

## Médicos e “não-médicos” na unidade de atenção primária “Morro da Ilha”

Physicians and "non-physicians" in the "Morro da Ilha" Primary Care Unit

Débora Previatti<sup>1</sup>

### Resumo

Esta pesquisa teve como objetivo analisar as tramas sociais interprofissionais que caracterizam uma Unidade de Atenção Primária (UAP). Para isso, foi realizada uma etnografia da UAP “Morro da Ilha”, de renome nacional, situada em Florianópolis-SC, pelo período de dois anos. O material etnográfico incluiu, além da observação participante, entrevistas semi-estruturadas e análise de documentos oficiais governamentais, manuais e tratados profissionais. O estudo permitiu identificar que, na medida em que uma série de novos grupos profissionais passou a integrar a Atenção Primária, uma cascata de movimentos, enquadramentos e posicionamentos específicos foi ativada por parte desses grupos, mas também por parte daqueles que já estavam bem estabelecidos. Nesse sentido, elementos como a fofoca, quadros de greve, uso e disposição dos espaços físicos, assim como práticas de escrita mostraram-se elementos eficazes para desvelar a demarcação de limites profissionais e a presença de disputas e hierarquias simbólicas. Nesse contexto, um perfil específico de trabalhador flexível é valorizado, com habilidades como a agilidade, a flexibilidade e a proatividade, com vistas a uma alta produtividade dos profissionais e uma maior “resolutividade” dos serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde. A atuação dos profissionais em tal modelo contribui para a reprodução de hierarquias nesse jogo social.

**Palavras-chave:** etnografia, grupos profissionais, Atenção Primária, médicos e “não-médicos”.

### Abstract

This research aimed to analyze the interprofessional social frames that characterize a Primary Care Unit (PCU). For this, it was made an ethnography of a national renown PCU placed on Florianópolis-SC for a period of two years. The ethnographic material included participant observation, but also semi-structured interviews and the analysis of official government documents and professional manuals and treatises. It was possible to identify that at the moment that several new professional groups became part of Primary Care, many adaptations, frameworks and specific positionings were activated by these groups, but also by those who were already well established. In this sense, elements such as gossip, work stoppages, use and disposal of physical spaces, as well as writing practices have shown to be effective elements to unveil the demarcation of professional boundaries and the presence of symbolic disputes and hierarchies. In this context, a specific profile of flexible worker is valued, with skills such as agility, flexibility and proactivity, hoping a high productivity of professionals and a greater “resoluteness” of the services offered by the Unified Health System. The performance of professionals in this model contributes to the reproduction of hierarchies in this social game.

---

<sup>1</sup>Doutoranda em Sociologia Política pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) com estágio de doutoramento pela École des Hautes Études en Sciences Sociales de Paris. E-mail: [deborapreviatti@gmail.com](mailto:deborapreviatti@gmail.com) Cidade: Florianópolis.

**Keywords:** ethnography, professional groups, Primary Care, physicians and "non-physicians".

## Introdução

O surgimento da Atenção Primária no país resultou de uma proposta global, o *Primary Care*, sendo que, no Brasil, a sua implementação incorporou certas especificidades. Foi traduzida em um momento inicial como “Atenção Básica”, de modo que as ações desenvolvidas nessa esfera de atuação serviriam de base para todos os demais serviços prestados pelo SUS. Além disso, priorizaria-se na Atenção Primária a resolução dos problemas julgados pelos profissionais de saúde como mais “básicos” e “primários”, deixando aqueles de maior complexidade às demais esferas.

A Atenção Primária (AP) configura-se em uma ramificação do espaço social da Saúde Coletiva. Consolidou-se no sentido de vir a se tornar a principal porta de entrada para os serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Com o passar do tempo de sua implementação, a AP tornou-se também central na organização do sistema, passando a direcionar a maioria dos fluxos de atendimento e incorporando uma multiplicidade de novos profissionais. Tal ação não necessariamente implicou em uma garantia de “interdisciplinaridade” e de um espaço horizontal de decisões.

Há regras específicas que regem e direcionam os discursos e os comportamentos dos indivíduos que transitam ou permanecem em espaços públicos. Em uma Unidade de Atenção Primária (UAP) observamos isso mediante as normas existentes para as formas de sociabilidade e para transitar pelos espaços, de vestuário, de atitudes, de linguagem. Como espaço público, a UAP configura-se também em um local onde as relações sociais apresentam características específicas, dentre elas a transitoriedade e a instabilidade (ARANTES, 2000).

Nesse sentido, uma série de concepções foi adotada ao longo do processo de consolidação da Atenção Primária e pactuada com todos os indivíduos envolvidos. Tais concepções foram sendo renovadas na medida em que houve uma abertura para a inclusão de um leque de novos

profissionais. Diante da variedade de grupos profissionais implicados (e dos interesses em jogo, muitas vezes divergentes), a renovação dessas concepções fez com que iniciassem certos processos de negociação entre os agentes em disputa: daqueles já estabelecidos<sup>2</sup> – no caso dos médicos e das enfermeiras<sup>3</sup> – como também de todos os outros profissionais que passavam progressivamente a compor aquela realidade, tais como odontólogos, farmacêuticos, fonoaudiólogos, psicólogos, nutricionistas, educadores físicos, assistentes sociais, entre outros.

A fim de analisar as tramas sociais de interdependência que se fazem presentes nas relações entre os grupos profissionais em jogo, tomamos como pressupostos teórico-metodológicos nessa pesquisa alguns dos principais fundamentos das obras de Norbert Elias, em especial de “A Sociedade de corte” e “Os estabelecidos e os *outsiders*”. Entendemos aqui que os grupos analisados compõem juntos, em termos eliasianos, uma *figuração* (ELIAS, 2001). Nesse sentido, as relações que são estabelecidas a partir das figurações devem ser interpretadas não como meras abstrações e sim como parte concreta fundamental para a explicação da vida em sociedade. É essa cadeia de interdependências que determinará ao indivíduo até onde ele pode ir e o que pode ou não fazer. Assim, cada ação de um indivíduo em uma figuração reflete e, ao mesmo tempo, depende de uma série de outras ações, tal como num jogo de xadrez (ELIAS, 2001).

O presente artigo trata-se do recorte de um trabalho mais amplo, derivado de minha dissertação de mestrado, cujo objetivo geral foi o de analisar as relações interprofissionais na Atenção Primária, por meio da etnografia de uma UAP de renome nacional, situada em Florianópolis-SC, denominada ficticiamente aqui de UAP “Morro da Ilha”. O artigo visa, portanto, apresentar alguns dos principais achados etnográficos da pesquisa em questão, trazendo à tona algumas das principais categorias de análise e descrevendo alguns pormenores do processo metodológico.

---

<sup>2</sup> Ver ELIAS e SCOTSON (2000).

<sup>3</sup> Foi utilizada a flexão de gênero feminino ao longo do texto ao me referir aos profissionais de enfermagem, devido ao fato de que permanecem sendo em sua maioria mulheres.

Após o destrinchamento das principais características do processo etnográfico, apresentamos alguns aspectos marcantes das relações interprofissionais na Unidade de Atenção Primária pesquisada, dentre os quais acredita-se que a divisão simbólica entre médicos e “não-médicos” cumpre um papel central, no sentido de desvelar elementos hierárquicos dessa figuração. Em seguida, abordamos categorias encontradas na UAP Morro da Ilha derivadas de reconfigurações mais amplas do mundo do trabalho, as quais viriam a impactar no cotidiano de trabalho de alguns profissionais. Nesse sentido, merece destaque a valorização da flexibilidade nas relações de trabalho na AP, além de priorizar-se uma maior agilidade aliada à proatividade nos atendimentos de saúde. Nessa lógica, a atividade do “acolhimento” e uma técnica intitulada “comunicação clínica” cumprem um papel basilar.

### **Metodologia**

Partimos do pressuposto nesta pesquisa que tomar como base uma pequena unidade social para analisar certos problemas passíveis de serem encontrados em outras unidades sociais possibilita ao pesquisador uma exploração minuciosa de tais problemas (ELIAS; SCOTSON, 2000). Além disso, considera-se aqui que a comunidade mantém uma relação metonímica com a sociedade e, desse modo, torna-se relevante partir de um contexto específico para a compreensão mais ampla da sociedade ou da cultura, embora o conhecimento produzido possa ser incompleto (DURHAM, 1986). A fim de suprir tal lacuna, múltiplas fontes e métodos foram combinados.

Foi realizada uma etnografia da Unidade de Atenção Primária Morro da Ilha, situada no município de Florianópolis, pelo período de dois anos. A referida UAP possuía uma posição de destaque no espaço social nacional da Saúde Coletiva no momento da pesquisa. Tratava-se de uma unidade sob a lógica da Estratégia em Saúde da Família (ESF), sendo que os profissionais realizavam atividades incluídas nessa lógica, tais como: agendamento de consultas, visitas domiciliares, atendimentos em grupo, atividades de

promoção à saúde ou de prevenção de doenças junto à comunidade em locais próximos à UAP, além de reuniões periódicas dos profissionais, entre outras.

Considera-se aqui que a etnografia é um método potente para esmiuçar as tramas sociais interprofissionais presentes no cotidiano, como uma forma de desvelar a aparente homogeneidade das relações entre grupos profissionais nos contextos de trabalho nos quais eles se encontram engendrados. Desse modo, acredita-se que o método etnográfico permite a compreensão das próprias transformações no mundo do trabalho com maior profundidade, com a riqueza de detalhes que lhe é cabida, podendo vir a complementar diagnósticos mais sistêmicos e macrossociológicos dessas figurações. A observação participante ocorreu nos dois anos de vivência cotidiana nas atividades da Unidade de Atenção Primária, mas também nas conversas informais com os profissionais em diferentes situações e momentos, além do acompanhamento de bate-papos online, no whatsapp e no googletalk. Entretanto, dados de bate-papos não foram utilizados pelo fato de eles não terem sido publicados, servindo apenas para suscitar ideias e elencar categorias de análise.

Foram também realizadas entrevistas semi-estruturadas com alguns dos profissionais da UAP Morro da Ilha. Materiais escritos que circulavam pela UAP também foram objetos de investigação, dentre eles alguns subsídios didáticos apresentados em reuniões e palestras, além de relatórios e documentos de eventos municipais elaborados pelos profissionais de saúde e que eram publicados ou distribuídos entre os funcionários da UAP. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas. As pessoas que aceitaram participar das entrevistas assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e pela Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde (CAPPS) da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.

Serviram também como fontes de análise produções acadêmicas dos diferentes grupos profissionais envolvidos, com especial atenção a “de onde se fala”, para uma minuciosa comparação de como são descritos aspectos que dizem respeito à Atenção Primária dentro de cada área profissional. Nesse sentido que também foram analisados livros, manuais e tratados de medicina, de enfermagem e sobre a Atenção Primária, os quais forneceram valiosas informações. Muitos desses escritos norteiam as práticas de profissionais da Atenção Primária em todo o território nacional. Entre os materiais utilizados, encontra-se o livro *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia* (STARFIELD, 2002). A obra aborda regras e princípios da Atenção Primária e também as suas práticas, sendo amplamente disseminada entre os profissionais. Foi possível verificar que esses materiais não falam a mesma língua e que eles divergem em muitos elementos no que diz respeito às convenções sobre a Atenção Primária e das posições sociais ocupadas pelos seus agentes. Dependendo do público leitor a que esses livros são direcionados, geralmente composto por um ou mais grupos profissionais, as convenções disseminadas se adaptam aos seus interesses, principalmente no sentido de se colocar a favor de manter ou de conquistar certas posições sociais na esfera da AP.

Foram também materiais de análise folders de divulgação e sites oficiais de eventos internos a cada profissão, além de sites de organizações profissionais ligadas à Atenção Primária, tais como: ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva), CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde), SBMFC (Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade) e CORENs (Conselhos Regionais de Enfermagem). Além disso, foram consultados blogs e fan pages, produzidos por e para diferentes grupos profissionais, assim como sites institucionais do Ministério da Saúde e de Secretarias Municipais de Saúde, para consultas a documentos oficiais governamentais. Foram também analisados os materiais produzidos por essas instituições, em especial a coletânea *Cadernos de Atenção Básica* (BRASIL, 2009; 2011; 2014).

O cotidiano da UAP Morro da Ilha foi acompanhado diariamente, de modo a apreender as principais características presentes nas relações sociais tecidas naquele espaço-tempo particular, tanto aquelas envolvidas entre profissionais de saúde e “usuários”, como também as intra e interprofissionais. Minha presença pouco interferia nas ações dos profissionais, pelo fato de eu também ter trabalhado naquele local. É também por essa dupla característica – ser, além de pesquisadora, também nativa – que essa pesquisa etnográfica me exigiu um processo de distanciamento, de estranhamento do familiar, de modo a questionar minhas impressões prévias sobre o espaço. O processo de coleta de dados iniciou com as minhas observações mais atentas e direcionadas ao cotidiano, realizando anotações em meu diário de campo. Em um momento inicial da pesquisa estranhar o familiar e isentar-me de minha opinião pessoal sobre a realidade de estudo era uma meta árdua. Ela foi sendo alcançada de forma gradual, de modo a estabelecer o distanciamento necessário para transformar a forma como eu via os acontecimentos em um material sociológico e etnográfico.

### **Movimentos, enquadramentos, posicionamentos**

Determinadas mudanças no espaço social da Saúde Coletiva brasileira nas últimas décadas, incluindo o processo de implantação da Atenção Primária, resultaram em novos fluxos de acesso aos serviços, em novos formatos de atendimento à população e em novas características de atuação das profissões de saúde. A multiprofissionalidade na Atenção Primária se consolidou principalmente após a disseminação de Residências Multiprofissionais em Saúde Coletiva e em Saúde da Família pelo Brasil a partir do ano de 2005. Até aquele momento, a única modalidade de residência conhecida era a médica, que consistia na formação habitual em especialidades médicas, cursada pelos concluintes dos cursos de Medicina. As residências multiprofissionais surgiram pouco depois da criação das Residências em Medicina de Família e Comunidade (MFC) no Brasil, na medida em que o ramo profissional ligado à Atenção Primária passou a ser

reconhecido como uma especialidade médica e não mais dentro da concepção generalista conhecida anteriormente como “Medicina Geral”.

No processo de implementação da Atenção Primária, muitos movimentos de abertura e fechamento de profissões se desenrolaram em resposta a um novo mercado de trabalho que se abria para diferentes grupos profissionais. Especialmente após o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família no Brasil, a “Saúde Coletiva” foi se tornando um campo promissor, em termos mercadológicos, para as profissões “não-médicas”. Isso acarretou em determinados posicionamentos, sendo que os indivíduos e os grupos em jogo criaram seus próprios mecanismos que visavam, sobretudo, a sua entrada e a sua permanência no espaço social. Assim, os diferentes grupos profissionais que passaram a atuar na Atenção Primária visavam, sobretudo, controlar e proteger espaços já conquistados do mercado de trabalho nessa esfera.

Consideramos aqui na análise o conceito sociológico convencional de “profissão”, no sentido de que ele reúne “corpos de conhecimento, discurso, disciplinas e campos aos meios sociais, econômicos e políticos por meio dos quais seus expoentes humanos podem ganhar poder e exercê-lo” (FRIEDSON, 1996, p. 141). Dessa maneira, auxilia na compreensão de como se articulam conhecimento, discurso e disciplina na formação de instituições que são distintas e influentes, e de como o poder é exercido por tais instituições (FRIEDSON, 1996). Além disso, considera-se que o processo de formação de uma dada “profissão” prevê um movimento de fechamento dos mercados de trabalho, utilizando-se de mecanismos para proteger ou obter status e privilégios sociais. Na maioria das vezes, tais interesses colocam-se em disputa diante de interesses de outros grupos profissionais e podem pôr em risco o próprio interesse público (RODRIGUES, 2012).

Na composição da Atenção Primária está em jogo uma situação semelhante, no sentido de que há uma colocação ou uma recolocação dessas profissões que não faziam parte em um mercado de trabalho em expansão e em transformação. Nos movimentos de fechamento, algumas profissões procuraram afirmar ou reafirmar a sua identidade e a sua importância,

visando assegurar a permanência da profissão na Atenção Primária. Houve, principalmente, mecanismos que partiram da profissão médica, como a afirmação da área “Medicina de Família e Comunidade” (MFC) e a delimitação com maior afinco de certos espaços e atividades profissionais. A “necessidade” de se afirmar a Medicina de Família e Comunidade como uma especialidade médica possuía o foco de resguardar e reafirmar o papel central do médico também nessa nova fatia do mercado de trabalho.

A divisão hierárquica entre médicos e “não-médicos” aparece em diversos espaços e situações na UAP Morro da Ilha. No seu cotidiano são propagados discursos de uma proximidade e de uma horizontalidade muito maior entre os profissionais, em termos de posições sociais ocupadas e de poder de decisão, do que as fontes analisadas na pesquisa puderam apresentar. Todos os profissionais da UAP Morro da Ilha usam o jaleco branco e tal aspecto confere uma aparente homogeneidade dos indivíduos que trabalham ali para alguém que os vê sob um ponto de vista externo e mais amplo. Porém, ao ver essa figuração de perto, essa aparente homogeneidade é desvelada pelas mais variadas formas.

[...] no desenrolar da prestação de cuidados médicos, nas visitas dos médicos às enfermarias, nas distâncias físicas que são mantidas, na linguagem, nas relações que se estabelecem entre as hierarquias médicas e as hierarquias de enfermagem, nas reuniões clínicas dos serviços, os rituais, os discursos, a ocupação do espaço, a ordem das intervenções, os silêncios, as presenças e as ausências, revelam e alimentam estruturas hierárquicas e relações de subordinação previamente definidas (CARAPINHEIRO, 1993, p. 111).

A alegação da existência de “interdisciplinaridade” entre as profissões de saúde toma como pressuposto que hierarquias sociais e desigualdades de poder, de certa forma, não existem na UAP Morro da Ilha. Termos como “trabalho em equipe” e “trabalho multiprofissional” são utilizados frequentemente para descrever a atuação dos profissionais, entretanto a noção de horizontalidade propagada é apenas aparente e é desvelada por meio da maioria das fontes analisadas – é o caso de documentos oficiais governamentais, materiais de eventos intra e interprofissionais, entrevistas, conversas informais no cotidiano, além dos livros, manuais e tratados

profissionais. Além disso, elementos como a ocupação e a disposição dos espaços físicos, a fofoca e formas de participação em quadros de greve e em colegiados gestores também endossam esses achados.

Todos os profissionais que atuam na Atenção Primária, com exceção dos médicos, são referidos como “não-médicos”, em diferentes espaços. Essas demais profissões estariam disponíveis para atuar junto aos médicos nas tarefas cotidianas, contudo mantendo a centralidade e a liderança destes na organização do cuidado e na estruturação do serviço. Nesse sentido, observou-se que nos materiais escritos que circulavam internamente a cada profissão de saúde era feita uma demarcação clara de funções, de papéis e de elementos que construía as identidades profissionais específicas, almejando delimitar os espaços de atuação de cada uma daquelas profissões. Por vezes, manifestavam-se também segregações em relações a outros grupos profissionais. É o caso do uso da própria nomenclatura “não-médicos”, a qual era amplamente difundida em livros, manuais e tratados, principalmente naqueles que circulavam no meio médico. Nos manuais médicos e nas produções acadêmicas voltadas aos médicos, o termo “não-médicos” é usado com frequência e de forma explícita. A relevância disso se encontra, sobretudo, no fato de que é a partir dessas produções escritas que nascem as regras sociais de toda a Atenção Primária, as quais são posteriormente disseminadas às demais profissões de saúde.

A fronteira simbólica entre médicos e “não-médicos” encontra na divisão de tarefas uma base de sustentação importante para a sua manutenção, na medida em que ela constitui um mecanismo-chave para a abertura e para o fechamento de determinadas profissões (DUBAR, 2005). A divisão de tarefas na Atenção Primária tem uma função importante no sentido de demarcar simbolicamente o espaço de atuação de uma elite profissional, conferindo a ela uma materialidade da dominação que essa atuação envolve. Toma-se como pressuposto básico que é o médico quem deve coordenar a totalidade da Atenção Primária, sendo responsável inclusive por supervisionar o trabalho das demais profissões, como podemos

evidenciar em um dos principais manuais que embasam a atuação de médicos nessa esfera:

*O livro é amplamente direcionado para a atenção fornecida pelos médicos. Isso não sugere que outros profissionais, especialmente enfermeiros, tenham pouca responsabilidade na atenção primária. Ao contrário, a tese é baseada na suposição, geralmente considerada precisa para as nações industrializadas, que o médico é que tem a responsabilidade de enxergar a totalidade da atenção primária. Outros profissionais podem assumir responsabilidade por alguns de seus aspectos, mesmo por alguns dos mais centrais, mas é o médico que deve supervisionar todos os seus aspectos. O reconhecimento da importância de outros tipos de profissionais vem na forma do uso da palavra profissional de saúde ao longo do livro [grifos nossos]. (STARFIELD, 2002, p. 12)*

Na UAP Morro da Ilha, os “colegiados gestores” tratam-se de reuniões periódicas que fazem parte de um “novo sistema de gestão” implantado nessa unidade, intitulado de “Gestão colegiada”. A ideia propagada é de um espaço horizontal de decisões, onde todos os profissionais teriam igual peso de voz e de decisão. No cotidiano, poucos profissionais podiam participar, pelo motivo de não poderem se ausentar de seus postos de trabalho, ou simplesmente por não terem sua presença legitimada naquele espaço. Além disso, o discurso de horizontalidade dos colegiados gestores era desvelado em diferentes momentos e espaços, geralmente em conversas informais entre “não-médicos” no cotidiano. Em uma das saídas diárias para o almoço, uma das enfermeiras da UAP Morro da Ilha declarou em uma conversa informal: “Eles fazem de conta que está sendo decidido as coisas na hora [do colegiado gestor], mas na verdade é já pré-estabelecido”. Isso ocorre, pois, apesar de parecer um espaço horizontal de decisão, o “colegiado gestor” se trata de uma oportunidade de dizer aos profissionais como as coisas devem ser.

Conforme Dubar (2005), a profissão médica passou de uma “profissão aberta” aos que sentem vocação a um ideal de serviço para se tornar uma “organização fechada”, provocando desse modo um “efeito perverso” de segregação social. A medicina passou a se preocupar somente com a sua própria reprodução e a legitimar o seu poder interno mediante cursos e diplomas de elite. Estes encontravam-se reservados a categorias

específicas, que estariam encarregadas da manutenção da “ordem simbólica da profissão” (FRIEDSON apud DUBAR, 2005). Esse mecanismo com foco na formação e na carreira médica é complementado pela multiplicação de regulamentações e de privilégios para os seus membros (DUBAR, 2005).

Três pilares de sustentação mantêm a profissão médica como uma organização fechada. As tarefas são compartilhadas com outras profissões de saúde no cotidiano e, alicerçando-se em “relações relativamente estáveis”, todas as tarefas em torno do processo de cura são não só coordenadas, como também controladas pelos médicos. O segundo pilar constitui a designação de porta-vozes oficiais da profissão, visando “ampliar vantagens jurídicas e estratégicas por meio de negociações com a autoridade soberana” (DUBAR, 2005, p. 196), além de persuadir o Estado e convencer a opinião pública de que a profissão merece ser mantida e deve se autorregular. O terceiro e último trata-se da criação e manutenção de redes de relações informais. Esse tipo de relações estruturaria e hierarquizaria a profissão médica, a partir dos seus segmentos da clientela (DUBAR, 2005).

Na fofoca podia se verificar na UAP Morro da Ilha uma inversão simbólica da hierarquia social vigente<sup>4</sup>. Os médicos, que ocupam as posições sociais de maior prestígio na Atenção Primária, na fofoca tornavam-se o alvo majoritário de desvalorização. A fofoca era utilizada na UAP Morro da Ilha para demonstrar, por exemplo, o descontentamento com grupos profissionais que são vistos como não adequados a certos postos de trabalho. Um dos exemplos disso foi a chegada de médicos cubanos para trabalhar na UAP Morro da Ilha. A atuação desses médicos foi criticada, sendo disseminada através da fofoca uma imagem negativa deles entre os trabalhadores. A linguagem utilizada pelos cubanos com os “usuários” foi um dos principais alvos de fofoca. Era disseminada a ideia de que o sotaque e o não conhecimento de palavras do vocabulário local e nacional atrapalhariam essa comunicação. Além disso, os salários que os médicos cubanos recebiam antes de sua vinda ao Brasil, muito abaixo da média daquela recebida pelos médicos brasileiros, eram também alvo de ironias.

---

<sup>4</sup>Ver ELIAS e SCOTSON (2000).

Esse fato, aliado a uma conduta profissional e linguagem divergentes em relação aos médicos nativos, transformava os cubanos em uma ameaça, resultando na tentativa de moldá-los às regras locais ou na sua realocação para outras Unidades de Atenção Primária.

Em relação aos quadros de greve, o fato de um profissional ir ou não a uma manifestação, de aderir ou não a um quadro de greve podia acabar desvelando uma série de conflitos que estavam ocultos nas relações cotidianas. Nesses momentos, os profissionais que aderiam à greve criavam interpretações sobre aqueles que optaram por não aderir a ela, ao mesmo tempo em que aqueles que continuaram em seus postos de trabalho geravam também seus próprios discursos explicatórios para criticar os grevistas. Nesses momentos, os médicos e os “não-médicos” se dividiam. Não era incomum que “não-médicos” participassem de manifestações políticas organizadas pelo sindicato geral de trabalhadores e que médicos se organizassem separadamente para negociar com os gestores, impossibilitando assim a continuidade do processo de negociação do movimento grevista. Em uma das greves realizadas no período da pesquisa, houve críticas públicas de médicos em relação a suas colegas enfermeiras da UAP, no sentido de que estas estariam agindo de forma inadequada ao decidirem abandonar os seus postos de trabalho com o objetivo de ir às assembleias.

### **Agilidade, flexibilidade e proatividade**

No cotidiano da UAP Morro da Ilha certas “habilidades” são requeridas de seus trabalhadores, as quais são inerentes à “cultura do novo capitalismo”, sendo exigidas em diferentes contextos no mundo do trabalho, tais como a agilidade, a flexibilidade e a proatividade (SENNETT, 2006). É a partir delas que muitos indivíduos são frequentemente classificados e hierarquizados como tendo ou não perfil para trabalhar na UAP Morro da Ilha. Dessa maneira, trabalhadores de diferentes profissões, a fim de serem aceitos pelo grupo e ganharem status e prestígio social, procuravam se enquadrar a essas novas regras, cada um dentro de sua esfera de atuação e

obedecendo aos limites profissionais específicos. Tais regras caracterizam o novo modo de produção “flexível” e definem o novo perfil do trabalhador do século XXI nos diferentes contextos profissionais.

A necessidade de possuir e de manifestar tais habilidades é propagada em diversos espaços e momentos. Isso ocorria em reuniões gerais mensais com todos os trabalhadores da UAP Morro da Ilha, nas reuniões semanais das equipes de Saúde da Família, em subsídios didáticos distribuídos em palestras proferidas internamente na UAP, assim como em documentos oficiais e em outras produções textuais que circulavam no espaço social da Saúde Coletiva. Tais habilidades eram endossadas em conversas informais no cotidiano e, principalmente, por meio da fofoca. É por meio dela que aqueles indivíduos julgados como não tendo esse “novo perfil” poderiam passar a ser estigmatizados, culminando, em alguns casos, em deslocamentos dos profissionais para outras UAPs do município.

Essas habilidades poderiam vir a ser também exaltadas quando se desejava fazer elogios individuais ou a um determinado grupo. A base desses elogios é a concepção de que com uma maior flexibilidade, agilidade e proatividade no dia-a-dia da UAP haveria uma diluição de certas características que apareceriam, no senso comum, vinculadas ao Sistema Único de Saúde, tais como uma “rigidez” e uma “lentidão” no fluxo habitual do seu funcionamento. Os trabalhadores deveriam, portanto, independentemente de suas condições de trabalho, atender individualmente a essas exigências e contribuir à sua maneira para reverter essa imagem social.

Desse modo, o modelo de gestão preconizado na UAP Morro da Ilha visava estabelecer um formato de atendimentos de saúde que atendesse a essa demanda de maior agilidade e flexibilidade, frequentemente vinculadas à noção de proatividade. A Atenção Primária surgia justamente em resposta a uma demanda, preconizada como um dos princípios do SUS central, o *acesso universal* e gratuito aos serviços de saúde por todos os brasileiros. Isso representava que, na prática, os profissionais que atuavam nessa esfera

precisavam ter como fim último atender à totalidade das demandas de saúde dos “usuários” da área de abrangência de cada UAP.

Para o alcance desse acesso universal, seria preciso avançar no sentido de investir economicamente de modo mais substancial em Saúde, contratando mais profissionais, aumentando a oferta de exames e medicamentos, entre outros investimentos; ou ainda flexibilizar as relações de trabalho mantendo ou aumentando sutilmente esses investimentos. É sob essa segunda lógica de gestão que uma prática veio a se tornar central na UAP Morro da Ilha e em muitas UAPs, o “acolhimento”.

O “acolhimento” trata-se de um conjunto de atendimentos realizado pelos profissionais, de maneira geral “não-médicos”, de forma ágil e objetiva, durante alguns minutos, por meio do qual o “usuário” é selecionado para ser ou não encaminhado a uma consulta com o Médico de Família e Comunidade. Consiste em uma forma de receber a demanda dos indivíduos que procuram o serviço da UAP Morro da Ilha e selecionar essa mesma demanda, mediante critérios específicos. De maneira geral, na UAP analisada os indivíduos formavam uma fila por ordem de chegada e recebiam senhas, sendo que posteriormente viriam a ser atendidos pelos profissionais envolvidos.

Participavam com frequência do “acolhimento” enfermeiras, técnicas de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACSs) e, em uma etapa final, os médicos. A atividade é utilizada como um “filtro” seletivo das pessoas a serem consultadas pelos médicos. Acontecia preferencialmente às oito horas da manhã e a uma hora da tarde, nos dois momentos onde as portas eram abertas à comunidade. Porém, era também realizado ao longo de todo o dia, sempre que um indivíduo entrava na UAP procurando por atendimento.

Durante o “acolhimento” ocorre um atendimento de forma mais objetivada e agilizada, utilizando-se do que se conhece na Atenção Primária como uma “ferramenta”, intitulada de “comunicação clínica” (CARVALHO et al., 2010). O objetivo é que tal técnica permita que a fala e a escuta sejam seletivas e objetivas, com foco na queixa principal do “usuário” do sistema,

permitindo com isso maior agilidade durante a atividade e uma economia do tempo de trabalho do profissional envolvido e, em última instância, também dos médicos. Dessa maneira, a “comunicação clínica” seria pragmaticamente útil a uma escuta “qualificada” e “técnica”, pela qual o profissional poderia se comunicar de modo dirigido ao “usuário”, visando a coleta de informações consideradas mais relevantes pelo profissional que a conduz (CARVALHO et al., 2010).

Para isso, a conversa entre profissionais de saúde e “usuário” é direcionada até o surgimento de uma “queixa principal”, julgada como sendo a principal demanda do indivíduo a ser resolvida pelo serviço de saúde. Nesse processo, o profissional procura guiar a conversa até a referida “queixa”, de modo a “filtrar as subjetividades” e outras informações consideradas, sob sua ótica, não relevantes para a resolução dessa “queixa” (CARVALHO et al., 2010). Além disso, considera-se importante nesse raciocínio e prática “clínicos” o uso de “linguagens padronizadas” para lidar com a complexidade do cuidado (CARVALHO et al., 2013).

Se, por um lado, o “acolhimento” propiciou um maior acesso dos “usuários” aos serviços de saúde na UAP Morro da Ilha, com a participação de algumas profissões “não-médicas”, tal acesso se deu em meio a atendimentos mais objetivados, onde a narrativa do “usuário” passou a ser ainda mais filtrada até a identificação das “queixas” por parte do profissional que direciona o diálogo, de modo que vários trechos considerados como não importantes são esquecidos. Além disso, o “acolhimento”, ao institucionalizar-se como um filtro para o acesso de “usuários” a consultas médicas, acaba atuando também como um *mecanismo de reprodução da hierarquia social vigente*. Nesse modelo, uma grande parte das consultas com as enfermeiras, por exemplo, não são o fim último. Em muitos casos, elas trabalham para facilitar o trabalho do médico, encaminhando a ele apenas as demandas tidas como mais importantes.

O “acolhimento” como atividade central e direcionadora dos fluxos visa, assim, atingir o que se chama no espaço social de uma maior

“resolutividade”<sup>5</sup> dos serviços prestados. Nesse “acolhimento”, a “comunicação clínica” facilitaria uma maior “objetividade” durante as conversas com os “usuários” que frequentam a UAP, ao mesmo tempo em que os profissionais potencializariam de forma muito significativa a sua produtividade de trabalho. Ao procurar “corrigir” uma certa forma inadequada de comportar-se, os manuais médicos voltados para o subcampo da Atenção Primária ensinam como deve ser o modo de falar e de se portar com os “usuários”, utilizando-se da “comunicação clínica”. Tal método era em alguns espaços disseminado a profissionais “não-médicos” e demais trabalhadores da UAP Morro da Ilha como sendo o mais adequado para utilizar nas relações com os “usuários” no contexto da AP.

Nesse método, os temas abordados pelos “usuários” vistos como não relevantes para o enfoque clínico podem vir a ser ignorados, esquecidos, ou mesmo moldados até a obtenção de informações interpretadas como sendo de caráter “técnico”, “objetivo” e “útil” para a prática clínica. Conforme alguns manuais médicos voltados à Atenção Primária, a “subjetividade” do “usuário” corresponderia aos aspectos vagos ou difusos que desfocariam do que se acredita ser importante em um atendimento. Narrativas dos “usuários” sobre o seu cotidiano, por exemplo, são tidas por vezes como algo sem importância e essas informações tendem a ser descartadas no “acolhimento”.

Desse modo, narrativas de sofrimento ou aquelas sobre atividades corriqueiras são enxergadas pelos profissionais como “subjetividades”, o que aparece nos manuais médicos de forma clara com o nome de *interferências*. Nesses manuais, não só se define como “interferência”, como também são propostas formas de classificar os diferentes tipos de interferência que podem existir em emocionais, cognitivas ou sociais. Podemos ver um

---

<sup>5</sup> “Resolutividade” ou “Resolubilidade” trata-se de um termo usado para designar a “capacidade resolutiva dos serviços de saúde” em solucionar problemas no subcampo da Atenção Primária. A resolubilidade é definida como a exigência de que, diante da demanda de um indivíduo ou de um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço esteja capacitado a resolvê-lo até o nível de sua competência. Cf. BRASIL, 1990.

exemplo disso em um trecho extraído de uma das referências mais lidas por médicos que atuam na Atenção Primária:

As interferências são fenômenos de ordem psicológica do receptor que determinam a forma como este faz a leitura das mensagens. São o resultado das suas experiências, vivências e personalidade. Segundo Japers (citado por Borrell i Cario) as interferências podem ser classificadas quanto ao seu tipo em cognitivas, emocionais ou sociais. (...) O factor emocional é dos que maior efeito pode ter sobre a interpretação das mensagens e, assim, sobre as suas consequências. Assim, se pretendemos uma *relação funcional* é importante uma permanente auto-consciência das emoções presentes. Só através do seu conhecimento é possível *dominá-las de modo a interferirem o menos possível na relação* ou, mais desejável, utilizá-las positivamente. À consciencialização pelo médico do seu estado emocional e o seu domínio (pela razão), de modo a estar disponível para uma relação terapêutica efectiva, chamamos de *descontaminação emocional*. (...) *Interferências sociais: resultam da interferência sociocultural entre o doente e o profissional de saúde*. Tratar doentes de uma origem socioeconômica diferente leva o clínico a uma menor sintonia emocional, menor aplicação na consulta e a prestar menos informação ao doente. [grifos nossos] (NUNES, 2010, p.15).

A “objetividade” mencionada nos manuais, junto às outras “habilidades” desejadas – agilidade, flexibilidade e proatividade – é frequentemente requerida, principalmente no “acolhimento”, mas também em diversos outros atendimentos e consultas na UAP Morro da Ilha. Observou-se na UAP Morro da Ilha que a priorização da aplicação dessas habilidades no cotidiano resultou em uma maior produtividade dos trabalhadores, mas gerando impactos sobre a sua saúde, por eles serem motivados a ir além de seus limites corporais. Além disso, esse maior número de atendimentos ocorre com um contato que tende a ser cada vez menor e mais distante com a realidade do “usuário”, devido ao tempo reduzido e à escuta seletiva que se estabelece na relação com o profissional. Com isso, podia-se notar que na UAP Morro da Ilha os “usuários”, nos casos em que não possuíam suas demandas mais horizontais e complexas atendidas, retornavam com maior frequência à unidade de saúde, já que não teriam sido, de fato, ouvidos. Além disso, as chances de erros de diagnóstico e prescrição podiam também aumentar significativamente devido à agilidade e à objetividade que esse formato de atendimento requer do profissional que o conduz.

Estas e outras medidas adotadas nos atendimentos de saúde na Atenção Primária visam, acima de tudo, uma maior “resolutividade”, que possui, em última instância, o objetivo de aumentar a produtividade de trabalho e uma maior eficácia do Sistema Único de Saúde. Essa alta “resolutividade” é preconizada em termos de gestão no sentido de que os atendimentos no âmbito da AP devem visar encaminhar, o mínimo possível, indivíduos para os serviços de alta complexidade do SUS ou para a realização de exames de alto custo. A “resolutividade” apenas seria alcançada graças a esse perfil diferenciado do trabalhador que é esperado dos funcionários da UAP, na medida em que ele incorpora, em suas atividades cotidianas, habilidades como agilidade, flexibilidade e proatividade, desprendendo-se assim das “formas rígidas da burocracia” (SENNETT, 2009, p. 9).

A flexibilidade é também evidenciada na ocupação ou não-ocupação de determinados espaços físicos dentro da UAP Morro da Ilha. Há profissionais que se deslocam mais e outros que se deslocam menos, a depender do cargo e da posição hierárquica ocupados. Um maior deslocamento para a resolução dos problemas que surgem na rotina de trabalho é visto com bons olhos por todos, interpretado como proatividade do profissional em questão na realização das tarefas. É visto como alguém que realiza com eficiência não só o seu trabalho, mas também junto à sua equipe.

As técnicas de enfermagem, por exemplo, transitam com frequência pela unidade ao longo do dia. Além disso, elas não possuem postos fixos de trabalho, nem mesmo uma cadeira própria para descanso, caso isso seja possível. Podem ser encontradas em diversos locais pela UAP: na sala de procedimentos de enfermagem, na sala de aplicação de medicamentos injetáveis, na sala de vacinas, na farmácia, na sala de esterilização. Porém, na maioria das vezes, serão facilmente encontradas em movimento, pelos corredores, na região da recepção ou nos halls de espera. Raramente, quando não estão nem em movimento, nem nas salas realizando os procedimentos, podem ser vistas em pé, ao final do corredor central da UAP

Morro da Ilha, prontamente à espera de “usuários” que demandem por atendimentos.

Já as enfermeiras da UAP Morro da Ilha possuem consultórios próprios, entretanto elas saem muito mais deles quando comparadas aos médicos, pelo fato de que são frequentemente solicitadas para resolver problemas junto aos “usuários” ou a outros trabalhadores. Elas detêm um papel, sobretudo, na mediação entre os médicos e os “usuários” e, por esse motivo, seus consultórios situam-se muito próximos à sala do médico de sua equipe correspondente, em frente ou ao seu lado. Mesmo tendo um posto relativamente fixo de trabalho, grande parte do tempo são vistas transitando pelos corredores da UAP. Diferentemente delas, os médicos raramente são encontrados fora de seus consultórios. Geralmente, eles saem com o objetivo de buscar as receitas que acabaram de ser impressas. É nesse momento que as enfermeiras, técnicas de enfermagem e outros profissionais aproveitam a sua disponibilidade para falar sobre as demandas do cotidiano.

### **Considerações finais**

A categoria “não-médicos”, gerada no meio médico e disseminada por todo o espaço social, permite um discernimento claro de como certas desigualdades de poder permanecem na Atenção Primária diante da inserção da multiplicidade de profissionais. As posições sociais são ocupadas pelos grupos profissionais envolvidos de acordo com os critérios hierárquicos que regem esse espaço. Se, por um lado, há um movimento de busca por valorização e por reconhecimento de profissões “não-médicas” na Atenção Primária, que se faz tanto em espaços institucionais internos a cada categoria profissional como, em geral, no espaço social da Saúde Coletiva; de outro, tal denominação justamente demarca a fronteira que separa os dominantes dos dominados desse espaço, respectivamente os médicos e todos os demais grupos profissionais que fazem ou podem vir a fazer parte. Trata-se de um mecanismo de hierarquização que segrega o espaço social, distinguindo uma elite profissional de seus demais membros.

A incorporação dessa multiplicidade de profissionais “não-médicos” na Atenção Primária desencadeou uma série de readaptações por parte dos médicos, com uma renovação das hierarquias simbólicas. O serviço foi sendo reestruturado de modo a manter a centralidade e a liderança dos médicos e com vistas a manter a fronteira que separa essa elite profissional das demais profissões que trabalham a seu favor. São exemplos disso a criação e a disseminação da divisão entre médicos e “não-médicos” em determinados espaços de enunciação, mas também as atividades que permitem uma visualização concreta dessa divisão hierárquica, como é o caso do “acolhimento”. Tal divisão entra em contradição com a concepção de “interdisciplinaridade” que é declarada em outros espaços.

A entrada de uma multiplicidade de profissionais que antes não existia na Atenção Primária, assim como uma maior participação e autonomia de “não-médicos” em relação aos médicos permitiu, em um momento inicial, que “não-médicos” conquistassem suas posições dentro do espaço social e uma maior fluidez no funcionamento do Sistema Único de Saúde. A autonomia em relação aos médicos para a elaboração de diagnósticos e a prescrição de certos exames permitiu um ganho de status e prestígio a determinadas profissões “não-médicas”, ao mesmo tempo em que levou a uma maior oferta de serviços na esfera da Atenção Primária.

Entretanto, foi justamente essa maior autonomia e ganho de status e prestígio de certas profissões “não-médicas” que desencadeou novos mecanismos de controle e proteção do mercado de trabalho por parte dos médicos. Regular a atuação desses “não-médicos” fazia parte do jogo social no qual os diferentes grupos profissionais estavam envolvidos, de modo a perpetuar a existência de uma elite profissional e, de outro, todas as demais, estas trabalhando a seu favor e contribuindo para que essa hierarquia social fosse preservada.

Por fim, pode-se dizer que a etnografia, a qual incluiu uma combinação de diferentes métodos e fontes, revelou-se bastante eficaz para compreender o contexto estudado. Além disso, possui o potencial de compreensão de outras realidades semelhantes dentro da Saúde Coletiva e

também outras do mundo do trabalho que possuam como ponto de partida inquietações semelhantes. A etnografia constitui uma metodologia promissora para explicar esses tipos de contextos, sendo que permite extrair de cada realidade social a riqueza de detalhes envolvida nas redes de interdependência entre seres humanos.

## Referências

ACADEMIA MÉDICA. Você sabe quais são as 11 principais características do Médico de Família e Comunidade? Disponível em: <https://academiamedica.com.br/>. Acesso em 25/11/2014.

ARANTES, Antônio Augusto. A guerra dos lugares. Mapeando zonas de turbulência. In: \_\_\_\_\_. Paisagens paulistanas. Transformações do espaço público. Campinas: Editora da Unicamp/Imprensa Oficial, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Cadernos de Atenção Básica, Brasília, n. 27, 2009.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. ABC do SUS: doutrinas e princípios. Brasília, 1990.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Acolhimento à demanda espontânea. Cadernos de Atenção Básica, Brasília, n. 28, v. 1, 2011.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1. Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Cadernos de Atenção Básica, Brasília, n. 39, 2014.

CARAPINHEIRO, Graça. Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares. Porto: Afrontamento, 1993.

CARVALHO, Emilia Campos; CRUZ, Dina de Almeida Lopes Monteiro; HERDMAN, T. Heather. Contribuição das linguagens padronizadas para a produção do conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica da Enfermagem. Rev Bras Enferm, Brasília, 2013; 66(esp):134-41.

CARVALHO, Irene P.; RIBEIRO-SILVA, Raquel; PAIS, Vanessa G., FIGUEIREDO-BRAGA, Margarida; CASTRO-VALE, Ivone; TELES, Ana; ALMEIDA, Susana S.; MOTA-CARDOSO, Rui. O ensino da comunicação na relação médico-paciente, uma proposta em prática. Acta Med Port, v. 23, n. 3, p. 527-532, maio/jun. 2010.

DUBAR, Claude. A socialização: construção das identidades sociais e profissionais. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

\_\_\_\_\_. A crise das identidades: a interpretação de uma mutação. São Paulo: Editora da USP, 2009.

DURHAM, Eunice R. A pesquisa antropológica com populações urbanas: problemas e perspectivas. In: CARDOSO, Ruth (Org.) A aventura antropológica: teoria e pesquisa. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

ELIAS, Norbert. Introdução à sociologia. Lisboa: Edições 70, 1970.

\_\_\_\_\_. A sociedade de corte: investigação sobre a sociologia da realeza e da aristocracia de corte. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

ELIAS, Norbert; SCOTSON, John L. Os estabelecidos e os outsiders. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2000.

FRIEDSON, Eliot. Para uma análise comparada das profissões: a institucionalização do discurso e do conhecimento formais. [Rev. Bras. Ciências Sociais](#), São Paulo, v. 11, n. 31, p. 141-145, 1996.

NUNES, José Mendes. Comunicação em contexto clínico. Lisboa, 2010.

RODRIGUES, Maria de Lurdes. Profissões: lições e ensaios. Coimbra: Edições Almedina, 2012.

SENNETT, Richard. A nova cultura do capitalismo. Rio de Janeiro: Record, 2006.

\_\_\_\_\_. A corrosão do caráter. 14. ed. Rio de Janeiro: Record, 2009.

STARFIELD, Barbara. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde, 2002.