações, que devem ser observadas. Quando acontecerem em períodos regulares ou houver rompimento da bolsa, é chegada a hora de ir ao hospital. Ela alertou que, principalmente na rede privada, alguns médicos abusam do discurso de que não existe passagem para o bebê, para forçar a cesariana.

A médica explicou a nova lei de acompanhante no parto, que explicita que todas as gestantes têm direito de levar alguém, não importando parentesco ou relação afetiva, é um direito das mulheres. Diante do conselho, a gestante disse que ia querer que filmassem tudo, ao que foi respondido que isso depende da maternidade, que é preciso conversar previamente com a direção, pois algumas não autorizam o registro das atividades.

A reunião se encerrou por conta do horário, e as gestantes saíram satisfeitas, disseram que poderiam ficar mais, entretanto a unidade já estava fechando as portas. As questões das mulheres foram ouvidas com atenção, todas respondidas cuidadosamente e com a objetividade característica dessa médica.

A reunião seguinte foi conduzida pelas residentes e contou com a presença de três gestantes e do marido de uma delas. O tema seria cuidado com os recém-nascidos. As organizadoras prepararam uma caixa cor-de-rosa para que as participantes colocassem questões anônimas. Ofereceram cartolinas em formato de corações de várias cores, para que no início da conversa as usuárias mostrassem como se sentiam de acordo com a cor escolhida.

A rodada começou com o marido, que disse estar com expectativa de que a criança nascesse com boa saúde, que estava calmo, mas que estava com um problema, julgava a casa pequena para receber esse bebê, mas não tinha o que fazer agora.

A residente disse que estava feliz e que dentro de um ano e meio quer ter um bebê, que é seu sonho. A estagiária de nutrição afirmou que “estar grávida é a coisa mais maravilhosa que pode acontecer com uma mulher” e não vê a hora que isso aconteça. Sua colega de estágio complementa sua ideia e disse que quer ser mãe, mas só poderá depois de se formar e quando tiver estabilidade financeira. O dentista disse estar cansado, pois teve um dia cheio.

A gestante ansiosa da reunião anterior contou que estava feliz, que essa gravidez era a realização de um sonho, mas que também estava cansada pois lavou roupa e a b arriga já estava bem pesada. A outra residente disse que estava feliz, que acha a maternidade linda demais, e que estava contente de ver um pai acompanhar o processo. A terceira residente disse que se apaixonou pela menina da usuária, ela havia a atendido naquele dia e queria sequestrá-la por um final de semana. Disse que ainda não se casou e tem vontade de ser mãe. Acha que uma coisa bonita é que na maternidade entram mulheres e saem mães. Contou que sonhou que

estava grávida e acordou muito feliz.

A gestante mãe da referida menina disse que estava feliz porque queria outro filho, mas o marido não queria. Tentou durante oito meses, mentindo a ele que tomava a pílula. O homem disse que além da pequena, tem três filhos com a ex-mulher. “Eu não estava preparado para mais um quinto, mas aconteceu, né”. Falou que queria estar com renda mais alta, mas “onde come um, comem dez”. Gostaria de oferecer melhores condições, pois “o salário que a gente ganha não dá nem pra o que gostaria de dar, à vezes não dá nem para o básico”. A esposa estava calada, olhava para o marido sem esboçar reação. Ele se voltou para as residentes: “Vocês que são estudadas e inteligentes entendem isso. Eu só sei trabalhar e manter minha casa”. A terceira residente respondeu que “amor é o que não pode faltar”.

A reunião, então, girou em torno dos cuidados básicos com os bebês: o banho, vacinação, alimentação, troca de fralda etc. Foi simulado um banho com um boneco e chamaram o pai para demonstrar, ele fez o procedimento dentro dos passos considerados corretos e recebeu elogios. Sua mulher mostrou-se orgulhosa. A residente complementou “Não basta ser pai, tem que participar”. O encontro teve caráter didático e conseguiu a participação dos presentes, que deram opiniões e compartilharam experiências sobre o cuidado com crianças pequenas.

O perfil das responsáveis pela atividade conferiu uma aura de valorização da família para a atividade. As três residentes eram próximas e, mesmo fora do grupo, sempre falavam do desejo de casar, dos seus namorados e noivos, e do gosto pelas crianças. Obviamente não assumiram a responsabilidade do grupo por acaso, estavam realmente implicadas com o assunto.

Eu não entendia o que motivava a exaltação da gestação e da maternidade como um destino feminino. A resposta me chegou por email. A residente mais envolvida na divulgação e que mais falou durante a atividade tinha em sua assinatura eletrônica a divulgação de uma comunidade católica seguida por uma frase atribuída ao poeta Mário Quintana que referia o aborto como um assassinato e um roubo infinito.

Em outra atividade organizada na unidade, o tema do cuidado com as crianças foi central. Rodas de conversa sobre desenvolvimento infantil foram organizadas por meio da Estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas Saudáveis³² compreendendo profissionais das equipes da unidade. Ministrado por uma médica de família e pediatra, tratava-se de uma proposta de capacitação divididas em três encontros. O primeiro trataria do ambiente

³² Iniciativa do Ministério da Saúde com vistas a fortalecer em território nacional a articulação, interação e desenvolvimento de ações voltadas à saúde da mulher e da criança até os seis anos.

saudável, o segundo do desenvolvimento infantil e, por fim, a elaboração de uma estratégia de trabalho. Pude acompanhar os dois primeiros.

Nessas atividades foram abordados temas como vínculo familiar, afetividade, relações de gênero, violência, drogadicção, famílias homoparentais, gestação e a mamentação. A facilitadora buscou que os profissionais de saúde dialogassem sobre os temas, intervindo para promover reflexão sobre os tópicos discutidos. Com esse manejo tópicos sensíveis emergiram nas conversações e, em certos momentos, alguns profissionais reconheceram que precisariam compreender mais sobre determinados assuntos.

Quando abordada a questão do vínculo com as crianças para a construção de um ambiente saudável e protetivo, a facilitadora citou uma escala crescente de relações de confiança da criança: primeiro com a mãe, depois com o pai, com os outros familiares e, por fim, a comunidade. Alegou que uma criança nova não precisa somente de leite materno, que precisa ser tocada e ter afeto para um bom desenvolvimento.

Explicou que nas famílias compostas por um casal de homens e mulheres é preciso que os homens também participem das consultas obstétricas, do parto e do pós-parto, bem como dividam as tarefas em casa. Segundo a facilitadora, os próprios profissionais de saúde se esquecem de incluir os homens nas atividades, e as participantes concordaram.

A médica argumentou que a inclusão do homem ajuda a diminuir a violência doméstica e quando as crianças não são desejadas as mulheres são vítimas de agressões. Em seguida duas agentes contaram histórias de como ajudaram as mulheres a se convencerem a não abortar, e a enfermeira perguntou se elas tinham encaminhado para o planejamento familiar, a resposta foi negativa.

A drogadicção foi abordada no exemplo que a agente comunitária trouxe sobre o casal de usuários cujo filho é bem cuidado pela mãe. A consultora disse que “tem que puxar pelo nenê”, ou seja, se aproximar desse casal por meio do cuidado com a criança. A psicóloga da creche argumenta que o papel da saúde é cuidar dessa família, que ela precisa intervir, ao que a agente, irritada, respondeu que como profissional de saúde ela não pode impor, precisa ir aos poucos ganhando a confiança.

Em um momento da discussão, uma agente abordou o termo lar estável, e a facilitadora perguntou o que é. A agente respondeu que é um lugar seguro para a criança, onde tem o pai e a mãe, que pode ser o avô ou avó, ou tio e tia. A auxiliar de enfermagem interveio e disse que o lar estável pode ter somente a figura feminina, que a criança precisa ter carinho. A defesa dessas ideias coincidia com a situação dessas duas mulheres. A primeira era casada e mantinha uma relação não muito satisfatória por conta da criação da filha. Já a

segunda era viúva e criou os filhos sozinha.

A facilitadora informou que atualmente a uma grande parte dos lares brasileiros são chefiados por mulheres e que a sociedade tem permitido outros arranjos familiares: “Homens que adotam, mulheres que adotam. Nosso papel não é julgar. Temos que trazer essa família para perto da gente, porque naturalmente vão sofrer discriminação da sociedade”. A médica disse que se aparecer um caso assim vai aprender, estudar o assunto. A enfermeira concordou, porque tudo é muito novo. Começaram a discutir preconceito contra homossexuais, mas logo uma agente falou de discriminação racial mudando o rumo da conversa.

A facilitadora disse que é preciso ser sincero e minimizar os efeitos da discriminação e sugeriu aos presentes que a equipe precisa jogar os incômodos na mesa, conversar sobre os assuntos difíceis na organização do serviço.

O encontro subsequente não contou com a presença da pediatra e foi conduzido pelos psicólogos que trabalham na creche. O assunto se pautou nos fatores de risco da gestação, que são idade (abaixo de 14, acima de 40), sangramento, doença hereditária, violência, pobreza, hipertensão, drogadicção etc. Concentrou-se mais sobre os procedimentos da atenção à gestação e ao desenvolvimento infantil.

O médico e a psicóloga discutiram. Ele não via problema em uma criança com cinco ou seis anos amamentada no peito desde que haja outros alimentos, já ela não concordava porque pode haver “questões no futuro”.

A discussão se desviou e acabou se pautando nas vulnerabilidades institucionais, como a dificuldade na intersetorialidade. Como o caso da assistência social, setor com qual não conseguem dialogar para fazer trabalho conjunto, apesar de tentarem. Ou então a dificuldade em encaminhar os casos de violência doméstica para outros serviços diferentes da polícia. As agentes percebem casos de negligência e violência, mas não podem insistir no assunto por correrem o risco de perder o vínculo com a usuária, apesar de passar a situação para a equipe. O médico argumenta que as agentes comunitárias são os olhos e o ouvidos da equipe na comunidade, que há casos que poderiam denunciar. As agentes discordam veementemente, pois “denúncia é X9”. “Tem coisas que a gente ouve do paciente e não pode passar pra frente porque mora aqui”. Outra diz que para os médicos é fácil, porque acaba o expediente eles vão embora, mas os agentes são da comunidade e podem sofrer retaliações em casos de denúncias.

As rodas de conversa conduzidas por consultores externos agruparam os profissionais de equipes diferentes e conseguiu trazer à tona alguns pontos sensíveis, que poderiam ser aprofundados em outros momentos. Sobretudo no primeiro encontro, a facilitadora conseguiu problematizar algumas questões sobre gênero e sexualidade sem causar incômodo ou

comoção.

Algumas divergências conceituais entre profissionais tiveram visibilidade, o que é difícil acontecer no cotidiano, pois, apesar de as reuniões de equipe constituírem nessa unidade um importante espaço de discussão, alguns enfrentamentos são evitados, e certos assuntos são apenas citados, ao invés de analisados em profundidade.

4.4 Saúde do adolescente

As reuniões foram uma estratégia adotada para o planejamento e a avaliação do grupo de promoção de saúde de adolescentes. A iniciativa da ação partiu de três agentes comunitárias da equipe em que mais se discutia saúde sexual e reprodutiva.

De cinco dias a uma semana antes dos encontros era realizada uma reunião com os profissionais que colaboram com a atividade, com o intuito de organizar as dinâmicas de grupo, discutir ideias e dividir as tarefas. Inicialmente a reunião era entre as responsáveis pela ação, mas outros profissionais vieram a participar da atividade. Para melhor organização do cronograma e dos conteúdos a serem discutidos, resolveram que só participaria da ação quem estivesse na reunião de planejamento.

Imediatamente após a realização do grupo havia outra reunião. A discussão se pautava na participação dos adolescentes, suas questões e vulnerabilidades, mas também no próprio desempenho dos profissionais, seus erros e acertos, o alcance dos objetivos e as estratégias para o próximo encontro.

Com frequência quinzenal, o primeiro encontro aconteceu no início de setembro. Foi elaborado um panfleto de divulgação, afixado no mural da unidade e distribuído aos jovens em visitas domiciliares e em uma escola. O informativo continha no centro uma foto com vários adolescentes de braços abertos, com os dizeres “Tá na hora? Tô no ponto. Grupo adolescente – é um bicho diferente”, e a data e o local de realização.

Fui convidado pelas agentes comunitárias a participar das reuniões de planejamento e avaliação e do próprio grupo. Inicialmente evitei participar das atividades com os jovens por dois motivos. O primeiro se relacionava ao projeto de pesquisa encaminhado ao Comitê de Ética, o qual não abordaria pessoas vulneráveis, grupo em que adolescentes são incluídos³³. Para observar o grupo seria necessária autorização dos pais dos adolescentes e isso poderia

³³ Os atendimentos odontológicos de menores de idade na unidade somente são realizados após a assinatura de um termo de responsabilidade por seus pais ou responsáveis. Para as consultas médicas esse recurso não é utilizado.

desestimular sua presença. O outro motivo estava ligado ao número de adultos presentes no grupo. Como havia muitos interessados em observar a atividade, optei por não estar presente, pois os jovens poderiam ficar inibidos com mais um adulto na sala.

A primeira reunião de planejamento aconteceu na sala dos ACS dez dias antes do encontro. Estavam presentes as agentes e o enfermeiro. O tema do grupo seria sexualidade e escolheriam um filme curto para ser apresentado aos jovens de modo a estimular a discussão. Optaram por uma animação chamada Paloma Azul, por tratar de sexualidade na adolescência. Segundo a agente comunitária, os jovens gostam de falar nesse assunto e sugere a abordagem da prevenção³⁴.

A respeito de quais temas eles poderiam abordar no grupo, o enfermeiro sugeriu a inclusão de alimentação e autocuidado, as outras sugeriram uma caixa de perguntas, por considerarem que os jovens ficam mais encorajados a fazer questões anônimas, que poderiam ser trabalhadas no próximo encontro. Também pensaram em um caderno de perguntas e respostas, como o que as meninas elaboram na escola. Cada página conteria uma pergunta, no início básicas e depois mais provocativas.

Uma grande preocupação era com a intimidade dos adolescentes, pois queriam que eles ficassem à vontade para participar, mas seria preciso criar um ambiente de confiança e troca. Para isso evitariam perguntas diretas sobre suas práticas e a exposição de sua intimidade.

Para as organizadoras, o objetivo da realização de um grupo de adolescentes é aproximar essa população da unidade de saúde, pois eles a frequentam pouco. Também consideravam importante falar de prevenção com eles, pois na comunidade há muitas adolescentes engravidando “sem querer”, e a discussão no grupo pode ajudá-las a evitar situações como essa.

O encontro com os adolescentes aconteceu em um consultório. Estavam presentes seis jovens; cinco meninas. O mesmo número de agentes comunitários, a residente em medicina e o enfermeiro também estavam presentes. A partir do filme, temas como preconceito e discriminação foram apontados, também as relações de gênero e expectativas sobre homens e mulheres. Mas os usuários falaram pouco e a atividade “ficou com cara de aula”.

Na conversa posterior, a agente avaliou que a discussão ficou muito pesada, por ter sido focada em DST. Além disso, considerou que falaram demais e deixaram pouco espaço para os adolescentes, intimidando-os. As outras concordam com ela. Uma acrescentou que se

³⁴ Elas referiam apenas “prevenção”, que algumas ocasiões significava contracepção e em outras remetia às DST.

fosse uma das participantes não ficaria com vontade de voltar para o encontro seguinte. Chegaram à conclusão de que precisam ficar mais próximas dos jovens e que na próxima reunião ninguém usaria jaleco, pois ele é um marcador de hierarquia e, simbolicamente causa um afastamento entre a equipe e os usuários. Como elas não usam esse tipo de vestimenta, indiretamente faziam referência à atuação da residente e do enfermeiro.

Depois abriram a caixa de sugestões e constataram que a maior parte das indicações para o próximo encontro era sobre DST. Dessa forma, organizaram uma dinâmica de grupo com balões com nomes de infecções sexualmente transmissíveis. A cada balão rompido, o jovem diria se sabe o que é e como se manifesta. Os profissionais de saúde complementavam as informações. Também foram utilizados slides com fotos das formas de manifestação de cada agravo. Os sete jovens que participaram gostaram da atividade e avaliaram que é bom que a unidade faça esses encontros, mas que não querem falar somente de doença.

Na ocasião da dinâmica, a residente em medicina e a técnica de saúde bucal entraram em desacordo sobre a forma de transmissão de um agravo, e começaram a discutir diante de todos. Esse ocorrido fez com que as responsáveis pela atividade condicionassem a participação dos profissionais no grupo à presença na reunião de planejamento.

Para o terceiro encontro prepararam uma roda de conversa sobre adolescência. O disparador foi o depoimento de uma jovem em um blog. O texto discorria sobre a dicotomia entre estar jovem demais para algumas coisas e velha para outras. Os usuários falaram sobre família, responsabilidades em casa, momentos de dificuldade nas negociações com os pais e das incertezas das relações afetivas. Nesse dia as agentes se deram conta de que a maior parte dos jovens que se vincularam à atividade não tinha iniciado a vida sexual, pois faziam questões e apontamentos ingênuos sobre as relações sexuais. Somente duas das participantes demonstravam ter mais experiência.

A agente relatou estar muito satisfeita porque os jovens falaram mais no encontro. Alegou que isso se devia ao fato de a condução ter sido mais leve, como um bate-papo. Estavam presentes menos profissionais de saúde, que vieram sem jaleco e se sentaram no chão da sala de reunião com os usuários. Ela avaliou que estavam aprendendo com os erros e conseguiram fazer uma atividade interessante aos jovens.

Na reunião de organização, as outras agentes também se mostraram satisfeitas. Uma delas disse: “estamos conseguindo ouvir os adolescentes”. Na caixa de sugestões, os jovens pediram para falar mais sobre sexo, DST, cuidados com o cabelo e namoro. Os residentes sugeriram que fossem trabalhados temas mais gerais e que a DST aparecesse transversalmente, mesmo porque já houve um encontro inteiro sobre o tema.

As agentes sugeriram a realização do jogo da verdade, e quem não quisesse responder não seria ridicularizado, faria alguma tarefa ou encenação no contexto do tema abordado. O tema escolhido foi “O que sei sobre sexo”.

As regras da dinâmica foram definidas. Haveria cartões com perguntas e cartões com consequências, com uma garrafa de plástico alguém seria designado a responder, se não quisesse poderia pagar a prenda. Os profissionais de saúde também participariam da roda. A solução dos cartões foi dada para que não fossem feitas abordagens agressivas entre os jovens e nem se escapasse ao assunto.

Eis alguns exemplos de cartões disparadores das questões: “O que é sexo sem compromisso?”; “O que é sexo com compromisso?”; “Masturbação”; “Parada LGBT”; “Um tapinha dói ou não dói?”; “O que você acha atraente em você?”; “O que você acha bonito em um homem?”; “O que acha bonito em uma mulher?”; “Idosos fazem sexo?”; “Como é um beijo bom?”; “O uso do álcool interfere na relação sexual?”; “Quem pode fazer aborto”. Ao todo foram elaborados 27 cartões.

Como consequências havia: “Explique o uso da pílula anticoncepcional”; “Cante uma música machista”; “Ensine a usar o absorvente interno e externo”; “Explique ao seu filho de onde vêm os bebês (dramatização)”; “Busque um preservativo na unidade de saúde”. Ao todo foram 15 as prendas.

O processo de elaboração dessas questões foi participativo e tomou bastante tempo. Como uma das agentes estava de plantão no acolhimento, a reunião foi feita na recepção. Estavam presentes as agentes comunitárias, os residentes, o professor de educação física e três estagiários. Os participantes acordaram que para cada tópico sugerido seria necessário discutir a resposta, pois precisariam estar preparados para a conversa com os jovens.

A reunião tornou-se uma sensação na unidade. Profissionais de saúde que passavam por ali paravam um pouco e davam sua opinião sobre o tópico em discussão. Outros, como o enfermeiro, foram chamados para tirar dúvidas. Alguns usuários que estavam por ali também participaram.

A discussão foi tranquila, em tom pluralista e participativo. Ocasionalmente surgia alguma ideia equivocada ou preconceituosa, que era apontada e analisada. Um dos residentes tem conhecimento sobre gênero e sexualidade e fez várias intervenções nesse sentido. Quando surgiu a questão do aborto, agente e residente se manifestaram contrárias à prática. O rapaz esclareceu que ali o assunto não pode ser abordado nesses termos, pois é uma questão de saúde pública. Uma postura negativa poderia, por exemplo, afastar uma usuária que precisa de ajuda.

Ao surgir o tema da homossexualidade, uma agente associou o comportamento gay à feminilidade, e a discussão se concentrou na diferenciação entre orientação sexual e identidade de gênero. Duas disseram que esses conceitos eram novos. Desse modo, aspectos da sexualidade e das relações de gênero foram abordadas ali, na frente de todos, em uma movimentação pouco comum mas bem recebida na unidade.

As agentes de saúde tinham muito interesse nesses assuntos e, embora manifestassem algumas ideias menos compreensivas, estavam dispostas a aprender mais sobre o tema e poder implementar esse conhecimento em seu trabalho. Ao final da reunião disseram que apesar de a atividade dar muito trabalho, estão contentes porque estão aprendendo muito³⁵.

Ocorrida a atividade, houve a imediata reunião de avaliação. O grupo aconteceu conforme planejaram, mas dois meninos que participaram pela primeira vez causaram certo alvoroço. Durante o tempo todo fizeram piadas, comentários “engraçadinhos” e referiram seus pênis diversas vezes. A agente comentou que teria que “dar um corte neles”, e o residente argumentou que não era necessário, que fossem lhes dadas mais tarefas de modo a trazê-los para perto e eles fariam menos gracejos. Ela aceitou a sugestão, mas argumentou a irmã de um dos garotos também estava no grupo e ele poderia fazer comentários sobre algo que ela tenha dito. A outra agente propôs a elaboração de um contrato de convivência para o grupo.

As sugestões dos jovens para o encontro seguinte eram a primeira vez, alimentação saudável, sexo e DST. A residente sugeriu que fossem priorizadas questões sobre afetividade, como o namoro ou o ficar. Ela também percebeu que parte deles não tem experiência com sexo, e considera importante focar a abordagem em suas vivências. A agente argumentou que o namoro não é o ideal dos adolescentes da comunidade, que eles preferem “pegar”. O residente indicou começar por aí. A sugestão foi bem recebida e seria discutida na próxima reunião de planejamento.

A partir do encontro seguinte eu começaria a participar. As agentes precisavam de alguém para fazer o registro das atividades e pensaram em mim porque sempre me viam anotando. Sugeriram que, como acompanhei a trajetória da elaboração do grupo, poderia observar a atividade para dar um retorno a elas.

Concordei por dois motivos: o primeiro é que, com a função de auxiliar os profissionais de saúde na atividade, tecnicamente eu não estaria observando os adolescentes, e não teria problemas com o Comitê de Ética. O segundo é que, como eu já estava inserido no cotidiano da unidade, eu não poderia deixar de aceitar o convite para participar mais

³⁵ Essa reflexão constante sobre os conceitos e a metodologia que envolvem a elaboração da atividade pode ser referida como uma prática de educação permanente em saúde.

ativamente da atividade, pois era um sinal de que eu era aceito naquele grupo.

A reunião de organização aconteceu na sala de reuniões. O tema escolhido foi autocuidado. Gênero seria tema incluído transversalmente na atividade. A ideia de cuidado inicialmente foi associada à noção de prevenção de doenças, mas na discussão acabaram por incluir alimentação, higiene, autoestima e vaidade. Inicialmente haveria uma dinâmica de aquecimento rápida. Em seguida, a discussão do contrato de convivência.

A tarefa central foi organizada para que os jovens chegassem à mesma conclusão dos profissionais: as práticas de cuidado estão nos atos cotidianos e não se tratam apenas de uma questão de saúde e doença. O grupo se dividiria e desenhariam em folhas grandes dois corpos, um grupo faria o masculino e o outro o feminino. Partiriam da descrição física para então descrever o temperamento e o seu meio social, construindo uma personagem. A ideia era não separar os grupos por gêneros, para evitar uma “guerra dos sexos”.

Uma inovação foi pensada para a condução da atividade. Antes todos coordenavam os jogos, o que acabava causando muitas falas simultâneas e às vezes digressão. Cada atividade um agente teria como referência, com rotatividade nos encontros subsequentes. Então, como já faziam com o lanche que é oferecido ao final, haveria um responsável para cada tarefa e teriam o cuidado de não “engessar” as atribuições e nem fragmentar o modo coletivo que operavam até o momento.

Na oficina compareceram seis adolescentes, quatro eram meninas. Ocorreu conforme o plano, mas acabou-se por agrupar as meninas em um grupo, e os garotos em outro. Residentes e agentes comunitários se juntaram aos adolescentes. O resultado foi um homem forte, com barba, pouco vaidoso, rico, jovem, estudioso, e uma mulher bonita, “sarada”, vaidosa e caprichosa. Os meninos desenharam a mulher e vice-versa.

Quando pensaram em cuidado, elencaram cuidados de higiene e beleza, uso de preservativo, mas se esqueceram da alimentação. A discussão levou os jovens a refletirem sobre a escolha daquele modelo de homem e mulher, e a firmaram que é o valorizado nos meios de comunicação, e a partir disso passou-se a falar dos diversos comportamentos masculinos e femininos.

Os temas do sexo e da primeira vez foram abordados pelos jovens mais uma vez. Os meninos que fizeram gracejos da outra vez protagonizaram a elaboração de seu desenho, e o tempo todo participaram da atividade sem provocar os outros participantes. Ao final uma das garotas foi conversar em particular com a agente para marcar consulta médica.

Na análise, mais uma vez foi abordada a necessidade de deixar os jovens mais à vontade para falar e expor suas opiniões. No início estavam um pouco tímidos, e, diante de

silêncios, uma das residentes tomava o turno da palavra. Ela reconheceu que não conseguia esperar o tempo que eles levavam para se manifestar e que muitas vezes falou por uma das garotas.

Na data agendada todos estavam cansados para a organização da atividade, que foi adiada para alguns dias depois. Porém, a agente comunitária aproveitou para contar que entraram em contato com uma famosa organização que trabalha com adolescentes em outra comunidade para conhecer sua metodologia e trazer novas propostas para a unidade. Dentre as ações promovidas por aquele coletivo estão cursos de artes marciais, grupo de dança e oficinas diversas. As agentes têm interesse em implementar ações parecidas e também aprender mais técnicas de oficinas e dinâmicas de grupo.

A tendência era fazer uma sessão de cinema na unidade como ação da saúde dos adolescentes. Já tinham escolhido o nome “Adolescine”. Mas no momento da reunião disseram que haviam desistido da proposta, pois os filmes que cogitaram são longos. Uma delas argumentou que ninguém quer vir à unidade assistir filmes, pois há outros locais para isso. Além do mais, apesar de na unidade haver todo o equipamento necessário para a projeção de filmes, seria uma atividade maçante para os participantes.

Desse modo, optaram por uma oficina dramatizada sobre relacionamentos afetivos. Cinco moças foram à atividade. Houve a dinâmica de aquecimento e o momento do contrato de convivência, que será retomado no começo de todos os encontros.

A dinâmica central era a construção de uma história coletiva cujo ponto de partida era o enunciado de um relacionamento amoroso, que seria complementado por cada participante.

A história versou sobre uma adolescente que se apaixonou por um garoto da escola. Ela foi rejeitada por ele, mas acabavam ficando juntos. Uma relação de encontros e desencontros na qual ela fica grávida e é abandonada por ele. Depois de concluída a história, a discussão abordou ciúme, gestação, vaidade, modos de se vestir e respeito às diferenças.

Ao final, as adolescentes pediram para mudar o horário. Estão gostando das oficinas mas no meio da tarde é difícil participar, pois concorre com as aulas. A agente se comprometeu em organizar outro horário, pois o importante é a participação delas.

Os profissionais de saúde avaliaram bem a atividade, e estavam contentes porque vieram três participantes novas. Para a próxima quatro questões/sugestões constavam da caixa de sugestões: “cabelo”; “é obrigado a tomar remédio para não menstruar?”; “desentendimento entre amigos”, “o que fazer para não engravidar”. A equipe decidiria isso depois.

A realização do grupo de adolescentes foi a oportunidade de acompanhar o desenvolvimento de uma ação que prioriza os aspectos da sexualidade em uma população

pouco acessada pelas equipes. A primeira motivação das agentes comunitárias tinha a ver com a gestação não planejada. Essa preocupação não é exclusiva daqueles profissionais de saúde, visto que nos Cadernos da Atenção Básica, editados pelo Ministério de Saúde, a atenção a essa população está incluída no volume de atenção sexual e reprodutiva.

O que se destaca é a implicação das agentes comunitárias na promoção da atividade. Há algo em comum na biografia das profissionais: as três engravidaram jovens e sem planejamento; são críticas em relação ao machismo e, dentre outras coisas, dividem as tarefas da casa com seus companheiros; são agentes comunitárias referidas como boas profissionais pelos colegas e nas reuniões de equipe são sempre participativas.

Na organização dos grupos havia algumas incoerências. Após o primeiro encontro foi criticado o foco em DST, mas na semana seguinte a mesma agente propôs que abordassem o tema. Para a terceira reunião foi sugerido o mesmo tema, mas não teve continuidade. A caixa de sugestões não funcionava do modo que foi proposto, pois a sua apresentação nas atividades tinha um caráter impositivo, e alguns jovens se limitavam a escrever o tema discutido no dia. Além disso, muitos temas sugeridos, como beleza, cuidados com o cabelo, espinhas, menstruação sequer foram discutidos.

A dificuldade em agregar outros temas além da DST ou do sexo tinha a ver com a permanência de uma ideia estereotipada de adolescência como aquela fase em que não há responsabilidade, marcada pelos hormônios e pela inconsequência. Esse ideal contribuía para a emergência de sutis intenções de controle e disciplina, que não tomavam corpo pelo fato de haver muita reflexão para a realização da atividade, o que tornava as agentes mais críticas sobre sua atuação.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Estratégia de Saúde da Família constitui uma modalidade de atenção focada no território, na promoção de saúde e prevenção de agravos. O acompanhamento constante da situação de saúde da população adscrita às suas equipes é um de seus diferenciais, e, para isso, prescinde de profissionais que incorporem em suas práticas uma compreensão mais aprofundada da subjetividade e das condições sociais de seus sujeitos privilegiados. Em outros termos, faz-se necessário sair do campo seguro da clínica biomédica.

As primeiras experiências em saúde comunitária da Unidade Experimental de Murialdo, na década de 1970, apontavam a necessidade da formação de médicos com orientação diferenciada que, além da incorporação da tradição clínica, conjugassem outras formas de saber. Esses profissionais teriam a habilidade de abranger uma ampla gama de problemas de saúde, reconhecer as doenças mais comuns de sua área de atuação e entender saúde e doença como processos, e não como estados.

O processo de formação de uma nova especialização médica que atendesse a essa demanda foi analisado por Bonet (2006) como um rito de passagem, em uma série de articulações entre os defensores da nova modalidade. O processo reuniu os médicos em torno da discussão das bases científicas da medicina, dos significados envolvidos em suas práticas e da identidade do médico. Por fim, chegou-se à denominação da Sociedade de Medicina de Família e Comunidade, que atualmente regulamenta a especialização da especialização na área.

Com a expansão da Estratégia de Saúde da Família houve o estímulo para a multiplicação desses cursos de especialização, apesar de “um relaxamento na rigidez no cuidado com o título” (Idem, p.235). A expansão também impulsionou a criação de residências voltadas a enfermeiros e outros profissionais (Mendonça et al, 2010). Dessa forma, a composição de equipes com profissionais orientados para o cuidado comunitário foi facilitada, de modo a minimizar um dos problemas fundamentais para a consolidação da estratégia.

Outra categoria profissional importante – se não fundamental – para a estratégia é o agente comunitário de saúde (ACS). Captado entre os moradores do território para a integração das equipes, constitui-se como “o ator mais intrigante no que se refere à relação de trocas estabelecidas entre saberes populares de saúde e saberes médico-científicos” (Nunes et al, 2002, p.1640). Por conviver com a realidade de onde mora e ser formado a partir dos referenciais biomédicos, ele tem a possibilidade de um diálogo profundo entre esses dois

saberes e práticas. Por isso, tem um caráter híbrido e polifônico, o que “o inscreve de forma privilegiada na dinâmica de implantação de um novo modelo assistencial, pois, numa posição estratégica de mediador entre a comunidade e o pessoal de saúde, ele pode funcionar ora como facilitador, ora como empecilho nessa mediação” (Idem).

Na unidade estudada as três equipes tinham seus quadros completos, e com médicos especialistas em Saúde da Família e Comunitária. Dos profissionais de saúde, 55% estavam vinculados à unidade desde sua inauguração, em fevereiro de 2009, e 70% moravam no território de atuação (dos quais 80% são ACS).

Se a presença de especialistas, a fixação dos trabalhadores e o vínculo com a comunidade forem considerados condições para o êxito das ações de saúde, os dados explicariam a cobertura satisfatória da unidade em diabetes e hipertensão, bem como o êxito na taxa de vacinação infantil.

Todavia, em outras ações priorizadas pelas diretrizes estratégica, as equipes não alcançam as metas na coleta do preventivo (papanicolaou), inserção de dispositivo-intrauterino (diu) e exames de pré-natal até o terceiro mês de gestação.

Esse modo mais epidemiológico de apresentar o problema possivelmente teria uma resposta objetiva, baseada em fatos levantados a partir de um questionário, e colocaria nas mãos do gestor alguma proposta de ação diretiva. No modelo de atenção ambulatorial a intervenção com orientação em indicadores poderia resolver o problema dos números.

Na Saúde da Família, conforme enunciado por uma agente comunitária, a orientação é não tratar as pessoas e as questões de saúde como números. Ou seja,

As ações sobre esse espaço [o ambiente familiar] representam desafios a um olhar técnico e político mais ousado, que rompa os muros das unidades de saúde e enraíze-se para o meio onde as pessoas vivem, trabalham e se relacionam. (Brasil, 2007, p.8).

A dicotomia entre indicadores de produção e a complexidade do cuidado promovido pelas equipes pode constituir parte da explicação para discontinuidades no planejamento das atividades em nível municipal.

A Saúde da Família foi implantada no município do Rio de Janeiro em 1996, com a inserção de equipes do Programa de Agentes Comunitários em Saúde (Pacs) em ambulatórios e hospitais. A partir de 2009, colocou-se um andamento uma política acelerada de adequação de unidades à ESF e a criação de novas unidades, com a gestão das unidades a cargo de organizações sociais.

Demonstra-se nessa política uma forte tendência de regulação das práticas por meio da produtividade das equipes, que acabam sendo mensuradas pela realização de procedimentos. Em um modo de conceber a saúde em suas bases tradicionais, as organizações gestoras

acabam por estimular os procedimentos clínicos como meio de produzir resultados. Dessa forma, as ações em saúde mais ancoradas na tecnologia biomédica tendem a maiores êxitos.

Inserção de diu, coleta de papanicolau e exame de pré-natal também são procedimentos de caráter técnico-científico biomédico, entretanto envolvem uma série de representações sociais não decodificadas pelos indicadores. No modo como estão pactuados atualmente não levam em conta as peculiaridades das ações desenvolvidas nos territórios.

Apesar da meta de implantação do diu, da disponibilidade de material, da presença de uma médica habilitada para o procedimento, da divulgação em diversas ocasiões e do interesse das usuárias, a unidade de saúde observada não havia realizado o implante sequer uma vez, visto que as interessadas não cumpriam todos os requisitos necessários. Dentre eles, o exame de HIV foi incluído pelos membros da equipe pois, ao reconhecer as práticas sexuais na comunidade, ponderaram que estariam legitimando situações de risco às quais as mulheres estão expostas.

A coleta do preventivo exige uma relação de confiança e empatia entre a usuária e o profissional que a examina por ser entendido pelas mulheres como um procedimento íntimo e desconfortável. Parte das moradoras da comunidade prefere essa consulta em outros serviços por já estarem habituadas aos seus profissionais, por preferirem não mostrar seu corpo a alguém que faz parte do seu cotidiano ou mesmo por supor que há o risco de sua intimidade ser revelada na comunidade. A equipe, por visitar as residências, tem se organizado para saber da situação das mulheres e reconhecer sua escolha por outro serviço.

Assim, as ações em saúde sexual e reprodutiva exigem dos profissionais de saúde uma compreensão das práticas e valores da comunidade, bem como a reflexão sobre o modo como se conectam aos sentidos da sexualidade e do gênero na sociedade.

Como na comunidade, a maternidade e a primeira infância são positivadas na unidade de saúde. De certo modo, essa postura é estimulada pelos programas priorizados na Atenção Primária em Saúde, que privilegiam os aspectos da saúde da mulher e o cuidado materno-infantil (Schreiber, 2005).

Apesar de as mulheres representarem 60% dos usuários que procuram a unidade em demanda espontânea, elas permanecem mais tempo que os homens no interior da clínica, ou seja, têm mais visibilidade. Da mesma forma, a presença das crianças é frequente, bem como é estimulada pelos profissionais por meio da demonstração de afeto aos pequenos.

Algumas situações referidas como alguns profissionais dentro de um ideal mais tradicional, na comunidade são ressignificadas. O aborto é uma situação dessas. Tema

sensível, alvo de pânico moral na sociedade, foi referido por duas usuárias como uma possibilidade plausível, pois sabe-se onde buscar e os riscos envolvidos.

Agentes de saúde contaram situações em que convenceram usuárias a não interromperem a gravidez indesejada, alegando o valor da família e o risco de morte. Além do aspecto moral que envolve a questão, a orientação institucional é que os profissionais de saúde tentem dissuadir as usuárias da prática por conta dos riscos de saúde, pois não têm outra solução a apresentar nesses casos.

Seguindo os protocolos, a agente convocou a enfermeira para convencer a usuária a dar seguimento à gravidez, entretanto considerou ao final do processo que não foi uma boa solução, pois a criança sofria rejeição materna.

Não é possível falar em perfil institucional sobre sexualidade e gênero, mas considerar uma tendência no conjunto das práticas promovidas pelos profissionais de saúde. Por vezes em uma mesma ação os sentidos atribuídos ao tema privilegiado são distintos.

Na comunidade a chegada de uma criança, planejada ou não, faz emergir uma rede de cuidados entre as mulheres que se apoiam no cuidado das crianças. Os profissionais das equipes reconhecem essa rede e quando promovem ações de planejamento familiar tratam o assunto no sentido de incentivar às mulheres para a autonomia sobre a escolha de ter filhos.

A gestão da Secretaria de Saúde, por outro lado, dificulta o acesso à pílula anticoncepcional, de modo a estabelecer resoluções que burocratizam o atendimento e impeçam os profissionais de saúde a atuar conforme as necessidades locais.

No caso do grupo de gestantes, as sessões promovidas por profissionais das equipes, a discussão era mais voltada em torno das questões levantadas pelas usuárias, suas dificuldades e andamento da gestação. No encontro promovido por residentes, havia uma exaltação da gravidez como um destino feminino, em uma discursividade que girava em torno do amor. No grupo da creche, a maternidade foi abordada de modo mais subjetivo e psicológico.

No grupo dos adolescentes, por mais que o objetivo das organizadoras fosse trazer os adolescentes para o cuidado com a saúde, um ideal de adolescência baseado nos hormônios e na irresponsabilidade trazia contornos disciplinares, que eram minimizados pelo planejamento coletivo da ação.

Além das diretrizes da estratégia, das determinações da gestão e dos valores em jogo na comunidade, a implicação dos profissionais com os cuidados em saúde sexual e reprodutiva estava relacionada com sua relação no interior das equipes e com suas motivações pessoais com o tema.

A reunião de gestantes em que a gravidez era referida como “a coisa mais maravilhosa que pode acontecer com uma mulher” era conduzida por três residentes que eram amigas e sempre relatavam o desejo de casar e ser mãe. Pelo reconhecimento de sua competência técnica e a confiança das equipes, ficaram responsáveis pela atividade, entretanto, por não estarem tão afeitas aos códigos da comunidade, traduziam a maternidade por um viés mais romantizado.

O grupo de adolescentes era conduzido por três agentes comunitárias amigas. Em sua biografia, elas engravidaram novas, sem planejamento. Coincidentemente, apresentaram no início das discussões sobre a atividade a necessidade da “prevenção” da gravidez, assim, como o sexo com responsabilidade estava frequentemente em pauta, por mais que os participantes sugerissem outros temas.

O grupo de planejamento familiar tinha à frente uma enfermeira que gostava muito do assunto e que em um casamento de dez anos optou por não ter filhos. Com experiência profissional anterior e formação no tema, priorizava o diálogo nos encontros realizados.

O grupo da diversidade era promovido por um enfermeiro assumidamente homossexual. Com sua saída da equipe, houve tentativa de continuar a atividade com o mesmo nome, mas com um giro conceitual que retirou a orientação sexual e a identidade de gênero como elementos-chave da ação.

Apesar de sugerir a realização desses grupos, o órgão de gestão das unidades não inclui em seu planejamento ações de apoio às unidades para sua implementação e, dessa forma, é pouco comum o desenvolvimento dessas ações em outras clínicas da saúde do município.

Como essa unidade tem uma história peculiar, já que foi fundada com base na reivindicação popular e estruturada com a força-tarefa de muitos profissionais que ainda compõem sua equipe, a resposta a certas necessidades esteja baseada nos valores que eles imprimiram à unidade: a colaboração afetiva, o reconhecimento da competência de cada profissional e o respeito aos valores e práticas da comunidade.

Na unidade de saúde, questões de gênero e sexualidade tendem a ser abordadas nas próprias ações de saúde sexual e reprodutiva, porém, estas não são garantidas somente pela tecnologia institucional, ou pela estrutura. Um imóvel com todas as salas funcionais, pintura sem manchas, ar condicionado em todos os cômodos, luz e água sem interrupção de fornecimento, móveis novos e material educativo não constituem mais que uma parcela daquilo que é necessário para uma unidade de saúde funcionar plenamente.

A ligação das equipes entre si e com os usuários é um fator importante nesse território.

Promove um sentimento de grupo e de comunidade que serve tanto para promover saúde, defender os direitos coletivos e favorecer relações de mútua confiança e de relativa flexibilização de papéis.

Todas as ações em saúde sexual e reprodutiva realizadas em grupos são promovidas por profissionais de saúde implicadas ao tema com que se responsabilizaram. Nesses casos, a trajetória pessoal, profissional e os vínculos estabelecidos no território interferem de modo que se consiga produzir aquilo em que se acredita, e as disposições particulares acabam por se amalgamar às diretrizes de um sistema de saúde, como se fossem governadas por ele. Mas não, por mais que a instituição de saúde tenha engendrado as categorias profissionais que ali operam, são os indivíduos que tomam para si certas atribuições e produzem a ilusão de um perfil institucional.

REFERÊNCIAS

- BERQUÓ, Elza. Brasil, um caso exemplar: anticoncepção e parto cirúrgicos – à espera de uma ação exemplar. **Estudos Feministas**, CIEC/UFRJ, Rio de Janeiro, v.1, n.2, p.366-381, 1993.
- BONET, Octavio A. **Rituais e conjunturas que se unificam**: a medicina da família e comunidade e o PSF. Em: SALGADO, Gilberto (org.). *Cultura e instituições sociais*. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2006, p.207-237.
- BONET, Octavio Andre Ramon; TAVARES, Fátima Regima Gomes. *O cuidado como metáfora nas redes da prática terapêutica*. Em: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de Mattos (orgs.). Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: Cepesc-IMS/Uerj-Abrasco, 2006, p.263-277
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N° 648/GM. **Diário Oficial da União**. 28 mar 2006a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 300p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. 36p.
- BRAZ, Camilo Albuquerque de. “Mas agora confessa...”: notas sobre clubes de sexo masculinos. **Sex., Salud Soc. (Rio J.)**. n.4, abr. 2010, p.127-156
- CARRARA, Sérgio; RUSSO, Jane A.; FARO, Livi. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. **Physis**. 2009, v.19, n.3, p. 659-678.
- COOK, Rebecca J; DICKENS, Bernard M; FATHALLA, Mahmoud F. **Saúde reprodutiva e direitos humanos**: integrando medicina, ética e direito. Rio de Janeiro: CEPIA, 2005. 608p.
- CORREA, Sonia; PETCHESKY, Rosalind. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.1-2, 1996, p. 147-177.
- COUTO, Márcia Thereza et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface**, São Paulo, abr-jun 2010, vol.14, n.33, p.257-270.
- DAMATTA, Roberto. **O ofício do etnólogo, ou como ter “Anthropological Blues”**. Em: NUNES, Edson de Oliveira. *A aventura sociológica: objetividade, paixão, imprevisto e método na pesquisa social*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978, p.23-35.
- DEBERT, Guita Grin; Gregori, Maria Filomena. Violência e gênero: novas propostas, velhos dilemas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v.23, n.66, fev. 2008, p.166-185.
- FARIA, Vilmar Evangelista. Políticas de governo e regulação da fecundidade: consequências não antecipadas e efeitos perversos. Em: ANPOCS - Associação Nacional de Pós Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais. **Ciências sociais hoje, 1989**. São Paulo: Vértice, Editora Revista dos Tribunais, Anpocs, 1989, p. 62-103.
- FAVORETO, César Augusto Orazem; CAMARGO JR., Kenneth Rochel de. Alguns desafios conceituais e técnico-operacionais para o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família como uma proposta transformadora do modelo assistencial. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 12, n.1, jun. 2002, p.59-75.

FOOT-WHITE, William. **Treinando a observação participante**. Em: GUIMARÃES, Alba Zaluar. Desvendando máscaras sociais. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1980, p.77-86.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1988, 176p.

FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderley Silva; MERHY, Emerson Elias. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG)**. Em: MERHY, Emerson Elias et al. O trabalho em saúde: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano. O debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 2006, p.37-54.

GUIMARÃES, Tânia Maria Rocha. **Avaliação de resultados e impacto do PSF em Olinda, na saúde infantil**. “Um estudo de série temporal: 1990 a 2002”. Dissertação (Mestrado em Saúde Materno-infantil). Recife: IMIP – Instituto Materno-infantil de Pernambuco, 2004.

HEILBORN, Maria Luiza. **Conversa de portão: juventude e sociabilidade em um subúrbio carioca**. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social). Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Museu Nacional, 1984, 212p.

MACHADO, Carla. Pânico Moral: Para uma Revisão do Conceito. **Interacções**. Coimbra, out. 2004, v.7, p.60-80.

MALINOWSKI, Bronislaw. **Objetivo, método e alcance desta pesquisa**. In: ZALUAR, Alba G. (org.). Desvendando Máscaras Sociais. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves. Ed., 1980.

MANDÚ, Edir Nei Teixeira. A expressão de necessidades no campo de atenção básica à saúde sexual. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v.58, n.6, dez. 2005. p.703-709.

MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de et al. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, ago. 2010, p.2355-2365.

MENEZES, Rachel Aisengart. **Difíceis decisões: etnografia de um Centro de Tratamento Intensivo**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006, 107p.

MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa; HAMANO, Lina; CAVALCANTE, Lubiana Guilherme. O exame preventivo do câncer cérvico-uterino: conhecimento e significado para as funcionárias de uma escola de enfermagem de uma instituição pública. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. 2002, vol.36, n.3, p.289-296.

MONKEN, Maurício, BARCELLOS, Christovam. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.3, mai-jun, 2005, p.898-906.

MOURA, Escolástica Rejane Ferreira; SILVA, Raimunda Magalhães da. Competência profissional e assistência em anticoncepção. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2005, vol.39, n.5, p.795-801.

NUNES, Mônica de Oliveira; TRAD, Leny Bonfim; ALMEIDA, Bethânia de Araújo; HOMEM, Carolina Ramos; MELO, Marise Cláudia I. de C. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.6, nov-dez 2002, p.1639-1646.

PAULA, Aline Fernandes de; MADEIRA, Anézia Moreira Faria. O exame colpocitológico sob a ótica da mulher que o vivencia. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. 2003, vol.37, n.3, p.88-96.

PINTO, Luiz Felipe. **Clínicas da família na cidade do Rio de Janeiro**: a expansão da atenção primária em saúde em questão. [2010]. Disponível em: <http://votiscxs1.otics.org/trabalhosredeunida/resumos/RE1539-1.pdf>. Acesso em: 12 de julho de 2011, 5p.

Portal da Prefeitura do rio de Janeiro. **Prefeitura inaugura 56ª Clínica da Família, que já atende a dois milhões de pessoas**. [26 jan. 2012]. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/guest/exibeconteudo?article-id=2512043>>. Acesso em: 28 jan. 2012.

SCHREIBER, Lilia Blima. **Equidade de gênero e saúde**: o cotidiano das práticas do Programa de Saúde da Família no Recife. Em: VILLELA, Wilza; MONTEIRO, Simone (orgs.). *Gênero e saúde: Programa Saúde da Família em questão*. Rio de Janeiro: Abrasco; Brasília: UNFPA, 2005. p.39-61.

SCOTT, Parry. **Gênero, família e comunidades**: observações e aportes teóricos sobre o Programa Saúde da Família. Em: VILLELA, Wilza; MONTEIRO, Simone (orgs.). *Gênero e saúde: Programa Saúde da Família em questão*. Rio de Janeiro: Abrasco; Brasília: UNFPA, 2005. p.73-98

SECRETARIA Municipal de Saúde e Defesa Civil. **Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro**: PMS 2009-2013. Rio de Janeiro: Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro, 2009. 153p.

SILVA, Joana Azevedo; DALMASO, Ana S. Whitaker. **Agente comunitário de saúde**: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. 240p.

TURNER, Victor W. **O processo ritual**: estrutura e antiestrutura. Petrópolis: Vozes, 1974, 248p.

VIANA, Ana Luíza D'Ávila; DAL POZ, Mário Roberto. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.8, n.2, 1998, p.11-48.