



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA E ANTROPOLOGIA

Aderli Goes Tavares

“DOUTORA, EU VIM TENTAR A SORTE”:
o atalhar no Hospital Público João de Barros Barreto

Belém
2016

Aderli Goes Tavares

“DOUTORA, EU VIM TENTAR A SORTE”:

o atalhar no hospital público João de Barros Barreto

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia, do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Pará, como parte dos requisitos para a obtenção do Título de Doutora em Antropologia.

Orientador: Prof. Dr. Samuel Maria de Amorim e Sá

Coorientadora: Prof^a Dr^a Denise Machado Cardoso

Belém

2016

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP) –

Tavares, Aderli Goes.

“Doutora, eu vim tentar a sorte”: o atalhar no Hospital Público João de Barros Barreto. / Aderli Goes Tavares. - 2016
215 f., il; 30 cm

Tese (Doutorado em Antropologia) – Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia, Instituto de Filosofia Ciências Humanas, Universidade Federal do Pará, Belém, 2016.

Orientador: Samuel Maria de Amorim e Sá
Coorientadora: Denise Machado Cardoso

1. Redes de relações sociais. 2. Serviços de saúde. 3. Cultura Institucional. I. Sá, Samuel Maria de Amorim e, *orient.* II. Cardoso, Denise Machado, *oth.* III. Título.

CDD: 23. ed.302.35

Bibliotecária Esp. Elisângela Silva da Costa, CRB-2 n. 983



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA E ANTROPOLOGIA

Aderli Goes Tavares

“DOUTORA, EU VIM TENTAR A SORTE”:

o atalhar no hospital público João de Barros Barreto.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia, do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas (UFPA), como requisito à obtenção do Título de Doutora em Antropologia.

Julgada e aprovada em 26 de abril de 2016

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Samuel Maria de Amorim e Sá – UFPA/IFCH
Orientador

Prof^a Dr^a Denise Machado Cardoso – UFPA/IFCH
Coorientadora

Prof^a Dr^a Regina Fatima Feio Barroso – UFPA/ICS
Examinadora Externa

Prof. PhD. Renato Monteiro Athias - UFPE/CFCH
Examinador Externo

Prof^a Dr^a Andrea Bittencourt Pires Chaves –UFPA/IFCH.
Examinadora Interna

Prof^a Dr^a Voyner Ravena Cañete – UFPA/ICB
Examinadora Interna

AGRADECIMENTOS

Recordo-me do meu percurso acadêmico e nele a minha memória afetiva relembra pessoas que até hoje estão na minha vida, e convivo com elas ainda de modo próximo. Elas não fazem parte apenas da minha vida acadêmica, compartilham a minha vida pessoal e, portanto, do meu afeto. As pessoas que fazem parte da minha vida pessoal e afetiva também de algum modo vinculam-se à minha vida acadêmica. Isso me alegra.

Vivi o doutorado misturado a tantos outros acontecimentos da vida cotidiana e ele foi repartido com tantas pessoas que não caberiam neste agradecimento. As emoções ligadas às tristezas e às alegrias, e a tese de algum jeito está presente a elas. Achei pessoas e perdi pessoas, como a Profa. Eneida de Assis, e, como um dos sujeitos da pesquisa, o Sr. Lúcio. Os acontecimentos cotidianos permitem que eu continue descobrindo que a vida é “tão rara” e que ela “é bonita, é bonita e é bonita” (Gonzaguinha).

Um conselho de alguém muito especial me fez reavivar a sensibilidade para o cuidado com a vida. Ela escreveu: “com muita consideração e estima, desejando que alcance o seu objetivo do doutorado e que não deixe de perseguir a felicidade pessoal” (Profa. Graça Carapinheiro, 10.02.2015). A vida acadêmica não exclui a felicidade pessoal, o doutorado faz sentido se ele estiver atrelado à vivência pessoal, a uma causa coletiva na qual se está envolvida.

Voltando ao meu percurso acadêmico, quero iniciar agradecendo ao meu orientador, Prof. Dr. Samuel Sá, a quem eu conheço há 23 anos. Às vezes me pego pensando e não sei como diferenciar entre o que os livros me ensinaram e o que ele me ensinou. Os livros eu li, e com ele eu apreciei a pedagogia, a educação antropológica pela qual ele é tão apaixonado. A ele não agradeço apenas pela tese, mas agradeço por toda a minha vida acadêmica, por muitas vezes misturada a momentos da minha vida pessoal. Sou imensamente grata.

À Profa. Dra. Denise Cardoso, que eu conheço a aproximadamente 16 anos, sempre colaborativa e generosa. Vivemos muitos momentos de maior e menor aproximação, mas sempre tive a certeza de que contaria com ela, que ela se faria presente, mesmo distante, em momentos que eu a solicitasse. Agradeço pela confiança e pelo conhecimento a mim dispensado.

Agradeço ainda a uma professora e gestora da saúde pública, a Profa. Elisa Vianna Sá, a qual me oportunizou ingressar na área da saúde e de algum modo foi ponte para a paixão pelo Hospital Barros Barreto, como um dos símbolos da universidade e da saúde pública. Aprendia com ela num contexto de sala de aula ampliada, nas reuniões, nos pronunciamentos nos eventos, nos almoços das sextas-feiras, assim como também com os “esporros” quando eu cometia algum ato desaprovado por ela. Em alguns momentos também mereci elogios.

Agradeço à minha família, à minha mãe, Maria Raimunda, por me educar com os ensinamentos da vida e me acompanhar nas várias etapas do estudo.

Ao meu pai, Pedro (*in memoriam*), agradeço por todas as alegrias que guardo com imenso carinho, as que me possibilitaram tornar a vida mais agradável. Agradeço a ele também pelo sacrifício de um trabalhador para possibilitar estudo superior a uma filha.

Ao João, meu marido e companheiro, com o qual construí minha história há 27 anos. Ele acompanha meus passos com paciência e dedicação. Ele me ofereceu a sabedoria da escuta e das leituras e discussões salutares para a tese. Assim como me acolheu com carinho durante as dificuldades do percurso.

Às minhas duas grandes paixões, meus filhos Heloá e Daniel, com os quais encontro mais motivos para decifrar que a vida é bela. A maternidade é uma beleza sem igual. Fico fascinada em perceber o quanto eles me alertam para a vida, as suas descobertas e críticas construtivas a partir de um olhar de filhos adultos a uma mãe aprendiz. Entre nós mulheres, eu e Heloá, há uma cumplicidade que permite cuidar uma da outra. Entre nós, homens e mulheres, eu e Daniel, há um exercício de paciência para entender o diferente e complementar nossos achados. Há um compromisso em estarmos abertos para o novo ou para o velho, e com isso cuidar um do outro.

Aos meus irmãos, Adauri e Amauri, por ainda hoje abdicarem de algum conforto ou sossego em prol do cuidado com a família. Por me apoiarem na trajetória acadêmica.

Às minhas amigas, Ana Vicentina, Eli e Irene Weyl (em ordem alfabética) às quais sou agregada há muitos anos e que me conhecem como ninguém, me aturam e me dão motivos para ser feliz. Elas também inspiram este trabalho como mulheres trabalhadoras da saúde e do serviço público.

Ao meu amigo José Mário Brito, tê-lo por perto foi uma das melhores escolhas que já fiz. Você é um ser do “bem”, da “luz”.

Aos docentes do Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia pelo aprendizado e pela generosa partilha dos conhecimentos.

Aos meus colegas do doutorado e mestrado, o Bruno, o João, a Patrícia, a Soraia e a Cecília Meduim. Agradeço pelas conversas e trocas ao longo da jornada.

Às minhas colegas do Hospital Universitário João de Barros Barreto, em especial à Érika, à Elenilde, à Marlúcia, à Simone, à Telma e à Wandyrá, as quais me acolheram e compartilharam do trabalho e das dificuldades no processo do doutorado.

Agradeço a CAPES pela concessão da bolsa para estágio de doutorado sanduíche no exterior desenvolvido no período de novembro de 2014 a fevereiro de 2015.

À Profa. Dra. Maria Manoel Quintela pela coorientação no Centro em Rede de Investigação em Antropologia (CRIA) Instituto Superior de Tecnologias Avançadas (ISTEC), em Lisboa-PT.

À Universidade Federal do Pará pelo investimento dispensado à servidora pública para a realização do doutorado.

Aos meus caros colegas servidores públicos Rosângela e Paulo meus agradecimentos por contribuírem com o PPGSA, com a competência, a dedicação e o afeto dispensado a mim durante o percurso.

Por fim, o que poderia ter sido o começo, agradeço aos sujeitos da pesquisa, os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), aos trabalhadores do hospital, aos gestores. Agradeço ainda e dedico este estudo a todos os usuários que são atendidos no hospital, inclusive aqueles que não conseguem a vaga que almejam para serem cuidados.

RESUMO

O estudo tomou como objeto o acesso dos usuários aos serviços de saúde pública, neste caso o acesso ao Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB), um hospital do Sistema Único de Saúde (SUS) localizado na área urbana, no bairro do Guamá, na cidade de Belém-PA. O foco do estudo foram as redes de relações sociais construídas pelos usuários guamaenses para acessarem às consultas médicas em: Clínica Médica, Pneumologia e Endocrinologia no ambulatório de especialidades do Hospital. O acesso informal foi denominado de “atalho” e configurou-se como uma organização social interna que agrega redes sociais parciais (BARNES, 1987) externas e internas. Os “atalhos” são parte de uma estrutura social rizomática (DELEUZE; GUATARRI, 2000), com entradas por diferentes espaços e de um processo de trabalho centrado na concepção de saúde hegemonicamente hospitalocêntrica e filantrópica. No espaço hospitalar, os trabalhadores, principalmente os médicos, operam por meio da “ordem negociada” (CARAPINHEIRO, 2005). A ineficiência da regulação do SUS para organizar o acesso e os demais óbices estruturais do SUS, implicam em tornar a oferta menor que a procura impedindo o acesso universal dos cidadãos aos serviços de saúde e contribui para a descoberta e construção de inovações para o acesso, o que Castoriadis (1982) interpreta como “instituinte” numa instituição ou o que Carapinheiro (2005) aponta como “percursos terapêuticos”. No caso, o acesso informal no HUJBB é denominado de “encaixe”, de “a porta da esperança” e foi interpretado como um subsistema do SUS, convivendo com uma administração pública sincrética, marcada pelos princípios racionalistas impessoais e a cultura brasileira relacional. Entre o racional e impessoal, o SUS e a marginalidade no sistema, os usuários e os trabalhadores encontraram as “brechas” no sistema formal. Eles as administram através do conhecimento racional e do relacional e personalizado, os últimos próprios da formação do povo brasileiro, e os usam para alargar as normas e regras estabelecidas, com isso não quebram as normas e não tornam o “atalho” para legal, e sim constroem uma ponte dentro do próprio SUS que faz valer o acesso universal preconizado constitucionalmente aos brasileiros, diminuindo o tempo de espera e, possivelmente, permitindo reabilitar a saúde dos usuários, evitando a morte.

Palavras-chave: Saúde pública. Acesso informal. Cultura brasileira. Relações sociais. Estrutura rizomática.

ABSTRACT

The study focused on users' access to public health services, in this case access to the University Hospital João de Barros Barreto (HUJBB), a hospital Unified Health System (SUS) located in the urban area in the neighborhood of Guama, in Belém, PA. The focus of the study were the social networks of relationships built by 'guamaenses' users to access medical consultations in medical clinic specialties, pulmonology, endocrinology at the hospital's specialty clinic. The informal approach was called "shortcuts" and is configured as an internal social organization that adds partial social networks (BARNES, 1987) external and internal. "Shortcuts" are part of a rhizome social structure (DELEUZE & GUATTARI, 2000), with entries for different spaces and a work process focused on designing hegemonic hospital-and philanthropic health. In hospitals, workers, particularly physicians, operate by "negotiated" (CARAPINHEIRO, 2005). The problem of inefficiency of SUS regulation to organize access and other SUS structural problems when the lower supply that demand prevents the exercise of universal access of citizens to health services and contribute to the discovery and building innovations for access , which Castoriadis (1982) interprets as "instituting" in an institution or what Carapinheiro (2005) points out as "therapeutic pathways." In case, the informal access in HUJBB is called "docking", the "door of hope" and was interpreted as a subsystem of the SUS, living with a syncretic public administration, with marks of public administration with rationalists impersonal principles and culture relational Brazilian. Between the rational and impersonal, SUS and marginality in the system, users and workers found the "gaps" in the formal system. They administer them through rational knowledge and relational and personalized, the very last of the formation of the Brazilian people, and use them to extend the standards and rules, they did not break the rules and do not make the "shortcut" the legal, and rather build a bridge within the SUS itself that makes it worth the recommended universal to access constitutionally Brazilians, reducing the waiting time and possibly allowing rehabilitate the health of users, preventing death.

Keywords: Public Health. Informal Access. Brazilian Culture. Social Relationship. Rizomatic Structure.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Foto 1 -	Casa dos entrevistados	42
Foto 2 -	Construção do prédio principal do Hospital	55
Foto 3 -	Inauguração do Centro de Estudos do Hospital	61
Foto 4 -	Inauguração do Centro de Estudos do Hospital João de Barros Barreto	62
Figura 1 -	Modelo de triangulação	93
Figura 2 -	Modelo triangular sobre o “acesso”	94
Figura 3 -	Tipologia das categorias nativas e suas classificações ...	104
Diagrama 1 -	Desenho dos personagens que formam os pontos de trânsito para o atalho	117
Diagrama 2 –	Pirâmide do Sistema único de Saúde – níveis de atenção	120
Diagrama 3 -	Desenho das redes de relações estabelecidas pelos entrevistados para o atalho	142
Diagrama 4 -	Desenho da rede de trabalhadores para o atalho	169

LISTA DE SIGLAS

AGHU/HUJBB	Aplicativo de Gestão de Hospitais Universitários do Hospital Universitário João de Barros Barreto
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária em Saúde
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CID	Código de Identificação de Doenças
CIES	Centro de Investigação de Sociologia
DAGUA	Distrito Administrativo do Guamá
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
FADESP	Fundação de Amparo e Desenvolvimento da Pesquisa
HIV/AIDS	Human Immunocefciciency Virus / Acquired Immune Deficiency Syndrome
HOL	Hospital Ophir Loyola
HUJBB	Hospital Universitário João de Barros Barreto
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IFF	Instituto Fernandes Figueira
IML	Instituto Médico Legal
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PMNPC	Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares
PNH	Política Nacional de Humanização
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
POA	Plano Operativo Anual
PROMABEM	Programa de Saneamento da Bacia da Estrada Nova
PSM	Pronto Socorro Municipal
RAS	Redes de Atenção à Saúde

RGP	Registro Geral de Pacientes
SADTs	Serviço de Apoio à Diagnose e Terapia
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SESPA	Secretaria de Saúde Pública
SISREG	Sistema de Regulação
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPA	Universidade Federal do Pará
UPAs	Unidades de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	15
2	A UNIVERSALIDADE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E O “NÃO TEM VAGA”: O “ACESSO RELACIONAL E INSTIUTINTE” COMO UM PROBLEMA DE PESQUISA	24
2.1	O problema da pesquisa: a dificuldade de acesso ao sistema público de saúde brasileiro.....	24
2.1.1	O problema da pesquisa	24
2.1.2	O porquê da escolha do problema da pesquisa	27
2.2	Algumas categorias de análise	33
2.2.1	A categoria rede social	33
2.2.2	Estrutura social	36
2.2.3	Sociabilidade	37
2.3	Os objetivos da pesquisa	38
2.4	Metodologia	38
3	UM HOSPITAL PRA SE MORRER OU PARA A PESSOA SER CUIDADA? A PAISAGEM DO HUJBB NO BAIRRO DO GUAMÁ INTERPRETADA POR MORADORES – O URBANO, A TRADIÇÃO E A MODERNIDADE	42
3.1	Os moradores e o contexto do Bairro	42
3.1.1	O contexto e os entrevistados: o Sr. José e a sua esposa Dona Maria	42
3.1.2	Como cheguei aos entrevistados	43
3.1.3	Contexto histórico e socioeconômico do bairro do Guamá	44
3.1.4	A paisagem do Hospital no bairro, as suas diferentes e complementares relações entre o urbano-rural e tradição – modernidade e a vizinhança	47
3.1.5	A sociabilidade num espaço urbano-rural: a vizinhança e os laços afetivos	51
3.2	A paisagem do hospital no bairro do Guamá	52
3.2.1	Um pouco da história dos hospitais sob o ângulo do espaço como “morredouro” e como espaço “terapêutico”	52
4	OS “ATALHOS” DIFUSOS E OCASIONAIS NO HOSPITAL:	

	APROXIMAÇÕES E DIFERENÇAS COM A CULTURA BRASILEIRA DA REALEZA, DA MALANDRAGEM, DO CAUDILHO E DOS CIDADÃOS	64
4.1	Preliminares: personagens e sujeitos reais – marcas de personalidade na estrutura social brasileira e no Hospital	64
4.2	Achados etnográficos e a imagem do rizoma: “atalhos” ocasionais e relações pessoais difusas no hospital	68
4.3	Matuto, cidadão, caboclo - interpretações sobre a cultura brasileira e paraense: a modernidade, o modelo impessoal e as relações pessoais tradicionais	79
4.3.1	Leituras e interpretações sobre os amazônidas paraenses: as redes de relações em Óbidos e em Itá – o matuto e o cidadão	79
4.4	Nem só de malandragem vivem os “atalhos”: os personagens “Creonte”, “Pedro Malasarte”, “Tenente Ribeiro” e “Sr. José”: a personalidade e a impessoalidade nos personagens e sujeitos da pesquisa	91
4.4.1	Creonte, “o legalista”, e Pedro Malasarte, “o malandro”	91
4.4.2	Tenente Ribeiro, “o malandro da elite”, e Pedro Malasarte, “o malandro do povo”: relativizando a malandragem?	97
4.4.3	O Senhor José: nem malandro, nem herói: um cidadão ambíguo em aparição?.....	101
5	O QUE DIZEM OS USUÁRIOS SOBRE O “ATALHAR” NO HOSPITAL: AS REDES DE ACESSO INFORMAL RETROALIMENTADAS PELO SISTEMA FORMAL	106
5.1	A peregrinação para acessar os dados e as informações sobre os usuários	106
5.1.1	O atalho para o acesso aos dados e informações	106
5.1.2	A seleção dos usuários e as entrevistas	110
5.1.3	O perfil dos entrevistados	113
5.1.4	Os usuários e o acesso ao Hospital João de Barros Barreto: as redes sociais e a rede SUS	114
5.1.5	O acesso ao sistema e a estrutura social: o hospital e o SUS	121
6	O QUE DIZEM OS TRABALHADORES E OS GESTORES SOBRE	

	O “ATALHAR” NO HOSPITAL: AS REDES DE ACESSO INFORMAL RETROALIMENTADAS PELO SISTEMA FORMAL	146
6.1	Os trabalhadores do hospital e os gestores	146
6.1.1	O perfil dos entrevistados	146
6.1.1.1	Algumas definições de atalho no HUIBB e uma descoberta de atalho em Lisboa-PT, “a cunha”	148
6.1.1.2	As tipologias do atalho no hospital	150
6.1.1.3	A seleção para o acesso por meio do atalho e as suas denominações: o encaixe, a porta da esperança o extra	159
6.1.1.3.1	O atalho mal sucedido	165
6.1.1.4	A rede dos atalhadores	168
6.1.1.5	Avaliação sobre o atalho	173
6.1.1.5.1	A avaliação sobre o acesso informal e a contribuição do encaixe para o Hospital/SUS	178
6.1.1.5.2	O percentual de usuários que acessam por meio do atalho	182
7	ACHADOS TEÓRICOS LUSO-BRASILEIROS SOBRE A ATUAÇÃO DOS ATORES SOCIAIS INSERIDOS NA REDE DE RELAÇÕES DO PROCESSO DE TRABALHO HOSPITALAR: A CENTRALIDADE NO PROFISSIONAL MÉDICO	185
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	196
	REFERÊNCIAS	204
	BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	213
	APÊNDICES	215
	APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA USUÁRIOS LISBOETAS	216
	APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA USUÁRIOS ...	217
	APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO PARA OS TRABALHADORES E GESTORES	218
	ANEXOS	219
	ANEXO A – MAPA DO BAIRRO DO GUAMÁ	220
	ANEXO B – CROQUI DA ENTRADA DO HUIBB	221
	ANEXO C – CROQUI DO AMBULATÓRIO DO HUIBB	222
	ANEXO D – NOVO MERCADO DE CAMPO DE OURIQUE	223

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O subtítulo deste estudo chama-se “o atalhar no Hospital Universitário João de Barros Barreto” e é uma das possíveis traduções para o objetivo desta pesquisa, que foi o de interpretar os caminhos informais percorridos pelos usuários para acessar as consultas no ambulatório do Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB), um hospital da rede de serviços de saúde pública.

O título “Doutora, eu vim tentar a sorte” é uma expressão dita por alguns dos usuários ao chegarem ao hospital em busca de consulta médica, sem o prévio agendamento pela central de regulação do Sistema Único de Saúde (SUS). A palavra “doutora” é interpretada por mim como a intencionalidade dos usuários em investirem em alguém de um poder que o possibilitará a concessão de uma consulta. Uma espécie de empoderamento. A palavra “doutora” também foi interpretada como uma demarcadora de posição hierárquica nas relações sociais estabelecidas no hospital, a relação entre os usuários e trabalhadores, a qual forma as redes de relações sociais institucionais no hospital.

Por fim, a expressão “eu vim tentar a sorte”, o verbo tentar indica que não está confirmado, portanto, é sabido que não havia o agendamento da consulta através do sistema formal do SUS, completado pela palavra “sorte” interpretada como arriscar com chance de conseguir algo, neste caso, a consulta. O verbo “tentar” e a palavra “sorte” também foram interpretados como uma alternativa para o acesso, o que inferi que seja o acesso informal. Há um conhecimento geral por parte dos usuários sobre o SUS e as redes de relações dentro do hospital, eles usam os seus saberes que perpassam pelos laços de afinidade, e em alguns casos os laços de parentesco para acessar as redes e conseguir ultrapassar as barreiras impostas a eles para a entrada no sistema público de saúde.

O interesse pelo tema está associado à minha trajetória de trabalho no hospital, a partir de 2003, quando mantive contato direto e continuado com a área da saúde, por meio da educação. Como Assistente Social, Antropóloga em meio à formação de recursos humanos na área da saúde, atuei no HUJBB, com atendimento 100% SUS. Desde então, procuro etnografar a relação entre educação e a necessidade de mediação em saúde pública, revendo na prática o que são políticas públicas de saúde e de educação.

No atendimento diário junto aos usuários internados, ouvi muitos relatos e os transformei em registro profissional. Uma constante era a etapa de caminho percorrido até as consultas e a internação, as dificuldades de acesso ao SUS e as diferentes formas de “atalhos”¹ para inserção no sistema formal de tratamento. Outra dizia respeito à relação entre profissional e usuário. As abordagens e o nível de especialização dos profissionais de saúde, muitas vezes, “confundiam” a compreensão do processo saúde-doença para os usuários e ratificavam um paradigma baseado na doença com ênfase nos “órgãos” doentes, sem o olhar para os seres humanos na sua integralidade. Minorar as dificuldades de entendimento dos usuários e trabalhar para uma compreensão do cuidado em saúde é também um esforço da equipe multidisciplinar que atua no hospital. O medo da morte é outro permanente dilema que é tratado, principalmente, com a religião, a psicologia e a magia (WAGLEY, 1988). Entender o usuário como sujeito no processo saúde-doença implica estabelecer relações sociais para um cuidado mediado por emoções, para além do tecnicismo, este, uma marca nas sociedades modernas, com características racionais e impessoais. O cuidado foi olhado como ampliado, não apenas o cuidado ao adoecido na sua consulta ou na internação, mas o cuidado àquele que ainda está para ser cuidado, o pré-acesso ao cuidado dos profissionais, a entrada ou reentrada no sistema público de saúde, o acesso institucional.

A convivência com os demais profissionais de saúde proporcionou compartilhar das limitações do sistema público de saúde, entre os quais para a reabilitação da saúde. Constatei que alguns profissionais também “atalham” o sistema formal e acionam membros de uma rede de relações que agilizam o acesso e o tratamento de usuários por meio dos “atalhos”. Os usuários internados estão cadastrados como frequentadores regulares no sistema, não são “marginais”: apenas alguns conseguem “chegar” mais rapidamente e, para isso, “criam” uma organização que denominei de “atalhos” como parte do subsistema no SUS. Os “atalhos” são invisibilizados ou escamoteados pelos dirigentes e por alguns trabalhadores e usuários.

¹Atalho “Caminho fora da estrada comum, para encurtar a distância, o tempo do percurso; corte, vereda” (FERREIRA, 2009, p. 56). A definição inicial de atalho para esta Tese aproxima-se do “encurtar distância” para acessar os serviços do SUS e/ou para agilizar o atendimento (consulta, internação, exames e outros) de saúde dos usuários. Os atalhos complementam-se às categorias *jeitinho brasileiro, favor e corrupção* (BARBOSA, 2006). O atalho é uma categoria a ser estudada e amadurecida na pesquisa.

Os atalhos como um fenômeno na instituição hospitalar foram interpretados e aproximados do que Castoriadis (1991) denominou de “rede simbólica” constituída nas instituições, uma rede ainda “instituinte” (CASTORIADIS, 1991) que se organiza e funciona nas “brechas” das normas instituídas. Os atalhos resguardam simbolicamente o modelo racional e impessoal do sistema estatal (SUS) forjado na sociedade brasileira moderna. A “reinvenção” de um subsistema pode ser entendida como parte de uma “cultura vivida” que é desdobramento do que seria a cultura idealizada nas normas (PAIXÃO, 2001).

Atalho é entendido pela organização de uma rede simbólica institucional ou para institucional, essa organização pertence a um subsistema informal do SUS. A rede simbólica é construída a partir de relações sociais, estas permeadas de laços fortes e fracos (GRANOVETTER, 1983).

O desvendamento do acesso informal ao SUS como problema de pesquisa foi amadurecido no processo que envolveu as disciplinas e o trabalho de campo. A participação nas disciplinas Epistemologia das Ciências Sociais, Antropologia da Religião, Antropologia da Educação, Antropologia Urbana e Seminário de Tese proporcionou incluir algumas categorias antropológicas e sociológicas consideradas relevantes como: periferia-centro (DURHAN, 2004); matuto-ciadino (WAGLEY, 1988; BARRETO, 2003); identidade nacional, jeitinho brasileiro, personalidade e relacional (DA MATTA, 1990; BARBOSA, 2006); e patrimonialismo (FAORO, 2001; MENDONÇA, 2002; BOTELHO; BRASIL JUNIOR, 2005). Essas categorias propiciaram refletir analiticamente sobre a formação da sociedade brasileira e sobre a cultura brasileira.

Ainda no trabalho de campo, realizei entrevistas com moradores do bairro do Guamá e usuários do SUS. Algumas categorias nativas foram identificadas, dentre elas as que classificam as relações pessoalizadas na vizinhança em contraste com as relações impessoais, características esperadas nas sociedades modernas, principalmente nas metrópoles. Algumas características são: “os que fedem”, “os que cheiram” e os que “não fedem e nem cheiram”. Para referir o mundo relacional em que os moradores do bairro organizam as suas redes sociais na vizinhança e nas instituições de saúde, as categorias foram trabalhadas no segundo capítulo.

As categorias nativas identificadas para denominar o atalho foram: o “encaixe”, o “cupincha” e a “porta da esperança”. Estas categorias foram verbalizadas pelos trabalhadores do hospital ao se referirem ao acesso informal.

Alguns confirmaram que a denominação atalho foi bem empregada e entenderam o seu significado. Elas serão detalhadas e interpretadas no capítulo quarto.

Uma parte do trabalho de campo também foi desenvolvida no período de novembro de 2014 a fevereiro de 2015, no Mercado em Campo de Ourique, em Lisboa-PT, durante o estágio, modalidade doutorado sanduíche no exterior.

A escolha do país, Portugal, foi pela relação histórica e cultural luso-brasileira. Holanda (1969) estudou a formação do povo brasileiro e a influência da cultura portuguesa deixada no Brasil. Algumas categorias historicopolíticas como patrimonialismo e paternalismo foram destacadas neste estudo. Da Matta (1990) e Barbosa (2006) destacaram o termo “jeitinho” como uma categoria da cultura brasileira. O termo “jeitinho” que agrega o binômio valorativo “positivo” e “negativo” é imanente às relações sociais brasileiras. O diálogo com a categoria “jeitinho” foi o impulso para o estudo em Lisboa-PT, estimulado pela descoberta do termo luso “cunha” ou “meter uma cunha”. A descoberta ocorreu a partir da participação em um Congresso da Associação Portuguesa de Antropologia, em 2013, e durante a minha apresentação na comunicação oral denominada: “Os ‘atalhos’ para acesso ao sistema público de saúde: o sistema instituído e impessoal e as redes sociais relacionais brasileiras”, um participante português identificou a aproximação entre o termo “jeitinho” e o termo “cunha”.

Ao retornar a Portugal, a Lisboa-PT, mais precisamente para o estágio do doutorado sanduíche e estudar o acesso informal aos serviços de saúde, retomei o interesse de pesquisa pelo termo cunha, associado às relações sociais personalizadas no mundo moderno, em contraste com o preconizado como símbolo da evolução e do progresso urbano – a impessoalidade. O termo “cunha” ou “meter uma cunha”, ou “fazer uma cunha”, como é aplicado verbalmente pelos entrevistados, articulou-se às entradas informais para o sistema de saúde local lisboeta. Foi um momento inicial sobre o estudo da “cunha” e a necessidade de aprofundar. Entre os objetivos do estágio estava o de demonstrar a relação entre o acesso informal e a cunha, conhecido pelos lisboetas como “favor entre pessoas conhecidas”, ela, uma ação do cotidiano que se aproximava dos atalhos pesquisados em Belém-PA-BR, mais precisamente no HUUJBB.

As descobertas sobre acesso informal continuaram, além do trabalho de campo as referências bibliográficas contribuíram para a melhor interpretação do fenômeno “atalho”. A autora Carapinheiro (2001) foi essencial para a interpretação e

análise teórica, tanto dos “percursos terapêuticos”, caminhos informais realizados pelos utentes portugueses para chegarem aos serviços de saúde, quanto para a análise sobre os saberes e poderes nos hospitais (CARAPINHEIRO, 2005).

O Plano Estágio foi orientado pelo Prof. Dr. Samuel Maria de Amorim e Sá, da Universidade Federal do Para (UFPA), e coorientado pela Prof^a Dr^a Maria Manuel Quintela (CRIA-ISCTE-IUL). O objetivo geral do plano foi: em contraste com um modelo de sistema da modernidade, baseado em princípios da racionalidade e da impessoalidade, esperados nas instituições públicas estatais, estudar o acesso ou a trajetória informal realizada pelos usuários de uma unidade de saúde pertencente ao Sistema Nacional de Saúde (SNS), localizada na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP. Os objetivos específicos foram: 1) identificar usuários/utentes que acessam o serviço de saúde por meio de atalhos; 2) descrever o percurso de usuários/utentes para acessar o serviço de saúde por meio dos atalhos; e 3) analisar a organização do sistema de saúde local.

Por uma questão temporal, não foi possível o acesso à realização de uma incursão etnográfica a uma unidade tal como era o objetivo inicial, optou-se pela escolha de um lugar que permitisse estudar sobre a relação entre os seus habitantes e o sistema de saúde português, designadamente em Lisboa. Neste sentido foi escolhido um local público, um mercado num bairro de Lisboa – Campo de Ourique, pelo fato de este poder ser espacialmente delimitado e com grande número de interações. Neste sentido, comecei por me dirigir ao mercado e às vendedoras, as observações decorreram durante os quatro meses.

Para ambos os estudos o método foi o etnográfico, para o realizado em Campo de Ourique, Lisboa-PT, as técnicas foram a da observação-participante tendo como locais preferenciais da observação as bancas de venda e a relação entre vendedores e clientes e as conversas informais; as entrevistas semiestruturadas e o registro no diário de campo. Foram realizadas 9 (nove) entrevistas semiestruturadas² com trabalhadores do mercado e de um restaurante; alguns deles moradores da freguesia de Campo de Ourique, e todos os usuários dos serviços de saúde local. As fontes de informação foram primárias e secundárias, como a pesquisa na internet, imprensa escrita e televisiva sobre o Serviço Nacional de Saúde Português. Foi realizada uma visita a um Centro de Saúde (Sete Rios),

²Roteiro de entrevista em anexo.

bem como ao Hospital Universitário Santa Maria, em Lisboa-PT. A visita proporcionou observar dois locais da rede de saúde, um que desenvolve ações em nível de cuidados primários e outro em nível de cuidados diferenciados. A estrutura física e o ambiente interno (usuários e profissionais de saúde) permitiram um contato inicial com os níveis de cuidados e uma aproximação para entendimento sobre as diferenças entre os locais e fluxo de atendimento entre Lisboa-PT e Belém-PA-BR.

Acrescida à pesquisa de campo foi realizada uma entrevista com uma 'expert' na área da Sociologia da Saúde em Portugal, a Professora catedrática Graça Carapinheiro, professora no ISCTE³.

Os sujeitos da pesquisa foram 9 (nove) no total. A maioria 7 (sete) foi de mulheres, e a minoria 2 (dois) de homens. A faixa etária compreendeu desde os 30 anos de idade até os 76 anos de idade. Todas as pessoas entrevistadas ou já haviam utilizado ou estavam utilizando o serviço de saúde público da freguesia de Campo de Ourique. Dentre essas, quatro, informaram que utilizaram serviços tanto da saúde pública como o da saúde privada (particular). A escolarização dos entrevistados variou entre aqueles que relataram saber ler e escrever aos que concluíram o nível técnico. Todas as pessoas nasceram em Lisboa, sendo duas no Campo de Ourique. As profissões exercidas, atualmente, relatadas pelas pessoas entrevistadas foram as de: vendedora no mercado (feirante), empregada doméstica, fiscal do mercado, garçom, aposentada (reformada), técnica de peixaria e prestador de serviço do mercado (trabalhador braçal). Durante a trajetória de vida das pessoas, elas trabalharam em outras profissões ou ocupações. Das 6 (seis) pessoas que relataram trabalhar em Campo de Ourique, o mínimo de tempo que trabalharam na freguesia foi de 7 anos, e o máximo de 41 anos. Sobre o local de moradia atual, do total das pessoas entrevistadas, 4 (quatro), residem em Campo de Ourique; 3 (três), em outras freguesias de Lisboa e 1 (uma), que não informou o local de moradia. As pessoas que não nasceram em Campo de Ourique relataram frequentar a freguesia no mínimo há 7 anos e no máximo há 60 anos.

Os achados do estudo no mercado de Campo de Ourique foram sobre os laços afetivos, classificados como "laços fracos" e as relações de vizinhança numa

³ Profa. Graça Carapinheiro é PhD em Sociologia pelo ISCTE, em Lisboa-PT, professora catedrática do Departamento de Sociologia do ISCTE e pesquisadora do Centro de Investigação de Sociologia (CIES). Publicou vários livros e artigos científicos na área da sociologia da saúde (CARPINHEIRO, 2011).

freguesia com relações de “aldeia” dentro de uma metrópole como Lisboa. A modernidade, e seu possível efeito de impessoalidade, não chegou hegemonicamente na freguesia de Campo de Ourique, ou pelo menos não adentrou por completo o mercado. Há um misto no espaço do mercado que reúne tradição e modernidade, relações impessoais e relações pessoalizadas. Para alguns, “*Campo de Ourique é uma cidade dentro da outra*” (Entrevistada Maria Marta. Lisboa-PT, 09.12.2014). O sentido de uma cidade é pela característica de autonomia da freguesia, há uma estrutura de serviços públicos e comércio que possibilita a permanência dos moradores no local, sem necessidade de deslocamento para demais freguesias. Outro achado foi sobre a “cunha” como acesso aos serviços públicos de saúde. Diferenciando-se do serviço público de saúde brasileiro, o sistema público de saúde português não apresenta a mesma intensidade de barreiras para o acesso, mas se aproximam brasileiros e portugueses nas interações sociais, “a cunha” é uma das formas de promover a entrada no serviço de saúde por um intermediário, um conhecido. Tanto os entrevistados lisboetas quanto os paraenses relataram estabelecer relações sociais que facilitam o acesso aos serviços de saúde.

No estudo realizado em Belém-PA, no HUUJBB (anexo B), local principal da pesquisa, ele e o bairro foram escolhidos por pertencerem a um território de saúde pertencente ao Distrito Administrativo do Guamá (DAGUA – ver anexo A), uma das formas de descentralização da Prefeitura Municipal de Belém. Há uma rede de serviços formada pela atenção primária, de média e de alta complexidade, que inclui dois hospitais universitários da UFPA e unidades de saúde do SUS.

A tese está organizada em 6 (seis) capítulos. O primeiro trata do problema de pesquisa, as barreiras ao acesso ao sistema público de saúde e o princípio da universalidade. Os passos metodológicos para o desvendamento do problema foram construídos a partir de método da etnografia e da pesquisa qualitativa e quantitativa, com técnicas de trabalho de campo, entrevista semiestruturada, pesquisa documental e observação participante. O capítulo é denominado de “A universalidade no sistema único de saúde (SUS) e o “não tem vaga”: o “acesso relacional e instituinte” como um problema de pesquisa.

O segundo apresenta o HUUJBB como uma das paisagens do bairro do Guamá associada a morredouro ou a instituição que reabilita os doentes. A relação da memória com as paisagens e a interpretação dos moradores sobre o bairro como

periferia-centro, num contexto de tradição e modernidade. O título do capítulo é “Um hospital pra se morrer ou pra a pessoa ser cuidada? A paisagem do HUIBB no bairro do Guamá – o urbano, a tradição e a modernidade. Neste capítulo o HUIBB é interpretado como uma paisagem urbana (SILVEIRA; SOARES, 2008) que forma a identidade do bairro, assim como a sua relação com os demais locais que se complementam formando também um complexo da saúde-doença-morte, composto pelo cemitério de Santa Isabel e o antigo Instituto Médico Legal (IML). Os três prédios são simbólicos para o bairro e parte da memória da cidade.

O bairro é interpretado como um bairro periferia-centro (SILVEIRA; SOARES, 2008) a partir de sua história na cidade de Belém e da análise da Antropologia Urbana. A relação rural-urbana complementa a análise identificando os marcos da identidade guamaense e as suas relações sociais estabelecidas entre os moradores. Marcos que enxergam tanto situações de adoecimento e morte como também de festas. Aqui presenciamos aspectos culturais “ditos” ou classificados como da “cidade” e do “interior” em complementariedade. A impessoalidade característica de uma área urbana é atravessada pela pessoalidade, pela forma relacional de construção de uma organização.

O pensamento racional, tendo como uma de suas representações a ciência moderna, neste caso referente à saúde em municípios paraenses, é interpretado por autores como Wagley (1988) e Maués (1990). O primeiro cita a convivência de práticas mágicas da ciência médica no município de Gurupá-PA, nos anos 1940. O segundo analisa e sistematiza um sistema classificatório nativo, organizado por uma lógica complexa e complementar de saberes.

O terceiro capítulo trata sobre a cultura brasileira e seus personagens emblemáticos a partir da compreensão da cultura brasileira e de alguns dos seus personagens buscou entender os “atalhos” contextualizados localmente. O nome escolhido para este capítulo foi “Os ‘atalhos’ difusos e ocasionais no hospital: aproximações e diferenças com a cultura brasileira da realeza, da malandragem, do caudilho e dos cidadãos”.

O quarto e o quinto capítulos complementam-se e são intitulado “O que dizem os usuários sobre o ‘atalhar’ no Hospital: as redes de acesso informal retroalimentadas pelo sistema formal” e “O que dizem os trabalhadores e os gestores sobre o ‘atalhar’ no Hospital: as redes de acesso informal retroalimentadas pelo sistema formal”. Nestes capítulos são exploradas as interpretações dos sujeitos

da pesquisa sobre o “atalho”, os olhares dos diferentes sujeitos envolvidos na organização do atalho. As redes sociais internas e os seus acionamentos a partir dos sujeitos externos a instituição, os usuários ou pessoas envolvidas com eles, os conhecidos, os parentes distantes. O capítulo discute o atalho, a sua organização e sua relação com a estrutura social institucional do hospital no SUS. Adotei Deleuze e Guatarri (2000) para discutir a categoria “estrutura rizomática”, diferente da “estrutura arbórea”. A metáfora do rizoma é bem vinda para a análise interpretativa sobre a entrada para o acesso às redes sociais internas. A estrutura rizomática permite diferentes entradas e conexões, o que provoca a discussão, que não é nova, sobre o acesso ao SUS e a crítica à entrada seguindo uma linha hierárquica rígida, como a traçada pela organização atual do sistema que vai da atenção primária até a atenção terciária e quaternária. Castoriadis (1982) é retomado, e sua teoria possibilita o entendimento do “atalho” como pertencente à relação simbólica institucional, e neste caso ainda instituinte. O “atalho” como parte do sistema de saúde instituinte dialogando com o instituído é incluído na concepção de saúde com ranços de filantropia, uma visão sobre saúde que distorce e escamoteia a saúde como direito.

O sexto e último capítulo adentra as relações do processo de trabalho hospitalar discutindo os poderes e micropoderes (FOUCAULT, 1999) institucionais dos profissionais de saúde, com centralização nos médicos como atores que detêm o poder numa estrutura hospitalocêntrica. Carapineiro (2005) e Franco (2006) são os autores que abordam a relação do processo de trabalho no hospital. Um processo de “trabalho vivo” (MERHY, 1997; MERHY; ONOKO, 2002) e permeado pela “ordem negociada” (CARAPINEIRO, 2005). A autora faz crítica à regulação pessoalizada centralizada nos médicos, por identificar raízes de uma medicina liberal e filantrópica. O autor discute a micropolítica do processo de trabalho e as redes de relações sociais e suas criações e inovações no processo de trabalho. O capítulo é intitulado “Achados teóricos luso-brasileiros sobre a atuação dos atores sociais inseridos na rede de relações do processo de trabalho hospitalar: a centralidade no profissional médico”.

2 A UNIVERSALIDADE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E O “NÃO TEM VAGA”: O “ACESSO RELACIONAL E INSTIUTINTE” COMO UM PROBLEMA DE PESQUISA

2.1 O problema da pesquisa: a dificuldade de acesso ao sistema público de saúde brasileiro.

2.1.1 O problema da pesquisa

A sociedade brasileira, segundo interpretação de Barbosa (2006), que estudou sobre identidade nacional⁴, envolve uma categoria identificada como um “sentimento” denominado “jeitinho brasileiro”. Essa categoria, entre outros argumentos sociológicos e antropológicos, discute a relação estrutural de sociedades humanas. Para a relação de contraste típica do conceito de identidade há duas categorias prioritárias. Uma da individualidade, dominada pela impessoalidade, característica da racionalidade moderna; outra, baseada num tipo de relação social - a relacional, dominada pela pessoalidade.

[...] E mais, no caso brasileiro, sempre que o valor englobante da análise for o individualismo, elaboraremos uma identidade negativa. Sempre que ele não for o valor englobante da situação, elaboraremos uma identidade social positiva (BARBOSA, 2006, p.131).

A sociedade brasileira, como muitas outras, no âmbito do discurso político, econômico, social e administrativo, adota o individualismo, em que o indivíduo legal é o centro do discurso. É adotado o ideário impessoal, “[...] Proceder sempre como indivíduo e nunca como pessoa é a mensagem veiculada e o comportamento social esperado” (BARBOSA, 2006, p.133); no entanto, sua realização no caso brasileiro é difícil, “Sabemos, entretanto, que o código individualista não se realiza com muita facilidade no domínio da prática social brasileira” (BARBOSA, 2006, p. 133).

⁴ “Em nosso estudo, estamos interessados num tipo particular de identidade social – a identidade nacional. A identidade nacional é a construção de um tipo mais generalizante das identidades das sociedades nacionais” (BARBOSA, 2006, p. 128).

Para Faoro (2001), na sua análise sobre a estrutura social brasileira como Estado patrimonialista⁵ e o que ele denominou de “lei do desenvolvimento combinado”⁶, que diferencia o Brasil dos demais países que adotaram o modelo capitalista, há um ponto de referência: “Ponto de referência é o capitalismo moderno, tal como decantado por Adam Smith, Marx e Weber, tratados os estilos divergentes como se fossem desvios, atalhos sombreados, revisvescências deformadoras, vestígios evanescentes” (FAORO, 2001, p. 869). Tomando este parâmetro, o Brasil é um desviante. Perguntamos então: um desviante ou um modelo próprio nacional diferente dos modelos clássicos?

Segundo Mendonça (2002, p. 43),

[...] nos escondemos nos símbolos da impessoalidade e representação dos interesses nacionais. Forjamos a impessoalidade e agimos com caráter “personificador”. Construimos então uma relação aparentemente impessoal representada por instituições e realizamos cotidianamente o personalismo.

E completa que há um “[...] poder invisível: o sistema” (MENDONÇA, 2002, p. 43). Aqui cabe pensar a instituição saúde pública e o sistema SUS, ambos proclamados como impessoais e usados para “aparentar” a impessoalidade?

A estrutura estatal brasileira e a burocracia são o *locus* predominante para a interpretação e utilização do “jeitinho”. O Estado é um forte regulador, e a organização burocrática formal é rígida e fria.

No Brasil, o Estado se faz presente a cada etapa de qualquer procedimento burocrático. Dessa feita, cria-se uma situação paradoxal, para uma sociedade com setores altamente modernizados e individualistas. Nela, o Estado deveria atuar apenas como mediador dos conflitos de interesse, mas ele se torna a encarnação dos princípios hierárquicos e holistas, separando-se inteiramente da sociedade. O Estado desconfia de seus cidadãos e esses do Estado. O primeiro, através do sistema burocrático, checa e rechea cada afirmação de seus usuários; esses vêm-se mergulhados numa rede de exigências, muitas vezes incompatíveis umas com as outras. (BARBOSA, 2006, p.36).

⁵ A realidade histórica brasileira demonstrou – insista-se – a persistência secular da estrutura patrimonial, resistindo galhardamente, inviolavelmente, à repetição, em fase progressiva, da experiência capitalista. Adotou do capitalismo a técnica, as máquinas, as empresas, sem aceitar-lhe a alma ansiosa de transmigrar (FAORO, 2001, p. 869).

⁶ “Lei do desenvolvimento combinado no sentido da aproximação das etapas diversas, da combinação de fases discordantes, da amálgama de formas arcaicas com as modernas” (FAORO, 2001, p. 868).

Como forma de reação a situações consideradas difíceis, como é o caso da burocracia, e analisando a “[...] máquina burocrática como teoricamente racional, impessoal, anômica e faz uso de categorias intelectuais; o jeito lança mão de categorias emocionais. Com o sentimento estabelece um espaço pessoal no domínio impessoal” (BARBOSA, 2006, p. 37).

O problema parece se configurar pelo menos sob dois ângulos: 1) enfrentamento à estrutura estatal brasileira centralizadora, injusta e desigual. O jeitinho é uma forma de resistência “cultural” e criativa de “atalhos” possíveis para resolver situações cotidianas utilizando o relacional, a pessoalidade; e 2) como afirmação da identidade brasileira contrastante com outras culturas. O brasileiro alegre, cordial e simpático em contraste com a frieza e a rigidez, por exemplo, dos habitantes dos países anglo-saxões.

Concentrar-me-ei no primeiro ângulo, considerando o Estado e um Sistema de Saúde Público, o SUS, com suas amarras burocráticas, principalmente, com as limitações ao acesso do cidadão a um sistema universal. Os usuários buscam seus direitos de atendimento em saúde, no entanto, devido aos problemas que perpassam também pela má administração pública, são tolhidos no atendimento, aguardando em filas e por longos períodos para consultas e internação. *A priori* é um sistema que na ideia é universal, mas na prática ainda não o é. Os “atalhos” a serem pesquisados neste Projeto poderão representar uma das categorias para compreender o SUS e a saúde para os usuários, assim como a hipótese da interpretação de um subsistema informal ligado ao sistema de saúde formal (SUS). Aqui incluímos outras categorias apontadas pela autora que poderão ser associadas e/ou usadas em prol dos atalhos. São elas: o favor, o jeitinho e a corrupção. Estas categorias serão estudadas como possibilidades de atuação isolada ou complementar no cotidiano dos usuários do Hospital. Iniciaremos a discussão dessas categorias no item denominado “Os personagens ‘Creonte’, o ‘tenente Ribeiro’, o ‘malandro carioca’ e o ‘Sr. José’: homens e suas histórias sobre pessoalidade”.

Um dos entrevistados, morador do Guamá e também usuário dos serviços de saúde, ao relatar sobre as redes sociais e a atitude relacional entre os conhecidos, usou três categorias pertencentes ao seu contexto local. Uma é a daquele identificado como quem “cheira”, em oposição a quem seja identificado como o (a) que “fede” e uma terceira categoria mediadora, identificada como aquele que “nem

fedede e nem cheira”. As três categorias classificatórias indicam formas de comportamento de pessoas no bairro e também são indicadoras de diferentes potencialidades de acionamento das redes. Na interpretação da fala do morador, a categoria que melhor realiza a circulação e o acesso nas instituições é a daquele que “nem fedede e nem cheira”, a pessoa parece invisibilizada no sistema, no entanto, há divergências, pois a mulher entrevistada identificou aquele que “cheira” como a melhor pessoa para conseguir o acesso nas redes sociais fora e dentro das instituições.

Tomando a estrutura estatal brasileira como patrimonialista - modelo impessoal - mas atuando hegemonicamente por meio das relações pessoais, com caráter relacional, o problema central investigado foi: Como os usuários do Sistema Único de Saúde, que são atendidos no HUUJBB, enfrentam as dificuldades de acesso aos serviços de saúde - que se propõe universal - e constroem um subsistema convergente ao SUS?

2.1.2 O porquê da escolha do problema da pesquisa

A reforma sanitária brasileira foi um movimento marcante na história da saúde pública. Seu contexto, desde a década de 1970, e até após a Constituição de 1988, modificou a lógica de acesso e alterou os serviços de saúde. Uma das mudanças consistiu no acesso de todos os cidadãos brasileiros, independente de seu vínculo empregatício e de serem contribuintes ao serviço de saúde pública. A reforma sanitária também pautou em discussão um “novo” modelo, inicialmente, reelaborando o conceito de saúde, antes tido como de “ausência de doença” para o de processo “saúde-doença”, assim como a discussão da prevenção como prioridade em contraposição à reabilitação (paradigma biologicista), que privilegia a visão hospitalocêntrica. Aqui uma batalha contra as indústrias farmacêuticas e tecnológicas que produzem e comercializam insumos para a saúde. Em meio a um contexto mundial de políticas de Estado mínimo, o Brasil aprovou, na Constituição de 1988, um direito assegurado pelo Estado num modelo de Estado de bem-estar social.

O autor Perry Anderson (1995) analisa o contexto mundial do neoliberalismo, nas décadas de 1970 até 1990, citando países anglo-saxões como a Inglaterra, assim como os países da América Latina. Nestes últimos, o autor refere o perigo de

uma revolução socialista, controlada pelas forças neoliberais com a política econômica e alavancada por acontecimentos históricos como a queda do comunismo na Europa Oriental e na União Soviética, de 1989 a 1991. Esse quadro interferiu nas políticas públicas brasileiras. O SUS parece ter padecido de forte pressão contrária a tornar-se um sistema público universal. Na sua concepção geral, o SUS estabeleceu e assegurou acesso universal, atenção integral, controle social e igualitário à população. Numa interpretação inicial, eram esses contornos de uma concepção socialista utópica, num Estado que passava por uma transição de regime militar para democracia. As amarras de um Estado cristalizado patrimonialista, com pretensões de “progresso” no modelo de modernidade, criaram para o SUS a rígida burocracia para a rede de serviços de saúde hierarquizada, o controle e a sustentação financeira incompatíveis com a arrecadação de impostos e atingido por forte corrupção, noticiada pela imprensa, como o desvio de verbas públicas pelos governantes. Uma figura de Estado misto, congregador, admitindo num mesmo sistema (SUS) serviços de saúde pública e suplementar (seguro), por exemplo.

Comparamos o caso do serviço de saúde entre Estados Unidos e Canadá exibido no filme “As Invasões bárbaras”, 2003, de Denys Arcand. O filme apresenta o caso de um professor acometido por um câncer em fase terminal, morador do Canadá, ativista político e defensor da estatização do Canadá “eu lutei pela estatização, portanto, tenho que arcar também com as conseqüências” (MARINELI, 2006). Ele se recusou tratar-se nos Estados Unidos que adotaram um sistema privado (seguro saúde), apesar de que o hospital público no Canadá apresentava problemas de superlotação e precárias instalações. Para oferecer um local com melhor infraestrutura para o pai, o filho do professor subornou o administrador e o sindicato que chefiavam o hospital. Segundo Fernando Marineli (2006), o filme retratou “o estranhamento no trabalho, pauperização dos trabalhadores, colapso do Estado de bem-estar social, esgotamento ideológico”. O filme foi exibido e discutido na sessão do Projeto de Extensão “Cinemed: o ensino da ética através do cinema”, do Hospital Barros Barreto, no ano de 2009. Ênfase o contraste entre os dois países em termos de políticas públicas e os modelos de sistema de saúde divergentes e a situação de suborno ocorrida no Hospital no Canadá.

O acesso, o principal problema discutido nesta tese, de acordo com o que está estabelecido pelo SUS, deveria iniciar na atenção primária, com a prevenção

prioritariamente e com um alto nível de resolutividade, evitando adoecimento, e, caso necessário, o usuário transitaria para a atenção secundária e terciária. A integralidade teria como uma de suas funções a gestão da rede de serviços (primária, secundária e terciária), a passagem do usuário de um serviço mais especializado (referência) a outro e seu regresso ao local de origem (contrarreferência). Aqui é importante referir que a transição do usuário na rede de serviço de saúde e os obstáculos à porta de entrada nos diferentes níveis de atenção à saúde também poderão demandar mais “atalhos”, visto que à medida que os serviços se tornam especializados, o número de vagas para atendimento é mais restrito. Um segundo ponto é o fato de que a cobertura e a resolutividade na atenção primária no Brasil ainda é baixa, ocasionando crescente adoecimento da população para serviços especializados. Uma ressalva é a de que os problemas chamados de promoção à saúde como os relativos a políticas públicas intersetoriais como educação, saneamento básico, assistência social ainda são precários no país, o que aumenta o nível de adoecimento da população.

O princípio da integralidade do cuidado é definido como polissêmico (CECIM; FERLA, 2009), com pelo menos três sentidos: 1) perspectiva holística em relação ao usuário; 2) organização do sistema/serviços de saúde de forma hierárquica (atenção primária, média e alta complexidade); e 3) a integralidade do cuidado com o usuário.

As principais atribuições da Atenção Primária em Saúde (APS) são: 1) conhecer e coordenar a base territorial sob sua responsabilidade sanitária; 2) exercer o papel de fonte reguladora de cuidado desta população; 3) gerenciar o sistema de informação para o registro; 4) administrar e/ou criar estratégia e mecanismos de integração e comunicação com outros profissionais e com outros pontos da rede; 5) coordenar a atenção; 6) ordenar a rede a partir das necessidades dos usuários; e 7) ser resolutiva (80%), segundo Mendonça (2010).

Das atribuições citadas para a discussão das redes, destacamos a coordenação da atenção e a resolutividade. A primeira visa trabalhar com a gestão da clínica/cuidado, do sistema informatizado de referência e contrarreferência e que defina e conheça a trajetória do usuário na rede de atenção. A segunda é a atribuição de resolver os problemas de saúde da população com a prevenção e no cuidado. Estudos demonstram que cerca de 80% dos problemas de saúde podem ser resolvidos antes da internação (média e alta complexidade). Ambas as atribuições estão conectadas à rede do sistema de saúde. A referência e a

contrarreferência poderão indicar o deslocamento do usuário na rede, num mesmo nível, como também a um novo patamar seguindo o modelo hierarquizado. O deslocamento, segundo o SUS, deverá ocorrer do micro ao macro, o local de maior proximidade nas relações sociais (malhas estreitas⁷) para o espaço de menor proximidade nas relações sociais, acentuadamente impessoais (malhas frouxas⁸).

No Brasil, a cobertura da população pela Estratégia Saúde da Família (ESF) ainda não é total. Em 2009, a cobertura populacional foi de 95.638.435 hab., o que representou 49,9% da população coberta. A cobertura cresce para 60,4 %, quando somada ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o que representou 10,5% (BRASIL, 203b).

No Estado do Pará, apenas 8 (oito) municípios ainda não implantaram as Equipes de Saúde da Família. A cobertura da população paraense estimada pelas ESF é de 44,78 % (3.502.735 hab). A cobertura da população do Estado é maior (82,50%) pelos Agentes Comunitários de Saúde que são ligados ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 2013a).

A cobertura ainda parcial da população no Brasil e no Estado indica que mais de 50% da população do Estado ainda não têm acesso a esse serviço, o que não quer dizer que não sejam atendidos pelos demais serviços de saúde, assim como pela medicina popular. No entanto, parte da rede do SUS ainda apresenta uma ausência à população ou uma demanda maior que a oferta de serviço.

Os profissionais médicos também ainda não estão presentes em todos os municípios de forma regular, ou mesmo neles ainda há baixa presença de médicos de família e comunidade, indicando um problema para implantação e continuidade do Programa Estratégia Saúde da Família, de parte da atenção primária que compõe a rede do SUS.

⁷ Malhas estreitas são definidas como aquelas de conectividade entre os membros com pouca ramificação, ligação mais direta.

⁸ Malhas frouxas são definidas como aquelas de muitas ramificações com conectividade mais distanciada do ponto central.

Um exemplo é o Programa Mais Médicos⁹ implementado pelo Ministério da Saúde cujo objetivo foi o de aumentar a presença de médicos na atenção primária nos municípios do Brasil.

Dados do Ministério da Saúde, de abril de 2010, demonstraram que o Estado do Pará apresentou um quantitativo de 12.835 médicos entre as especialidades de: Anestesiologista, Cirurgião Geral, Clínico Geral, Gineco Obstetra, Médico de Família, Pediatra, Psiquiatra e Radiologista. O menor número de profissionais médicos é o de psiquiatras, com 127 especialistas, seguido de anestesistas com 579 médicos. Entre as demais especialidades estão os de clínica geral, com 2.939 médicos; pediatria, com 1.153 médicos; médico de família, com 1.019 médicos; ginecologia/obstetrícia, com 1.368 médicos (BRASIL, 2013b). A característica da distribuição é comum aos Estados da região Norte/Amazônia Legal. A distribuição demonstra a necessidade de formação em médicos de família, assim como a estruturação de ações que fortaleçam a fixação dos médicos nos municípios fora da região metropolitana de Belém, segundo Mendonça (2010).

A baixa cobertura de assistência à população pelos Programas da Atenção Básica dificulta a prevenção de doenças e sobrecarrega a atenção secundária e terciária que são referências para a reabilitação da saúde. O acesso da população aos serviços de saúde é dificultado tanto pela não prevenção das doenças como pela grande demanda de pessoas adoecidas que procuram as clínicas e hospitais da rede de saúde do SUS. Diante do quadro de déficit do serviço e demais dificuldades, obstaculizando o acesso, as redes sociais são acionadas. Elas

⁹O *Programa Mais Médicos* faz parte de um amplo pacto de melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde, que prevê investimento em infraestrutura dos hospitais e unidades de saúde, além de levar mais médicos para regiões onde não existem profissionais [...]. As vagas serão oferecidas prioritariamente a médicos brasileiros, interessados em atuar nas regiões onde faltam profissionais. No caso do não preenchimento de todas as vagas, o Brasil aceitará candidaturas de estrangeiros, com a intenção de resolver esse problema, que é emergencial para o país [...]. Hoje, o Brasil possui 1,8 médicos por mil habitantes. Esse índice é menor do que em outros países, como a Argentina (3,2), Uruguai (3,7), Portugal (3,9) e Espanha (4). Além da carência dos profissionais, o Brasil sofre com uma distribuição desigual de médicos nas regiões - 22 estados possuem número de médicos abaixo da média nacional. Como não se faz saúde apenas com profissionais, o Ministério está investindo R\$ 15 bilhões até 2014 em infraestrutura dos hospitais e unidades de saúde. Desses, R\$ 2,8 bilhões foram destinados a obras em 16 mil Unidades Básicas de Saúde e para a compra de equipamentos para 5 mil unidades; R\$ 3,2 bilhões para obras em 818 hospitais e aquisição de equipamentos para 2,5 mil hospitais; além de R\$ 1,4 bilhão para obras em 877 Unidades de Pronto Atendimento. Além disso, estão previstos ainda investimentos pelos ministérios da Saúde e da Educação. Os recursos novos compreendem R\$ 5,5 bilhões para construção de 6 mil UBS e reforma e ampliação de 11,8 mil unidades e para a construção de 225 Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e R\$ 2 bilhões em 14 hospitais universitários (BRASIL, 2013c).

poderão ser classificadas de forma geral como redes institucionais, formais, instituídas oficialmente – modelo impessoal e como redes não formais - modelo relacional. No SUS, nas suas instituições de saúde, há convivência entre redes formais e redes não formais, que são complementares. Estas últimas agem num movimento de adesão ou resistência às gerências e à gestão de serviços.

Nesta tese, o estudo sobre as relações sociais, de cunho sociológico e antropológico, tomará como autor de referência Radcliffe-Brown, na linha estrutural funcionalista. Para a análise sobre instituição social, tomarei o autor Cornelius Castoriadis (1982) que trabalha na perspectiva do “instituído” e do “instituinte”. Eles colaboram e contribuem com a pesquisa sobre saúde coletiva na medida em que provocam um olhar sobre o sujeito e suas relações na estrutura social total como inacabada ou reordenada por um subsistema ou sistema complementar submarginal ou marginal, mas real, desenvolvido para o acesso em busca de tratamento e cura.

Estudos da Antropologia da Religião e da Saúde, principalmente da medicina de *folk* (MAUÉS, 1990), evidenciaram que, dentro de uma estrutura social numa comunidade amazônica, havia uma complexa classificação que envolveu causas, prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças não-naturais. Esta pesquisa tratou de um sistema de saúde não-formal praticado por pajés e benzedores demonstrando os saberes utilizados pelos habitantes/sujeitos para cuidar de sua saúde, criticando um modelo essencialmente racionalista de conhecimento baseado na ciência, com ênfase no modelo formal da saúde, baseado na medicina acadêmica. Os modelos racionalistas são hegemônicos nas sociedades ocidentais, mas a Antropologia demonstrou que os demais modelos classificatórios coexistem na realidade social. Neste estudo não serão exploradas as práticas da medicina denominada popular e o conhecimento dos usuários sobre essas práticas, e sim as práticas advindas do conhecimento dos usuários sobre acesso informal e formal ao SUS. Ressaltei o estudo de Maués (1990) destacando a coexistência de modelos na realidade social.

2.2 Algumas categorias de análise

2.2.1 A categoria rede social

O conceito de rede e de redes sociais associa-se às diferentes áreas do conhecimento e ao mesmo tempo é embrião de articulação de saberes. A seguir autores de diferentes áreas do conhecimento apresentam a categoria rede aplicada tanto a sistemas de informação e comunicação como a sistema de redes sociais.

O conceito de rede em saúde aplicada à gestão dos serviços, segundo Fleury e Ouverney (2007), tem como finalidade viabilizar o acesso integral do usuário no sistema de saúde - um dos princípios do SUS – o que é realizado por uma organização e pelo controle de serviços de saúde do SUS, realizado por uma rede de informação e comunicação. Ambos se articulam em prol de viabilizar o acesso aos serviços de saúde, a chamada rede do SUS. O conceito de rede acompanha uma construção histórica, pelo menos multidisciplinar, envolvendo a administração, a informação e comunicação e a saúde (FLEURY; OUVERNEY, 2007). Essa rede tem características racional, impessoal.

Outros autores, como Castells (2010), por exemplo, contribuíram com os estudos sobre redes sociais, num plano de sociedades em redes, num contexto das sociedades urbanas pós-revolução informacional. Um dos destaques reside na dimensão da conexão efetuada por meio das redes sociais, no caso também através dos meios de informação e comunicação. Uma sociedade em redes com forma menos piramidal e mais horizontalizada.

Para este estudo o foco será nas redes sociais com interação pessoa-pessoa, sem intermediação das redes informacionais.

O conceito principal de rede social a ser abordado neste estudo será o que é trabalhado nas Ciências Sociais e Humanas, com possibilidades de interfaces com demais ciências. Destaco alguns autores como Mayer (1987) que trabalha com a categoria redes sociais na linha do estrutural-funcionalismo.

Para Mayer (1987, p. 112),

O termo “rede” foi empregado por Radcliffe-Brown (1952:190) que caracterizou a estrutura social como a “rede de relações efetivamente existentes”, e afirmou também que essa estrutura deveria constituir o objeto da investigação antropológica. As relações que formam a estrutura social seriam sustentadas por uma convergência de interesses ou, ao menos,

“pela limitação dos conflitos que possam surgir da divergência de interesses” (Ibid.:199). Em alguns casos, a estrutura poderia ser definida por um critério único, como, por exemplo, em uma tribo australiana, onde “a estrutura social inteira baseia-se em uma rede de relações de pessoa a pessoa, estabelecida por meio de conexões genealógicas.

Referindo Radcliffe-Brown, a autora apresenta algumas características das redes de relações como construtoras da estrutura social e que as redes seriam sustentadas pelo interesse comum e pelas limitações de conflitos. As formas de relações nas estruturas das sociedades podem variar como as que vão de pessoa a pessoa, com conexões genealógicas, assim como os estudos sobre sociabilidade de Simmel (2005) sobre as relações sociais nas sociedades modernas caracterizadas como interações esporádicas e estritamente formais libertas de conteúdos e interesses imediatos.

Em estudos antropológicos, há classificações de redes: as redes “fechadas” e as redes “abertas”, por exemplo. A primeira diz respeito à maior intensidade de segregação entre os papéis de seus membros, já a segunda, à menor intensidade. Barnes (1987) analisa diferentes principais propriedades formais para o estudo de redes sociais. Destaco algumas: 1) Rede social total e parcial, 2) Estrelas e zonas; 3) Densidade; 4) Agrupamentos; e 5) Limites e finitudes. Os componentes são parte do processo de análise vinculada a uma mensuração (densidade) complementar aplicada a uma metodologia comparativa.

A rede social total é formada pela relação de pessoa a pessoa na realidade social. As relações poderão ser simétricas ou assimétricas, ambas requerem que uma pessoa “impinja” em outra, isto é, que uma pessoa interfira na outra. No caso de relações simétricas, com mesmo objetivo, a pessoa *A* impinge em *B*, então *B* sempre impinge em *A*. A rede social total é um modelo construído a partir da realidade empírica (BARNES, 1987, p.122)

Ainda seguindo a discussão, o autor complementa o conceito de rede social com os conceitos utilizados pela engenharia elétrica e de comunicações e afirma que a utilização de um conceito sociológico similar é bastante legítimo, reafirmando o conceito “Uma cadeia interrelacionada ou um sistema de coisas não-materiais”, e há, inclusive, uma categoria popular inglesa, *the old - boy network* (FRANKENBERG, 1966, p. 160) [...] Independente de qualquer coisa, a rede é uma abstração de primeiro grau da realidade” (BARNES, 1987).

Em seguida, aborda a rede parcial definida como “[...] qualquer extração de uma rede total” (BARNES, 1987, p.166), utilizando critério aplicável à rede total.

As estrelas e zonas são definições trabalhadas pelo autor para delimitar alguns campos de estudo, uma estratificação da rede social total. As estrelas são definidas ao identificar, a partir de *Alfa*, os contatos adjacentes entre si. A partir da rede social total, escolhe-se um *Alfa* (uma pessoa) e mapeiam-se suas relações interpessoais didáticas, as pessoas adjacentes à *Alfa* com contatos primários ou de primeira ordem.

Um nível seguinte de complexidade é denominado zona primária que agrupa os contatos primários de *Alfa* a partir das relações sociais. O contato nesta primeira zona é direto entre *Alfa* e *Beta*, por exemplo. Os contatos com outros adjacentes (*Gama* e *Delta*) acionados indiretamente por meio de *Alfa* serão de segunda ordem, isto é, o contato será de *Alfa* à *Beta* e de *Beta* à *Gama* ou *Delta* retornando à *Alfa*. Esta zona seria secundária e assim sucessivamente. A identificação da posição de *Alfa* na rede poderá alterar as zonas. As estrelas e zonas também poderão ser alteradas com a mobilidade de pessoas na rede social parcial.

A densidade da rede é examinada como uma mensuração relativa à extensão de conectividade em relação aos seus membros, tomando como ponto de partida *Alfa*. A conectividade direta, a indireta e suas intermediações classificam a densidade.

As redes são construídas por malhas, classificadas como: 1) malha parcial uniforme estreita; 2) malha parcial uniforme extensa; e 3) malha parcial intermediária. A diferença de densidade é mensurada pela conectividade dos membros por meio do entrelaçamento entre os participantes. Na primeira forma de malha há pouca ramificação, permanecendo uma relação direta entre *Alfa* e os demais, por exemplo. A segunda forma é caracterizada por muitas ramificações, com ausência de intercomunicação dos membros das zonas secundárias com *Alfa*. A terceira configura-se como de ramificações intermediárias. A classificação das malhas também poderá ser caracterizada como malhas abertas, fechadas e intermediárias.

A mensuração da densidade identificará as malhas, no entanto, esta classificação também poderá ser híbrida, isto é, na sociedade ou grupo estudado podem co-existir diversas malhas, com hegemonia de uma. A classificação é um

mecanismo para possibilitar melhor análise comparativa das redes sociais e suas malhas.

Agrupamentos são definidos como “um conjunto de pessoas cujas conexões entre si são comparativamente densas” (BARNES, 1987, p. 175).

A identificação de um agrupamento e de seus membros também vai indicar a posição de membros no agrupamento e seu grau de densidade na malha e na rede. Os membros no agrupamento constituem diferentes densidades: mais forte, mais fraca ou intermediária. Ainda podem ser identificadas como periférica ou central. A posição desses membros também vai interferir em aumento ou queda na densidade da malha. Poderá fortalecer ou enfraquecer a densidade.

As diferenças de definição entre infinito, limites e finitude. Uma rede é infinita quanto à quantidade de membros que estão ligados a ela. Uma rede parcial poderá ser finita no que diz respeito aos membros estudados, aqueles que se identificam em uma classe, por exemplo, e se diferenciam de outra. As classes se constituem por expressar características de identificação própria e ao mesmo tempo se diferenciam de outras, formam conjuntos. Os conjuntos são infinitos, pois há um número ilimitado de pessoas em conexão.

Conclui-se então que as redes sociais poderão ser classificadas como ilimitadas (número de pessoas) e finitas (classes). Para propósito de análise, a rede de pessoas poderá ser finita, como uma área delimitada para estudo.

2.2.2 Estrutura social

Um autor clássico que desenvolveu o conceito de *estrutura social na Antropologia* foi Lévi-Strauss. Para este primeiro momento, tomarei a filósofa Chauí (1980) para apresentar as quatro condições para que um modelo científico mereça a denominação “estrutura”: a) caráter de sistema, “[...] consistir de elementos tais que uma modificação qualquer de um dos elementos acarrete modificações em todos os outros” (CHAUÍ, 1980, p. 2); b) todo modelo deve pertencer a grupo de transformações, para que cada grupo “[...] corresponda a um modelo da mesma família, de modo que o conjunto dessas transformações constitua um grupo de modelos”; c) as duas condições anteriores devem permitir prever de que modo reagirá o modelo, em caso de alguma modificação de um dos elementos; d) “[...] necessário que o modelo seja construído de tal modo que seu funcionamento possa

explicar todos os fatos observados” (CHAUÍ, 1980, p.2). A autora sintetiza que “Desse modo, a estrutura, segundo Lévi-Strauss, é um sistema de relações, e é de sistemas desse gênero que a sociedade é feita: sistema de parentesco e de filiação, sistemas de comunicação linguística, sistema de troca econômica, da arte, do mito ritual” (CHAUÍ, 1980, p. 3).

Na leitura da autora, destaco a sua interpretação sobre Lévi-Strauss e o estruturalismo, a oposição do estruturalismo ao empirismo e a concepção de realidade como singular, o fato. “Para o estruturalismo o fato isolado, enquanto tal, jamais possui significado” (CHAUÍ, 1980, p. 3). A noção de estrutura social não se refere propriamente aos fatos sociais da realidade, estes são matéria prima para os modelos abstratos. Acrescento ainda as oposições binárias como parte da composição das estruturas sociais.

Para esta investigação, interpretamos o sistema denominado Sistema Único de Saúde (SUS), que é o modelo formal de saúde pública brasileira. As possíveis “falhas” nesse sistema ou em parte dele resultarão em mau funcionamento, conseqüentemente em mau atendimento aos usuários do SUS. As “falhas” aqui também poderão ser interpretadas como “brechas” no sistema oportunizando a atuação de usuários e profissionais de saúde em busca de soluções. As alternativas de soluções criadas serão interpretadas como “instituintes” e não formais, e elas interferem no sistema formal. Neste caso, a interferência a ser estudada será a do acionamento de redes sociais e seus “atalhos” pelos usuários do sistema. O “atalho” poderá ser interpretado como polissêmico, como a readequação do funcionamento do sistema, assim como o seu questionamento e a produção de alteração e/ou a produção de embrião para criação de um novo sistema.

Sobre estrutura social e as relações sociais brasileiras, trabalharei sob o foco da estrutura social como relacional (BARBOSA, 2006) e a personalidade da sociedade brasileira em oposição às sociedades como caracterizadas modernas e impessoais.

2.2.3 Sociabilidade

A categoria sociabilidade para Simmel (2005), no enfoque da Antropologia Urbana, é analisada no contexto entre os séculos XVIII e XIX, numa comparação entre cidade grande e cidade pequena, tomando como objeto de interpretação o

dinheiro. O dinheiro é apresentado como objeto símbolo das sociedades modernas e ele expressa, principalmente, a impessoalidade nas relações de troca comercial. Diferente das relações de troca de produtos por produtos e as negociações entre os diferentes produtores, com o dinheiro essas relações são invisibilizadas. O dinheiro com sua ausência de cor e indiferença, nivela a todos, escondendo as diferenças próprias dos sujeitos, a sua personalidade. As relações se tornaram mais distanciadas nas cidades grandes, há afastamento do sentimento mais sensível entre as pessoas, “[...] a brevidade e raridade dos encontros que cada singular concede aos outros – comparado com o tráfico na cidade pequena [...]. O desenvolvimento da cultura moderna caracteriza-se pela preponderância daquilo que se pode denominar espírito objetivo sobre espírito subjetivo [...]” (SIMMEL, 2005, p. 8).

2.3 Os objetivos da pesquisa

O estudo objetivou investigar a formação e a organização de um subsistema relacional no SUS para acesso aos serviços de saúde públicos do Hospital Universitário João de Barros Barreto. O subsistema estudado foi contextualizado em contraste com um modelo de sistema da modernidade, baseado em princípios da racionalidade e da impessoalidade, esperados nas instituições públicas estatais.

Os objetivos específicos foram: o de levantar base teórica ampla para conferir ou refutar sobre redes e organizações sociais; identificar os membros participantes das redes sociais parciais e das malhas na área delimitada (desejadas, efetivas, fortes); identificar as redes sociais instituintes e os saberes dos usuários para o acesso e cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente no Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB); e analisar o sistema de saúde (SUS) e a rede social instituinte dos usuários sob o olhar do acesso e a regulação interna.

2.4 Metodologia

O caminho metodológico neste estudo foi o do método etnográfico com abordagem qualitativa. O trabalho de campo foi acompanhado das técnicas do registro em diário de campo, da observação participante, da entrevista semiestruturada (Apêndice A) e do levantamento bibliográfico e documental.

Para esta proposta, autores como Barnes (1987), Minayo (1992), Malinowski (1994) foram os principais referenciais a serem adotados. O primeiro discute a base teórica das redes sociais na linha estrutural funcionalista e métodos de investigação. A segunda aborda a pesquisa qualitativa em saúde e suas matrizes teóricas. O terceiro, por ser reconhecido como o pai do trabalho de campo na Antropologia, avança por meio de quadros sinóticos ou de sínteses que precedem a análise.

Como base para a interpretação e hermenêutica, acrescento autores como o Gertz (1989) e Gadamer (2002). O primeiro pela abordagem interpretativista, principalmente com a descrição densa que exercita a compreensão do “outro” histórico e como sujeito envolvido num universo simbólico, complexo e com diferentes possibilidades de interpretação da realidade social. O segundo por sua proposição hermenêutica, numa dimensão dialógica buscando a “verdade” que, segundo ele, não está imune às pré-noções, aos juízos de valores presentes na relação sujeito-sujeito. Aqui, ressalto que a posição do autor diante da hermenêutica é a de que ela não consiste em investigação metodológica, “Gadamer define a hermenêutica como a exploração filosófica do caráter e das condições fundamentais de toda compreensão e rejeita a posição de que a tarefa da hermenêutica consiste em investigações metodológicas do domínio da ciência social ou de qualquer outra disciplina” (HERMAN, 1990, p. 142). A contribuição para a pesquisa é a sua possibilidade epistêmica dos métodos científicos e a abertura para as diferentes formas (métodos) de conhecimentos sobre a realidade ampliada, incluindo o não científico.

A rede social parcial e limitada a ser estudada nesta tese é delimitada, inicialmente, pelos usuários do HUUJBB, nos ambulatórios de Pneumologia, Clínica Médica e Endocrinologia, todos moradores do bairro do Guamá. A escolha das especialidades obedeceu a critérios considerando as quatro especialidades ambulatoriais de maior representatividade no HUUJBB (Pneumologia, Infectologia, Endocrinologia e Clínica Médica), excluindo a Pediatria que, por questões éticas, não poderia ser incluída no estudo. No período de agosto de 2012 a dezembro de 2013¹⁰, das 16 (dezesesseis) especialidades do ambulatório (Endocrinologia, Pneumologia, Clínica Médica, Pediatria, Infectologia, Gastroenterologia, Cardiologia,

¹⁰ Dados coletados do Aplicativo de Gestão de Hospitais Universitários do Hospital Universitário João de Barros Barreto (AGHU/HUUJBB). Belém, fevereiro de 2016.

Geriatria, Neurologia, Nefrologia, Cirurgia Geral, Cabeça e Pescoço, Cirurgia Torácica, Cirurgia Vascular, Anestesiologia e Urologia), cujos consultórios ficam localizados no primeiro andar, distribuídos na estrutura física em formato de H (ver Anexo C), foram atendidos a um total de 74.254 usuários do ambulatório, deste total, as quatro especialidades (Endocrinologia, Clínica Médica, Pneumologia e Infectologia) atenderam aos usuários distribuídos percentualmente em 7% (Pneumologia); 11,4% (Endocrinologia); 13% (Clínica Médica) e 8,29% (Infectologia). As demais especialidades apresentaram o percentual distribuído em: Pediatria (17,1%), Gastroenterologia (2,3%), Cardiologia (15,4%), Geriatria (2,7%), Neurologia (1,3%), Nefrologia (1,1%), Cirurgia Geral (9,1%), Cabeça e Pescoço (2,1%), Cirurgia Torácica (1,2%), Cirurgia Vascular (3,2%), Anestesiologia (1,7%) e Urologia (3,1%). Posteriormente, foi conversado com os trabalhadores do ambulatório (atendentes/agentes administrativos) sobre a especialidade com maior dificuldade do acesso para os usuários. Os trabalhadores indicaram que, entre a Endocrinologia e a Infectologia, a primeira era a especialidade com maior dificuldade de acesso pelo quantitativo de pessoas na fila de espera (Trabalhador Raimundo. Belém, 2014). Uma das justificativas para a maior fila de espera ser a da Endocrinologia é a de que os usuários da Infectologia são de programas específicos atendidos no Hospital, como Hepatite C e o Serviço Ambulatorial Especializado das pessoas vivendo com Human Immunodeficiency Virus / Acquired Immune Deficiency Syndrome (HIV/AIDS), em sua grande maioria. Esta informação ratifica o atendimento dos usuários da especialidade Infectologia como aqueles que já estiveram internados no HUIBB e foram diagnosticados com as doenças Hepatite C e HIV/AIDS e necessitam de acompanhamento ambulatorial. Configura-se uma clientela interna, já formalmente inserida no Hospital pelo SUS.

A especialidade cardiologia foi descartada por ser uma especialidade que atende principalmente aos pacientes para avaliação do risco cirúrgico e interconsulta, ou seja, os usuários que já estão cadastrados no hospital, os que já acessaram o hospital anteriormente.

Os critérios de escolha das especialidades foram: 1) a de maior atendimento dos usuários para consulta ambulatorial cruzado com a maior frequência de moradores do Guamá; 2) o ambulatório com a maior fila de espera para consulta e que também recebe moradores do Guamá (Endocrinologia); 3) o ambulatório que é considerado intermediário no quantitativo de consultas ambulatoriais (Clínica

médica) entre Pneumologia e Infectologia; 4) a especialidade mais antiga (Pneumologia/Tuberculose) e uma das mais recentes (Endocrinologia) e uma intermediária (Clínica Médica).

O ambulatório atendeu, no período citado anteriormente, aos usuários oriundos de 49 bairros de Belém-PA, 3 Estados (Maranhão, São Paulo e Amapá) e 109 municípios do Estado do Pará. Do quantitativo total dos bairros de origem dos usuários, o Guamá representou 12%.

Entre as três especialidades (Pneumologia, Endocrinologia e Clínica Médica), a Pneumologia atendeu a 336 usuários moradores do bairro do Guamá no período já citado, configurando-se a especialidade com maior número de usuários guamaenses, seguida da Clínica Médica com 263 usuários atendidos, e a Endocrinologia com 148 usuários atendidos.

A escolha dos entrevistados usuários foi aleatória, seguida das faixas etárias diferenciadas e todos com mais de 18 anos. A escolha dos entrevistados-chave, trabalhadores do Hospital, foi aleatória a partir da identificação de pontos de entrada no hospital para o atendimento ambulatorial, como o Registro Geral de Pacientes (RGP) e os consultórios ambulatoriais, para complementar as áreas da gestão hospitalar. Foram entrevistados os trabalhadores de nível médio, os médicos, assistentes sociais, psicólogos e enfermeiros que trabalham no ambulatório, além da gerente do ambulatório e o gestor do hospital.

3 UM HOSPITAL PRA SE MORRER OU PARA A PESSOA SER CUIDADA? A PAISAGEM DO HUIBB NO BAIRRO DO GUAMÁ INTERPRETADA POR MORADORES – O URBANO, A TRADIÇÃO E A MODERNIDADE.

3.1 Os moradores e o contexto do Bairro

3.1.1 O contexto e os entrevistados: o Sr. José e a sua esposa Dona Maria

O Sr. José é morador do bairro do Guamá desde 1968, quando veio do município de Vigia-PA com 7 anos, onde nasceu. Já em Belém-PA, estudou até a oitava série do ensino básico. Após seu casamento, ocorrido em 1987, continuou residindo no bairro com sua família, cuja esposa também é moradora do bairro desde solteira. Sua família é composta do casal, uma filha e cinco enteados, apenas um dos enteados reside com o casal. A família mora em uma vila denominada São João, no bairro do Guamá, localizada na Rua Barão de Mamoré, entre a Rua Silva Castro e a Rua Paes e Sousa, a aproximadamente dois quarteirões do Hospital. Nesta vila, estão localizadas 6 (seis) residências e com alguns vizinhos também moradores há décadas no bairro. O Sr. José é usuário do Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUIBB), atendido no ambulatório de pneumologia há 5 anos.

Foto 1 - Casa dos entrevistados



Foto: Lucivaldo S. Souza (2015).

3.1.2 Como cheguei aos entrevistados

O primeiro contato com o entrevistado ocorreu na academia de dança na qual desenvolvo atividades físicas regularmente. O Sr. José era bolsista¹¹ na academia, portanto, dançava com todas as alunas. Posteriormente, por meio da minha mãe, também aluna da academia, com mais tempo de atividade, que já havia estabelecido contato com o entrevistado e a sua esposa, a D. Maria¹². Naquele momento (1 ano atrás), a esposa estava afastada por problemas de saúde. Os contatos eram esporádicos entre mim e o Sr. José. Numa das atividades externas da academia (passeio), o casal (Sr. José e esposa) participou, e então, na volta ofereci carona e, assim, fiquei sabendo que morava no bairro do Guamá. Durante a atividade, o Sr. José fotografou um grupo de alunos e, posteriormente, soube que ele era fotógrafo, pois comercializou as fotografias. Passados alguns meses, precisei de uma manicure e fui informada pela minha mãe de que a esposa do Sr. José era manicure. A partir do cartão de visita (fotógrafo) do Sr. José telefonei e marquei para o serviço. Desde então, há 10 meses, a D. Maria presta serviço de manicure semanalmente. As relações foram se estreitando por meio de conversas tanto com a D. Maria como com o Sr. José, pois ele acompanha a esposa, na maioria das vezes, provavelmente devido a ela ser uma paciente ostomizada¹³. Conheço por meio das conversas um pouco de sua família, tudo revelado paulatinamente, após sondagem da profissional sobre mim. Em muitas conversas, ela declarou que revelava alguns fatos porque já me conhecia e confiava. O Sr. José pouco a pouco foi também revelando algumas situações de cunho familiar.

¹¹ Espécie de aluno de dança avançado que após treinos participa da aula de dança ensinando com orientação do professor. É chamado bolsista porque não paga a mensalidade.

¹² Nome fictício.

¹³ A ostomia é uma cirurgia para construção de um novo trajeto para saída das fezes ou da urina. Essa intervenção cirúrgica pode ser usada para criar uma abertura de eliminação das fezes, chama de ostomia digestiva, ou da urina, conhecida como ostomia urinária. A abertura feita na parede abdominal é a ostoma e torna-se necessária quando o paciente sofre alguma perfuração no abdômen ou em casos de câncer no reto, intestino grosso ou na bexiga. Ferimentos ou anormalidades congênitas que impedem o funcionamento normal da bexiga também tornam necessária a realização de uma ostomia urinária. Como essa abertura não pode ser controlada voluntariamente, pacientes ostomizados precisam utilizar uma bolsa que recolhe o conteúdo eliminado. Isso faz com que o indivíduo precise se adaptar à nova condição, mas com a ajuda de profissionais especializados e tomando os cuidados necessários, em pouco tempo o paciente volta a levar uma vida normal. (PORTAL EDUCAÇÃO, 2009).

O fato de a D. Maria ser uma paciente ostomizada e de ela saber que eu sou funcionária do Hospital Universitário Barros Barreto facilitou as conversas sobre saúde-doença, principalmente sobre tratamento e relação entre usuários e profissionais de saúde. Ela como usuária e eu como profissional. Soube também que a cunhada do Sr. José é enfermeira no Pronto Socorro Municipal (PSM) do Guamá e no Hospital Ophir Loyola (HOL) o que facilitou acesso e cuidados a D. Maria quando foi atingida por arma de fogo. Este era um fato “silenciado” pelo casal, inicialmente. Após algum tempo, foi-me dito que o acidente foi provocado por um ex-genro que exigia o retorno da ex-esposa que o havia abandonado, conflito conjugal. Parece evidente que há um código implícito na relação entre mim (contratante do serviço) e a manicure (contratada) que estabelece regras de convivência e uma certa distância, apesar de não haver um contrato formal pré-estabelecido e que há uma relação que antes ocorreu de forma verticalizada inversa (Sr. José, bolsista da escola de dança que me ensinava a dançar) e horizontalizada D. Maria (colega de dança). A “nova” relação pautava-se num nível hierárquico verticalizado (D. Maria prestava serviço a mim).

As conversas me levaram a saber que o Sr. José era usuário dos serviços do Hospital Barros Barreto e, numa conversa informal, revelei que estava pesquisando sobre o assunto de acesso ao SUS. Perguntei se ele poderia contribuir, ele mostrou-se disposto.

3.1.3 Contexto histórico e socioeconômico do bairro do Guamá

Segundo historiador e morador do bairro, José Messiano T. Ramos (2002), o bairro do Guamá começou pelo Tucunduba. A ocupação do bairro iniciou-se por meio de uma “[...] fazenda localizada próximo ao igarapé do Tucunduba, a qual foi doada como sesmaria pelo rei português ao senhor Theodoro Soares Pereira, em 1728 [...]” (RAMOS, 2002, p. 15). Sobre os nomes Guamá e Tucunduba o autor relata:

Os nomes Guamá e Tucunduba são de origem indígena tupi guarani. O primeiro se refere a um tipo de peixe (peixe-coelho), provavelmente abundante, há tempos passados, nos rios aqui da região, e o segundo significa “lugar que possui muitas árvores de tucum” - palmeira que fornece fibras para a fabricação de redes e cordas” (RAMOS, 2002, p. 16).

A fazenda, ao longo dos anos, foi sendo ocupada por diferentes espaços. Como em 1755 foi adquirida pelos padres mercedários e após 1794, com a expulsão dos padres de Belém, a fazenda foi doada à Santa Casa de Misericórdia do Pará. Já no fim do século XVIII, foi construída uma olaria para abastecimento da cidade de Belém. O Rio Guamá e afluentes serviam de escoamento da produção e acesso à matéria prima (argila).

Já no século XIX, outras instituições foram abrigadas no espaço da antiga fazenda, como a construção do Leprosário do Tucunduba, como caracteriza o autor “um espaço de reclusão social” (RAMOS, 2002). Este leprosário ficou sob a responsabilidade da Santa Casa de Misericórdia do Pará. O nome do leprosário era “Hospício dos lázaros do Tucunduba” que só foi desativado em 1938 (RAMOS, 2002). Os relatos sobre a área ainda incluíram a construção de mais três hospitais: Domingos Freire, São Sebastião e São Roque (que se transformou em HUIBB). Além dos hospitais, os cemitérios também eram parte do cenário do bairro. Foram citados três cemitérios pelo autor: um pequeno campo santo, construído próximo ao Leprosário; o cemitério de Santa Isabel; e o Cemitério da Ordem Terceira de São Francisco.

O bairro, segundo Ramos (2002), até meados do século XX era pouco ocupado, a área era dominada por matas que ofereciam caça e pesca aos poucos moradores, as propriedades pareciam sítios, com quintais grandes. Pequenos comércios foram surgindo. A infraestrutura do bairro era bastante deficiente. Somente após a desativação do leprosário é que o bairro agrupou um número maior de famílias, e a ocupação populacional cresceu devido à reabilitação da economia da borracha. Nas décadas de 1960-1970, com a implantação dos Grandes Projetos Econômicos da Amazônia, o aumento populacional foi considerável.

Esses momentos foram marcados pelo ‘grande êxodo rural’ que, aliado ao encarecimento dos terrenos do centro da cidade, levou a população de baixa renda a ocupar áreas periféricas, como o Guamá, em terrenos geralmente alagados e sem títulos de propriedade (RAMOS, 2002, p.36).

Nas décadas de 1940 e 1950, o poder público implementou algumas ações como a construção do Mercado Municipal do Guamá, a Escola Frei Daniel, em 1952, a instalação de um pequeno posto médico, do posto policial, do “cliper” (parada de ônibus), e a Igreja São Pedro e São Paulo, fundada em 1948 e reconstruída em

2001. Um conjunto habitacional foi planejado e construído, na década de 1960, conhecido como Montepio e a Universidade Federal do Pará. O posto de saúde foi ampliado e deu lugar a uma Unidade Básica de Saúde, em 1981, e um Pronto Socorro Municipal, em 2000.

No censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2000, o bairro apareceu como o mais populoso e o segundo mais povoado do município de Belém. Em 2010, os dados sobre população continuaram apontando o bairro do Guamá como o bairro de maior número de habitantes, com 94.610 da população residente, de um total de 1.393.399 habitantes no município de Belém (BELÉM, 2011). O bairro do Guamá está inserido entre os 5 Distritos Administrativos de Belém, segundo Lei municipal nº 7.682, de 1994. O distrito DAGUA é formado pelos bairros do: Guamá, Terra Firme, Jurunas, Cremação e Condor. A maioria da população é de mulheres com 49.612 habitantes e com 44.998 homens.

O bairro do Guamá e os bairros vizinhos fazem parte de um Projeto da Prefeitura Municipal de Belém denominado Macrodrenagem da Bacia da Estrada Nova, que integra o Programa de Saneamento da Bacia da Estrada Nova (PROMABEM), cuja obra iniciou-se em 2010.

O projeto consiste na implantação de um sistema de drenagem e esgoto, com tratamento, limpeza e recuperação do canal. Inclui também a urbanização da via, com a pavimentação e construção de ruas, calçadas e áreas de lazer. Esses aspectos proporcionam melhor qualidade de vida para a população. O canal projetado para este sistema de macrodrenagem é em galeria pré-moldada em concreto armado, fechado, seção retangular. (OLIVEIRA, 2012, p.16).

Segundo Oliveira (2012), o Projeto inicial sofreu alterações referentes à infraestrutura, como a mudança de canal aberto com uma bacia de retenção com função de armazenar grande volume de água e depois foi alterado para um sistema de galerias fechadas em concreto armado de alto desempenho moldado “in loco”.

Desde 2005, a Prefeitura Municipal de Belém desenvolveu o Projeto Portal da Amazônia, que envolve a macrodrenagem da Estrada Nova e a Orla de Belém. Ele está inserido no grande Projeto da Macrodrenagem da Bacia da Estrada Nova; a primeira etapa do Projeto Portal da Amazônia foi inaugurada em 30.06.2012 (PMB, 2013).

3.1.4. A paisagem do Hospital no bairro, as suas diferentes e complementares relações entre o urbano-rural e tradição – modernidade e a vizinhança.

A narrativa interpretada, no geral, descreveu o bairro do Guamá com ufanismo, sempre referindo o orgulho por ser guamaense e identificando várias instituições públicas, consideradas como sinônimo de progresso para o bairro, assim como manifestações da cultura popular que identificam o bairro como guardião de elementos culturais tradicionais, também identificadas como da periferia, de áreas rurais. Há um misto entre as “coisas do centro” e as “coisas da periferia”.

No meu bairro tem o que nos outros não tem. Tem cemitério, tem pronto socorro municipal, tem duas universidades (Escola de Enfermagem da UEPA e UFPA), tem escola municipal e estadual, creche, feira, mercado, delegacia, o Barros Barreto e o rio Guamá [...] tem tudo no meu bairro [...] um vizinho meu disse que iria morar para Icoaraci, não vá vizinho, lá não tem cemitério [...] quando eu morrer se não tiver um carro, um ônibus pra levar, vai a pé [...] já teve necrotério, sede de escola de samba Bole Bole e Arco Íris, tem boi-bumbá, quadrilha, tem pássaro junino” (Entrevista D. Maria¹⁴. Belém, 19/01/2012).

Os entrevistados, ao descreverem o Barros Barreto, o colocaram em dois ciclos diferentes: o do hospital como matadouro e do hospital como de recuperação de doentes. A imagem do Hospital em que as pessoas iam para morrer foi predominante, a das histórias de pessoas conhecidas que morreram no Hospital. Essas histórias marcaram a vida do casal. A morte da amiga adolescente, de vizinhos e conhecidos são marcas na memória do casal. O Hospital e o necrotério localizado próximo ao Hospital formavam um complexo de prédios e construía parte da paisagem do bairro. Presenciar a retirada de cadáveres e o enterramento de corpos de desconhecidos foi fator que desencadeou medo no casal sobre o Instituto Médico Legal (IML)¹⁵ e sobre o Hospital Barros Barreto.

Falavam em Barros Barreto, nossa! Era matadouro, vai morrer [...] Eu já ficava com medo, sabia que não ia voltar. Todas as pessoas de minha referência, dois vizinhos e uma amiga, todos foram e não voltaram, morreram de leptospirose, de tétano (Entrevista D. Clarice. Belém, 19.01.2012).

¹⁴ Nome fictício.

¹⁵ O IML por um tempo ficou funcionando em uma área do HUUJBB, onde posteriormente existiu um local para atender a pessoas portadoras do vírus HIV/AIDS.

O casal fez uma comparação com um outro Hospital em Belém, o Hospital Ophir de Loyola (HOL). Narraram que no Barros Barreto qualquer um tinha acesso e no Ophir Loyola apenas os funcionários do Estado.

Nós não entedíamos bem na época, colocavam no Barros Barreto porque ele era do INSS, o HOL só internava servidor do Estado, então a gente não tinha acesso a nada (no HOL). O Barros Barreto era mais próximo, levavam pra lá, independente de você ser do Estado. Uma febre, uma meningite, uma furada de prego era atendido (Entrevista casal D. Maria e Sr. José¹⁶. Belém, 19.01.2012).

A entrevistada contou que sua entrada no Hospital foi por ocasião da internação de sua avó e, posteriormente, de consulta da sua filha ainda criança. A impressão sobre o hospital ganhou um novo olhar.

Minha avó foi internada lá (Hospital Barros Barreto), morreu com câncer no pulmão [...] eu quando ia ficar com ela andava tudo por lá e via que tudo era limpo, as enfermeiras organizavam tudo [...] depois a minha filha foi consultar lá (Hospital Barros Barreto), aí foi outra história [...] também tem o caso de uma ex-namorada de um primo [...] ela tava com AIDS, baixou o Hospital, foi internada e depois saiu, fomos visitá-la, ela morreu em casa. (Entrevista D. Maria. Belém, 19.01.2012).

Neste trecho, a entrevistada relata duas formas de o Hospital lidar com o tratamento e com a morte. Uma usuária (avó) doente de câncer, doença degenerativa, que faleceu no Hospital, uma outra usuária (ex-namorada do primo) que faleceu com uma doença de transmissão, em casa, mesmo tendo sido tratada no Hospital. Ambas receberam terapêutica, mas em contextos diferentes ocorreu o óbito. Os cuidados paliativos, discutidos por Menezes (2004), preveem o acompanhamento do usuário em domicílio e propõem uma morte digna junto à família. Reforça também que o Hospital não seria lugar de morrer, retornando para períodos em que os cuidados para os doentes eram desenvolvidos em casa e a casa era o lócus da morte. Na sociedade contemporânea, o lugar de morrer passou a ser o Hospital.

Para o casal, o Hospital hoje é diferente, e essa mudança acompanhou a mudança no bairro, o que eles denominam de “evolução”.

¹⁶Nome fictício.

O Hospital é diferente [...] o bairro se modificou, a minha impressão era do Hospital como matadouro, aí o bairro foi aterrando, todo mundo abria suas valas, colocavam água encanada, aí veio escola, fomos crescendo, a evolução vem trazendo benefício, fomos entendendo o porquê da leptospirose, porque pisou na urina do rato, aí foi aterrando as ruas, saneamento, água, luz, pois antes as luzes eram nas portas das casas, não existiam os postes de energia [...] aí fomos modificando o modo de viver e melhorando, aí não tinha como pisar na urina do rato, nas fezes, porque não tinha mais lixo [...] melhorou a rua, melhorou o bairro, a cidade [...] não é mais aquela ideia que eu tinha do Hospital (Entrevista casal Sr. José e D. Maria. Belém, 19.01.2012).

Os autores Soares e Silveira (2008), por meio da memória dos taxistas, descreveram que em 1964 e 1965, em Belém, havia poucas ruas asfaltadas, as únicas asfaltadas eram a Av. Braz de Aguiar e a Rodovia Snapp, o resto com pavimentação eram calçadas com paralelepípedos. O relato dos taxistas incluiu, na década de 1950, a Av. Almirante Barroso como cimentada, até o viaduto, o resto eram ruas sem asfalto, com buracos. As ruas do centro da cidade eram pavimentadas, mas aquelas ruas que chegavam até a periferia, tais como: a Av. Alcindo Cacela e a Av. Pedro Miranda, que correspondiam aos bairros da Condor e da Pedreira, respectivamente, eram ruas que começavam pavimentadas no centro da cidade e terminavam como igapós nos bairros periféricos. O bairro do Guamá é tratado no trabalho dos autores a partir das narrativas de “causos e visagens”, ocorridas por volta de 1940 e 1945, que incorporaram a história de uma moça que aceitou a companhia do taxista para levá-la em casa, caminhando desde o bairro de São Brás (Av. Magalhães Barata), próximo ao mercado, até as proximidades do cemitério de Santa Isabel, na José Bonifácio. A moça, a caminho de sua possível casa, solicitou parar em um local desabitado (matagal) e sumiu, então o taxista foi procurá-la, não a encontrou, sentiu febre e calafrio e depois foi informado de que uma moça havia morrido e fazia “visagem”. O retrato do bairro do Guamá pelos taxistas, como local de ruas não pavimentadas, alagadiças, lugares com matagal e a imagem do cemitério reforçam o que os entrevistados relataram sobre seus medos da morte e de assombrações, ligados ao adoecimento e morte de pacientes do Hospital.

O Hospital Barros Barreto em sua trajetória foi se modificando, influenciado pelas políticas governamentais de saúde, baseadas no perfil epidemiológico da população. As políticas governamentais implementadas incorporaram as concepções de saúde-doença historicamente estabelecidas, desde a do tratamento

em locais de isolamento e a exclusão social até o de saúde ampliada, incluindo a rede de saúde numa proposta de integralidade. O isolamento e permanência dos pacientes por um período de tempo prolongado, como existia no sanatório, não é mais a realidade atual. A centralidade na cura, como modelo hegemônico, foi criticada e a prevenção da doença e a promoção da saúde ganharam destaque. As diretrizes preconizadas pelo SUS ainda estão em construção. A imagem do Hospital como lugar de morte ainda é forte na população, mas muitos usuários lutam para conseguir um leito ou uma consulta por acreditarem que o Hospital recupera a saúde. Sua localização no espaço urbano de Belém, num bairro de periferia, o identifica como “cuidador dos pobres”, pois o acesso continua sendo universal. A localização do Hospital próximo ao cemitério ao mesmo tempo reafirma a imagem de morredouro e o coloca na fronteira entre centro e periferia. O cemitério aparece como espaço interdito, e o Hospital como liminar (TURNER, 1974) entre a vida e a morte.

No Hospital, observamos nas relações entre os funcionários e, mesmo em sinais, na administração, que ele ainda conserva elementos da tradição e da modernidade. A chamada das técnicas de enfermagem, durante o horário de trabalho, para “tomar o café” juntas, para conversar, é um sinal da tradição. As técnicas se reúnem em um ambiente pequeno (copa) no andar da clínica e contribuem com algum tipo de gênero alimentício (guloseimas) que é dividido entre elas e, em alguns casos, deixado para a colega que não estava presente no momento. O momento do “café” é interpretado com o sentido de compartilhamento, de sociabilidade. Os momentos de sociabilidade (SIMMEL, 2005) são diversos no ambiente de trabalho, as festinhas em comemoração aos aniversariantes, ao Dia Internacional da Mulher, ao Círio de N. Sra. de Nazaré, ao Natal e outras são fragmentos que perduram numa estrutura hospitalar da sociedade contemporânea. Os momentos de sociabilidade contrastam e convivem com o processo administrativo de trabalho com sinais da modernidade, como o ponto eletrônico, equipamentos tecnológicos para exames de imagem, sistemas de dados e informações eletrônicos. Estes sinais de modernidade são acompanhados de instrumentos tradicionais, como os livros de ocorrência e blocos de memorandos manuscritos.

No contexto do bairro, o Hospital foi se transformando junto com o bairro, ruas asfaltadas, serviço de transporte coletivo com parada/ponto bem próxima ao

Hospital, inclusive com destaque no ônibus de algumas empresas, em tarja com o nome do Hospital Barros Barreto, imitando a indicação de “shopping center” na cidade. Isso indica o reconhecimento do hospital para a cidade, uma referência. Na redondeza do hospital foram se erguendo comércios de alimentação, principalmente escolas e outras clínicas particulares, casas e edifícios. Os igapós foram aterrados e asfaltados, e o cenário não é mais o de “floresta” como do início, nem representa a área rural, os arredores do hospital têm características urbano/centro-periferia. O asfalto chegou, mas os moradores mantêm as relações de afinidade e locais de encontro diários como as feiras, de diferentes dimensões espaciais. Nos corredores do Hospital, nas salas de espera para exame e consulta, a população exerce a sociabilidade peculiar aos lugarejos, com baixo número de habitantes que ainda cultivam a prática de presentear os profissionais de saúde e doam agrados como a fruta de cupuaçu (polpa), a massa de caranguejo e outras iguarias paraenses. Presentes da lavoura, do espaço denominado rural, tão vivo nas relações entre usuário e profissionais de saúde que estão atuando num hospital urbano.

3.1.5 A sociabilidade num espaço urbano-rural: a vizinhança e os laços afetivos.

Ao referir sobre relações sociais e suas sociabilidades, o casal entrevistado caracterizou a relação com os vizinhos, como um tipo de “família” com ajuda mútua, no entanto, o casal identificou os vizinhos no contexto de suas interações, como alguns que “cheiram”, “fedem” e “nem cheiram e nem fedem”, como já foi referido anteriormente. Os laços são tidos como o principal valor do bairro. Ser uma pessoa conhecida e aceita pelos demais moradores é o principal motivo de poder atribuído ao morador. Uma das experiências foi a do enteado do Sr. José que é epilético e teve uma crise na rua. Imediatamente a família foi acionada por moradores do bairro que reconheceram o rapaz. Ele revelou que não conseguia imaginar morar em outro bairro, pois seria uma quebra nas relações afetivas já construídas ao longo dos anos e um novo esforço para reconstruir as relações em outro bairro, com riscos de não conseguir o sucesso com que avalia suas relações atuais. Ele disse:

[...] diante da situação do meu enteado, imagine se eu morasse num bairro que ninguém me conhecesse, lá na Pedreira, por exemplo, não íamos saber tão cedo do ocorrido e ele poderia até sofrer consequências [...] mas os que viram ele no chão com a crise disseram, não, ele é filho do Sr. José, chamem a família, e logo recebemos um telefonema.

O casal também referiu que morar no Guamá era bom porque havia por perto o cemitério, a feira, o supermercado e unidades de saúde, como o Pronto Socorro e o Hospital. Apesar de referir sobre os pontos positivos do bairro também referiu um problema que, para ele, é um problema que envolve o município de Belém: a violência. Relatou que há problemas de furto e até homicídio, mas vê como um problema público no município de Belém, e não apenas no seu bairro. Ao ser perguntado sobre haver, por parte dos vizinhos, uma forma de proteção contra assaltantes, respondeu que estavam construindo um portão na sua vila e que quando a vizinhança percebe estranhos fica observando até certificar-se de que não há ameaça e procura avisar aos demais, isso é possível devido ao fato de que os vizinhos se conhecem e também conhecem alguns dos familiares e amigos que frequentavam as casas.

3.2 A paisagem do hospital no bairro do Guamá

3.2.1 Um pouco da história dos hospitais sob o ângulo do espaço como “morredouro” e como espaço “terapêutico”

A relação com a morte de pessoas internadas no hospital é constante, pois fiz parte da equipe de saúde na clínica cirúrgica do HUUJBB, durante quatro anos, e trabalho no Hospital desde 2003. Os pacientes da ala masculina e seus familiares, geralmente, quando chegam à enfermaria, expressam alegria por terem conseguido uma vaga, um leito, após várias andanças para consulta, exames, leitos em outros hospitais, uma verdadeira *via crucis* no SUS. Eles acreditam que poderão ser curados pelo ato cirúrgico. Inicialmente, não relatam que o hospital é lugar de morrer, apesar de que sabem que muitos morrem no Hospital. Dependendo do tempo que ficam hospitalizados, a demora da alta hospitalar os faz se reaproximar do fato “morte”. O que quero dizer é que os usuários/pacientes não se internam para morrer, eles vêm em busca de cura e, embora tenham medo do hospital e conheçam alguns dos perigos do estigma do HUUJBB como hospital de “doenças contagiosas”, demonstram credibilidade. Essa impressão poderá sofrer alteração de acordo com o tratamento e a recuperação, assim como a forma como são tratados pelos profissionais, a abordagem, principalmente a dos médicos.

O reconhecimento do Hospital pelos usuários para reabilitação da saúde é um fato que é acompanhado pela possibilidade da morte. Diferente de hospitais com maternidade que valorizam a vida, o nascimento, o HUJBB tem a sua história marcada pelo isolamento social e pela exclusão daqueles que ficavam internos. O Hospital nasceu para tratamento de doentes com tuberculose, febre amarela, varíola e outras doenças consideradas de contágio, com morte previsível e de tratamento isolado. Os doentes e o Hospital eram, ou ainda são, estigmatizados socialmente. Outro importante componente da história do Hospital é o fato de que ele era para pessoas pobres e administrado, inicialmente, por ordens religiosas que tratavam da doença e da “salvação” (HUJBB, 2013). Procuramos entender isso e tomamos como referência Foucault (1999) e Menezes (2004).

No nascimento dos hospitais, Foucault (1999) contextualiza a Europa no séc. XVIII, a partir de três países: Alemanha, Inglaterra e França e se atém a demonstrar o Hospital como uma paisagem urbana e a sua trajetória no contexto da revolução industrial, discutindo que o Hospital não esteve exclusivamente como um instrumento que serviu apenas para a permanência da mão de obra, mas que esteve a serviço do público demarcando espaços sociais e questões sobre propriedade pública e privada, assim como a saúde de cunho individual e coletiva. Dois termos utilizados pelo autor são recuperados para interpretar a fala dos entrevistados. Um é denominado hospital como “morredouro” e o outro hospital “terapêutico”.

A autora Rachel Aisengart Menezes (2004) apresenta, em sua tese, diferentes autores que abordam os cuidados paliativos¹⁷. No seu trabalho de campo, a autora discute o lugar da boa morte: a casa, o hospital? Espaços urbanos que sinalizam para o público e para o privado, para a reabilitação e/ou para a morte. Como tais espaços foram concebidos e redefinidos ao longo da história. Entre outros achados, aqui na abordagem da autora, o lugar de morrer não é o Hospital. O tratamento terapêutico é destinado tanto para o espaço físico do Hospital como na assistência em domicílio, neste último caso, cuidam, tratando das disfunções.

Examinando os documentos oficiais sobre o HUJBB foi possível estabelecer, para fins de entendimento, pelo menos 3 (três) fases: 1) Sanatório; 2) Hospital e 3)

¹⁷ “Cuidados Paliativos, a proposta de oferecer uma assistência não mais curativa, e sim voltada a cuidar e aplacar o sofrimento, surgiu em contraposição à prática médica eminentemente tecnológica e institucionalizada, na qual o doente é excluído do processo de tomada de decisões relativas a sua vida e à própria morte” (MENEZES, 2004, p. 20).

Hospital Universitário. Em processo de construção há uma fase atual, subproduto da fase como Hospital Universitário, que é a de Hospital de Ensino, conforme Política Federal¹⁸. Para a população, de um modo geral, não houve uma modificação entre Hospital Universitário e Hospital de Ensino, referem apenas que há professores e alunos no Hospital.

A fase de sanatório demarcada desde 1934 até 1976 inicia-se com a pedra fundamental em 1934; o início da construção, em 1937; a inauguração simbólica, em 1957; e após o término das obras, a inauguração oficial e o funcionamento do Sanatório, em 15 de agosto de 1959 (HUJBB, 2013). As diferentes datas confundem até mesmo a comemoração do aniversário do hospital, mas institucionalmente ficou estabelecido que a data comemorativa é o dia 15 de agosto.

As diferentes cronologias que demarcam o início das atividades do Hospital fazem parte de um contexto de instituições (Hospitais) que antes do início do Sanatório ofereciam serviço de saúde para a cidade de Belém e municípios do Estado. As instituições estavam localizadas no bairro do Guamá. No roteiro do Grupo de Teatro do HUJBB, numa peça teatral denominada “Estreitando Laços: esta é a nossa história (HUJBB)”¹⁹ é descrito que parte do HUJBB foi construída por outros espaços de saúde denominados de Hospital São Sebastião, São Roque e Domingos Freire, hospitais destinados a tratar de doenças como a tuberculose, varíola, beribéri, febre amarela e outras. A D. René, personagem da peça, enfermeira que trabalhou nos hospitais, contava a história que “em 1903 foi chamada para trabalhar no hospital [...] pois a ‘tuberculose’ doença mortal está causando espanto, pois aqueles os quais ela atinge só tinham uma saída, a morte, as pessoas eram separadas de seus familiares e lá iam morar [...]” (HUJBB [19- -]).

¹⁸ Portaria Interministerial MEC/MS nº 2.400, de 02 de outubro de 2007. Estabelece os requisitos para a certificação de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino (BRASIL, 2007).

¹⁹ A apresentação da peça teatral ocorreu motivada pela comemoração do aniversário do Hospital e o resgate da história do Hospital, incluindo a fala de antigos funcionários, uma história construída por atores participantes do processo da instituição hospitalar. Ao mesmo tempo, o tom “jocoso” dos personagens sinalizou para o contexto e crítica a gestão hierárquica do Hospital, assim como, os micro poderes exercidos por funcionários que burlavam as regras preestabelecidas na instituição. As redes sociais e os atalhos são temas a serem discutidos na minha tese de doutorado. Anualmente há comemoração do aniversário com programação cultural e/ou científica. O grupo de teatro foi formado pelos funcionários do Hospital sob a coordenação da Assistente Social Josefa Quadros.

Foto 2 - Construção do prédio principal do Hospital.



Fonte: Acervo da Biblioteca do Hospital Universitário João de Barros Barreto. Belém-PA. [19--].

As formas de tratamento das doenças contagiosas, inicialmente, eram implementadas pelo poder público como instituições de isolamento para morrer, sob os cuidados de religiosos. O modelo de “morredouro” que Foucault já analisa. Nos hospitais que antecederam o HUIBB, como no Domingos Freire, “Os que se recolhem ao Hospital Domingos Freire não são mais doentes, mas condenados à morte certa, que vêm encontrar na caridade do Governo um simples alívio para os seus últimos dias” (HUIBB [19--]b, p. 6). Em 1905, um Relatório do Conselho Municipal de Belém, pelo intendente Antônio José de Lemos, por meio do Diretor Interino do Serviço Sanitário Estadual, Dr. Francisco da Silva Miranda, em publicação na imprensa do dia 21 de janeiro do mesmo ano acentuou entre outras linhas que:

Atualmente, com o serviço de assistência que os poderes públicos estabeleceram, podemos dizer que estamos a seguro de uma calamidade produzida pelo alastramento de qualquer moléstia perigosa. Dispõe o Estado de dois excelentes hospitais para isolamento dos indigentes, cheios de muito ar e luz, onde reina a mais perfeita higiene sob a direção de dois médicos competentes, tendo um bom corpo de enfermeiros guiados e auxiliados pelas dignas e caridosas religiosas de Santa’Ana e um magnífico luxuoso isolamento para os pensionistas, onde lhes é proporcionado carinhoso conforto e tratamento exemplar (HUIBB [19- -], p. 3).

O relato sobre ar e luz como parte do tratamento reflete a própria construção dos Hospitais, áreas isoladas com muitas árvores ao redor, área de difícil acesso, portanto, apartada do contexto urbano/citadino e mais caracterizada como “floresta”, área rural. Até hoje a área do HUIBB é cercada de árvores, espécie de eucalipto (gênero *Eucalyptus*), uma cerca natural, baseada na compreensão de que o ambiente cura as doenças pulmonares. A dificuldade de acesso é registrada em um dos diálogos da peça “Os Hospitais (São Roque, São Sebastião e Domingos Freire) eram dentro de uma floresta [...] chegava por um caminho, depois melhorou muito com a chegada do bonde imperial” (HUIBB [19- -], p. 2). Havia uma linha de bonde com o letreiro de “Santa Isabel” (nome do cemitério público).

O bairro do Guamá como *locus* de instituições de saúde registrou outros prédios, como o Hospício dos Lázarus do Tucunduba. Registros de seu funcionamento são de início do século XIX e sua desativação em 1938 (RAMOS, 2002). O cemitério de Santa Isabel (século XIX) e o Pão de Santo Antônio (século XX) também são lugares de identidade do bairro que expressam a relação saúde-

doença. O primeiro ligado ao adoecimento e à morte e o segundo à velhice, associada ao adoecimento e à exclusão social.

Foucault (1999) trata de hospitais como paisagens urbanas de obras, inicialmente, arquitetônicas planejadas por engenheiros e arquitetos e, posteriormente, obras planejadas a partir do conhecimento de médicos, num contexto de mudanças nas cidades europeias e o avanço do pensamento racionalista. O espaço hospitalar foi associado às concepções de saúde-doença que foram construídas ao longo da história. As oposições entre prevenção e cura e público e privado foram destaques na construção das concepções teóricas sobre saúde.

Parte da construção histórica da categoria saúde-doença no Brasil é influenciada pelo contexto mundial. Na Grécia antiga, os gregos consideravam a saúde e a doença como fenômenos naturais. As pessoas faziam parte da Natureza, portanto, o ciclo de nascer, reproduzir, envelhecer e morrer era enfrentado como parte do processo natural. Nessa época, não havia profissionais de saúde para tratar os doentes, havia cuidadores dedicados à estética e ao vigor dos atletas. As pestes eram interpretadas como “castigo dos deuses”, que estavam integrados à natureza (BRASIL, 2005).

Na Europa do século XVIII, a doença era reconhecida como diferente de saúde, e eram usadas pelo menos duas concepções: 1) doença como resultado da maneira como se constituíam os aglomerados humanos, referindo que as causas das doenças eram sociais, econômicas. A recomendação para cessar os males decorrentes de epidemias era de responsabilidade do governo. A proposta de movimentos franceses era de que com uma democracia plena e ilimitada haveria prosperidade, educação e liberdade (BRASIL, 2005); e 2) a doença causada por micróbios, causas visíveis graças à tecnologia do microscópio. Essa explicação ficou conhecida como pensamento microbiano e unicausal. As práticas para controlar e evitar o agente causador das doenças, como campanhas de prevenção e erradicação por vacinas, ainda são práticas baseadas nessa concepção. O enterramento dos cadáveres abaixo “sete palmos” de profundidade da terra também é outro exemplo, pois acreditavam que a doença se transmitia pelos miasmas que fluíam dos corpos enterrados, por esse motivo os corpos deveriam ser enterrados em locais isolados como os cemitérios, proibindo de serem enterrados nas igrejas (BRASIL, 2005). A revolução industrial demarcou uma fase de novas explicações

sobre as doenças. O advento das ciências, o desenvolvimento de tecnologias, o aglomerado das cidades devido ao êxodo rural foram fenômenos que trouxeram a descoberta das bactérias e vírus, detectados via microscópio e outros equipamentos. Com o passar dos tempos, com a complexidade da sociedade humana, as cidades organizadas em aglomerados, a concepção microbiana foi insuficiente para responder à proliferação de doenças. A população ainda morria de doenças infecciosas. Outras teorias surgiam, agora com a busca de entender o modo como a sociedade se organizava e as condições de vida das pessoas. As condições de péssimo saneamento básico, por exemplo, eram um fator gerador de doenças. As questões socioeconômicas e culturais voltaram à tona, num contexto de uma sociedade industrial.

Na contemporaneidade, com o avanço das ciências, da genética e demais estudos sobre células, a doença passou a ter uma outra explicação que não é mais de um agente externo, e sim interno, os genes que podem identificar possibilidades de desenvolvimento de determinadas doenças, como os cânceres. Assim, como o refinamento tecnológico, as tecnologias ganham destaque para explicar as causas das doenças. A indústria farmacêutica cresce em função de produção de drogas para combater a doença, elas servem para a cura de doenças ou para prolongamento da vida, a morte é menos entendida como um fenômeno natural e mais como um fenômeno relativamente controlável, e a saúde também passa a ser mercantilizada.

As várias explicações sobre as causas do adoecimento misturam saberes tradicionais, agentes externos, disfunções internas e fatores socioambientais. Há explicações de cunho biológico e interpretações de cunho socioeconômico, político e cultural. As concepções apresentadas também implicam modos de atuar, como os de reabilitação (modelo curativo) e os de prevenção. O processo de construção das concepções foi contínuo, e foi formulada a definição de conceito ampliado de saúde²⁰. Dentre os fatores que desencadeiam a doença, estão o processo da organização das cidades e suas complexificações.

No século XX, alguns dos eventos foram destaques para as definições de saúde e de doença, além de influenciarem nas decisões sobre a gestão da política

²⁰ “Saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (BRASIL, 2005, p. 37).

pública de saúde nos países. No geral, a gestão está dividida em dois grandes grupos: 1) seguros de saúde (privados); e 2) sistemas públicos de saúde. Cabe ainda discutir, nas formas de gestão da saúde adotada pelos países, o componente individual e o coletivo. Para este trabalho, iremos abordar sinteticamente alguns aspectos do Sistema Único de Saúde.

O SUS brasileiro, datado de 1988, oficializado com a Constituição Brasileira é resultado de um processo. Com destaque para o Relatório Lalonde (1974), emitido pelo Ministro de Saúde do Canadá que propôs que o conceito de campo de saúde abrigava quatro níveis: 1) biologia humana; 2) meio ambiente; 3) estilos de vida; e 4) organização da atenção. Seguindo o caminho das propostas canadenses, em 1978, na I Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde, a saúde é reconhecida como fenômeno de determinação intersetorial e de direito de todos. O meio ambiente, as relações sociais, os interesses econômicos seriam elementos de interface para a busca da saúde da população. O Brasil, em sua VIII Conferência Nacional de Saúde, definiu saúde como direito de todos e dever do Estado, em suas diretrizes a universalidade, a equidade, a descentralização, a integralidade da assistência e o controle social. Em 1990, a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080) consolidou que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, o saneamento básico, trabalho, educação.

Na trajetória da organização dos serviços de saúde, os hospitais aparecem em diferentes cenários, com maior proximidade da concepção de cura/reabilitação, com forte tendência a priorizar as causas biológicas das doenças e quase tornar invisíveis os determinantes sociais.

O Hospital Barros Barreto iniciou sua construção arquitetônica em 1937, desde o Estado Novo até os dias atuais. “Em idos de 1934, a tuberculose representava um problema sanitário número 1, através da demonstração epidemiológica de alta morbidade, com mortalidade que alcançava até 500-600/1.000 hab., em algumas capitais brasileiras” (HUJBB, 2013). Um estudo do Prof. João de Barros Barreto²¹ demonstrou a necessidade de leitos para internação,

²¹ **João de Barros Barreto** (Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 1890 — Rio de Janeiro, 1956) foi um médico sanitarista e professor brasileiro. Formou-se pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, em 1912. Fez curso de aperfeiçoamento no Instituto Oswaldo Cruz, em 1918, na *Johns Hopkins School of Hygiene and Health* de Baltimore e na *Harvard School of Public Health* de Boston, em 1924-1925. Foi inspetor sanitário da diretoria de Higiene do Estado do Rio de Janeiro, em 1915, e do Departamento Nacional de Saúde, diretor de Saneamento Rural no Estado do Paraná, diretor do

definiu que haveria necessidade de construção de 7 (sete) grandes sanatórios e de 11 (onze) pequenos sanatórios no Brasil, em Belém com um de 600 leitos. Com muitas paralisações nas obras, o funcionamento do Hospital ocorreu no final da década de 1950 e início da década de 1960. A mudança do nome de Sanatório Barros Barreto para Hospital João de Barros Barreto (Portaria n. 337, de 01.07.1976) alterou sua referência para tratamento, passou de local de tratamento de tuberculose para hospital de doenças infectoparasitárias, em 1976. A mudança foi justificada pelo fato das alterações epidemiológicas da tuberculose, por meio de descoberta de novas drogas e métodos diagnósticos. Com as inovações, houve redução do tempo de tratamento e de internação, tratando a tuberculose em ambulatório. Outro fator foi o quadro epidemiológico das doenças tropicais na Amazônia e o seu alto índice. O pouco conhecimento sobre as etio-patogenias e as terapêuticas promoveu a preparação do Hospital para o ensino universitário de médicos e outros profissionais da saúde, incluindo a estrutura física para a pesquisa (HUJBB, 1976). Destacamos que desde o sanatório havia indícios de atividades para a formação de recursos humanos com o Centro de Estudos tendo como uma de suas finalidades o aperfeiçoamento profissional. Nesse período, internacionalmente, a saúde era debatida, e incluídos aspectos de cunho ambiental e socioeconômico (LALONDE, 1974).

A terceira fase do Hospital (fotografias 3 e 4) e sua nova identidade são a transformação em Hospital Universitário, em 1990. Nessa década, o SUS já existia, a Lei Orgânica da Saúde é datada de 1990. A reforma sanitária brasileira, entre outras diretrizes, promoveu a integralidade, categoria polissêmica, que no sentido da gestão dos serviços prevê a organização do sistema em níveis de atenção primária, secundária e terciária. A relação prevenção e cura é entendida como articulada e não fragmentada, e, no sistema, os usuários do SUS transitariam nos diferentes

Departamento de Saúde do Estado de São Paulo, diretor do Departamento Nacional de Saúde (1937/1939/1942/1945) e delegado de Saúde. Foi professor de Medicina Legal da Faculdade de Medicina do Paraná, em 1921-1922. Foi secretário geral dos 4º e 5º Congressos Brasileiros de Higiene, membro fundador e presidente honorário da Repartição Sanitária Panamericana (1942/1946). Foi professor de Higiene da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Faculdade Fluminense de Medicina e da Faculdade de Ciências Médicas do Rio de Janeiro. Representante do Brasil nas conferências e congressos de Higiene e presidente da 11ª Conferência Sanitária Panamericana, realizada no Rio de Janeiro, em 1942. Foi membro da Academia Nacional de Medicina, da Academia de Medicina de Lima e do México, da Sociedade Argentina de Medicina Social. Recebeu numerosos prêmios entre eles a medalha de ouro Oswaldo Cruz, pelo Instituto Oswaldo Cruz, em 1916, a comenda da Ordem Nacional do Mérito, em 1950. Publicou numerosos trabalhos sobre higiene (WIKIPEDIA, 2013b).

níveis de atenção, conforme a necessidade de cuidado. A prevenção da doença e a promoção da saúde são os principais eixos, evitando as doenças. Os hospitais, localizados na atenção secundária e terciária, organizados na rede de serviço do SUS, deveriam atuar na reabilitação dos doentes. A atenção primária corresponderia às unidades básicas de saúde e programas, como a Estratégia Saúde da Família (ESF). A atenção primária seria o *locus* principal dos cuidados, evitando agravamento e promovendo a saúde. Para atuar na prevenção e promoção à saúde, ela é compreendida como intersetorial, envolvendo ações de educação, meio ambiente, trabalho e assistência social, por exemplo.

Foto 3 - Inauguração do Centro de Estudos do Hospital.



Fonte: Acervo da Biblioteca do HUUJBB. Belém-PA, 1973. Governador Aluísio Chaves, Ministro Paulo Machado e Diretores do Hospital.

O Hospital é recolocado na rede de assistência à saúde não mais como o centro, como preconizava o modelo hospitalocêntrico e, prioritariamente, curativo. Tais modelos (hospitalocêntrico e curativo) foram criticados pela Reforma Sanitária e, no SUS, houve a implantação do modelo da integralidade.

Foto 4 - Inauguração do Centro de Estudos do Hospital João de Barros Barreto.



Fonte: Acervo da Biblioteca do HUIBB. Belém-PA, 1973.

O HUIBB atravessou esta fase e na reorganização do sistema de saúde estadual e municipal, a partir de um acordo entre Estado e Universidade Federal do Pará (UFPA), o hospital foi cedido ao Ministério da Educação e Cultura (MEC), esfera federal. Uma das principais justificativas da Universidade para incorporar o Hospital foi o fato de os “cursos de graduação e afins se ressentirem de uma estrutura hospitalar adequada ao apoio do ensino de graduação, pós-graduação e de pesquisa”. (HUIBB, [19--]a). As doenças atendidas na época eram pneumologias, doenças infectoparasitárias (incluindo a AIDS) e oncologia torácica (HUIBB, [19--]a). O HUIBB incorporou o status de hospital universitário, agregando formalmente os cursos de graduação, discentes e docentes, e maior valorização na estrutura organizacional de uma unidade para a área de ensino, pesquisa e extensão, o que hoje é representada pela Coordenadoria Acadêmica.

Em 2005, o HUIBB se transformou em Hospital de Ensino devido à Política de Reestruturação dos Hospitais, certificado por meio da Portaria Interministerial 1.000, de 15 de abril de 2004. Um marco que consolidou no Hospital sua característica, vocação para o ensino. Atualmente as referências do Hospital, devido às mudanças epidemiológicas, incluem saúde do idoso, endocrinologia, e o Hospital se prepara para ser uma Unidade de Alta Complexidade em Oncologia, referências

não necessariamente contagiosas. O Hospital ainda conserva seus programas (ambulatório especializado) de tuberculose, pneumopatias e as doenças infectocontagiosas. Um olhar mais amplo e futurista poderia vislumbrar que o Hospital se prepara para um modelo de Hospital Geral. A presença de discentes e docentes é parte do cotidiano e que também incorporou a pós-graduação (Residências Médicas e Multiprofissionais), além de cursos de especialização.

As mudanças no perfil de atendimento do HUJBB, misturando doenças contagiosas com não contagiosas, também poderão ser indicativo de mudança na imagem do Hospital para os moradores do bairro, de morredouro para Hospital de recuperação de doentes, ou ainda, a convivência com as duas imagens: morredouro e terapêutico.

4 OS “ATALHOS” DIFUSOS E OCASIONAIS NO HOSPITAL: APROXIMAÇÕES E DIFERENÇAS COM A CULTURA BRASILEIRA DA REALEZA, DA MALANDRAGEM, DO CAUDILHO E DOS CIDADÃOS

4.1 Preliminares: personagens e sujeitos reais – marcas de personalidade na estrutura social brasileira e no Hospital

A história contada do Hospital o identificou pelo menos em três fases: sanatório, hospital e hospital universitário e de ensino. Sua localização no bairro do Guamá, seu contexto como paisagem urbana num complexo que reuniu cemitério, IML e Hospital o relataram como uma instituição inacabada, em processo, se renovando e transformando aos poucos a sua imagem de “matadouro” em hospital que busca a reabilitação de pacientes.

O bairro do Guamá foi revelado como heterogêneo e ambíguo ao tratar da tradição e da modernidade. A dinâmica entre urbano-rural e/ou periferia-centro foi interpretada tanto pela presença do poder público e a prestação de serviços urbanos como por manifestações da cultura popular que se reatualizaram no bairro. As relações sociais de vizinhança realçadas pelos entrevistados reafirmaram os laços afetivos e as redes construídas pelos vizinhos no bairro. Caminhando no sentido de analisar melhor as relações externas-internas dos usuários com o hospital, houve necessidade de retomar alguns teóricos para aprofundar categorias analíticas como a “personalidade”, sinalizadas nas relações estabelecidas com a vizinhança e evidenciadas nos casos de “acesso” dos usuários no Hospital, relatadas a seguir. Outra categoria para aprofundamento é a de “civildade”, ligada ao modelo de modernidade na sociedade nacional e local. Olharemos a estrutura social brasileira por meio da estrutura social relacional, fundada na personalidade em oposição à impessoalidade. O “acesso” o qual é o objeto de estudo deste trabalho está fundamentado na estrutura social que é alimentada pelas relações sociais de amizade, de parentesco, de compadrio, de trabalho, aqui, prioritariamente analisadas por meio do olhar da cultura brasileira e paraense.

Um caminho que me levou à escolha dos autores a serem abordados neste capítulo seguiu a minha trajetória no doutorado. Inicialmente, as disciplinas da pós-graduação, com suas leituras e discussões teóricas, me ajudaram a pensar sobre as relações sociais vividas no Hospital. O trabalho de campo me recolocou algumas

indagações sobre as relações sociais vivenciadas no hospital e a possível relação com a estrutura da sociedade brasileira. Uma das primeiras observações no trabalho de campo foi a de que a empregabilidade no Hospital também era gerida e influenciada por laços de parentesco. Relacionei rapidamente, com a ajuda de uma antiga funcionária, 27 casos de pais e filhos empregados no Hospital. Um sinal de que as contratações de funcionários, num hospital público, sofria influência de laços de parentesco e eram fortemente baseadas na pessoalidade. O que permitia essa influência era o fato de que o Hospital mantém diferentes vínculos empregatícios: o concurso público, a cessão de funcionários de outros órgãos públicos, como a Secretaria de Saúde Pública (SESPA), e a contratação por vínculo celetista, por meio da Fundação de Amparo e Desenvolvimento da Pesquisa (FADESP), da UFPA. Os casos que citei de funcionários que são parentes são ou eram funcionários (filhos) contratados pela FADESP.

Como as relações de empregabilidade não são o meu objeto direto de estudo, tomei esta observação como mais um sinal das relações pessoalizadas no Hospital e me questionei sobre o fundamento dessas relações, considerando uma instituição pública – o Hospital – como modelo de uma sociedade moderna, com princípios racionais e impessoais. Relacionei que o que eu estava estudando era um recorte numa “rede total” (BARNES, 1987), o que busquei aproximar da “rede parcial”. Comparei que a relação que os usuários se apropriavam para conseguir o “atalho”, objeto direto da pesquisa, inicialmente era equivalente às relações sociais de empregabilidade estabelecidas no Hospital e que tinham em comum e se fundamentavam na estrutura social da sociedade brasileira fortemente relacional e pessoalizada, já ressaltada por Lívia Barbosa (2006). Na sala de aula, na disciplina Seminário de Tese, na qual apresentei meu pré-projeto de pesquisa, foram indicadas bibliografias como a do autor Sérgio Buarque de Holanda, sobre a formação social do Brasil, assim como a do Raimundo Faoro (2011), sobre o personalismo. Adiante, aos alunos do doutorado foram indicadas leituras sobre obras literárias que poderiam ajudar nas interpretações, assim como na escrita dos textos. A obra que trata de Inglês de Sousa foi mencionada, pela qual fiquei interessada por abordar, entre outros temas, a modernidade no contexto paraense, referida como a “civildade”, tratada na perspectiva do urbano e do rural, assim como, por ser uma análise da descrição das relações sociais num município amazônica, relatando a sua cultura local (BARRETO, 2003). O estímulo à leitura de

Inglês de Sousa em “O Cacaulista” (2004) e em “O Coronel sangrado” (1968) foi uma continuidade ao que eu tentava descobrir sobre as relações da modernidade e a sociedade relacional brasileira, a partir de um escritor paraense do século XIX. A aproximação a uma realidade local era entusiasmante, e a leitura das obras prazerosa. Além dos autores já citados, outros foram agrupados como Gilberto Freyre (1973), Charles Wagley (1988), André Botelho e Antônio Brasil Júnior (2005), Roberto Da Matta (1990) e Kátia Mendonça (2002).

Foi trilhando esse caminho, influenciado por conversas com colegas e professores nos corredores da UFPA, nos cafés e com os orientadores; além das observações no trabalho de campo e, inicialmente a entrevista com um casal morador do Guamá, que fiz algumas escolhas teóricas e literárias. As leituras, principalmente de Inglês de Sousa, me levaram a identificar personagens que pareciam “tipos ideais” como Max Weber (1974) escreveu e foi traduzido competentemente pelos professores na disciplina Epistemologia das Ciências Sociais. O que continuava martelando na minha cabeça era como compreender teoricamente as relações sociais relacionais no hospital, como sustentar a discussão que envolvia modernidade e personalidade numa instituição pública? O meu ponto de ligação foi o de relacionar os personagens aos sujeitos da pesquisa, e pensar “tipos ideais” weberianos, como por exemplo, o cacaulista e o tenente Ribeiro, identificado como o caudilho e a patronagem; o personagem Pedro Malasarte, identificado como o malandro, que utilizou o “jeitinho brasileiro”, citado por Da Matta (1990); o personagem Creonte, da mitologia, que representou o rei ou representaria o “chefe moderno” frio, identificado como o racional/impessoal; e o Sr. José, um dos entrevistados, identificado como o neutro, que usou a terminologia “aquele que não fede e nem cheira”²². Os personagens e as pessoas reais foram identificados como peças que articulavam relações, acionavam laços e teciam as redes em função de interesses pessoais.

²²A terminologia é uma espécie de desdobramento dos “tipos ideais” que expressou um tipo neutro denominado “aquele que não fede e nem cheira”. Essa terminologia foi revelada no trabalho de campo. “Aquele que não fede e nem cheira” é um tipo polissêmico e intermediário na classificação dos que compõem a trilogia – o que cheira, o que não fede e nem cheira – o que fede. Para os entrevistados ele foi interpretado como o sujeito que não quer se meter em confusão, portanto, aquele que evita conflitos e poderá vir a se “dar bem” nas situações de quebra de regras ou de oportunidades, como o “acesso”, por ser considerado o que circula nas redes sociais se aproximando tanto dos que “cheiram” como dos que “fedem”.

A partir do que já descrevi, os personagens e as pessoas reais que escolhi foram: os sujeitos da pesquisa, o homem do casal entrevistado (Sr. José) e a funcionária do Hospital; o personagem Ribeiro, de Inglês de Sousa; as irmandades de Itá, de Charles Wagley; o personagem Creonte, de Sófocles, citado por Holanda (1969); os diferentes grupos étnicos, de Freyre (1973). Estas pessoas/personagens e grupos foram contados e etnografados, e agora serão reinterpretados com a finalidade de compreender as relações sociais brasileiras e paraenses de personalidade. As festas (folias) e os rituais afro-brasileiros, que são descritos nas obras de Wagley, em Itá, e na obra de Freyre (1973) foram interpretados como sinais das relações sociais brasileiras, com fortes marcas de personalidade nas sociedades urbano-rurais.

Os autores citados escreveram sobre o Brasil e sobre a Amazônia em diferentes épocas e com influência de diferentes abordagens teóricas literárias e das ciências sociais. O romancista Inglês de Souza escreveu sobre os conflitos de terras na Amazônia, como cenário o município de Óbidos-PA, no período de 1870. Gilberto Freyre escreveu sobre a cultura brasileira, com foco no Nordeste brasileiro, na década de 1920 a 1930. Sérgio Buarque de Holanda segue a linha de compreensão do Brasil e dos brasileiros pela história da colonização, com ênfase as sociedades ibéricas e suas heranças. O cenário de estudo é datado da época entre 1920 e 1930. Charles Wagley (1988) estudou a vida amazônica, retratando os vários aspectos dos habitantes, observando um município com nome fictício de Itá (Gurupá), na década de 1940. E, por último, a obra de Roberto da Matta sobre a malandragem, datada de 1990. Os achados do trabalho de campo, nos anos de 2013 e 2014, reunidos em três casos de “acesso” de usuários no hospital e situações que acionaram a rede de serviços de saúde externa ao hospital, anunciaram as relações de personalidade difusa, agrupando laços relacionais afetivos e de trabalho, com diferentes escalas de aproximação: mais próximas ou mais distantes ou traduzidos em laços fortes e laços fracos (GRANOVETTER, 1983).

Como anunciei no subtítulo é uma preliminar da discussão sobre personagens, sujeitos da pesquisa e as suas relações sociais com a personalidade e a impessoalidade no urbano-rural. Iniciei com uma síntese e a intenção do que pretendo discutir a seguir, apresentando achados no trabalho de campo e os personagens.

4.2 Achados etnográficos e a imagem do rizoma²³: “atalhos” ocasionais e relações pessoais difusas no hospital

Personagens e pessoas reais foram agregadas para o exercício de reanálise da forma de compreensão do público e do privado, numa sociedade marcada pela “patronagem” (HOLANDA, 1969) e pelas instituições públicas “pessoalizadas”, imersas num discurso de “racionalidade” e “impessoalidade”, no caso do SUS, marcado pelo direito constitucional de saúde como dever do Estado, reafirmado pelo acesso universal dos usuários ao sistema público de saúde.

As categorias “patriarcalismo” e “patronagem” não serão reanalisadas e/ou pesquisadas buscando a compreensão de suas origens e sim, serão estudadas como categorias que integram as interações na sociedade brasileira. Há possibilidade de releitura dessas categorias em contexto urbano na atualidade.

Os autores André Botelho e Antônio Brasil Júnior (2005) trabalharam com algumas categorias analisadas nas obras “Populações meridionais no Brasil” e “Raízes do Brasil” de autoria de Francisco de Oliveira Vianna e Sérgio Buarque de Holanda, respectivamente. As duas categorias analisadas foram o “espírito de clã” e a “cordialidade”, na perspectiva da construção do Estado-Nação no Brasil. A importância das duas categorias para este estudo é menos as divergências e confluências dos autores sobre o Estado-Nação e mais as suas interpretações sobre a sociedade brasileira moderna na vertente do público e do privado e na relação de impessoalidade e da pessoalidade.

Estado-Nação como articulação entre ‘autoridade pública’ burocratizada e racionalizada [...] e formas específicas de ‘solidariedade social’ que tendem a se universalizar para além das lealdades locais e mais tradicionais e que se corporificam nas modernas noções de “nação” e “cidadania” (BOTELHO; BRASIL JÚNIOR, 2005, p. 3).

No caso deste estudo, as relações institucionais patrimonialistas ajudam a interpretar as relações de atalho praticadas pelos usuários do SUS. A presença do funcionário público e seu entendimento sobre o público e o privado são reflexões a serem consideradas:

²³ Termo utilizado metaforicamente associado ao significado atribuído pela botânica. Rizoma como uma raiz ou talo com possibilidades de ramificações em diferentes pontos.

Não era fácil aos detentores das posições públicas de responsabilidade, formados por tal ambiente, compreenderem a distinção fundamental entre os domínios do privado e do público. Assim, eles se caracterizam justamente pelo que separa o funcionário “patrimonial” do puro burocrata conforme a definição de Max Weber. Para o funcionário “patrimonial”, a própria gestão política apresenta-se como assunto de seu interesse particular; as funções, os empregos e os benefícios que deles auferem, relacionam-se a direitos pessoais do funcionário e não a interesses objetivos, como sucede no verdadeiro Estado burocrático, em que prevalecem a especialização das funções e o esforço para assegurar garantias jurídicas aos cidadãos (HOLANDA, 1969, p. 106).

As relações pessoais exercidas fora das instituições públicas, por exemplo, permeiam ou se instalam internamente, incorporando valores diferentes daqueles tidos como racionais e objetivos. As relações sociais de conhecimento, de amizade, de compadrio, de parentesco e outras invadem os espaços institucionais públicos burocráticos, instaurando diferentes prioridades e diferentes formas de conceder o acesso aos serviços, como é o caso do Hospital pesquisado e referido por nosso entrevistado. Além da burocracia são ativados os conhecimentos e relações de amizade, num contexto de poder difuso, o micro poder (FOUCAULT, 2007).

O Sr. José, o entrevistado, teve acesso ao serviço do Hospital e, mais especificamente, usou o “atalho” de forma ocasional para consulta ao médico do ambulatório de pneumologia do Hospital. O “atalho” ocorreu por meio de um encontro casual com um conhecido de infância funcionário do Hospital.

A trajetória do Sr. José e seu acesso ao SUS, neste estudo, iniciaram-se por sua procura a uma consulta na Unidade Básica de Saúde (UBS) do Guamá devido a seu problema de saúde: asma. As dores no peito, a dificuldade de respirar preocuparam o Sr. José e sua família, e os sintomas o levaram a procurar atendimento na UBS mais próxima da sua casa. Após duas tentativas sem sucesso, por não conseguir ficha²⁴, resolveu chegar à UBS de madrugada, por volta de 4h da manhã, enfrentando fila já existente em frente à UBS. Após conseguir a ficha para consulta, realizou seu cadastramento ou inscrição na UBS, apresentando documentos pessoais. Seu atendimento médico após triagem foi com uma médica com especialidade em pneumologia que o diagnosticou como paciente com asma grave. O tratamento seguiu por meses, até que a médica solicitou um exame

²⁴ Denominação para senha que indica a ordem de atendimento para consulta. Nas UBS é comum a restrição de senhas para atendimento aos usuários porque há uma quantidade maior de usuários para o número de atendimento dos médicos.

denominado prova de função respiratória²⁵ a ser realizado no Hospital Universitário João de Barros Barreto. O Sr. José foi até o hospital agendar o exame e, posteriormente, realizou o exame. Na antessala do exame, observou um cartaz do Ministério da Saúde que informava sobre asma grave e constava que o tratamento e os medicamentos poderiam ser adquiridos naquele local gratuitamente. Para esclarecimento, o Sr. José perguntou à funcionária atendente sobre as informações do cartaz, o que ela confirmou o fato de o tratamento poder ser no Hospital e com medicação gratuita. O Sr. José ficou muito interessado, pois na UBS a medicação não era dispensada. Ele precisava comprar os remédios na farmácia, o que onerava seu orçamento doméstico.

Na consulta seguinte na UBS, com o resultado do exame, confirmando seu diagnóstico, o Sr. José conversou com a médica e solicitou que ela o transferisse para tratamento no HJBB. A médica inicialmente reagiu negativamente, dizendo que ele poderia ser tratado na UBS, que os profissionais eram qualificados para o tratamento de sua enfermidade. O Sr. José confirmou à médica do bom atendimento na UBS, no entanto, esclareceu a ela que o principal motivo da solicitação estava no fato da distribuição de medicamento gratuito, o que a UBS não fazia. Na consulta seguinte a médica não cedeu, mas com algumas conversas e insistência do Sr. José a médica acabou cedendo e o encaminhando para o HJBB.

No dia em que o Sr. José foi ao HJBB levar o seu encaminhamento para agendar a consulta com o especialista, dirigiu-se a um local do hospital chamado de triagem, atualmente é denominado Registro Geral de Pacientes (RGP). Quando aguardava sua chamada, foi abordado por um conhecido de infância e só então foi saber que aquele conhecido era funcionário do Hospital. O funcionário o tratou pelo apelido de infância, e o Sr. José não soube me informar o nome do conhecido, pois o tratava também pelo apelido de infância. Este fato dificultou a identificação do funcionário para reconstruir a rede de relações. Os dois se conheciam das brincadeiras de rua no bairro do Guamá. As principais brincadeiras eram as de

²⁵ A prova de função respiratória é uma técnica capaz de medir a capacidade pulmonar de um indivíduo. Existem diversos testes capazes de fazer essa medição, ou seja, tipos diferentes de prova de função pulmonar. A espirometria, exame realizado no Instituto Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz), é um dos mais importantes no estudo da função pulmonar de adultos e crianças, pois consegue medir os volumes, capacidades e fluxos pulmonares de acordo com os padrões de referência relativos a altura, sexo e idade do paciente [...] A espirometria é um exame indicado tanto para o diagnóstico de algumas doenças quanto para a aferição de sua gravidade e avaliação dos efeitos de tratamentos ou da exposição a determinados elementos ocupacionais ou ambientais (IFF, 2010).

empinar papagaio e jogar bola na rua. Este funcionário trocou palavras de gentileza e perguntou ao Sr. José o que ele estava fazendo no Hospital. O Sr. José então explicou a situação a ele. O funcionário disse ao Sr. José que iria ajudá-lo conseguindo um bom médico e o mais rápido possível. O que de fato aconteceu. O Sr. José mantém acompanhamento no Programa de asma grave no Hospital desde 2007.

Nesta situação, o “atalho” aconteceu por via do funcionário do Hospital que ofereceu ajuda ao usuário (Sr. José), sem que o usuário solicitasse. Uma espécie de boas vindas ao seu colega de infância, das brincadeiras de “rua”. O reencontro após muitos anos afastados. Inicialmente interpreto que a forma de relação e a receptividade foram comparadas a alguém que recebe um colega em sua casa e lhe oferece algo para celebrar e demonstrar apreço ou mesmo um certo poder. Nesse caso, a casa era o Hospital e o que ele poderia oferecer ao conhecido era a sua intermediação na instituição. Aqui as relações pessoais alterando sem comprometer o fluxo do sistema impessoal burocrático do SUS. Possivelmente retribuição de afeto entre ambos os colegas de infância que brincavam na rua, e que num ambiente hospitalar se reencontram.

Nas observações que realizei em campo, foi comum ver os reencontros ocasionais entre funcionários e usuários, e é esperada a pergunta pelo funcionário: o que fazes aqui? A pergunta geralmente é seguida de orientações (dicas) e/ou tentativas de resolução, por parte dos funcionários, das situações trazidas pelos usuários. Quem quer deixar um amigo desamparado? Quem quer ser desamparado por um amigo numa situação de doença? Possivelmente há variação na forma de demonstração de afeto, de contato entre os conhecidos influenciado pela proximidade ou afastamento entre as pessoas envolvidas, pelo sexo e pelo “status” dos funcionários no Hospital. A maioria dos profissionais médicos, por serem muito assediados no que diz respeito às consultas e demais procedimentos, procuram um certo distanciamento com o intuito de evitar pedidos.

O “atalho” concedido ao Sr. José foi ocasional sem uma articulação prévia com as redes internas do Hospital e concedido sem um pedido direto ao funcionário. Foi uma concessão baseada nas relações de amizade, motivada pela memória da infância. Uma concessão de baixa dificuldade, porque o Sr. José já havia percorrido o caminho formal do sistema (SUS) e já estava à beira do acesso formal. O “atalho” não pareceu ter causado danos irreparáveis na gestão do sistema, o que parece ter

ocorrido foi uma intervenção que direcionou o Sr. José a um caminho avaliado pelo funcionário como mais seguro, de melhor qualidade como, por exemplo, ser atendido por “um bom médico”, além da rapidez no atendimento. A possibilidade de escolha de um profissional de saúde (o médico) que pelo sistema burocrático e impessoal não seria possível.

Outros casos ou situações foram observados no trabalho de campo. Durante dois anos, observo o trabalho de uma agente administrativa do Hospital, no setor em que trabalho. Recorrentemente ouvi os telefonemas da funcionária para outras instituições que prestam serviço para o SUS, conveniadas com o Hospital, algumas unidades de saúde ligadas à denominada saúde suplementar²⁶. Os telefonemas eram sobre exames, pois neste setor ela é responsável por agendar alguns tipos de exames não realizados no Hospital. O modo de falar com a atendente ou com o atendente da instituição conveniada foi interpretado como de alguém pedindo um favor, tom de voz baixo, às vezes sedutora, palavras educadas. No início do contato, certa formalidade, com o passar do tempo, se os telefonemas permanecessem com o mesmo setor/funcionário da outra instituição, a relação evoluía para tratar a outra pessoa por “colega”, com menor cerimônia e instaurando uma relação de proximidade. Havia uma recepção boa pela outra parte (conveniada) e, com isso, por muitas vezes, havia pedidos de antecipação do exame e/ou retificações sobre exame pela atendente do Hospital. A construção de um clima de relativa proximidade permitia a solicitação de situações não previstas formalmente, de urgência, mas ajustadas conforme a situação. A funcionária do Hospital orgulha-se em afirmar que tem boas relações com as demais atendentes, esse poder dá a ela um “status” bastante apreciado no Hospital, porque ela consegue resolver algumas situações que demorariam mais tempo ou demandariam mais burocracia, por exemplo. Há também umas escolhas ou um filtro para que a agente administrativa

²⁶ Conjunto de instituições privadas que oferece serviços de atenção à saúde sob a forma de pré ou pós-pagamento (isto é, planos e seguros de saúde). O setor de Saúde Suplementar brasileiro reúne, em 2005, mais de 2 mil empresas operadoras de planos de saúde. Essa rede prestadora de serviços de saúde atende a mais de 37 milhões de beneficiários que utilizam planos privados de assistência à saúde para realizar consultas, exames ou internações. A Lei nº 9.961, de 2000, criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) com atribuição de regular, normalizar, controlar e fiscalizar as atividades que garantem a assistência suplementar à saúde, em todo o território nacional. São finalidades institucionais da ANS: 1) promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, pela regulação das operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores de serviço de saúde e com os usuários; 2) contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no País (BRASIL, 2009).

aja, dependendo de quem e da forma com que a pessoa do Hospital pede a intervenção. Alguns dos critérios são: 1) o estado de saúde do paciente informado por algum profissional da equipe; 2) a avaliação sobre a competência que dispõe a conveniada para atender à solicitação; 3) o profissional (a pessoa) do hospital que solicita a antecipação do exame; e 4) o grau de interação entre a agente administrativa e a atendente da conveniada. Caso as situações demandadas não estejam dentro dos critérios, não serão solicitadas ou não serão realizadas com tanto empenho e restará a espera e/ou apelar para a burocracia.

Vale ressaltar que há uma característica pessoal forte no perfil profissiográfico da funcionária (agente administrativa) do Hospital que envolve a facilidade de estreitar laços para facilitar os serviços. Sua competência envolve, além das que são solicitadas pelos Recursos Humanos, uma dimensão pessoal, a habilidade de construir laços e pontes intrainstitucionais e entre instituições. Outro saber importante é o seu acesso à chamada “rede cipó”²⁷ e ficar inteirada dos acontecimentos que ocorrem nos bastidores do Hospital. A “rede cipó” informa também sobre o perfil dos funcionários²⁸ permitindo diferentes abordagens e facilitação de pedidos. Os perfis de um modo geral sofrem variações de interpretação, o que para alguns é considerado um profissional “bacana” para outros ele poderá ser considerado um profissional com restrições em nível de relações interpessoais. A avaliação positiva “bacana” permitirá maior facilidade para possíveis solicitações de pedidos, já a avaliação negativa de um profissional dificultará a aproximação e a solicitação de pedidos. Não significa que não será solicitado algum pedido ao profissional de difícil acesso, mas serão utilizadas outras intermediações como descobrir quem está mais próximo daquele profissional e poderá convencê-lo a atender um pedido. Na rede de relações, quem está mais próximo do profissional é quem intermediará o pedido. Barnes (1987) denomina de estrelas e zonas. A partir de um elemento (alfa), ele identifica os que estão mais próximos e mais distantes na rede de relações sociais, e associado à sociometria o autor Granovetter (1973) trabalha com os laços fortes e fracos.

²⁷ A “rede cipó” é descrita como as informações que circulam no Hospital por meio oral, de pessoas a pessoas, tendo fontes difusas e, por vezes, anônimas sobre situações do cotidiano hospitalar. É uma rede de comunicação informal do Hospital.

²⁸ Sobre perfil dos funcionários será abordado melhor no capítulo seis.

Para cada solicitação/pedido há necessidade de leitura do contexto institucional e das pessoas que fazem parte deles. Há também situações de conflitos entre grupos de profissionais, conflitos tão sérios que chegam a cessar a comunicação informal, nestes termos a burocracia passa a ser a principal e quase única comunicação aceita, a formalização de pedidos que serão analisados minuciosamente antes de serem atendidos. Nestes casos, as relações hierárquicas serão acionadas para resolver os possíveis conflitos e/ou situações de desacordo sobre algum procedimento. Isso me lembrou de uma das passagens do livro de Barbosa (2006) “Aos amigos, tudo; aos indiferentes, nada; e aos inimigos, a lei” (ROSEN apud BARBOSA, 2006, p. 28).

Ressalte-se que as relações estabelecidas entre a funcionária do Hospital e a atendente de determinada conveniada foram por telefone com pessoas desconhecidas, sem vínculo inicialmente afetivo ou familiar. Além disso, não havia por parte da atendente nenhum vínculo afetivo anterior com aquele paciente internado. São relações de interação social, por um meio de comunicação (telefone) e por um determinado tempo, a distância e sem maior proximidade ou continuidade fora do ambiente de trabalho. Aqui há uma característica diferenciadora das demais relações de interação social entre pessoas, há uma facilitação e/ou intermediação do nome das instituições. O fato de “ser do Hospital Barros Barreto” também gera um “status”, pois há uma possibilidade de que a outra pessoa concedente do favor possa vir a necessitar dos serviços do hospital, o que gera uma ponte entre ambas as funcionárias.

A outra situação observada foi o caso de uma senhora, de aproximadamente 65 anos, acompanhada de sua filha, que apresentou um formulário denominado de referência e contrarreferência²⁹ de um médico de uma das Unidades Básicas de Saúde do SUS, encaminhando a usuária para tratamento com especialista em pneumologia. Aparentemente a senhora estava muito cansada, dispneica e com dificuldade de locomoção. O técnico que a atendeu estava diante de um problema, por não ser esta a forma de ingresso no Hospital, pois o HUIBB é regulado por uma

²⁹ O formulário é um instrumento que o profissional de saúde do SUS utiliza para encaminhar um usuário para tratamento de um nível de atenção (primária) para outros níveis de atenção (secundário ou terciário). Após tratamento e recuperação da saúde o usuário retorna a sua origem (atenção primária) de tratamento por meio da guia de contrarreferência.

central de consultas³⁰ e isso implicaria o retorno daquela senhora para a UBS, ela iria aguardar por uma consulta em casa ou por atendimento num Pronto Socorro Municipal. Solicitar a intervenção da Coordenadoria Assistencial, que é responsável formal pela coordenação de toda a assistência aos usuários no Hospital, seria um dos caminhos, nem sempre resolutivo. A agente administrativa ao saber do caso sugeriu que se tomasse outro caminho que, segundo ela, seria mais resolutivo. Ela informou que o caminho seria falar com um funcionário do serviço de Registro Geral de Pacientes, pois ele poderia verificar se haveria como encaixá-la para consulta com um dos médicos do hospital. Este funcionário era seu conhecido. Sua sugestão foi acatada, ela mesma ligou e já se identificou e disse pra ele “vê se quebra esse galho”. Após contar a situação para o funcionário, ele disse que resolveria, pois naquela especialidade havia vaga, já que todas as consultas disponibilizadas para a regulação não estavam sendo utilizadas, quer dizer, o Hospital não estava cumprindo a meta que foi pactuada, ficando com consultas devolvidas para o sistema. Ora, nesse caso, o atalho da usuária não retirou vaga de ninguém, nem passou na frente de nenhum usuário e ainda contribuiu para o número de consultas exigido pelo hospital. Neste caso, o funcionário foi responsável também por desatar um nó no sistema, que depende de uma reguladora que não cumpre seu papel a contento. É uma situação entre dois funcionários que mantêm relações intrainstitucionais e que compartilham de um mesmo “valor” – relacional. A situação envolveu alguém completamente desconhecido para todos os funcionários, pois tratava-se de uma usuária comum, sem nenhum laço afetivo ou familiar com qualquer um dos envolvidos. O que motivou a intervenção e o atalho, provavelmente, foram valores da ordem cristã e de sensibilidade sobre o processo saúde-doença, aliados aos valores de conhecimentos técnicos sobre o SUS e as possibilidades de interferência nesse sistema.

As situações relatadas apresentam algumas variações e uma classificação parcial e inicial para o “atalho”. A primeira é uma relação funcionário usuário; a segunda é uma relação funcionário-funcionário-usuário; e a terceira relação é um usuário-funcionário. Quanto aos laços afetivos, apenas a primeira revelou um laço

³⁰ A central de consulta é um dos órgãos reguladores do SUS. A central é responsável por receber as demandas de consultas especializadas oriundas da rede de serviço de saúde do SUS, solicitadas pelos médicos e agendar as consultas por meio de sistema “online”. A central de consulta detém informações sobre as unidades de saúde e suas especialidades, além do número de consultas disponíveis para cada unidade de saúde.

afetivo de infância, nas demais não foi observado laço afetivo anterior entre funcionários e usuários.

Nas três situações relatadas, as relações não foram apenas pessoais, foram institucionais públicas pessoalizadas, como na segunda situação, que envolveu duas instituições de saúde (hospitais), o que diferencia e aproxima do que Livia Barbosa estudou.

Barbosa (2006) apresentou como fruto de sua pesquisa algumas categorias sociais dos brasileiros, entre elas o “jeitinho brasileiro”, usado no cotidiano e nas mais diferentes situações. Na sua pesquisa, os seus entrevistados não se caracterizavam por pertencerem a uma única instituição pública, por exemplo, e sim como pessoas comuns diante de situações cotidianas que implicavam, vez por outra, ligação com alguma instituição.

Este aprendizado só foi possível por meio de uma pesquisa empírica com 200 pessoas, de diferentes cidades como Recife, Rio de Janeiro, João Pessoa, Porto Alegre, levada a cabo, de forma intermitente, no período de 1984 a 1986 [...] Participaram das entrevistas e responderam aos questionários desde mecânicos de trem, operários, intelectuais, profissionais liberais até estudantes secundários, donas-de-casa e pessoas com mais de 70 anos (BARBOSA, 2006, p. 40).

Realizavam favores, jeitinho e corrupção em situações entre pessoa a pessoa, não necessariamente em instituições totais (GOFFMAN, 1992). É preciso ressaltar que o “jeitinho” é entendido como uma categoria da estrutura da sociedade brasileira, portanto, está presente nos mais variados ambientes.

Recusando tomar o “jeitinho brasileiro” como “folclore”, “sobrevivência cultural” ou “costume inocente”, destinado a desaparecer com a presença com um suposto desenvolvimento econômico ou evolução histórica, Livia Barbosa o encara como um procedimento estrutural, obrigatório (e inevitável) quando se trata de articular o mais forte com o mais fraco, a carência de quem tem com o eventual poder de quem não tem; e, muito especialmente, a regra geral abstrata, universal e impessoal, com a compreensão humana, calorosa e solidária que nasce das relações pessoais, contextualizadas e particulares (DA MATTA apud BARBOSA, 2006, p. xxi).

A proximidade está na análise estrutural da sociedade brasileira, e o diferente está na identificação de um determinado valor relacional e pessoal numa instituição pública de saúde. O que se estuda é como as características relacionais e pessoais se incorporaram na instituição e, provavelmente, transformaram-se em parte da

instituição pública, sendo utilizadas e aceitas invariavelmente na instituição, que deveria caracterizar-se como impessoal, aos moldes dos princípios da racionalidade moderna. O SUS é conhecido, respeitado e utilizado como sistema formal, e aliado a ele desenvolveu-se um sistema informal ou instituinte. Ambos os sistemas circulam e interagem no ambiente hospitalar. Há indícios de que esse sistema instituinte não emperre o sistema de saúde oficial no Hospital e, sim, destrave alguns dos nós desse sistema instituído.

Neste caso e em vários outros, a instituição realiza formas de atender ou de promover o acesso aos usuários por “atalhos”. Nas duas situações citadas houve relações pessoais diretas apenas intrainstitucionais e em uma das situações houve relações pessoais indiretas entre instituições. As possibilidades de “atalhos” e a perspectiva relacional compreendem uma estrutura social ampliada, isto é, está além de uma única instituição hospitalar, a estrutura abrange várias unidades de saúde, inclusive as particulares.

Nas três situações descritas houve também um elemento comum a duas das situações: não havia um vínculo ou estreita relação com os usuários envolvidos e a concessão do atalho. Uma das situações envolveu antigos conhecidos, que se relacionaram quando garotos no bairro do Guamá e perderam o contato, até o reencontro como adultos no Hospital por uma coincidência. Os laços iniciais ou fracos são evidenciados nas situações, assim como os relacionamentos difusos nas diferentes áreas de serviços do hospital e de outras instituições de saúde.

Outra observação é o fato de que o “atalho” poderá ser iniciado a partir de vários sujeitos. No primeiro caso foi demandado pelo funcionário do hospital ao usuário; no segundo caso a demanda foi de um funcionário do hospital a outro funcionário do hospital e, posteriormente, a uma outra instituição de saúde para atender à necessidade de um usuário internado; no terceiro caso a demanda foi de uma usuária a uma funcionária que acionou outro funcionário do hospital. Apenas no primeiro caso foi uma intermediação para o “atalho” direto, o próprio funcionário realizou o “atalho”, nas demais situações foi necessário contato com outros funcionários do mesmo hospital e de outra instituição de saúde. O que caracteriza o “atalho” difuso por diferentes entradas e/ou demandas de diferentes sujeitos.

As situações que adiantaram o atendimento de pacientes e atalharam a chegada à consulta e ao exame são caracterizadas como não marginais ao sistema, porque foram incorporadas ao sistema. Para isso foi necessário o poder institucional

e não apenas a disposição pessoal dos funcionários. Os funcionários que realizam ou possibilitam o atalho detêm mecanismos institucionais como os sistemas “online” de inclusão de pacientes para consulta, por exemplo. O que parece é que há um “jeitinho” institucional e instituinte porque é incompatível com o que determinam as regras do SUS.

Como análise de instituição e as possibilidades de recriação de instituições e sistemas baseados em modelos racionais, mas insuficientes para dar conta da realidade social, o instituído passa a ser questionado, e são criadas alternativas instituintes, vindas dos sujeitos que estão imersos na realidade, neste caso, do Hospital. Certa ambiguidade estruturante (impessoal e pessoal) parece surgir na interpretação do Hospital.

Nos principais argumentos dos autores como Vianna e Holanda, analisados por Botelho e Brasil Júnior (2005), está a “patronagem” exercida pela classe de fazendeiros ou “donos de terra” aos trabalhadores rurais. Ainda no que concerne ao amparo político aos brasileiros pobres, a garantia de direitos e amparo estava sob o braço forte de um caudilho local, desacreditando nas instituições estatais. Francisco Oliveira Vianna desenvolveu uma categoria que denominou de “espírito de clã” que: “[...] trata-se de uma síntese das práticas sociais e dos valores historicamente cultivados que modelaram a sociedade brasileira como um todo em seu processo de formação, ainda que com consequências ou efeitos sociais desiguais segundo a estratificação social” (BOTELHO; BRASIL JÚNIOR, 2005, p. 13).

O espírito de clã figurava sob a proteção de uma figura forte política e economicamente pertencente à classe alta. Os clãs rurais detinham uma “poderosa solidariedade interna e uma consciência social correspondente, esses clãs não chegam, entretanto – dada a carência de agentes de integração política - a realizar uma igual solidariedade externa” (BOTELHO; BRASIL JÚNIOR, 2005, p. 15). A não solidariedade externa é interpretada como um problema para a estruturação de um Estado nação nos moldes capitalistas, o que traz uma resistência à implantação de um regime baseado na racionalidade e impessoalidade no Brasil. A solidariedade interna dos clãs dificulta a integração do Estado, pois cria fragmentação e perpetua as relações de “patronagem” que se rearticulam e podem ser reinterpretadas como polissêmicas e de diferentes arranjos, como por exemplo o compadrio, o matrimônio e as relações de parentesco, as relações e compromissos dos profissionais (funcionários públicos) com os usuários/pacientes, e mesmo, a sociabilidade na vida

moderna e urbana (SIMMEL, 2005), com sua característica efêmera ou de laços fracos (GRANOVETTER, 1983).

A formação de diferentes “patrões” na vida moderna que se transformaram em elite, como por exemplo, os profissionais da saúde que detêm um tipo de poder que não é o econômico (meios de produção), mas é o de acesso a um bem de valor incalculável – a saúde - é uma situação de resignificação da patronagem. Os funcionários do hospital participantes da rede de relações e suas articulações internas para liberar o acesso a consultas e internação no Hospital, independente do “status” da atividade profissional, possuem poder, e para alguns usuários/pacientes, os funcionários os protegem, enquanto grupo desfavorecido economicamente, pois não podem comprar o serviço de saúde (planos de saúde). Neste caso, a “patronagem” não se configura como uma proteção a um clã que retornará o favor com trabalho, mas a dívida será trocada por elementos menos palpáveis. Aqui quero, inicialmente, pontuar que há um sistema de reciprocidade assimétrica que envolve as relações sociais de “favores” entre profissionais e usuários para o acesso ao SUS. A concessão é realizada por meio de poderes invisibilizados de alguns *pseudo* “patrões” que mantêm laços fracos com os “indivíduos”, que possivelmente são pertencentes a diferentes clãs: conhecidos, amigos, pessoas atendidas indistintamente no hospital. Nos achados há uma sinalização para uma rede aberta e difusa, com diferentes entradas, diferentes “patrões” e diferentes “indivíduos” a quem são concedidos o acesso.

4.3 Matuto, cidadão, caboclo - interpretações sobre a cultura brasileira e paraense: a modernidade, o modelo impessoal e as relações pessoais tradicionais

4.3.1 Leituras e interpretações sobre os amazônidas paraenses: as redes de relações em Óbidos e em Itá – o matuto e o cidadão

A discussão sobre as relações “patrimonialistas” e de “patronagem” atualizadas no contexto hospitalar, como descritas nas situações citadas anteriormente, remeteu à atualidade de uma instituição pública moderna. A relação rural-urbana analisada no capítulo dois, com o foco no Guamá, é retomada neste item abordando o matuto e o cidadão como representações da cultura paraense,

acrescidos do termo caboclo. As tipificações de moradores do “interior” e da cidade também habitam o universo hospitalar e tornam a instituição moderna - Hospital - sincrética, comportando o tradicional e a modernidade.

As interpretações sobre o Brasil e a constituição do Estado-Nação abrem também a possibilidade de compreensão da formação do Estado brasileiro e suas relações sociais não como falta, defeito ou patologias em relação a demais modelos, mas pela vertente de entender a formação do Estado-Nação como processo: “[...] mas antes e porque o processo de construção do Estado-Nação sempre envolve alguma combinação singular de elementos “tradicionais” e “modernos” [...] a combinação historicamente estabelecida entre tradição e modernidade [...]” (BOTELHO; BRASIL JÚNIOR, 2005, p. 4).

A estrutura do Estado moderno brasileiro inclui as relações “patriarcais” e “patronais” muitas vezes travestidas, pois são categorias dinâmicas socioculturalmente, reinterpretadas e refeitas socialmente.

Em “O Cacaalista”, as brigas pelo Uricurizal³¹ estavam nas mãos de duas famílias, a dos Moreira e a dos Faria, que exerciam domínios de patronagem diante de sua criadagem, mulatas e serviçais na fazenda de cacau. Além das relações entre patrão e serviçais, que equivaliam a de senhores e escravos (FREYRE, 1973), inclusive no que diz respeito às afinidades relacionais entre as pessoas das diferentes estratificações sociais, essas relações entre patrão e serviçais também dimensionavam o poder de cada família na localidade, mas as relações de patronagem e afinidade se desdobravam e teciam as redes sociais internas (nas próprias fazendas), nas intermediações (vizinhança), na cidade de Óbidos e até com alguma ligação com capitais como Belém e Manaus. Essas redes sociais exerciam níveis diferentes de poder e de intensidade/proximidade (BARNES, 1987), assim como de sociabilidade (SIMMEL, 2005). O parentesco tanto consanguíneo, como

³¹ Terreno localizado no município de Óbidos-PA, pequena cidade da Província do Pará, situada a 180 ou 200 léguas da Capital na margem esquerda do Amazonas, a uma légua pouco mais ou menos da foz do Trombetas. Julga-se que ocupa o lugar da antiga aldeia dos índios Pauxis. Exporta principalmente cacau e peixe seco, e poderá ter até mil e duzentas almas; com um forte e um fortim, está edificada numa pequena colina, na parte mais estreita do Amazonas, que forma aí uma angustura, e logo depois abre-se parecendo assim cercar a cidade. Óbidos foi elevada à cidade em 1854, e a comarca só foi criada em 1867, de forma que, na época em que se passa nossa história, ainda era um termo da Comarca de Santarém. O seu clima é seco e sadio, e é a última povoação da Província do Pará confinando com a Província do Alto Amazonas. Faz parte da Vigararia Geral do Baixo Amazonas, cuja sede é Santarém; é também pertencente ao Comando Superior de Santarém. (SOUSA, 2004, p. 187).

por afinidade e o compadrio também foram importantes para movimentar a rede de relações sociais para a resolução da causa de disputa de terra. Outros fatores integram e interferem na rede, como a idade dos personagens que disputavam a terra: o senhor Ribeiro, pessoa mais velha, pertencente à geração da mãe do Miguel, e o jovem Miguel Faria; os recursos financeiros e sua aplicação em situações sociais como festa na fazenda; a patente militar do Sr. Ribeiro e o parentesco do Miguel Faria com um padre (poder religioso); a afilhada solteira e rica do Sr. Ribeiro como poder de troca e aliança com outro militar (Sr. Pedro Moreira Bentes); a influência de um padrinho político na capital, do Sr. Moreira Bentes, que se tornou genro do Sr. Ribeiro.

Um grupo de homens, formado de quatro ou cinco das pessoas mais importantes do lugar, tais como o escrivão Ferreira, o boticário Anselmo, o capitão Matias e outros, conversava sobre o acontecimento do dia, na esquina da rua que conduz ao cemitério; o acontecimento era o casamento de Rita, afilhada do tenente Ribeiro, com o alferes Pedro Moreira Bentes, que entre os seus títulos contava o de ser protegido do dr. B..., chefe do Partido Liberal do Pará (SOUSA, 2004 p. 171).

Reafirmando o prestígio do tenente Ribeiro e suas alianças, a festa de casamento de sua afilhada, grande evento em Óbidos, também foi uma demonstração de poder. Ilustres convidados compareceram, demonstrando assim uma relação de proximidade e intimidade entre tenente Ribeiro, o Moreira e as autoridades locais.

Achava-se naquela sala reunida a sociedade mais ilustre do lugar: o Juiz Municipal, o Comandante da Guarda Nacional, e o do Forte, o Coletor, o Agente da Companhia do Amazonas, o Subdelegado, o Presidente e diversos Vereadores da Câmara Municipal, o Comandante e o Imediato de um dos vapores particulares que sobem e descem constantemente o Amazonas, e que estava fundeado no porto de Óbidos, e os mais importantes negociantes tinham vindo honrar com a sua presença as bodas da filha do tenente, e do protegido do dr. B..., chefe do Partido Liberal da província (SOUSA, 2004 p. 176-177).

A demonstração de poder do tenente Ribeiro, com a presença das autoridades locais, também é interpretada como a sua força para manter suas terras, até mesmo a terra em questão judicial, o Uricurizal. Além das autoridades, o tenente Ribeiro ainda contou com uma astúcia, de subornar e possivelmente ameaçar uma das testemunhas, o Sr. Mendes, a testemunha corruptível do local. O que estava em jogo não era apenas o valor monetário do terreno, e sim, questões

que envolviam interesses amorosos, como a disputa da D. Ana, em épocas passadas, e a transferência dessa disputa entre o tenente Ribeiro e o Miguel, que representava o seu pai (falecido). As paixões que envolveram o tenente Ribeiro e D. Ana, no passado, e a do Miguel e a senhorita Rosa, no tempo presente da escrita do romance, desembocaram rixas, que foram capitalizadas para a questão do terreno.

A diferença de gerações entre o tenente e o Miguel também foi um ponto de acirramento, pois o mais velho se sentiu desrespeitado pelo mais novo, e, por muitas vezes, o personagem Miguel foi chamado de “moleque”. Seria uma reversão à ordem estabelecida tradicionalmente se o mais novo vencesse o mais velho. Aqui podemos interpretar também a reafirmação do poder militar, o velho representante da patronagem e do patriarcalismo venceu a modernidade, representado pelo Miguel, por uma mulher D. Ana e por um padre (representando a humildade). A justiça, representante do Estado moderno e racional, foi alvo de interferência das relações sociais locais que serviram como ponte para articulação com municípios vizinhos e de maior reconhecimento no Estado. O velho venceu o novo, e a manutenção do “status quo” com suas elites foi a princípio o resultado da disputa pela terra.

- Pois é verdade! Aquele endiabrado Ribeiro sai-se bem em tudo o que tenta. O Martinho Mendes traiu-nos, e o juiz esteve ontem no baile do casamento. Creio também que o Abreu não deixava de estar peitado...; é uma caipora! Pois há alguém que ignore em todo o Amazonas que o Uricurizal pertence à família Fernandes desde o padre Raimundo, que Deus haja? Pois há alguém que ignore que o mulato nunca pretendeu aquele terreno senão há pouco tempo, e por despique? Não há mais em quem fiar, neste danado Óbidos, e desgraçado é aquele que é obrigado a viver aqui!

E o padre continuou depois de pequena pausa:

- E eu estava tão seguro de que ganhávamos a questão! Pois se parecia tão evidente! Também o que esperar quando de um lado estavam um padre, uma mulher e uma criança, e de outro o tenente Ribeiro? O que admira é ter ele minado tudo tão surdamente que nem um mais esperto do que nós era capaz de descobrir...bem fez o Mendes que já recebeu o que já havia roubado o tenente! (SOUSA, 2004, p. 182).

A astúcia do mais velho (tenente Ribeiro) foi colocada em prática, ele acionou as redes de relações, tanto a aliança pelo casamento, como as de poder constituído oficialmente, assim como as informais ao dar o “bote” e corromper uma testemunha, já comprometida e comprada pelo menino Miguel. Neste último caso, não apenas o dinheiro foi a troca, mas o poder do tenente, do caudilho, do personalista, representado pelo Ribeiro.

Uma cena retratada pelo grupo de teatro “Motivação” do Hospital lembra e associa o personagem Ribeiro a um dos diretores do Hospital. A cena tem o título de “Ufa! Que susto” e narra uma conversa entre um funcionário da triagem do Hospital com um dos Diretores na década de 1990:

Narrador: determinada hora de uma noite agitada na triagem, o funcionário de plantão recebe uma ligação.

- Alô, que quer?

- Um leito imediatamente para um paciente em estado grave.

Não esperou nem o solicitante conseguir explicar direito todo o seu pedido ...respondendo que isso era impossível, só via central de leitos, quem ele pensava que era.

Do outro lado falou: “você sabe com quem está falando?”.

- Não.

- Com o Diretor deste Hospital.

- E o Sr. sabe com quem está falando?

- Não.

- Graças a Deus! O funcionário desligou o telefone. (HUJBB, [19- -]).

Esta cena reproduzida teatralmente foi colhida do cotidiano do Hospital, portanto, ela é real, inclusive com a identificação do Diretor do Hospital na época. Ao citá-la a aproximamos do poder do personagem Ribeiro e a sua relação com a patronagem. O diretor também seria “o patrão”, revestido dos poderes que foram concedidos a ele, suficientes para exigir um leito imediatamente, e ser ele próprio o solicitante do “atalho”. Ainda nesta cena a expressão “você sabe com quem está falando” reafirma os estudos de Lívia Barbosa (1992) sobre a autoridade e poder daqueles que são intitulados da “elite” sobre os que exercem atividades consideradas de baixo escalão.

Ao comparar a narração sobre a cena do personagem de Inglês de Sousa e a cena sobre a situação entre o funcionário e o diretor do Hospital, identificamos que elas estão localizadas na mesma região, mas em tempos diferentes, em séculos diferentes, no entanto, retratam uma atualização nas relações sociais de patronagem: um patrão cacaulista e um patrão diretor. Apesar dos cargos diferentes e, em épocas distantes, é percebida a permanência atualizada da estrutura da sociedade brasileira. O fenômeno da modernidade e a sua correlação com as instituições públicas ainda revelam um conservadorismo atualizado nas relações institucionais. O cenário do urbano-rural tanto no bairro do Guamá quanto o da obra de Inglês de Sousa também são contribuições para explorar no contexto da modernidade e das relações sociais vividas no Hospital.

A relação entre rural-urbano no romance inglesiano, no contexto de uma sociedade moderna, foi descrita por Barreto (2003) que destacou dois aspectos de modernidade na obra de Inglês de Souza: o transporte a vapor e a civilidade. Destacarei a civilidade.

O século XIX e a revolução industrial alterou drasticamente a ordem urbana da Europa ocidental [...] Nos centros urbanos consolidou-se a ideologia da civilidade burguesa: ser civilizado era saber viver em sociedade, ter instrução, educação, polidez urbana, ou seja, urbanidade – urbe, “cidade” em latim – palavra que tornou-se sinônimo de civilidade. A urbanização e a ideologia burguesa da modernidade modificaram as relações sociais, a mentalidade, a vida doméstica, o comportamento, os sentimentos e a vida material do homem ocidental (HOBSBAWN, 1982 apud BARRETO, 2003, p. 104).

A civilidade foi abordada por Inglês de Sousa por dois “tipos ideais”, o matuto e o cidadão civilizado. Na obra “O Cacaulista”, os personagens Miguel e Moreira representaram o matuto e o cidadão civilizado, respectivamente. Em um dos diálogos entre as personagens Rita, a filha de Ribeiro e a Benedita, mulata que trabalhava para o tenente Ribeiro sobre a disputa do terreno e as relações do Moreira na cidade, as duas trocam falas, a Benedita diz:

[...] – Aquilo foi por força da zanga do Miguel; - dizia ela a Rita; - ora para que haviam de dar estes homens! Brigam por causa de um terreno que eu não queria de graça! E ele então a quem queremos tanto bem...ainda se fosse o Mendes! Eu aposto que o Sr. Tenente faz tudo para não brigar...mas aquele Miguel é um menino muito teimoso. A esta hora já deve ter começado a questão lá na cidade...o que terá feito o seu Moreira?
 - quem sabe?
 - Ora só quero ver o que ele há de fazer ...lá por ser moço de idade, não é que há de prestar para tudo.
 - Aposto que ele vai dar capote em toda aquela gente...meu padrinho gosta muito dele. Que diferença da dança dele para a do Miguel!
 - Ai vamos...! deixa lá, Rita, eu gosto mais do Miguel. Sempre é um menino que a gente já conhece.
 - Mas é matuto.
 - Olhem quem fala! Então tu não és matuta, teu padrinho não é? (SOUSA, 2004, p. 104).

A comparação entre os dois pretendentes de Rita continua e em mais uma das conversas entre as duas (Benedita e Rita) houve diferenças estabelecidas entre o Miguel e o Moreira, desta vez demonstrando critérios de escolha entre “tipos ideais” ligados ao rural e ao urbano. A cena se passou no quarto da Rita, à noite, antes de dormirem.

Na noite do dia do encontro do tenente com o padre no cacau, depois de ter-se arranjado tudo em casa, depois de estarem recolhidas as mulatas e adormecidas as crianças, a Benedita dirigiu-se para o quarto da Rita, onde a encontrou já deitada, mas ainda acordada, embalando-se com um pé, e assoviando o *Negro já tem carinho* [...]

A boa Benedita viera dormir naquela noite no quarto da Rita, substituindo a companheira ordinária da menina. Preparavam-se as duas para conversar enquanto não lhes desse o sono, e era quem devia entreter a conversação. A caseira do tenente atara sua rede ao pé da de Ritinha, e depois de ter-se despido, de ter acendido o cachimbo, sentou-se na beira da rede da menina e começou:

- Está com sono?

- Não, mas há de me contar hoje muitas histórias.

[...]

- Oh! Benedita, a que achas mais bonito, ao seu Moreira, ou ao Miguel?

- Ora, que lembrança!

- Dize sempre.

- Ao Miguel, e tu?

Não respondeu.

- É ao seu Moreira? Perguntou de novo a mulata.

- E bem, disse a Rita!

- E bem.

-[...]

- Estes moços da cidade, - tornou a Benedita – desde que têm dez anos já namoram, e mudam de namorada. Uma não agrada muito tempo.

- Mas há alguns que são sérios.

- Quais! Todos são a mesma coisa.

- Seu Moreira é.

- Seu Moreira parece um moço sério, mas há de ser santinho do pau oco...os sonsos são os piores.

- A Josefa disque reza todos os dias um padre-nosso a Santo Antônio para que não a case com matuto.

- E qual é o moço da cidade que há de querer casar com ela?

- A Joana disque antes quer ser solteira toda a vida que ser mulher de roceiro!

-[...]

- Outro dia seu Moreira contou uma porção de histórias de roceiros, que iam pela primeira vez à cidade. Eu já não podia de me rir.

-[...]

- Seu Moreira disque tem cinco calças de casimira.

- Cinco?!

- Cinco, sim. O Miguel não tem nenhuma.

E depois de uma pequena pausa:

- Eu se fosse homem, queria ser oficial. Acho tão bonito...

- Bonito é, mas é arriscado quando se vai para a guerra.

- Seu Moreira disque não vai pra guerra, porque está doente, e porque o médico disse que ele morria se saísse do Pará (SOUSA, 2004, p. 109-112).

As personagens distinguem o homem da cidade e o matuto, características diferentes traduzidas por sinais culturais como a quantidade de calças de casimira, a forma de dançar, o título militar e o lugar de moradia. No caso dos dois pretendentes da Rita o que definia a matutice ou o cidadão não era o poder econômico, pois o Sr. Moreira estava em péssima condição financeira, enquanto Miguel era herdeiro de pés de cacau e terras. Os modos de comportamento social faziam a diferença e a classificação entre pessoas cidadinas e matutas.

No Hospital, a matutice foi revelada por meio da expressão “caboclo”, representada pela cena denominada “Visitante de Moju”:

Narrador: um caboclo de Moju vem visitar sua mãezinha que está passando mal no Hospital. Ao chegar à portaria encontra um funcionário [...], que o barra na entrada dizendo:

Funcionário: O Sr. não pode entrar com todos esses pacotes.

Visitante: Mas muço eu tô trazendo uns negócios pro dutô Cascaes, a dutura Jane, a enfermeira bunita e buazinha Irecema e pá comadre que é a vizinha de cama de minha véia, puxa muço vim com este saco pesado, ônibus cheio, que sacrifício!

Narrador: o funcionário abre os pacotes e verifica o que tem: peixe seco, pupunha, goiaba, açai, piquiá, coco, melancia, etc.

Funcionário: Não pode passar com isso de jeito nenhum e por ainda mais que o senhor está mal vestido, só de camiseta, bermuda e sandália. Por normas do Hospital não pode entrar com estes trajés.

Visitante: mas muço, eu não tenho, eu num tenho carça comprida, sabe, lá na ruça onde trabaio não precisa dirso não.

[...] (HUJBB, [19- -]).

O caboclo foi identificado pelo modo de se comportar, de falar e de se vestir. O caboclo foi reinterpretado no teatro e identificado como um tipo caracterizado em oposição ao homem citadino. A forma de relação estabelecida entre o visitante, os profissionais da saúde e a colega de enfermaria são sinais das relações marcadas pela reciprocidade traduzidas nos regalos ofertados pelo visitante aos conhecidos. Uma tradução seria a de que a troca foi estabelecida em virtude de troca de favores: o cuidado, atendimento à mãe do visitante no Hospital e o agradecimento por meio de produtos da pesca e da colheita. Esses produtos são tidos como da área rural, oriundos do trabalho artesanal a serem trocados por serviços da área urbana, oriundos de um trabalho técnico-científico.

Para o visitante do Moju conseguir ter acesso ao Hospital diante da situação da “quebra das regras institucionais”, ele se utilizou de alguns argumentos: o primeiro foi o de usar o nome de médicos e enfermeira; o segundo foi o de retratar o sacrifício para chegar ao hospital (peso da sacola, ônibus); o terceiro foi a observação de que uma moça da cidade vestida de minissaia e minibus entrou no Hospital sem ser notificada, pelo fato de ser mulher e ser “bonita”. Para evitar que o visitante quebrasse as regras de vestuário do hospital, a solução encontrada pelo funcionário foi a de emprestar a roupa de um defunto para o visitante e guardar os produtos trazidos por ele na portaria. Os argumentos foram pessoais, e novamente a regra não foi descumprida, e sim, reeditada com um arranjo (vestimenta do defunto).

As semelhanças narradas nas cenas entre os tipos matuto e citadino aparecem em tempos diferentes (séculos XIX e XX) e em cenários diferentes: fazendas e hospital. A complementariedade entre rural-urbano se aproxima, se atualiza.

Além do modo de comportamento, a questão étnica também era diferenciadora de classe no século XIX. No romance inglesiano, um grupo de homens conversava um pouco antes da cerimônia de casamento de Sr. Moreira e Rita, eles falavam sobre o noivo:

- Disque ele é pobre, - dizia o capitão Matias – por isso é até uma felicidade.
- E o que tem isso? – perguntava com o ar descontente o boticário Anselmo – e o que tem isso, se ela não é de boa família?
- Estes homens de fora são assim, observou o escrivão Ferreira.
- Quais! Repliquou o primeiro – me parece que quem ganha não é o Ribeiro. O que é verdade é que a rapariguinha há de ter um dia mais de trinta mil pés de cacauero, seis léguas de terra, casa, escravos, e por este tempo em que ninguém sabe há de viver, não é para se dizer; fum!
- Mas um homem deve saber prezar-se! - tornava o intransigente boticário – Não é só de dinheiro que se vive!
- Diga lá o que quiser, compadre, mas a isca não é para desprezar...
- É sina, disse o escrivão – é sina! Pois quando havia de pensar que o Ribeiro que lhe cairia do céu um genro quando menos esperava? E um genro branco! (SOUSA, 2004, p. 174).

O termo caboclo e a expressão “genro branco” destacados na cena do Hospital e no romance, respectivamente, serviram também para a diferenciação entre matuto e citadino e para diferenciar as classes sociais em Óbidos. Ambos os termos foram retomados na obra de Wagley (1988), antropólogo que estudou também a Amazônia brasileira. Ele descreveu a sociabilidade dos moradores de uma cidade identificada pelo autor com o nome fictício de “Itá”. Dentre as descrições, abordou a classificação social dos moradores da cidade e dos arredores, a raça, a mobília, os utensílios domésticos, associados aos objetos e lugar de moradia. Ele também descreveu algumas das características de diferenciação entre classes o modo de comportamento dos habitantes. As relações sociais exercidas nas festas, por exemplo, ditavam a classificação dos moradores. Os pés descalços, a forma de vestir-se e o modo de tratamento entre as pessoas identificavam o “citadino” e o “caboclo”, ou como o autor denominou o morador da “beira”³² e o morador da cidade.

³² Local pantanoso nas baixadas e nas ilhas alagadiças.

Em Belém as pessoas das classes mais altas costumam classificar a gente de Itá, com exceção de uns poucos representantes do governo que lá trabalham, de caboclos. Os viajantes procedentes dos grandes centros, geralmente, visitam o médico do SESP, dona Dora, da Casa do Gato, ou o prefeito, homem ainda jovem que antes pertencera à Marinha brasileira. A gente da cidade considera essas pessoas mais ou menos correspondentes à classe média das cidades. A gente de Belém, quando visita Itá, comenta às vezes a ausência da classe mais alta na cidade. Entre outras coisas, dizem que “o prefeito não é mais do que um caboclo”, ou se espantam da alta posição social de dona Dora que é mulata escura e cujo marido era negro. Entretanto quando se vive em Itá e se participa de sua vida social, logo se percebe que aquela gente, dentro dos limites da comunidade propriamente dita, é muito sensível às diferenças de posição social (WAGLEY, 1988, p. 120).

A classificação adotada pelo autor, de acordo com os nativos, foi a de quatro classes estabelecidas.

1. Gente de Primeira, ou os “brancos”, que formam a classe local mais alta;
2. Gente de Segunda, ou os moradores urbanos da classe mais baixa;
3. Gente de Sítio, ou os que vivem nas propriedades agrícolas de terra firme; e
4. Caboclos da Beira, ou os que vivem em cabanas construídas sobre estacas, nos pântanos das baixadas e nas ilhas alagadiças, e que ganham a vida nas indústrias puramente extrativistas (WAGLEY, 1988, p. 121).

Wagley (1988) analisou o contexto da saúde pública no local e na região, descreveu as dificuldades enfrentadas pelos moradores e a ausência de políticas públicas na cidade. A Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) desempenhou papel na área da saúde.

O SESP (Serviço Especial de Saúde Pública), um programa de saneamento mantido em cooperação com o Instituto de Assuntos Interamericano, entidade do governo dos Estados Unidos, tem realizado, com êxito surpreendente, o expurgo das casas e edifícios públicos contra o mosquito da malária, utilizando uma solução de 5 por cento de DDT – o novo inseticida maravilhoso – diluído em querosene (WAGLEY, 1988, p. 35)

Em outro relato, o autor diz: “Em 1948 o SESP já fazia parte da vida da comunidade; tornara-se uma necessidade para sua gente” (WAGLEY, 1988, p. 77).

O SESP foi um dos serviços essenciais a essa população. Além do posto de saúde, havia a igreja, a prefeitura, a praça, o trapiche e as casas de comércio. Espaços da cidade que eram significativos para seus moradores.

Além da presença das instituições religiosas e demais serviços, os moradores se agrupavam e se divertiam em torno dos folguedos como as folias e o boi bumbá,

manifestações do folclore local. Em Itá eram realizadas muitas festas, o destaque fica para a festa no período junino, culminando com a de São Benedito, festejado em 24 de dezembro. Wagley (1988) relata que entre junho e dezembro realizavam-se mais de 14 (quatorze) festas religiosas, das 14 (quatorze), apenas 3 (três) eram comemoradas na cidade. Do total das festas, a maioria era considerada profana pelo padre, pois apenas as festas de São José e de São Benedito eram reconhecidas pela Igreja.

As festas profanas eram organizadas por irmandades³³. Elas administravam em seu distrito as folias³⁴ que serviam de preparação para a festa do santo. Nas festas juninas o cordão de passarinho e o boi-bumbá são mencionados como atração, no entanto, o boi-bumbá é o preferido dos moradores (WAGLEY, 1988). As festas em Itá também são interpretadas como fenômenos de interação social. As festas da igreja, portanto, festas oficializadas pela Igreja católica e as festas organizadas pelas irmandades, distinguindo o catolicismo oficial e o catolicismo popular e suas relações.

Principalmente as folias requereram acionamento das redes de relações sociais. Em Itá isso ocorria entre as famílias da localidade, envolvendo os vários tipos de relação como os de parentesco, amizade, compadrio e vizinhança. Não foram aprofundadas na obra “Uma Comunidade Amazônica: o estudo do homem nos trópicos” as redes de relações, mas é passível de interpretação a formação dessas redes, pois o autor descreve que há uma “organização” para a folia, composta por membros dirigentes que desenvolvem papéis para que a folia aconteça. Lembrando que a folia era considerada marginal ao catolicismo oficial, considerada profana, portanto, não conta com a competência da Igreja católica para a organização da folia.

Destaca-se, nítida e colorida, do fundo verde-escuro da vegetação. A igreja, branca e luminosa, com o seu telhado cor de barro, é o primeiro edifício que se distingue. Depois vem a Prefeitura, com seu prédio de dois andares recentemente terminado [...] há um trapiche municipal, vermelho escuro, construído sobre estacas no canal do rio e ligado à terra por longa

³³ Constituem mais do que simples associações dos devotos de um determinado santo, pois promovem a organização formal do povoado rural em que estão estabelecidas. (WAGLEY, 1988, p. 194).

³⁴ A folia, cujo sentido geral é a dança rápida, marcada pelo acompanhamento dos tambores, refere-se, nessa região, tanto ao grupo dos músicos quanto ao dos devotos que pedem contribuições para o santo e às atividades da irmandade (WAGLEY, 1988, p. 194).

prancha [...] A prefeitura que está situada no centro da praça principal, pode ser considerada o coração da cidade. Ocupando todo um lado da praça, ergue-se o posto de saúde pública [...] os outros dois edifícios públicos importantes, a escola e a igreja [...] (WAGLEY, 1988, p. 45-46).

As festas populares também marcam o bairro do Guamá, foi o que os entrevistados relataram. Os blocos carnavalescos e o boi-bumbá, eventos populares e tradicionais estão presentes num bairro de uma metrópole. Os entrevistados neste estudo, moradores do bairro do Guamá, interpretam e descrevem o bairro como um bairro “bom para morar” também porque nele há várias instituições do poder público como: feiras, escolas, delegacias, postos de saúde, hospital, universidade e cemitério. Espaços e serviços públicos considerados essenciais para os cidadãos, dentro de um padrão considerado das cidades modernas. Ao mesmo tempo foram citadas pelos moradores as festas de rua (carnaval e boi-bumbá). Estas manifestações foram consideradas tradicionais.

Em “Uma comunidade Amazônica: o estudo do homem nos trópicos”, há uma descrição sobre os laços que envolvem a vizinhança: “De fato, os laços de vizinhança são mais importantes para os seus habitantes da zona rural do que os de comunidade; no entanto, os bairros são subdivisões da comunidade” (WAGLEY, 1988, p. 52). E ainda:

A gente pobre da cidade, o pequeno lavrador e o seringueiro de Itá, têm famílias relativamente pequenas. E, como não contam com o apoio de um grande círculo familiar, dão grande importância ao compadrio (WAGLEY, 1988, p. 192)

Sinais da tradição e da modernidade foram apresentados pela obra literária e por demais estudiosos da cultura local. Os termos matutino e cidadão, ao serem estudados em micro contextos, foram interpretados e identificados a partir dos seus significados locais. As duas principais discussões neste item foram: 1) a concepção sobre a tradição e a modernidade, identificada como sincrética em sociedades consideradas rurais ou ribeirinhas, observada por sinais de “civildade” (roupas, gestos, máquinas). Há conservação da tradição e ao mesmo tempo a renovação com elementos da modernidade. A tradição e a modernidade estão em processo de construção, incessante e criador; e 2) os termos locais matutino, caboclo e civilizado, as categorias paraenses de identidade as quais denotam uma classificação social para o “status” dos moradores. As classificações foram criadas a partir dos critérios

estabelecidos pelos moradores, demonstrando não haver a universalidade sobre as categorias analíticas cidadão e matutino, elas são próprias, mutáveis e interpretadas a partir de um contexto histórico sociocultural.

4.4 Nem só de malandragem vivem os “atalhos”: os personagens “Creonte”, “Pedro Malasarte”, “Tenente Ribeiro” e “Sr. José”: a personalidade e a impessoalidade nos personagens e sujeitos da pesquisa.

4.4.1 Creonte, “o legalista” e Pedro Malasarte, “o malandro”

O personagem Creonte ou Créon, da mitologia grega Antígona, de autoria de Sófocles, foi citado por Holanda (1969), no capítulo V – O Homem Cordial. Ele disse:

Ninguém exprimiu com mais intensidade a oposição e mesmo a incompatibilidade fundamental entre os dois princípios do que Sófocles. Creonte encarnava a noção abstrata, impessoal da Cidade em luta contra essa realidade concreta e tangível que é a família (HOLANDA, 1969, p. 101).

A tragédia Antígona apresentou o princípio da impessoalidade e da personalidade, relatou a religiosidade dos tebanos em relação aos deuses e às leis do rei Creonte. Houve ainda conflito entre a lei do rei e as dos deuses, pois a tragédia envolveu o sepultamento de um homem chamado Polinice, irmão de Antígona. A morte fora interpretada pelo povo como assunto dos deuses e não de reis. A fundamentação no princípio de que os mortos pertencem ao plano dos deuses reafirmou que a decisão pertenceria aos deuses e não ao rei.

Acrescido à questão da religiosidade esteve o fato de Antígona ser mulher, ter perdido a mãe, pai e irmãos, restando apenas uma única irmã, o que caracterizou o enterramento como uma questão familiar. A desobediência por Antígona da lei estabelecida pelo rei Creonte a deixara “perdoada” pelo povo por pelo menos três argumentos. A lei de Creonte foi questionada por vários membros da sociedade Tebana: o filho de Creonte, Hémon, o vidente Tirésias e os próprios conselheiros do rei, representados pelo coro. No entanto Creonte, mesmo diante das argumentações, resolveu punir Antígona pela desobediência e seguir com a lei de forma impessoal. Algumas interpretações surgiram: a de que Creonte era um tirano e a de que Creonte era um homem e governante investido de uma lógica racional e

legal perante a sociedade que ele governava. “CREON - Isto, ó filho, é que hás de ter sempre em teu peito: não opor-se nunca à vontade paterna” (ALMEIDA; VIERA, 1997, p. 67).

O enfrentamento de Creonte diante da situação foi tão impessoal que mesmo Antígona sendo a noiva de seu filho Hémon, e como o seu próprio filho pedisse o perdão para ela, o rei não cedeu no início. Foi preciso após saída e augúrio de Tirésias, o vidente, e o alerta do coro para que Creonte repensasse sua decisão:

CORO – O homem foi-se, ó rei, depois do honrendo augúrio.
Bem sabemos nós, desde quando eram negros
meus cabelos, que ora estão embranquecendo,
que tudo o que disse sempre aconteceu.

CRÉON - Bem sei. E por isso estou apavorado.
Se é duro ceder, para mim, não o é menos,
resistindo, estraçalhar-me na desgraça.

CORO – Prudência, Créon, filho de Menenceu.

CRÉON – Que devo eu fazer? Fala e obedecerei.

CORO – Tira essa mulher da prisão subterrânea
e manda enterrar o morto profanado.

CRÉON – Isso é o que me aconselhas? Deverei ceder?

CORO – Quanto mais depressa, ó rei, porque os castigos
dos deuses não tardam a alcançar os réus.

CRÉON – Custa-me, ai de mim! Voltar atrás, mas volto,
já que é inútil ir contra o que é necessário
(ALMEIDA; VIEIRA, 1997, p. 80-81).

A mudança de decisão ou o ato de ceder de Creonte foi tardio diante do poder dos deuses e a tragédia ocorreu. Uma tragédia que correspondeu ao mesmo nível – morte de familiares. A perda dos entes mais queridos de Creonte, o seu filho e a sua esposa foram o castigo dos deuses para um rei que desejou julgar e legislar tanto para os vivos quanto para os mortos, ultrapassando seu espaço (terra/sociedade) e interferindo no campo espiritual, governado pelos deuses. A aplicabilidade de uma lei racional e impessoal a uma questão espiritual e que envolveu vínculos familiares provocou críticas severas ao rei e a sua punição por parte dos deuses. O que remete a interpretar que governar necessita de uma sapiência e sensibilidade diante das situações cotidianas, de perceber seu limite de governabilidade e os códigos de moral da sociedade, pautados no parentesco, na religiosidade, nas relações de personalidade.

[...] Para um homem, seja um sábio, não é nódoa
Sempre aprender mais, ou mudar de opinião.
A árvore, que verga e que entrega á corrente
A ramagem, salva-se: e no entanto,

aquela que resiste acaba sendo desraigada
(ALMEIDA; VIEIRA, 1997, p. 69)

A tragédia grega retrata o caso de um governante (rei) que diante de um acontecimento decidiu por tratar o fato com impessoalidade, lançando mão das leis e do poder a ele atribuído. No entanto, o fato envolvia famílias e relações afetivas matrimoniais. Houve, por parte dos demais envolvidos, conselhos para que o rei agisse pautado na sabedoria regida pelas relações pessoais. Como se tratou de morte, os deuses foram os protagonistas do castigo ao rei. Creonte foi castigado por tratar um assunto sagrado e resolvê-lo aplicando uma lei racional e impessoal.

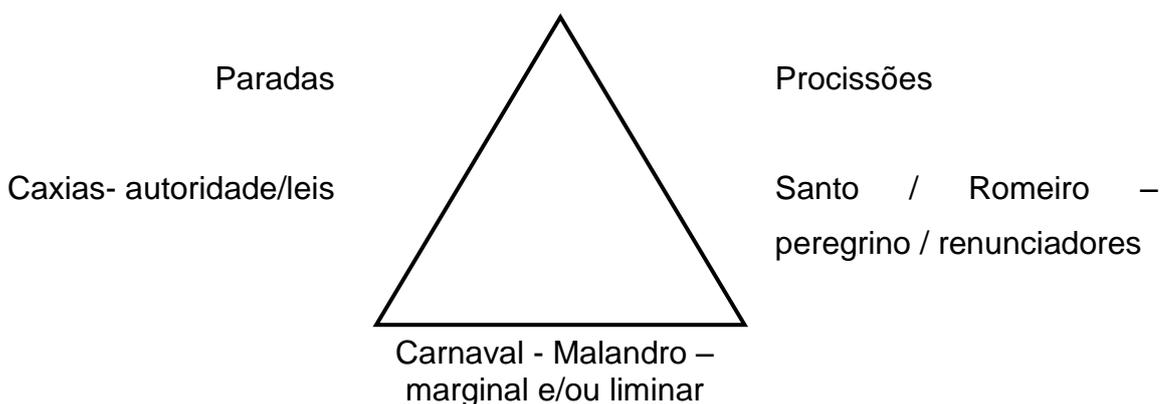
Um outro personagem é o “malandro”. Definido por Da Matta (1990, p. 204) como:

[...] um ser deslocado das regras formais da estrutura social, fatalmente excluído do mercado de trabalho, aliás definido por nós como totalmente avesso ao trabalho e altamente individualizado, seja pelo modo de andar, falar ou vestir-se.

O personagem malandro, na obra citada está no contexto de malandros e heróis em dramas da sociedade brasileira. O personagem malandro é interpretado como parte da estrutura social e as formas de classificação nos sistemas sociais. No caso brasileiro há uma triangulação, ou seja, três modos de relacionamento social. Da Matta (1990) parte inicialmente dos contrastes apresentados por Radcliffe-Brown e Lévi-Strauss, como o frio e o quente, por exemplo, e caminha para a “liminaridade” (TURNER, 1974). O malandro transita entre o negativo e o positivo da ordem social brasileira, é um sujeito liminar.

O personagem malandro denominado de Pedro Malasarte está entre o caxias e o romeiro, que formam uma triangulação definida por Da Matta (1990).

Figura 1: Modelo de triangulação



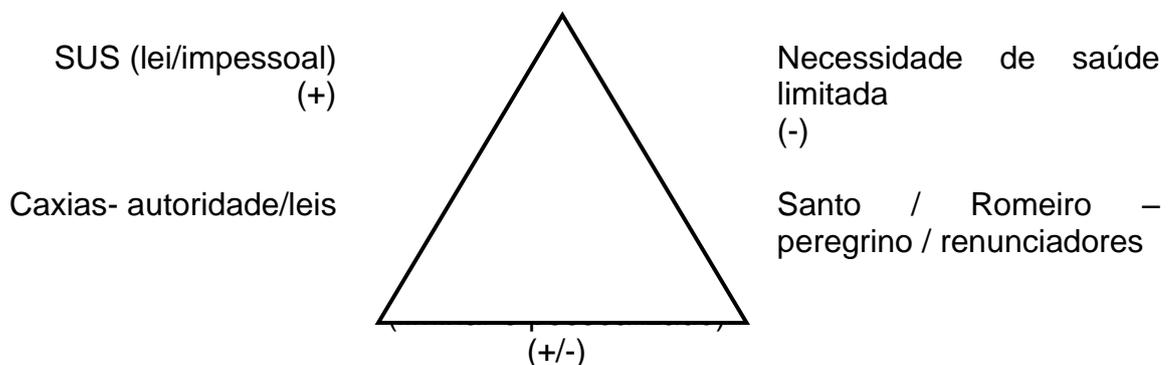
Fonte: DA MATTA, 1990.

A triangulação apresentada classifica em pelo menos três tipos o sistema social e identifica o malandro como o tipo que irá transitar entre as leis e a religião, oposições religáveis pela intervenção do malandro. Há para o autor um “continuum” que vai da “ordem à desordem” (DA MATTA, 1990, p. 203). A triangulação é associada à identidade brasileira representada pela ideologia das três raças:

[...] pelo branco, o colonizador e civilizador, o preto escravo que corporifica a forma mais vil de exploração de trabalho - a escravidão - e, finalmente, o índio, dono original da terra, marcado por seu amor à liberdade e à natureza (DA MATTA, 1990, p. 202)

Neste estudo, uma hipótese de triangulação seria: num vértice do triângulo, as leis representadas pelo SUS e pelos seus gestores; no outro vértice do triângulo as limitações do sistema e o não atendimento às necessidades de saúde da população, demonstradas pela indisponibilidade suficiente de atendimento aos usuários; e no vértice inferior os sujeitos do “atalho”. O triângulo representaria o Hospital como parte integrante da rede de saúde do SUS.

Figura 2: Modelo triangular sobre o “acesso”



Fonte: Elaborado pela autora desta pesquisa, 2014.

Os sujeitos do “atalho” são identificados como liminares e ambíguos, lidam com as oposições SUS e o seu acesso universal e a limitação do sistema, pelo não atendimento total à população que necessita dos serviços de saúde. Os sujeitos do “atalho” buscam a mediação entre o positivo e o negativo por meio das relações sociais institucionais pessoalizadas. Quanto à marginalidade no sistema, os sujeitos do “atalho” não burlam leis ou regras, portanto, não são identificados como marginais.

Voltemos à personagem do malandro que é identificado como liminar, o que provocará seu deslocamento para marginal, inferior ou superior, à medida que suas atitudes, diante das situações cotidianas, o qualificarem. Para Da Matta (1990), os tipos apresentados poderão ocupar posições diferentes de intermediação, como o renunciador que poderá assumir a posição de intermediário entre o “malandro” e o “caxias”, pois o caxias seria a ordem e o malandro a desordem.

A ocupação de lugares diferentes e complementares pelo personagem malandro torna os dramas sociais de interpretação complexa e dinâmica. Se por um ângulo o malandro inverte a ordem, por outro ângulo ele é um intermediário entre a lei impessoal e a desordem, aplicando a pessoalidade das relações fundamentadas no afeto entre as pessoas. Em ambos os casos ele é marginal.

“O campo do malandro, assim, vai numa gradação da malandragem socialmente aprovada e vista entre nós como esperteza e vivacidade, ao ponto mais pesado do gesto francamente desonesto” (DA MATTA, 1990, p. 209).

Em outra citação: “[...] malandro... deixando assim de fazer dos interstícios do sistema, onde vive comprometido no ponto certo do equilíbrio entre a ordem e a desordem” (DA MATTA, 1990, p. 209).

O deslocamento do malandro no universo cultural brasileiro o faz um personagem ambíguo e, muitas vezes, deslocado do sistema (sem lugar nas regras formais). O malandro por seus atributos circula com certa facilidade em várias redes sociais buscando não apenas “o se dar bem”, mas também a “justiça”, como é o caso do Pedro Malasarte. “É nessa promoção de justiça social pelas próprias mãos e com seus próprios recursos que se faz a legitimidade e popularidade desses personagens” (DA MATTA, 1990, p. 210).

Malasarte fica nos interstícios, recusando os pontos focais da sociedade. Nesse sentido, nosso personagem pode ser tomado como modelo prototípico do malandro e do herói das zonas ambíguas da ordem social, quando é difícil dizer onde está o certo e o errado, o justo e o injusto. É como Macunaíma, um relativizador das leis, regulamentos, códigos e moralidades que sufocam o indivíduo sem berço no jugo do trabalho e servem para perpetuar as injustiças sociais”.

Por fim, o feito de Pedro Malasarte foi a vingança por seu irmão, um trabalhador honesto que foi explorado por um patrão rico e sem relações afetivas e pessoais com seus trabalhadores – um mau patrão.

[...] ser um mau patrão, isto é, aquele que faz prevalecer em suas relações com seus empregados, trabalhadores ou clientes, não a proteção, o favor ou a consideração, mas as ligações impessoais e leigos dos contratos, fazendo desaparecer o pessoal dentro do legal e do universal (DA MATTA, 1990, p. 224).

Junto aqui alguns elementos comparativos e contrastantes entre a tragédia de Antígona e o conto popular do malandro Pedro Malasarte. Nos contos aparecem as relações de impessoalidade e pessoalidade. Relações entre família (irmãos) e uma autoridade (rei ou patrão). Leis impessoais advindas do Estado e/ou de um patrão (contrato) em oposição a códigos morais (ritual funerário e exploração). Classificação no sistema social entre a ordem do Estado (lei e parada) e a religiosidade (deuses e procissões). Castigos advindos dos deuses (mortes) e o castigo realizado pelo malandro (lição com perda dos bens pelo patrão). O malandro em oposição ao rei Creonte se configura como um ser ambíguo, um conhecedor das leis impessoais, lançando mão das relações pessoais para “burlar” as leis impessoais consideradas injustas. Há uma relação de poder e de enfrentamento entre duas classes sociais: a elite, representada pelo patrão, e a de trabalhadores, representada pelo irmão de Pedro Malasarte. A elite tentou explorar o trabalhador que foi “salvo” por um herói marginal (o malandro).

Aqui cabe uma interpretação sobre os enfrentamentos buscados pela sociedade brasileira. Buscou-se a via de enfrentamento do trabalhador contra o patrão por meio de um drama e de um sujeito caricaturado como “malandro” e não por meio da justiça trabalhista, por exemplo, ou mesmo por meio de um movimento de reivindicação dos trabalhadores. O enfrentamento dramatizado envolveu uma pessoa (indivíduo) equivalente a um herói.

Comparado ao trabalho de campo que realizei, a figura do malandro se aproxima do sujeito que buscou o “atalho” no hospital porque ambos não enfrentaram o problema das injustiças sociais por meio das instituições jurídicas, e sim, buscaram resolver o problema imediato e pontual por meio das relações pessoalizadas. O que parece diferenciar o malandro dos sujeitos que buscaram o atalho no hospital é que estes sujeitos precisaram da intermediação institucional, o que os credenciou para, possivelmente, não serem “marginais” no sistema de saúde. Eles permaneceram na instituição, sem precisar discordar de um contrato (DA MATTA, 1990) ou de argumentar com o patrão (diretor do hospital) e nem se tratou de uma vingança pessoal. Os sujeitos “jogaram” com os seus próprios dramas

sociais (a doença), amparados pelo direito de acesso universal, descumprido cotidianamente, constituindo-se uma injustiça social. A caracterização dos sujeitos do “atalho” nos leva a interpretar que eles se utilizam da estrutura social relacional e pessoal brasileira para não subverterem a ordem estabelecida, neste caso o SUS, e ao mesmo tempo para serem atendidos nas suas necessidades de saúde, aqui individuais, pois não houve uma reivindicação coletiva.

4.4.2 Tenente Ribeiro, “o malandro da elite” e Pedro Malasarte, “o malandro do povo”: relativizando a malandragem?

Passaremos a um outro personagem, o tenente Ribeiro, da obra de Inglês de Sousa, um personagem que representava a autoridade por sua patente militar e por ser fazendeiro (patrão).

A disputa de terras descrita no romance de Inglês de Sousa nos oferece interpretações sobre as relações estabelecidas entre os personagens, entre eles o tenente Ribeiro e o Miguel. O tenente Ribeiro não se aproxima da caracterização de malandro, se usarmos a classificação de Da Matta (1990), pois ele apresenta características do “caxias”, por ser um representante do poder militar e acrescido do seu título de fazendeiro. Ele estaria na denominada classe superior, só não era um branco, não se encaixando na proposta da ideologia das três raças (DA MATTA, 1990), mas o tenente era um tipo ideal que circulava entre as autoridades e, ao mesmo tempo, servia de ponte entre as autoridades e os caboclos, como o personagem Martinho que foi comprado para testemunhar a favor do tenente Ribeiro na causa do Uricurizal; da serviçal Benedita que cuidava da casa e da jovem filha do tenente, a Rosa. O que o romance demonstrou foi uma classificação social aproximada à de que Wagley (1988) analisou. Menos baseada no econômico e na detenção dos modos de produção e mais em bens e atos simbólicos que representavam riqueza, como no caso do romance inglesiano o “cacaulista”, uma riqueza vegetal e as terras que serviam para o seu plantio; além das vestimentas como as “calças de linho” e sapatos, assim como o uniforme militar. A insignificância de instrumentos tecnológicos pesados (máquinas) para produção de mercadorias e a abundância em serviços de característica manual, que utilizavam a mão de obra majoritariamente no modelo de relações de “patronagem”. O que é referido por Barreto (2003) sobre modernidade é o vapor e a civilidade. Aqui parece que não há

uma definição exata dos que são classificados como superiores e inferiores. A classificação ficará maleável e de acordo com critérios que envolverão valores morais da sociedade local. Há uma mistura, um hibridismo na classificação aliado a uma mobilidade na mesma classificação. O casamento da Rosa é um exemplo, pois uma moça herdeira de um rico fazendeiro, mas era negra, vinda de uma fazenda localizada no “interior”, com hábitos matutos e que ao contrair matrimônio com um branco, militar, mas de poucas posses, ganha um novo “status” na sociedade local. Ao contrário de Miguel, que não ascende socialmente no romance “O Cacaulista”, pois mantém seu “status” de matuto e herdeiro de pés de cacau, o que não o torna melhor porque não tem hábitos de “civilizado”. O passado do tenente Ribeiro expressou uma das características que Da Matta (1990) refere: a ascensão do personagem malandro. O tenente também veio de família pobre e ao longo do tempo enriqueceu, ascendendo de um status a outro por meio de manobras ilícitas, conforme acusação de demais personagens do romance. O que aproxima o tenente da corrupção.

Voltando ao personagem tenente Ribeiro, diferente do “mau patrão” do conto de Pedro Malasarte, ele mantinha relações de pessoalidade tanto entre os seus pares – autoridades, quanto com os serviçais, assim como também com seus vizinhos menos aquinhoados, como o Martinho e uma de suas vizinhas. As festas eram boas situações para agrupar os mais variados tipos sociais daquele local, com espaço para todos, mesmo que com diferenças entre a sala e a cozinha, quem dança e quem serve, por exemplo. Mas o espaço nas fazendas era favorável às proximidades das relações sociais por meio do compadrio ou por arranjos que permitissem relações de proteção entre patrão e empregados, ricos e pobres com maior proximidade e afetividade. Então é possível pensar em um malandro que vem das autoridades ou de uma corrupção da autoridade? Ou as duas situações? Ou uma malandragem que não é exercida apenas pelos que são vítimas do sistema? Neste caso é preciso observar que a disputa era entre fazendeiros: uma mulher e um homem, os dois do metiê das autoridades, dos superiores. Ambos os fazendeiros corromperam a testemunha, mas quem conseguiu o testemunho a seu favor foi o tenente, por dinheiro e por sua intimidação advinda de sua autoridade como militar e possivelmente por ser mais velho ao ser comparado com o filho de D. Ana, o Miguel. Possivelmente o que aproxima o tenente Ribeiro do Pedro Malasarte, no que se refere ao status social como classe inferior, é o fato de o tenente ser

classificado como “caboclo”. Ambas combinações podem acontecer: o malandro pode ser o pobre que se transformou em rico; o malandro que se transformou em rico pode continuar sendo o malandro; o malandro pode ser o próprio rico. O que quero discutir é que necessariamente a malandragem não está diretamente associada à pobreza. Nas diferentes situações é preciso pensar a estrutura e a classificação social das sociedades envolvidas. Talvez caiba na análise não apenas a figura do malandro, mas a atitude de malandragem que perpassa pelos diferentes tipos sociais.

O personagem do tenente Ribeiro também foi descrito incluindo a abrangência de seus laços sociais – sua rede de relações sociais - que abrangeu dos mais próximos (parentesco, vizinhança) até os mais distantes (relações com juiz e lideranças partidárias da capital do Estado).

Os diferentes malandros transitam por redes de relações diferenciadas em contextos também diferentes. Os tipos ideais são aproximações do real e identificam algumas características, o que possibilita variações. A pergunta é se cabe uma compreensão do personagem malandro, descrita por Da Matta (1990), como identidade nacional ou se caberia a compreensão da malandragem em diferentes contextos. As estratificações sociais são marcadores a serem considerados e estão mais ou menos definidas na triangulação de Da Matta (1990), que as classifica como: autoridades (militares); eclesiástico (romeiros) e malandro. Para a comparação entre os dois personagens há uma diferença na classificação social: no conto de Pedro Malasarte há uma disputa entre patrão e empregado explorado. No romance inglesiano a disputa foi entre dois cacaulistas. Um cacaulista mais velho e militar contra um outro jovem/menino, com a mãe (mulher) e o tio (padre). Os poderes acionados por cada um deles extrapolou o lado econômico e levou aos laços fortes e fracos (GRANOVETTER, 1983). No romance houve envolvimento de diferentes classes sociais e diferentes laços.

O tenente acionou seus laços fortes, mais próximos com a união da filha (aliança) com um homem cidadão e de boas relações com as demais autoridades. As autoridades poderão ser consideradas como laços fracos, pelo afastamento comparado à filha e ao genro. Os vizinhos em relação às autoridades são mais próximos, mas em relação à filha e ao genro são mais distantes. No entanto, os vizinhos mais velhos eram peças chave porque testemunhariam sobre a posse da

terra, haja vista na época não haver escritura do terreno, e a palavra (oralidade) seria a prova que daria ganho da causa para um dos dois cacaulistas.

O cacaulista Miguel era jovem e suas relações de poder foram com os vizinhos. Com dois deles (Capucho e Inácio Antunes) a família do menino mantinha laços de amizade e com um (Martinho), havia uma relação cautelosa, pois o Martinho tinha fama de “não manter sua palavra” e vender seu testemunho para aquele que o comprasse por mais dinheiro. No caso de Miguel, havia um certo interdito sobre a aliança de casamento, pois sua mãe era viúva e velha e seu tio padre. O que não permitia Miguel de construir alianças matrimoniais. Miguel era o que tinha maior potencial para o matrimônio, no entanto, a sua escolha ou pretendente preferencial, a Rosa, casou com o Moreira, que passou a ser seu inimigo na disputa da terra.

Miguel então manteve laços fortes com a mãe, a matriarca e cacaulista, herdeira da família paterna e do marido, a família Faria, e com seu tio que por ser padre abdicou de bens econômicos. O tio também representava a figura do pai de Miguel na ausência do pai biológico. Os laços fracos foram mantidos por meio dos vizinhos, entre eles o comum aos dois cacaulistas, o Martinho. No caso de Miguel, não houve laços com as autoridades políticas, nem militar e nem com os do poder judicial.

O que parece ter sido demonstrado no romance foi justamente o poder e influência político-militar sobre uma família cacaulista civil. O sistema militar e de patronagem aliado ao poder econômico do cacau estavam na estrutura da sociedade de Óbidos de forma dominante e só ratificaram seu poder naquele episódio. O romancista Inglês de Sousa escreveu outras obras, aqui não analisadas, mas em “O Coronel Sangrado” há um retorno de Miguel com características cidadinas e com poder diferente do primeiro Miguel. As circunstâncias são outras, o contexto de mudanças políticas também foi alterado na cidade obidense. O retorno do personagem, em “O Coronel Sangrado”, retratará o processo político entre os dois grupos: o dos coronéis, representando a “velha classe” e uma “nova classe” representada por um grupo político nascido do próprio partido do Coronel Sangrado (LÚCIA MIGUEL – PEREIRA apud SOUSA, 2004).

As redes de relações dos dois cacaulistas envolvidos na disputa apresentaram laços fortes e fracos, com a diferenciação de que a do Ribeiro foi

acrescida de laços fracos de autoridades e um laço considerado como forte, a aliança de casamento com um branco e com influências políticas.

4.4.3 O Senhor José: nem malandro, nem herói: um cidadão ambíguo em aparição?

No contexto urbano da capital do Estado e nos dias atuais, temos o entrevistado Sr. José que no contexto do desenvolvimento da tese, se apresenta com sua rede de relações sociais e seus laços fortes e fracos. A articulação do Sr. José foi caracterizada pela sua classificação como “nem fede e nem cheira”, uma pessoa da “paz”, com certa passividade, com traços fortes de solidariedade para com os vizinhos e parentes. No entanto, não é uma pessoa de requerer e/ou lutar por causas coletivas em movimentos organizados e nem muito menos enfrentar conflito com a vizinhança, por isso não desagrada a ninguém e ao mesmo tempo circula nos vários espaços.

As demais categorias que diferenciam o Sr. José por ele são: “aquele que cheira” e “aquele que fede”. Em uma das entrevistas ele revelou sobre a vizinhança e apontou que no local em que reside é como uma vila, composta de cinco casas. Das famílias moradoras identificou três que “cheiram”, incluindo a dele, uma que “fede” e uma “intermediária”. A classificação das famílias teve como principal característica o nível de solidariedade nos momentos de dificuldade, principalmente na doença ou morte.

Os vizinhos considerados “aqueles que fedem” são caracterizados como conflituosos e que emitem comentários negativos sobre as demais famílias, às vezes difamatórios sobre a vida privada do grupo familiar e não são considerados solidários. Na segunda entrevista com o Sr. José, ao retomarmos a categoria “aquele que nem fede e nem cheira”, houve uma certa oscilação ao descrever o que significava “aquele que não fede e nem cheira”, assim como a sua própria identificação como “aquele que não fede e nem cheira”, pois ao identificar cada uma das famílias da vila em que reside, apontou a sua família como “aqueles que cheiram”, o que o incluiu naquele núcleo. Na tentativa de não ser contraditório (interpretação dele), ao ser perguntado sobre como se identificava, ele disse: “[...] acho que sou daqueles que “cheira” porque minha família é assim [...]” (*Entrevista Sr. José. Belém, 16.07.2013*). Pelo menos duas interpretações foram transmitidas: a primeira é a de que a categoria “aquele que não fede e nem cheira” é ambígua e

pode se aproximar mais dos que “cheiram” ou dos que “fedem” dependendo da situação; e a segunda é a de que o entrevistado quis se afirmar perante a família e também definir uma posição, deixar de ser ambíguo perante uma situação formal (entrevista). As conversas informais que mantive com o Sr. José e as observações que realizei me levaram a interpretar que ele é uma pessoa que evita qualquer conflito, segue a linha do pacífico e não toma iniciativa nas situações do cotidiano que merecem alguns enfrentamentos. A sua esposa é que apresenta um perfil de enfrentamento e liderança na família, seguida da filha do casal.

O Sr. José é o terceiro companheiro da sua esposa, que teve 5 (cinco) filhos dos relacionamentos anteriores. Com o atual companheiro (Sr. José) ela tem 1 (uma) filha. Na casa deles residem o casal, a filha e um enteado do Sr. José. Segundo a sua companheira, ele é um marido que também divide as tarefas domésticas com ela, dedicou-se ao acompanhamento da filha na infância, realizando várias tarefas como a de conduzi-la à escola, levá-la às atividades de esporte e lazer e, no presente momento, zela pela segurança da filha e por suas atividades no ensino superior. As atividades exercidas por ele no âmbito doméstico e de paternidade são conjugadas às atividades que exerce como fotógrafo. O Sr. José é uma pessoa comedida nas palavras e atende imediatamente às solicitações da esposa que, por muitas vezes, é imperativa nas solicitações. A forma de atender às ordens da esposa com bastante solicitude permite observar que a liderança do grupo familiar é da esposa, seguida da filha. Os dois homens (Sr. José e seu enteado) são considerados de menor visibilidade no núcleo familiar. Outro fator a ser considerado é o de que o Sr. José após concubinato foi residir na casa da companheira, que já era residente no local, portanto, ele chegou ao atual local de moradia e vizinhança após relacionamento marital, enquanto que a companheira já havia constituído as relações e os laços com a vizinhança. A companheira é a proprietária da casa.

Tais características o fazem se aproximar daqueles que cheiram, no entanto, a sua característica de passividade, do não exercício da liderança, da não proatividade nas situações cotidianas o faz ser considerado “aquele que nem fede e nem cheira”, mesmo participando de um grupo familiar considerado entre “aqueles que cheiram”. Uma consideração é a de que poderemos encontrar grupos familiares identificados como “aqueles que cheiram”, mas cada membro da família ser identificado com suas diferenças, principalmente, uma oscilação dependendo das

situações vivenciadas. As categorias identificadas poderão sofrer variações, elas estão abertas, e são dinâmicas as reinterpretações das categorias.

Ao mesmo tempo em que há críticas por algumas das características atribuídas ao Sr. José, como as de não liderança e por evitar conflitos, por exemplo, as mesmas características são tidas como positivas quando ele precisar acionar as redes de relações sociais, neste caso, as que propiciarão acesso ao SUS.

A autoidentificação do Sr. José como “*aquele que não fede e nem cheira*” e a sua aproximação “*àquele que cheira*” propiciam interpretações baseadas em fatos, como é o caso do Sr. José. O acionamento dos laços fracos do Sr. José foi mais intenso do que os laços fortes. No início de seu acesso ao SUS, apesar de ter uma cunhada enfermeira e funcionária de um hospital e de um dos prontos-socorros municipais, ele caminhou pelo SUS para seu atendimento de consultas e tratamento da asma grave pela Unidade Básica de Saúde (UBS) do seu bairro. Posteriormente, acessou o HUJBB por intermédio de laços fracos provenientes de amizade de sua infância. Ao ser questionado se o funcionário ainda residia no bairro do Guamá, o Sr. José respondeu achar que não, pois não o encontrava mais pelas imediações. Indaguei sobre o local de moradia do funcionário no bairro, e o Sr. José respondeu não saber mais identificar a casa da mãe do funcionário, o que revelou as relações distantes e esporádicas, mas guardadas na memória do funcionário e na do Sr. José. Ao perguntar ao Sr. José se ele doou algum presente ao funcionário, o entrevistado respondeu que não, e acrescentou que seu contato com o funcionário não mais ocorreu.

A troca, numa perspectiva simétrica, não ocorreu nesse momento, os laços afetivos da infância prevaleceram e a reciprocidade efêmera e espontânea foi indicada pelo registro da memória das relações sociais ocorridas no bairro durante o período da infância.

Um fato a ser registrado e analisado é o de que o Sr. José não era inimigo, ou seja, não estabeleceu uma relação daqueles que fedem com o funcionário e por ser um morador do bairro que circulava e circula nos vários espaços foi reconhecido e “ajudado” pelo funcionário. Os laços fracos e a interação na sociabilidade moderna foram acionados num contexto de uma instituição que propõe um sistema impessoal.

Parte dos personagens são elencados como “tipos ideais” (WEBER, 1973), caricaturas de pessoas reais, acentuando características sociais e pessoais que

refletem a estrutura da sociedade que eles vivenciam. São personagens para se pensar a realidade social e, neste caso, pensar personagens nas suas relações sociais em uma sociedade moderna brasileira e amazônica. O Sr. José, o entrevistado, nos traz elementos para repensar a realidade social, principalmente sob o foco das relações de “pessoalidade” (BARBOSA, 2006), imerso em um modelo de estrutura social (RADCLIFFE BROWN, 1995), num bairro urbano, na atualidade. A categoria “aquele que não fede e nem cheira” também é pensada a partir das oposições binárias (LÉVI-STRAUSS, 2010). De um lado o que “cheira”, como positivo e de outro o que “fede” como negativo, no centro o que “não fede e nem cheira”, como intermediário e ambíguo.

Figura 3: Tipologia das categorias nativas e suas classificações.



Fonte: Trabalho de campo, realizado em 2013.

A herança patriarcal e patronal descrita por Holanda (1969) e Vianna (2005) é revisitada e analisada num contexto de uma instituição hospitalar. Tomando a autora Barbosa (2006) que trabalha com uma categoria de cultura brasileira, o “jeitinho”, atualizamos as relações sociais sob o ângulo da estrutura brasileira, sob a compreensão do caráter relacional, diferente do caráter racional, típico das sociedades modernas. A personalidade é uma marca da brasilidade que compõe a nossa forma de ser modernos e, quem sabe, de criticar o modelo racionalista/impeçoal importado das sociedades europeias.

Até aqui se falou de diferentes ambiguidades tanto no que se refere à categoria “jeitinho” ou “aquele que não fede e nem cheira”, como ao que se refere à instituição, que congrega instituído e instituinte e ainda ao que se refere ao rural e ao urbano, que congrega tradição e modernidade.

Ainda é preciso compreender a microestrutura social desse *lócus* (Hospital), analisando as relações sociais dentro do Hospital e suas adjacências, mas já é possível enxergar algumas negações: 1) não somente o emprego direto da “patronagem” ou do “patriarcalismo”, porque a mediação do atalho (com ou sem sucesso) está difusa e não condicionada a um determinado grupo protegido por um único patrão ou um patriarca, não há necessidade de um único “líder carismático” para que o acesso ao sistema (SUS) seja concedido; 2) não é apenas o emprego do “jeitinho”, como categoria para-legal, para deixar de ser punido ou ter vantagem pessoal, é uma forma de exercitar um direito: o acesso universal à saúde, utilizando o sistema instituído e o instituinte, não sendo ilegal; 3) não é um fenômeno de relações sociais e de suas sociabilidades alojado apenas em sociedades ditas rurais, é um fenômeno também das metrópoles.

5 O QUE DIZEM OS USUÁRIOS SOBRE O “ATALHAR” NO HOSPITAL: AS REDES DE ACESSO INFORMAL RETROALIMENTADAS PELO SISTEMA FORMAL

5.1 A peregrinação para acessar os dados e as informações sobre os usuários

5.1.1 O atalho para o acesso aos dados e informações

A saga para conseguir os dados e informações sobre os usuários que foram atendidos no ambulatório das especialidades de Clínica Médica, Endocrinologia e Pneumologia do HUIBB, conforme os critérios descritos na metodologia³⁵, iniciou pela solicitação por escrito (memorando) direcionado ao setor de informação e comunicação do Hospital solicitando a ampliação do meu acesso ao sistema de informação (banco de dados/software) do ambulatório do Hospital. Após o trâmite interno e o deferimento, precisei explicar e reexplicar para o chefe do setor de informação e comunicação do que eu precisava e qual o objetivo. Ele concedeu uma das formas de acesso, porém admitiu que eu não conseguiria filtrar esses dados porque o software foi substituído em agosto de 2012, e havia várias dificuldades de alimentação de dados, inclusive pelo setor do ambulatório do HUIBB. O relato dele foi confirmado, consegui apenas uma lista incompleta, com aproximadamente 100 usuários e teria que coletar os dados manualmente porque não detinha conhecimento para separá-los operando o sistema.

Anterior à solicitação ao setor de informação e comunicação, foi realizada a leitura dos Relatórios de Gestão (2014) com o objetivo de conhecer o quantitativo de usuários por especialidade no ambulatório. Constatei que nos Relatórios de Gestão não havia dados por especialidades e sim pelo total de atendimento das várias especialidades. Como segunda tentativa fui em busca de informações mais detalhadas, procurei o Núcleo de Planejamento do Hospital e, ao falar com uma das funcionárias, numa conversa informal, ela rapidamente me despachou dizendo que deveria procurar o próprio ambulatório, e citou o nome de um funcionário, o qual eu

³⁵ A escolha dos entrevistados será aleatória, seguida das faixas etárias diferenciadas e todos com mais de 18 anos. A amostra será melhor definida após a aproximação e identificação de pessoas chave nos respectivos ambulatórios e clínicas (TAVARES, 2014).

deveria procurar, pois o Núcleo não dispunha da informação e nem dos dados como eu solicitava, antes disso frisou que eu deveria consultar o Relatório de Gestão, o que já havia feito. Observei que não havia nenhum interesse em buscar a informação, considerando que a responsabilidade pelo acompanhamento das metas e pelo Relatório de Gestão é do Núcleo de Planejamento. A busca pelos dados que deveria ter o caráter institucional versou pelo caminho dos “conhecidos” e daquele que detém a informação e os dados – o funcionário, um outro nível de atalho interno.

Como boa aprendiz em navegar no sistema informal do Hospital, acionei minhas redes de relações sociais para chegar com uma certa “bagagem” ao funcionário que detinha as informações, pois o conhecia apenas por cruzar com ele nos corredores do hospital. Primeiro conversei com uma conhecida que exerce uma função estratégica de chefia no ambulatório. Eu a conheço porque é parente de uma ex-funcionária do Hospital com a qual já trabalhei. Conversamos informalmente e ela me indicou o funcionário, o mesmo referido pela pessoa do Núcleo de Planejamento. Para facilitar minha incursão houve uma reunião entre a equipe do ambulatório e a equipe que eu estava coordenando (GT de Humanização³⁶), da qual o funcionário participou. Havia uma posição hierárquica que me situava numa linha de classificação acima do funcionário, que na minha interpretação também facilitou posteriormente a minha interação com ele e o repasse dos dados. A reunião tratou de assuntos pontuais do Hospital, especificamente do ambulatório, relacionados a Política Nacional de Humanização³⁷. O contato foi mantido inicialmente, e posteriormente conversei com o funcionário sobre a pesquisa que estava realizando, frisei a aprovação do Projeto no Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) e das dificuldades de conseguir os dados. Ele então foi bastante solícito, revelou que sabia como separar os dados, no entanto alegou que como o software era relativamente

³⁶Grupo de trabalho formado por trabalhadores, gestores e usuários nomeado pelo diretor do hospital para coordenar a Política de Humanização no HUIBB.

³⁷No campo das políticas públicas de saúde, ‘humanização’ diz respeito à transformação dos modelos de atenção e de gestão nos serviços e sistemas de saúde, indicando a necessária construção de novas relações entre usuários e trabalhadores e destes entre si. Orientada pelos princípios da transversalidade e da indissociabilidade entre atenção e gestão, a ‘humanização’ se expressa, a partir de 2003, como Política Nacional de Humanização (PNH). (BRASIL, 2004). Como tal, compromete-se com a construção de uma nova relação seja entre as demais políticas e programas de saúde, seja entre as instâncias de efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS), seja entre os diferentes atores que constituem o processo de trabalho em saúde. O argumento do grau de comunicação em cada grupo e entre os grupos (princípio da transversalidade) e o aumento do grau de democracia institucional por meio de processos co-gestivos da produção de saúde e do grau de co-responsabilidade no cuidado são decisivos para a mudança que se pretende (PEREIRA; BARROS, 2009).

recente não conseguiria a série histórica dos dados como havia planejado. A morosidade para a implantação do software foi devida às dificuldades estruturais da rede de tecnologias de informação e comunicação, assim como a adaptação dos funcionários para alimentar com dados o sistema. A possibilidade era de fornecer os dados no período de agosto de 2012 a agosto de 2013. Concordei com ele, visto que o chefe do Setor de Informação e Comunicação já havia me informado sobre o fato. Anteriormente, o banco de dados do hospital era configurado na versão *dataFlex* e com a transição para o *software* atual algumas informações não foram migradas e outras foram adicionadas.

Parte do que investigo neste estudo eu vivencio no cotidiano do Hospital. Há uma funcionalidade formal, visto que o meu Projeto foi aprovado no Comitê de Ética, e apresentei memorando para o setor de informação e comunicação do Hospital, mas o acesso aos dados ocorreu de fato por meio das relações interpessoais, por meio dos caminhos informais, dos conhecimentos das redes de relações acrescida das interações que são julgadas como positivas ou negativas. Aliada a isso há uma interferência que é a relação de poder institucional vigente, que poderá ser negativa ou positiva dependendo de como é exercida no local, uma chefia ou uma pessoa que exerce um cargo e poderá atuar com características autoritárias ou com características democráticas. O que é observado como positivo é a empatia que a chefia ou gestor exercem, seu carisma e em algumas situações seu poder de mando e de punição. O gerente, o chefe ou o gestor precisam representar uma figura forte e decidida em algumas situações.

Uma outra característica observada no Hospital é a identificação nos diversos setores de uma pessoa que é a referência para a resolução de um problema. Há uma personificação daquele que tem o poder para resolver a situação e, nem sempre ele será o gerente ou equivalente no setor, e nem sempre obedecerá às ordens hierárquicas. O poder que ele ou ela detém é ao mesmo tempo um trunfo para a sua permanência no local (evitar demissões inesperadas e/ou troca de setor), assim como para esboçar resistência a ordens de superiores e equilibrar as relações de força existentes na instituição. Há um jogo de forças e vários “jogadores” com suas “cartas” e “trunfos”. Dentre as “cartas” estão as relações pessoais construídas ao longo dos anos trabalhados no Hospital, tanto as relações afetivas como as que trocam favores institucionais e/ou pessoais. As relações citadas contrastam com um dos princípios da administração pública, que é o da impessoalidade.

Além daquele funcionário que detém um determinado conhecimento, há aquele funcionário que é o articulador ou a “ponte”³⁸ para ligar a pessoa que demanda a necessidade com o funcionário que está habilitado a sanar (resolver) a necessidade. No Hospital é necessário observar e conhecer as pessoas e os mecanismos das interações, a posição delas na rede. Caso a pessoa não saiba lidar com as redes, poderá criar potenciais obstáculos ou bloqueios que irão esboçar um perfil negativo dessa pessoa internamente, o que poderá estigmatizá-la e depor contra a imagem dela no Hospital. Há uma sensibilidade aguçada sobre isso, pois é um jogo de poder segundo Foucault (1996). Algumas pessoas mantêm seu poder sendo “pontes” e para manter esse poder necessitam acionar mecanismos de manutenção, como por exemplo, os de sanção informal. Circular as informações na “rádio cipó” do Hospital denegrindo a imagem de funcionários que não souberam caminhar na rede ou tentaram burlá-las sem sucesso é uma das formas de sanção, das mais eficazes. É uma forma de descredenciar a pessoa que não estaria autorizada pelos demais para realizar ou intermediar o atalho. Para os iniciantes ou para aqueles que se redimem há perdão, desde que não reincidam. Esse tipo de sanção foi abordado por Weimann (1980) citado por Granovetter (1983) ao estudar os laços fracos numa comunidade israelense *kibbutz* com 280 membros “[...]o papel do mecanismo de controle social: fofoca torna-se uma das forças sociais suprimindo desviantes e mantendo a obediência à norma comum” (GRANOVETTER, 1983, p.219. Tradução minha).

Os atalhos para a resolução de problemas também ocorre em nível interno, exigindo um conhecimento dos componentes e da sua posição na rede de relações. Alguns funcionários são especialistas em conhecer quem são as pessoas estratégicas em cada local, tanto aquele que detém a informação e o conhecimento, como aqueles que são “pontes” para chegar à informação. Possivelmente estes funcionários frequentam grupos formados por funcionários de diferentes setores (não há distinção hierárquica), formam uma relação horizontalizada; eles se reúnem em torno de lazer (jogo de futebol, mesas de bar) e há uma denominação para o que

³⁸ “Ego terá um grupo de amigos próximos, a maioria dos quais está em contato uns com os outros, formando uma estrutura densa de estrutura social. Ego vai ter, também, um conjunto de conhecidos, dos quais poucos conhecem. Cada um desses conhecidos, no entanto, provavelmente tem seus amigos próximos e, portanto, estará imerso em uma estrutura densa de relações sociais, mas essa estrutura será diferente daquela de Ego. O laço fraco entre Ego e seus conhecidos, assim torna-se não apenas um laço qualquer, mas, sobretudo, uma ponte crucial entre duas estruturas de amigos próximos (GRANOVETTER, 1982, p. 106).

o grupo conversa chamado de “o submundo do Barros”³⁹. Fora do ambiente hospitalar e regado por descontração são conversados assuntos que envolvem o mundo do trabalho do Hospital, incluindo fatos e pessoas. Participar do grupo permite a vantagem de ter informações privilegiadas e com antecedência, o que também é poder. Alguns membros desse grupo são procurados por funcionários, principalmente no início da semana, para saber sobre alguma mudança ou novidade sobre o hospital.

O Hospital não é gerido apenas pelos membros da diretoria e chefias, ele alcança locais fisicamente distintos. Há influência do que é conversado por grupos de funcionários do Hospital e propagado no interior da instituição. Para os funcionários é muito importante se manter longe do alcance do grupo quando ele trata de sanção, isto é, ele busca proteger-se das fofocas para sua boa reputação no hospital.

Após percorrido o itinerário institucional, o funcionário me apresentou inicialmente a lista com o período solicitado, os nomes, endereço e contatos telefônicos dos usuários e, posteriormente, eu realizei a seleção dos usuários a serem entrevistados.

5.1.2 A seleção dos usuários e as entrevistas.

A lista acima continha informações do ambulatório de Endocrinologia durante o período de agosto a dezembro de 2012 e de agosto a dezembro de 2013, e somou 148 usuários atendidos conforme critérios descritos na metodologia. A lista dos usuários do ambulatório de Pneumologia apresentou o período de agosto de 2012 a dezembro de 2013, somando 336 usuários atendidos no período. A lista do ambulatório de Clínica Médica ocupou o período de agosto de 2012 a dezembro de 2013 e somou 263 usuários.

³⁹*No submundo do Barros tu acaba descobrindo da cúpula [...] fica sabendo de tudo e de todos quando tu estás com algumas pessoas que conhecem a maior parte dos funcionários e tu acaba descobrindo tudo, da fofoca ao caso, isso é o submundo do Barros Barreto. Tu vai senta com algumas pessoas pra tomar uma cerveja [...] alguns setores [...] aí eles acabam contando o que acontece, mas fica ali naquele grupinho. É um grupo fechado, não abre não. Quem sabe alguma coisa senta com as pessoas certas. Eles se reúnem fora do hospital (Entrevista D. Dolores. Belém, 02.04.2015).*

O método para seleção foi o aleatório simples⁴⁰, selecionados 2 (dois) usuários de cada uma das especialidades para as entrevistas, totalizando 6 usuários. O contato foi realizado por telefone, o que em muitos casos ocasionou descarte de usuários por mudança de telefone ou inexistência.

Da Clínica Médica foram sorteados os dois primeiros usuários, apenas 1 (um) aceitou a entrevista, posteriormente foram sorteados mais 6 para a escolha de mais um usuário. A maior dificuldade foi a de acesso por contato telefônico (inexistência ou troca de número). Para a especialidade de Endocrinologia foram sorteados inicialmente dois usuários e posteriormente mais quatro, os motivos para as não entrevistas dos primeiros escolhidos foram: o não aceite em participar da pesquisa; usuário fora de Belém; e contatos telefônicos inexistentes ou mudança de linha. Os usuários de Pneumologia somaram 15 dos contactados. Esta especialidade foi a de maior dificuldade para entrevista, os motivos que dificultaram a escolha dos usuários para a entrevista foram: número de telefones inexistentes; e usuária falecida. Como já havia entrevistado um usuário do ambulatório de Pneumologia no mês de janeiro de 2013 e julho de 2014, procurei apenas mais um.

No período das entrevistas ocorreu um fato amplamente noticiado nos meios de comunicação⁴¹, uma espécie de chacina envolvendo policiais e grupos identificados como de marginais nos bairros do Guamá e Terra Firme. Houve uma invasão de policiais nos bairros tornando o campo de extrema periculosidade. Por medida de segurança resolvi abordar o entrevistado nas dependências do Hospital, na sala de espera do ambulatório.

⁴⁰ A amostra aleatória simples, segundo Montenegro (1981). A amostra segue os seguintes passos: 1) elaborar a relação dos dados brutos (N), ordenando numericamente de forma aleatória; 2) sortear o valor de "n", utilizando a tabela de números aleatórios; 3) os números sorteados que não tem na amostra serão descartados.

⁴¹ Nove pessoas foram assassinadas na noite do dia 4 de novembro de 2014 e na madrugada do dia 5, em seis bairros de Belém, após o cabo da Polícia Militar Antônio Marcos da Silva Figueiredo ser morto na frente de casa. No dia 6, a Polícia Civil confirmou a morte da décima vítima da chacina ocorrida após o assassinato do cabo. Allesson Carvalho, de 37 anos, foi baleado no bairro da Terra Firme durante a chacina e, apesar de ter sido hospitalizado, não resistiu e morreu no Hospital Metropolitano. Pelas redes sociais, diversas pessoas relataram que supostos policiais haviam convocado grupos para vingar a morte do cabo assassinado, declarando toque de recolher em bairros de Belém. Segundo a polícia civil, falsas denúncias podem ser punidas. O governo aumentou o policiamento, mas descartou solicitar o envio de tropas federais. No dia após a madrugada de crimes, a cidade ainda conviveu com a incerteza. Aulas foram suspensas na UFPA, apesar da informação oficial de que o expediente seria normal. Enquanto isto, os corpos de oito dentre as nove vítimas mortas na madrugada do dia 4 foram liberados pelo Instituto Médico Legal após reconhecimento de familiares. Uma das vítimas foi Eduardo Galucio Chaves, de apenas 16 anos. Os casos estão sendo investigados pela Divisão de Homicídios da Polícia Civil para verificar a relação entre eles. Pelo menos seis mortes teriam características de execução. (PROMOTORIA..., 2015).

As entrevistas ocorreram em casa dos usuários no dia e hora marcada por eles. Resguardando o fato de que eu seria uma estranha no território deles me preveni com algumas informações de uma das entrevistadas que é moradora do bairro. Ela me instruiu sobre o melhor trajeto para chegar à casa dos usuários, o transporte coletivo mais adequado (proximidade) e me alertava sobre os possíveis perigos/violência que cercam uma área urbana. Para ida ao campo procurei usar sinais identificadores de uma estudante. Roupas despojadas, pasta com papéis e caneta. Como a vida social urbana em parte da cidade de Belém não foi planejada, a área do Guamá foi ocupada seguindo uma divisão adaptada e a organização das ruas visualmente consideram em seus traços os acidentes geográficos e recursos naturais como os igarapés ou furos, assim como a política endógena da população. Essa organização sugere um saber próprio dos moradores dificultando para os de fora a demarcação espacial no território, precisando constantemente de auxílio dos moradores do bairro para encontrar a casa desejada. A interação é quase obrigatória o que me fez ficar mais evidente como uma “estranha” no local e que não estava de passagem, e sim procurava um destino. Cabe uma escolha ao pesquisador: a quem perguntar? Observar a dinâmica da rua ou passagem e escolher de quem se aproximar. Minhas escolhas eram por mulheres, pessoas que trabalham com venda de produtos e com adolescentes e crianças. Em duas situações a sensação de medo me invadiu. Uma a de uma alameda deserta inicialmente, por volta das 15h, e eu estava perdida no endereço, possivelmente nesse horário as pessoas estavam na sesta. Fui socorrida por um grupo de um adolescente e duas crianças que brincavam na rua. Aproximei-me e pedi informação, a orientação não foi muito clara, e insisti, até que consegui que eles me acompanhassem até a casa, o que fizeram associando a minha condução à casa de um entrevistado às suas brincadeiras na rua. A segunda situação ocorreu por volta das 17h ao me dirigir à casa de uma das entrevistadas; parei para pedir informação a um vendedor de produtos alimentícios. Ele ao me indicar o endereço frisou várias vezes que a área era perigosa e que eu não deveria ir sozinha. Resolvi telefonar para a senhora que iria me conceder a entrevista, disse da minha dificuldade de encontrar a casa, e combinamos que ela iria me esperar em um ponto da rua que parecia ser a principal. Descrevi como eu estava vestida para ela me identificar. Assim, como combinado nos encontramos na esquina da Rua Napoleão Laureano com a Av. Augusto Correa e seguimos até a casa dela, localizada numa vila com

uma entrada de aproximadamente 2 (dois) metros de largura. Sua casa ficava nos fundos de uma espécie de vila de casas. Na companhia dela me senti segura, ela, ao caminhar comigo cumprimentava e trocava conversas informais com pessoas conhecidas que trafegavam pela rua.

A experiência das entrevistas na casa dos usuários proporcionou a observação direta do local e do bairro. Houve interação com demais membros da família, com amigos e com vizinhos. Em todas as casas juntaram-se outras pessoas para colaborar com a entrevista, contando situações cotidianas ou mesmo esclarecendo dúvidas da pessoa entrevistada.

Algumas variáveis precisam ser consideradas para o estudo, o fato de em algum momento da entrevista eu ser questionada sobre minha ligação/função no Hospital e a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes do início da entrevista. Ao revelar ser Assistente Social alguns dos entrevistados tratavam de obter algumas informações que pudessem ajudá-los no atendimento do Hospital ou queriam esclarecimentos sobre benefícios e direitos previdenciários. Havia sempre uma troca de informações e, em um caso, um pedido direto para orientação sobre Benefício de Prestação Continuada (BPC), além de orientação para conseguir um laudo médico. As redes foram acionadas, mesmo em interações menos regulares ou repetidas ou o que Granovetter (1982) chama de laços fracos.

O TCLE é obrigatório conforme orientação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e o seu conteúdo é previamente aprovado pelo mesmo comitê. Na formulação dos itens há informações sobre a pesquisa, inclusive sobre os objetivos, o que antecipa ao entrevistado o teor e os interesses da pesquisadora, em muitos casos interferindo na fala dos entrevistados que antecipavam algumas respostas sobre os seus conhecidos.

5.1.3 O perfil dos entrevistados

Os entrevistados apresentaram um perfil social que representou na especialidade de endocrinologia 1 (uma) mulher e 1 (um) homem, com idade de sessenta e cinco e de vinte e um anos, respectivamente. A senhora recebia auxílio doença e o jovem estava desempregado. Ela é moradora do bairro há quarenta e três anos e ele mora desde o seu nascimento (vinte e um anos). Ela nasceu na Vila Tauari, em Capanema, e ele em Belém-PA.

Os usuários do ambulatório de Clínica Médica entrevistados foram 1 homem e 1 mulher, um com setenta e a oito e a outra com cinquenta e quatro anos, respectivamente. Ele é beneficiário de Benefício de Prestação Continuada (BPC) e ela vendedora de açaí, antes foi empregada doméstica e merendeira em uma escola pública. Ele nasceu em Belém-PA e reside no bairro há aproximadamente quarenta anos e ela nasceu em Breves-PA e reside há quarenta e três anos no bairro.

As pessoas que participaram da pesquisa na especialidade de Pneumologia foram dois homens, com idade de cinquenta e dois e setenta e quatro anos, um fotógrafo e o outro aposentado o qual exerceu atividades comerciais. Um reside no Guamá há quarenta e quatro anos, e o outro é morador na área da Condor⁴². Um nasceu em Vigia - PA e o outro em Belém-PA.

No total foram 2 mulheres e 4 homens, com mínimo de vinte e um anos e máximo de setenta e oito anos de idade. O tempo de moradia no bairro foi de no mínimo vinte e um anos, no caso de um entrevistado que reside no bairro desde o nascimento, e o máximo de quarenta e três anos. Um entrevistado não é morador do bairro. As atividades exercidas na totalidade dos entrevistados eram ocupações sem vínculo empregatício e os demais eram beneficiários e segurados da Previdência Social recebendo auxílio e aposentadoria.

O serviço de saúde pública para essas pessoas é o principal recurso para assistência; apenas 1 entrevistado revelou ser associado a um seguro saúde e o outro que realizou consulta médica particular (apenas uma vez). O que as faz depender do acesso ao atendimento nos serviços públicos de saúde.

5.1.4 Os usuários e o acesso ao Hospital João de Barros Barreto: as redes sociais e a rede SUS

Do total de 747 usuários atendidos nas especialidades ambulatoriais, dos 6 escolhidos aleatoriamente nesse universo, 5 revelaram ter acesso ao Hospital por meio das redes informais, envolvendo conhecidos. O Tadeu afirmou “[...] *aí o meu vizinho conseguiu aí pro Barros Barreto*” (Tadeu. Belém, 04/11/2015). Outro revelou “[...] *o meu sobrinho, aí conversaram, ele falou com esse rapaz que trabalha aí no*

⁴² Este usuário foi aleatoriamente escolhido no ambulatório de Pneumologia do HUJBB devido à chacina no bairro do Guamá e o perigo de adentrar a área durante o período de coleta de dados.

Barros Barreto, meu filho falou com ele, que se dão muito bem, aí ele mandou que eu fosse lá” (Tomaz. Entrevista 30/10/2015. Belém-PA). A Diva contou que ao cancelar seu seguro saúde foi orientada pelo médico: “*O meu médico, que ia me operar, falou: - Diva eu tenho um sobrinho que é médico lá no Barros Barreto eu vou te mandar pra ele lá*” (Diva. Entrevista dia 03/11/2015), no entanto ela não encontrou o médico nesse dia, mas encontrou com uma sobrinha que era aluna de medicina e fazia estágio no hospital “*[...] ela estava estagiando lá, aí ela fez a minha carteirinha*” (Diva. Entrevista dia 03/11/2015). O Sr. Adriano ao ser perguntado sobre como foi sua entrada no Hospital revelou: “*[...] arranjei uma brecha aqui e vim pra cá [...] através da minha irmã*” (Entrevista Adriano. Belém, 06/11/2015). O senhor José referiu que sua entrada no hospital foi por meio de um conhecido de infância (Entrevista Sr. José. Belém, 16/07/2013).

A categoria analítica das redes parciais, segundo Barnes (1987), neste estudo, apresentou-se em duas grandes dimensões, a rede formada por usuários, conhecidos e familiares que possibilitaram as pontes para o acesso ao hospital - as pontes para o acesso relacionam-se diretamente aos trabalhadores; e a rede interna formada pelos trabalhadores do hospital. Ambas as redes parciais associam-se à rede total formada pelo SUS, e os sujeitos que formam as redes aproximam-se com maior e menor intensidade uns dos outros a partir dos interesses do acesso. As relações sociais dos sujeitos tanto da rede SUS como das relações sociais convergem para o Hospital, que se configura como o ponto central das relações.

Os usuários estão ligados a uma rede total na medida em que são usuários do SUS, um sistema organizado em redes de saúde que pertencem a um território de saúde, o Distrito DAGUA ou da 1ª Região de Saúde. Os sujeitos da pesquisa encontravam-se em pontos da rede de maior ou menor intensidade ou densidade (BARNES, 1987) em relação aos trabalhadores do Hospital e entre si. Eles não revelaram se conhecerem, o que identificou relações menos densas, típicas das sociedades urbanas. “Enquanto nas sociedades tribais as redes são tipicamente densas, nas sociedades urbano-industriais são tipicamente esparsas.” (BARNES, 1987, p.188), e ainda completa sobre rede social em sociedades urbanas “[...] porque no meio social de cada pessoa existem muitos desconhecidos, com os quais não se possui nenhuma interação significativa. Isto não acontece em sociedades de pequena escala”. (BARNES, 1987, p. 187). As relações nas sociedades urbanas caracterizam-se marcadamente por interesses, e o sujeito Alfa poderá aproximar-se

do sujeito Beta, por determinado propósito, do sujeito Gama por outro propósito, e assim por diante. Nas sociedades de pequena escala, o sujeito Alfa poderá entrar em contato com o sujeito Beta para tratar de diferentes propósitos, assim como o contato com o sujeito Gama.

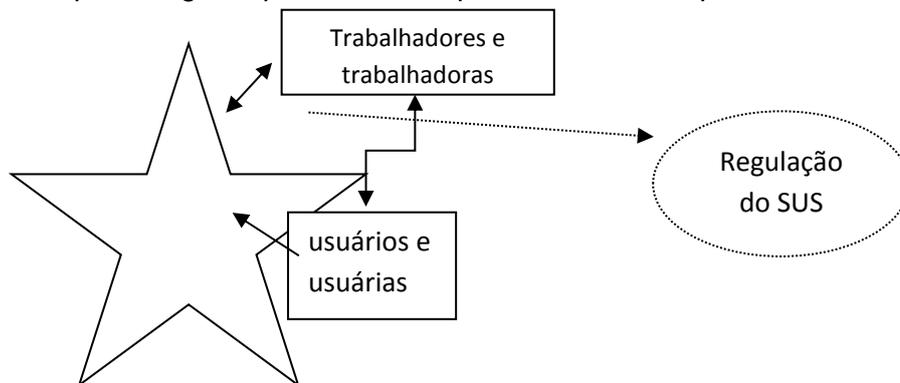
A rede é tramada por caminhos que ligam pessoas com relações de parentesco e as dos “laços fracos”, com menor proximidade, e os conhecidos, como os vizinhos. A relação entre os sujeitos não é caracterizada apenas como patriarcalismo⁴³, no sentido da família como o centro da ação social, mas permeado por relações de interação através de pontes como Granovetter (1983) revela. A rede de relações para ele é mais importante que os atributos individuais, principalmente a posição que alguém ocupa na estrutura de uma rede. Ele compreendeu a importância das posições estruturais, em especial das pontes que conectam grupos ou setores sociais diversificados. A demanda de necessidade por acesso ao serviço de saúde pelos usuários revelou ainda alguns poderes, como dos trabalhadores e estagiários como “nativos” do Hospital. Conhecer alguém tem um valor alto, o capital social⁴⁴ acumulado pelos usuários e familiares é um tipo de poder acionado pelos usuários. Conhecer um trabalhador, um médico ou um agente administrativo poderá ser uma ponte para o atendimento.

Identificamos na rede alguns pontos ocupados por personagens que vamos nomear como: 1) o ativador (usuários); 2) a ponte (trabalhador) e 3) o concedente do atalho (médico). A ativação vem de uma necessidade do usuário que aciona suas relações de conhecidos e/ou de parentes ou não, que são pontes para o acesso, aqui visualizados como os trabalhadores do hospital, independentemente do cargo ou função que ocupam, aqui servirão de ponte para acionar os demais funcionários ou os próprios médicos, que são os que detêm o poder definitivo para autorizar a consulta. Os pontos da rede formam um desenho que equivaleria a uma estrela com zonas (BARNES, 1983) de poder distinto e variáveis.

⁴³Segundo Corrêa (1994 apud MACHADO, 2006), a família patriarcal pode ter existido e seu papel ter sido extremamente importante, “apenas não existiu sozinha, nem comandou do alto da varanda da casa grande o processo total de formação da sociedade brasileira”. Melhor seria aceitar que ela foi, de fato, um instrumento disciplinador (CORRÊA apud MACHADO, 2006, p. 167). A relação pode não ser patriarcal, mas clientelista, entendida como parcela da relação social patrão/cliente que conecta status desiguais com ou sem dependência.

⁴⁴É o agregado de recursos reais ou potenciais ligados à posse de uma rede durável de relações de mútuo conhecimento e reconhecimento – ou, em outras palavras, do pertencimento a um grupo – que provê a cada membro com o suporte do capital possuído pela coletividade, uma ‘credencial’ que o habilita a ter crédito, nos vários sentidos da palavra (BOURDIEU apud RICHARDSON, 1986).

Diagrama 1 - Desenho dos personagens que formam os pontos de trânsito para o atalho.



Fonte: Elaborado pela autora desta pesquisa, 2015.

A centralização do médico na figura é proposital para visualizar o poder central destes profissionais, os quais concedem o atendimento e efetivam o atalho.

No desenho, a Central de Regulação⁴⁵ foi incorporada como um dos mecanismos acionados para a formalização do usuário no SUS. Caso esse usuário seja identificado como um paciente que poderá ser tratado no hospital, isto é, se a sua doença for identificada como integrante das referências do hospital, para que ele continue em atendimento necessitará ser cadastrado na Regulação. Há uma inversão das funções, pois o que é normatizado é a ida do usuário por via Regulação que tem o papel de selecionar, filtrar e encaminhar os usuários para os estabelecimentos de saúde de média e alta complexidade, que atendem às especialidades.

⁴⁵ Uma estratégia para regular a oferta e a demanda em saúde é a constituição de Complexos Reguladores, que consiste numa organização do conjunto de ações da Regulação do Acesso à Assistência, de maneira articulada e integrada, buscando adequar a oferta de serviços de saúde à demanda que mais se aproxima às necessidades reais em saúde. Assim, a constituição de Complexos Reguladores permite, aos gestores, articular e integrar dispositivos de Regulação do Acesso como Centrais de Internação, Centrais de Consultas e Exames, Protocolos Assistenciais com outras ações de controle, avaliação e auditoria assistencial, assim como com outras funções da gestão como programação e regionalização. A implantação de centrais de internação, consultas e exames, para gerenciar os leitos disponíveis e a agenda de consultas especializadas e Serviço de Apoio à Diagnose e Terapia (SADTs), demanda um pacto com prestadores, formalizado nos contratos, e a atualização dos cadastros de estabelecimentos, profissionais e usuários. Para padronizar a solicitação de internações, consultas, exames e terapias especializadas, exigem-se protocolos para encaminhamentos, que devem estar de acordo com os mais recentes e seguros consensos científicos. Para criar fluxos ágeis de referência, exige-se a integração com as ações de solicitação e de autorização de procedimentos. Ao criar o canal para a referência de uma unidade a outra, segundo fluxos e protocolos padronizados, permite-se a utilização mais adequada dos níveis de complexidade e viabiliza-se a atenção de forma oportuna e adequada à necessidade do usuário (BRASIL, 2006).

Cada sujeito da pesquisa tem sua história de adoecimento. A rede SUS é acionada por meio de outros estabelecimentos de saúde procurados pelos usuários em busca da resolução do problema que os afligia. No caso do Tadeu, uma crise de diabetes. No caso do Sr. José e do Sr. Adriano, uma crise de asma. No caso da D. Mara, a pressão alta, a pneumonia. Antes da entrada no Barros Barreto, eles procuraram a rede de atenção primária ou de urgência e emergência e encontram dificuldades para seguir na rede SUS.

[...] passei mal no Pronto Socorro primeiro, depois Ophir Loyola, aí depois eu parei e um vizinho dali conseguiu no Barros Barreto, no Pronto Socorro arranjaram um leito, fiquei a noite e depois fui transferido para o Ophir Loyola, aí lá fiquei internado, 15 dias só, aí ainda tratei uns dias lá (Tadeu. Entrevista. Belém, 04.11.2014).

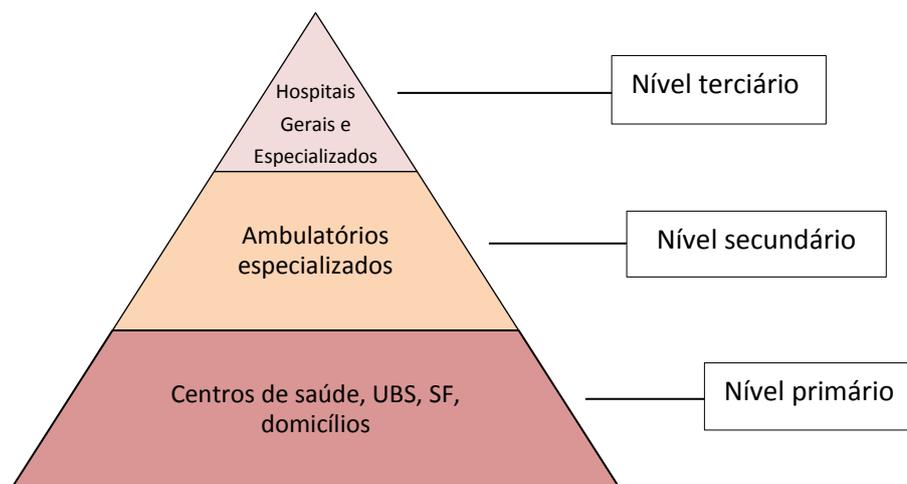
[...] Eu entrei assim através do Centro de Saúde, entendeu? Quer dizer, daquela forma assim, de ver o meu lado melhor, que era de pegar o medicamento grátis, né e correr atrás [...] começou assim, eu, a pneumologista suspeitou da minha doença, suspeitou que era asma, né [...] inclusive ela colocou o lado mais difícil pra eu sair do Centro de Saúde, eu não sei se é por eles mesmos, se é meta deles [...] Eu fui no Centro de Saúde com o clínico eu ainda não era matriculado no Centro [...] aí então eu entrei com o clínico [...] ele me disse eu vou te encaminhar para um pneumologista, aqui dentro mesmo, que aqui tem pneumologista [...] eu vou encaminhar o senhor para fazer uma função respiratória, só que aqui não tem [...] você vai pro Barros Barreto fazer essa função respiratória[...] aí eu fui pra lá pro Barros Barreto fazer essa bendita função respiratória [...] eu vi um cartaz muito grande “medicamento grátis asma grave” [...] aquele cartaz me chamou atenção e aí eu me informei [...] esse cartaz aí só é pra quem é matriculado aqui dentro, numa farmácia chamada APAC, aí como a gente faz pra se matricular aqui? Ela disse: você tem que vir encaminhado do Centro de Saúde[...] fui lá com a doutora, aí ela constatou, você realmente está com uma asma grave [...] aí sim que eu fui me matricular no Centro [...] quando eu cheguei na farmácia para ver o preço do medicamento eu me assustei, super caro. Na próxima consulta com ela e eu tive conversando com ela sobre o valor do medicamento [...] depois de uma longa temporada eu falei pra ela: doutora eu queria me matricular no Barros Barreto, aí foi que começou a jornada da dificuldade, ela não queria me passar [...] a senhora tem que ver o seguinte, todo mês eu tenho que vir pra cá consultar com a senhora, a senhora me passa a receita eu vou ter que comprar o medicamento, lá no Barros Barreto eu vou na finalidade de conseguir o programa que tem [...] existe um programa do governo federal de asma grave, medicamento grátis, mas foi maior luta pra ela me passar [...] tive que fazer outra função respiratória, e quando eu cheguei lá dessa vez na porta eu conheci um rapaz que era funcionário lá dentro, um conhecido meu, aí eu falei, falei que me adiantou. Eu conversando com ele, aí foi que ele me falou: olha! quando tu fores fazer a função respiratória, tu tem tua identidade? E traz os teus documentos que eu vou fazer alguma coisa pra eu te matricular aqui. Tu já tá com essa doença confirmada? Eu disse já é a segunda função respiratória. Aí ele disse: eu vou te arrumar uma consulta aqui, com um pneumologista aqui. Aí quando tu te consultar tu fala pra ele. Aí ele disse quando tu vim de lá traz essa função respiratória pra mim ver [...] Esse rapaz eu conhecia ele de próximo da casa da minha mãe [vizinho?] não, não era bem vizinho [...] eu tinha relação de amizade com ele quando eu era solteiro que a gente vivia lá pela rua, era tudo juventude,

entendeu? Quando foi dessa vez que eu entrei eu dei de cara com ele lá [...] Quando tu vier buscar [a função respiratória] tu passa aqui comigo, traz a tua identidade, traz o teu comprovante de residência, é... Aí fui me consultar levei pra ela, aí já ela foi que me falou [a médica do Centro] ela disse: olhe eu andei pensando naquilo que você me falou sobre o medicamento, a sua dificuldade pra comprar [...] olha eu tô, parece, quartas e sextas na consulta e ela pediu pra eu passar lá com ela que ela ia dar um jeito de me matricular. Aí foi quando eu falei pra ela: eu acabei de conhecer um rapaz que vai fazer isso por mim. Aí ela perguntou: mas ele trabalha lá? Peguei e disse, olha ele é funcionário, trabalha lá dentro, naquela parte de atendente [...] na triagem, aí ela pegou e disse: ah! tá bom. Aí ela disse: você vai ter que cancelar aqui. Não, mas eu não quero cancelar daqui porque eu posso precisar do serviço daqui. Aí foi que eu fui buscar com dois dias a função respiratória, aí cheguei com ele e ele fez tudinho direitinho e passou pro médico Dr. Fulano e disse: esse doutor aí é muito bom, quando tu fores consultar tu conversas com ele [...] começar o processo todo com ele, tudo de novo. (Entrevista Sr. José. Belém, 16/07/2013).

[...] a primeira vez eu passei 28 dias, a segunda vez 26 dias, mas eu não fiz o tratamento por lá, depois com 12 anos ou mais eu tive uma crise na rua que eu não sabia, a pressão subiu, eu sabia que eu tinha problema de pressão né, mas não fazia tratamento, a minha pressão subiu, me deu falta de ar, aí me levaram para o Pronto Socorro e lá eu fiz o exame de glicemia, estava 480, aí fiquei lá no CTI, depois fui para a enfermaria e quando saí a Assistente Social tinha marcado várias consultas pra mim, né, só tem que essa no Barros Barreto era no Hospital das Clínicas, eu cheguei lá no Hospital das Clínicas e não me aceitaram porque eu não era do bairro, eu não sabia, aí nesse tempo tinha o Posto do INSS em Nazaré, como sempre eu costumava ir lá, eu fui lá aí eles mandaram para o Posto de Saúde, no Posto de Saúde eu estava com meus papéis todos, pneumonia, aí eles marcaram para o Barros Barreto, e por isso eu fui e tô lá até hoje (Entrevista com a D. Mara. Belém, 04.11.2014).

Nestes relatos o caminho percorrido pelos usuários é previsto pelo SUS e está de acordo com a regulação. A entrada pela UBS ou pela Urgência e Emergência (Pronto Socorro), posteriormente, encaminhamentos para hospitais de referência. Na estrutura organizativa do SUS há um desenho piramidal da entrada, a base é a atenção primária, um estágio intermediário é a atenção já especializada, chamada de secundária e por último a atenção terciária e quaternária, com níveis de maior especialização. O canal de controle é a regulação, que define por meio do diagnóstico do profissional médico o destino daquele usuário. Há uma definição prevista, prescrita e normatizada que propõe um caminho linear da base ao ápice da pirâmide, ou de alguns serviços especiais aos níveis mais elevados da pirâmide.

Diagrama 2 – Pirâmide do Sistema Único de Saúde – níveis de atenção



Fonte: A autora desta pesquisa, 2016.

Alguns hospitais classificados como de nível secundário e terciário não dispõem de serviço de urgência e emergência, não são considerados porta aberta⁴⁶ para a população e ficam responsáveis em realizar atendimento de usuários encaminhados pela regulação.

O Barros Barreto atualmente não é um hospital de portas abertas na definição formal do termo, no entanto, torna-se de porta aberta e acolhe pacientes, quando há leito e estão em tratamento no hospital, adotando uma certa rebeldia diante do sistema formal.

Em crise, em crise de asma, porque a minha mãe disse pra eu ter cuidado, mas eu trabalhava em um local que era só poeira, isso contribuiu muito, aí o agravante falta de ar, fechou tudo, aí eu vim correndo pra cá, aqui fui internado, fui tratado bem, pronto! [perguntado se antes de ir para o Barros Barreto foi a algum atendimento de saúde] Não, foi aqui, direto, me

⁴⁶Relevante, ainda, a definição das portas de entrada do sistema. O SUS não é uma porta aberta, desorganizada, mas sim um sistema de saúde que se organiza por níveis de complexidade (densidade tecnológica), conforme determina a Constituição. Sendo o SUS um sistema hierarquizado por níveis de complexidade dos serviços de saúde, importante impor ao acesso aos serviços este mesmo sentido de ordem. As portas de entrada do Sistema pelo Decreto n. 7.508 são: a atenção primária, principal porta e ordenadora aos demais níveis de complexidade; a urgência e emergência; a saúde mental e seus serviços como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e serviços especiais de acesso aberto, como os centros de referência de AIDS, a saúde do trabalhador e outros que atendam necessidades específicas do cidadão objeto de serviços próprios. Ao definir portas de entrada, o sistema avança na sua organização impondo o acesso igualitário, não sendo permitido, sob pena de se quebrar o princípio da isonomia, que pessoas possam adentrar o sistema sem respeito aos seus regramentos. Daí o Decreto ter definido que o acesso ordenado deve ainda considerar a gravidade do risco do paciente e a ordem cronológica de sua chegada ao serviço (como a lista única dos transplantes). Desse modo fica clara que a atenção à saúde respeitará a gravidade do dano, a ordem cronológica de chegada e as portas de entrada do sistema (SANTOS; ANDRADE, 2011).

internaram [após relatar sua entrada no hospital ele citou o pedido pelo atendente de sua carteirinha]

Porque eu já estava cadastrado aqui, pediram a minha carteira, aí viram no prontuário lá.

- É cadastrado aqui? Cadê a carteira?

- Não sei por onde anda.

- Poxa vida! Eu queria facilitar para você, mas...

- Depois eu trago.

- Tá, mas traga a carteira.

Aí me internaram aqui (Entrevista Sr. Adriano. Belém, 06/11/2014).

Há relatos das várias formas de entradas, inclusive aqueles que foram antes ao sistema privado (saúde suplementar⁴⁷), como o Sr. Tomaz e a D. Diva e depois foram incluídos no Barros Barreto.

O diabetes, primeiro eu fui com o médico particular que mora bem aqui perto, o médico, paguei a consulta, mandou fazer os exames, fiz os exames, fiz tudo quanto foi exame, isso depois de mais de 70 anos [silêncio] essa diabetes, aí apareceu essas coisas todas, de lá do Pronto Socorro, cheguei lá o médico disse que não teria a menor possibilidade de ficar lá, mandou para o Hospital das Clínicas, lá eu me internei como eu já disse e fiquei um mês (Entrevista Sr. Tomaz. Belém, 30/10/2014).

Eu fui, eu trabalhava num colégio, no J.A.A. de deficiente visual, aí lá eu pagava o plano de saúde, o IASEP, aí eu fui fazer os exames e descobri que tinha uma pedra na vesícula, eu fiz todos os exames, aí quando fui operar eu saí do emprego (Entrevista D. Diva. Belém, 03.11.2014).

Bem que o hospital está aberto, a gente diz que está aberto porque entra todo tipo de paciente que não tem consulta agendada, entra paciente que está passando mal, não tem controle (Entrevista Anastácia. Belém, 2014)

O SUS possui uma rede de atendimento que inclui a assistência suplementar representada pelos planos de saúde e convênios. Os usuários relataram a procura por atendimento particular anterior à procura pelo serviço público.

5.1.5 O acesso ao sistema e a estrutura social: o hospital e o SUS

A visão de sistema ampliado e da intersetorialidade é defendida pelos sanitaristas. Para além da definição jurídico-institucional o autor Paim (2013) interpreta o termo sistema de saúde como ampliado:

⁴⁷ A saúde suplementar pode ser definida como todo atendimento privado de saúde, realizado ou não por meio de um convênio com um plano de saúde. Estão presentes dentro do cenário da Saúde Suplementar no Brasil o governo – representado pelo Ministério da Saúde, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) - além das operadoras de planos privados, as seguradoras e os prestadores de serviço de assistência à saúde. (FBH, 2016).

Portanto, a ideia de *sistema de saúde* é mais ampla do que o conjunto de estabelecimentos, serviços, instituições, profissionais e trabalhadores de saúde, tal como foi descrita de forma simplificada no início deste capítulo [...] lembrando que o *sistema de saúde* é integrado não só pelos serviços de saúde, mas também pela mídia, escolas, financiadores, indústrias e equipamentos e de medicamentos, universidades, institutos de pesquisa, etc. Daí que alguns documentos técnicos façam a distinção entre *sistema de saúde* e *sistemas de serviços de saúde*, embora na linguagem comum tenham o mesmo significado (PAIM, 2013,p. 16).

Numa definição mais formal o termo sistema é entendido como:

“Sistema”, entendido como o conjunto de ações e instituições de forma ordenada e articulada que contribuem para uma finalidade comum, qual seja, a perspectiva de ruptura com os esquemas assistenciais direcionados a segmentos populacionais específicos, quer recortados segundo critérios socioeconômicos, quer definidos a partir de fundamentos nosológicos. (BAHIA, 2009).

Os sistemas de saúde descritos pelos dois autores apresentam a relação e a interligação com as instituições tanto as da saúde como as das áreas afins. Paim (2013) fala de um “conjunto ordenado de instituições” e que o “*sistema de saúde* é integrado não só pelos serviços de saúde, mas também pela mídia, escolas, financiadores, indústrias e equipamentos e de medicamentos, universidades, institutos de pesquisa etc”. Bahia (2009) apresenta como um “conjunto de ações e instituições”. Uma interpretação é a de que o sistema de saúde é composto da integração de várias instituições, aproximando-se do que Radcliffe-Brown (2013) descreve sobre a estrutura social:

As instituições sociais, do ponto de vista que tentei resumidamente expor, no sentido de modos padronizados de conduta, constituem o maquinismo pelo qual a estrutura social, que é uma rede de relações sociais mantém a existência e continuidade próprias (RADCLIFFE-BROWN,2013, p.246).

Os modos padronizados de conduta nas instituições citados por Radcliffe-Brown (2013) associam-se às normas as quais Lévi-Strauss (2008) trata nos modelos conscientes, componentes da estrutura social “Com efeito os modelos conscientes – que se chamam comumente de normas – incluem-se entre os mais pobres que existem, em razão de sua função, que é a de perpetuar as crenças e os usos, mais do que de expor-lhes as causas” (RADCLIFFE-BROWN, 2013, p.318), ainda completa “quanto mais nítida é a estrutura aparente, mais difícil torna-se

apreender a estrutura profunda, por causa dos modelos conscientes e deformados que se interpõem como obstáculos entre o observador e o seu objeto” (RADCLIFFE-BROWN, 2013, p.318).

Entendemos que o SUS denominado de sistema poderá ser interpretado como um modelo consciente, segundo Lévi-Strauss (2008). Desdobrando o SUS e suas instituições adentramos as leis e normas que o sistema e as instituições institucionalizaram e normatizaram. As leis, segundo Radcliffe-Brown (2013), são a “maquinaria para manter a estrutura social”.

A lei é parte da maquinaria, pela qual se mantém certa estrutura social. O sistema de leis de determinada sociedade só pode ser plenamente compreendido se estudado em relação com a estrutura social, e reciprocamente a compreensão da estrutura social exige, entre outras coisas, um estudo sistemático das instituições legais (RADCLIFFE-BROWN, 2013, p. 245).

Na visão estrutural-funcionalista, as instituições ocupam uma função primordial na sociedade administrando regras e normas para cumprimento de seu papel, mas as instituições apenas reproduzem essas normas? Castoriadis (1982), ao analisar a visão funcionalista sobre instituições, indica a limitação da visão funcionalista quanto à estaticidade e limitação das instituições:

Não contestamos a visão funcionalista na medida em que chama a nossa atenção para um fato evidente, mas capital, de que as instituições preenchem funções vitais sem as quais a existência de uma sociedade é inconcebível. Mas a contestamos na medida em que pretende que as instituições se limitem a isso, e que sejam perfeitamente compreensíveis a partir deste papel (CASTORIADIS, 1982, p. 141).

Acrescenta que para além da sua função as instituições são simbólicas: “Mas o que deve fornecer o ponto de partida de nossa pesquisa é a maneira de ser sob a qual se constitui a instituição- a saber, o simbólico” (CASTORIADIS, 1982, p. 141).

Encontramos primeiro o simbólico, é claro, na linguagem. Mas o encontramos igualmente, num outro grau e de uma outra maneira, nas instituições. As instituições não se reduzem ao simbólico, mas elas só podem existir no simbólico, são impossíveis fora de um simbólico em segundo grau e constituem cada qual a sua rede simbólica. Uma organização dada da economia, um sistema de direito, um poder instituído, uma religião existem socialmente como sistemas simbólicos sancionados (CASTORIADIS, 1991, p. 142).

As leis e suas ramificações denominadas de portarias, resoluções e outros aparatos legais estão presentes na história do SUS incluindo as que tratam da unificação dos serviços de saúde e da sua integração, seguindo o princípio da integralidade. O modelo do SUS segue um caminho em busca da sua consolidação ou mesmo se reatualizando diante da realidade social. As mudanças no SUS, como modelo sistêmico são esperadas, precisamos pensar se essas mudanças são mudanças estruturais ou mudanças para adaptações à lei que o criou.

Para os modelos e para as estruturas são previstas mudanças. Lévi-Strauss (2008), ao tratar da estrutura, estabelece quatro condições que os modelos devem cumprir: 1) caráter sistêmico que prevê que a modificação em qualquer um, modifique os demais; 2) todo modelo pertence a um grupo de transformações, cada uma corresponde ao modelo da mesma família, e o conjunto das transformações corresponde a um grupo de modelos; 3) permite prever como reagirá o modelo em caso de modificações; e 4) o modelo deverá constituir o funcionamento que explique todos os fatos observados. As mudanças previstas incluem a previsão de como reagirá o modelo, na perspectiva da sua reordenação.

Para Radcliffe-Brown (2013, p. 237), “Por toda a vida de um organismo sua estrutura está sendo sempre renovada; e de modo idêntico a vida social constantemente renova sua estrutura”, completa que as mudanças ocorrem, no entanto, há diferenças nas mudanças, algumas ocorrem nas relações sociais e outras na estrutura geral. “Mas enquanto a estrutura social muda deste modo, a forma estrutural geral pode permanecer relativamente constante por período de tempo maior ou menor” (RADCLIFFE-BROWN, 2013, p. 237).

Há identificação de mudanças formais no SUS, como as normas materializadas nas portarias recentes que definem Redes de Atenção à Saúde (RAS), por exemplo, que buscam a integralidade nas ações e serviços. Será que tais mudanças implicam modificação na estrutura geral? Ou são mudanças que buscam o aprimoramento do SUS, ainda em construção?

Retomando as definições de Paim (2013) e de Bahia (2015) nas quais há indicação de sistema como uma ordenação que agrupa as diferentes formas de cuidado, integrando-o, em contraposição às ações fragmentadas, foi incorporado o

termo redes⁴⁸, para intensificar a ideia de interações e integração entre os cuidados, por exemplo.

O termo único, parte da denominação do SUS, refere-se:

[...] a unificação de dois sistemas: o previdenciário e o do Ministério da Saúde e secretarias estaduais e municipais de saúde, consubstanciada na incorporação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) pelo Ministério da Saúde e na universalização do acesso a todas as ações e cuidados da rede assistencial pública e privada contratada e ao comando único em cada esfera do governo (BAHIA, 2009).

Ambos os termos (sistema e rede) foram definidos tomando como base o “campo jurídico-institucional e administrativo compatíveis com a universalização do direito à saúde” (BAHIA, 2009). A base jurídica institucional foi expressa formalmente, mas ela está imersa em uma relação política e de poder entre grupos majoritários que representaram o segmento sanitário e o movimento do modelo biomédico. Para os formuladores da política, os termos e a “expressão “SUS” espelham positivamente críticas à organização pretérita da assistência médico-hospitalar brasileira” (BAHIA, 2009), modelos de gestão e do cuidado divergentes.

Paim (2013) articula ao sistema de saúde os agentes da saúde, identificados como os profissionais de saúde, ele refere que os serviços de saúde restringiram alguns atores do processo do cuidado, como os envolvidos com a medicina popular, por exemplo, as benzedeiras, raizeiras etc.

Os serviços de saúde envolvem o exercício legal da medicina e de outras profissões cujo fim explícito legal da medicina é preservar ou restaurar a saúde, individual e coletiva. Não se incluem nesse termo a chamada “medicina popular” (rezadeiras, curandeiros, etc), nem as indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares. (PAIM, 2013, p. 15).

Algumas práticas denominadas de alternativas, integrativas e complementares só foram incorporadas formalmente ao SUS a partir de 2005 como

⁴⁸ As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010b). A implementação das RAS aponta para uma maior eficácia na produção de saúde, melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional, e contribui para o avanço do processo de efetivação do SUS. A transição entre o ideário de um sistema integrado de saúde conformado em redes e a sua concretização passam pela construção permanente nos territórios, que permita conhecer o real valor de uma proposta de inovação na organização e na gestão do sistema de saúde (BRASIL, 2012).

política de saúde. O que envolve o conceito do sistema em construção e parcialmente aberto.

Como citado anteriormente, o Brasil conta, desde 2005, com políticas públicas que promovem as práticas não convencionais em saúde. A primeira delas foi denominada Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares – PMNPC (Brasil, 2005). Inspirada nas orientações da OMS, a PMNPC destaca que os diversos saberes e práticas da Medicina natural constituem “sistemas médicos complexos”, com enfoques que estimulam mecanismos naturais de promoção e recuperação da saúde. Afirma também que a abordagem enfatiza a “integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade”, realçando a “visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano” (Brasil, 2005, p. 04). Em 2006, o Ministério da Saúde deu um passo decisivo com relação a esses cuidados em saúde, através da implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC no SUS (Portaria 971 de 03/05/2006). Essa medida visou estimular ações e serviços relativos a essas práticas no âmbito do sistema público de saúde brasileiro. Como condição prévia para essa política pública, o Ministério da Saúde realizou levantamento, em 2004, identificando práticas integrativas em 26 estados brasileiros, num total de 19 capitais e 232 municípios. Esse dado sinaliza para a densidade dessas práticas de saúde, embora pesquisas qualitativas e estudos de caso possam efetivamente mostrar uma maior presença e multiplicidade de aplicações possibilitadas por esses recursos terapêuticos, como observamos em estudos no Ceará (ANDRADE, 2004, 2006; ANDRADE; LOPES, 2009 apud ANDRADE; COSTA, 2010).

Ainda assim o cuidado formal é majoritário e funciona numa estrutura burocratizada rígida composta por instituições formalmente habilitadas. Podemos inferir que é um sistema seletivo, agregador e aberto parcialmente, mas agindo com base nas normas jurídico-institucional excludentes.

O termo sistema único de saúde ainda incorpora uma trajetória para o acesso do usuário desde a atenção básica até a alta complexidade identificada e autorizada formalmente pelos profissionais médicos e pela regulação.

Tanto a D. Mara como o Sr. Tomaz caminharam na rede do sistema de saúde, ambos pela saúde suplementar, mas impedidos financeiramente de continuar nas “ilhas” da saúde privada buscaram ou foram orientados a buscar o SUS, encurtando o caminho por meio das redes de relações sociais – o atalho.

A entrada no hospital é mista, obedece parcialmente ao fluxo formal, mas desobedece às normas em situações em que os profissionais avaliam a necessidade do usuário em face da capacidade de atendimento do hospital. Os agentes potenciais do sistema, os trabalhadores (PAIM, 2013) agem, acionados pelos sujeitos que ainda estão “fora” da instituição, mas que demandam pelo serviço

prestado pelo Hospital, lembrando a vetusta frase registrada na bíblia “ a lei é para o homem e não o contrário”.

Os agentes são profissionais e demais trabalhadores de saúde que, individualmente ou em equipe, realizam ações de saúde, cuidando das pessoas e da comunidade [...] O que importa é sublinhar a ligação existente entre os profissionais e trabalhadores de saúde (agentes) com as organizações (agências), mediante contrato de trabalho, convênios ou credenciamentos [...] A insistência em destacar os agentes nessa definição de sistema tem o sentido de chamar a atenção para certa autonomia que eles possuem na realização do seu trabalho e nas suas relações com as agências. Assim, por mais que as organizações procurem interferir na atuação dos profissionais, eles detêm certos graus de liberdade no exercício de suas atividades (PAIM, 2013. p. 15).

O sistema é construído por pessoas humanas, permeado de relações sociais traduzidas em vínculos entre os trabalhadores e usuários referendados pelo SUS. O sistema é real e dinâmico construído pelos diferentes sujeitos, os que legislam, os que são trabalhadores e os usuários. As normas tornam-se inaplicáveis ao serem confrontadas com a realidade, por elas estabelecerem uma perspectiva ideal, incompatível, em alguns casos com a realidade local. Quem as julga e quem as torna flexível ou elástica são os trabalhadores e os usuários nas relações cotidianas.

A autonomia do trabalhador e do usuário permitem uma participação ativa, paralela e convergente em relação às normas ou criticando-as por meio de criação de alternativas instituintes como o atalho. A porta fechada se torna entreaberta. Permitindo avaliar casos que chegam porque “furaram” algum bloqueio anterior e ou barreiras que são de responsabilidade do hospital. O sistema formado de redes e malhas abertas, vivas se reorienta para novas composições que necessariamente não serão puras. O relato dos informantes revelou uma rede de serviços de saúde composta de uma mistura de modelos ou arranjos, o que a faz sincrética e comparada à metáfora do rizoma por ter várias entradas e pelo fato de que o atalho age num movimento que lida com normas formais e arranjos informais movidos pelas relações pessoalizadas, e está sempre em movimento buscando a elasticidade da norma, da lei. O atalho está entre a lei e suas brechas e se movimenta para que o ato (atalhar) seja momentaneamente para-legal, e o mais rápido possível torne-se legal.

A instituição hospitalar é um sistema rizomático que agrega a lei e as organizações sociais simbólicas, como o atalho.

Um rizoma não começa nem conclui, ele se encontra sempre no meio, entre as coisas, inter-ser, intermezzo. A árvore é filiação, mas o rizoma é aliança, unicamente aliança. A árvore impõe o verbo "ser", mas o rizoma tem como tecido a conjunção "e... e... e..." Há nesta conjunção força suficiente para sacudir e desenraizar o verbo ser. Entre as coisas não designa uma correlação localizável que vai de uma para outra e reciprocamente, mas uma direção perpendicular, um movimento transversal que as carrega uma e outra, riacho sem início nem fim, que rói suas duas margens e adquire velocidade no meio (DELEUZE; GUATARRI, 2000, p. 4).

O sistema como vivo e dinâmico apresenta a institucionalização da mudança por meio de normativas, como as portarias. Em 2010 foi publicada uma portaria sobre as redes de atenção à saúde. Este novo modelo está baseado em conceitos de rede e no que implica um novo perfil demográfico e epidemiológico no país. Há uma preocupação com os custos com a saúde, a sua melhor otimização. As principais mudanças são em níveis de lógica na forma de hierarquização no atendimento, de uma ótica fragmentada para integral, de uma lógica verticalizada para uma lógica horizontal.

A argumentação de Mendes (2010) fundamenta-se na relação demografia-epidemiologia e sistemas de gestão para tratar da necessidade de saúde da população.

A crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde que se manifesta, em maior ou menor grau, em todos os países do mundo, decorre de uma incoerência entre uma situação de saúde de transição demográfica e de transição epidemiológica completa nos países desenvolvidos e de dupla ou tripla carga de doenças nos países em desenvolvimento e o modo como se estruturam as respostas sociais deliberadas às necessidades das populações (MENDES, 2010).

Para o autor há um descompasso entre as mudanças demográficas e a transição epidemiológica e fatores internos.

Uma explicação para essa crise é feita por Bengoa, quando assinala que os sistemas de atenção à saúde movem-se numa relação dialética entre fatores contextuais como envelhecimento da população, transição epidemiológica e inovação tecnológica e fatores internos como cultura organizacional, recursos institucionais, sistemas de incentivo, estrutura organizacional e estilos de liderança na gestão. Os fatores contextuais, externos aos sistemas de atenção à saúde, mudam em ritmos mais rápidos que os fatores internos, os que estão sob a governabilidade setorial. (MENDES, 2010, p. 3).

Num contexto internacional, foi identificado que há uma dominância dos modelos de atenção à saúde, eles são fragmentados. Entre as características dos

modelos estão a hierarquização, a descontinuidade do atendimento e a centralização no médico.

Os sistemas fragmentados caracterizam-se pela forma de organização hierárquica; a inexistência da continuidade da atenção; o foco nas condições agudas através de unidades de pronto atendimento, ambulatorial e hospitalar; a passividade da pessoa usuária; a ação reativa a demanda; a ênfase relativa nas intervenções curativas e reabilitadoras; o modelo de atenção à saúde, fragmentado e sem estratificação dos riscos; a atenção centrada no cuidado profissional, especialmente no médico; e o financiamento por procedimentos (MENDES, 2010, p. 3).

Os modelos fragmentados representaram desastres tanto em nível de resolução para as doenças quanto aos de ordem econômica. Estudos sobre diabetes em dois países, no Brasil e nos Estados Unidos, revelaram os resultados.

Chama a atenção que, em dois países muito diferentes, os resultados dos desfechos clínicos do diabetes são muito negativos, sendo que no Brasil tem um gasto *per capita* anual de US\$ de 427,00 e os Estados Unidos de US\$ 6.719,00, o que sinaliza que o problema do manejo das condições crônicas não está no volume de recursos despendidos, mas na forma como se organizam os sistemas de atenção à saúde (MENDES, 2010, p. 4).

A definição de redes adotada para as políticas de saúde aproxima-se do conceito de estruturas em redes, ligada a planejamento e gestão diferente da noção de networking, que imprime interações informais, ligadas a tecnologias de informação e comunicação. As redes também diferenciam-se dos modelos hierarquizados propondo a poliarquia.

As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde [...]

Na definição operacional de redes adotada, fica claro que ela se aproxima, conceitualmente, da estrutura em redes que implica missão única, objetivos comuns e planejamento conjunto e que se distancia da concepção de *networking* que conota interações informais fortemente impulsionadas pelas tecnologias de informação (MENDES, 2010, p. 4).

Nas definições de Mendes (2010), ele distingue os tipos de redes: as redes das estruturas organizativas e as redes de informação. Na perspectiva do autor, a rede SUS é identificada como uma rede organizativa, de ordenação dos serviços e distancia-se do conceito de redes de informação e comunicação que caracterizam-

se pelas “interações informais”. As características de organização dos serviços pautados no planejamento e objetivos comuns promovem uma coesão e funcionamento do sistema em redes. Esta definição conceitual, na minha interpretação, é uma forma ideal típica de propor um novo modelo ou de reinventar o modelo do SUS. Como modelo numa estrutura, as redes no SUS apresentam-se tanto na sua proposta ideológica, nas ideias como no nível das relações sociais que são a vida da estrutura social promovendo o movimento e a sua construção contínua e constante.

A instituição hospital, e ele como parte da rede SUS, constitui-se em lócus da organização que compartilha com o planejamento e objetivos do SUS, mas ao analisarmos o atalho como fenômeno social observamos que além da organização formal do SUS há a congregação de interações sociais informais que interferem na organização e funcionamento do SUS.

A rede no caso do atalho percorre tanto o nível organizacional como o das interações informais.

As redes SUS são formas de reinventar o sistema que na sua trajetória incorporou mudanças. O seu sistema organizado num modelo hierárquico vertical é criticado, e ele instituí uma nova modalidade de organização e de gestão da saúde, as redes de atenção à saúde: uma proposta recente e ainda em fase de implementação.

A ideia de sistema e redes é sintetizada por Cecílio e Merhy (2003):

“Sistema de saúde” (entre aspas) já sinaliza a discussão que nós pretendemos fazer. A noção de sistema traz implícita a ideia de funcionamento harmonioso entre partes, cada qual com sua “função”, que contribua para o bom funcionamento do todo. O conceito de “sistema de saúde” denota uma concepção idealizada, de caráter normativo da saúde, que não se sustenta na prática. Qualquer observador atento do Sistema Único de Saúde (SUS), seja ele um investigador engajado em uma pesquisa, seja um dirigente ou gerente, sabe que o denominado “sistema de saúde” é, na verdade, um campo atravessado por várias lógicas de funcionamento, por múltiplos circuitos e fluxos de pacientes, mais ou menos formalizados, nem sempre “racionalis”, muitas vezes interrompidos e truncados, construídos a partir de protagonismos, interesses e sentidos que não podem ser subsumidos à uma única racionalidade institucional ordenadora. Mais do que um “sistema”, deveríamos pensar em uma rede móvel, assimétrica e incompleta de serviços que operam distintas tecnologias de saúde e que são cessados de forma desigual pelas diferentes pessoas ou agrupamentos, que deles necessitam (CECÍLIO; MERHY, 2003, p. 3-4).

A ideia de rede trabalhada pelos autores é ampliada quanto à definição de rede abordada por Vilaça (2010), não está restrita à gestão formal dos serviços de saúde. Os autores Cecílio e Merhy (2003) acentuam o processo vivo do trabalho das equipes nos diferentes espaços das instituições de saúde.

As linhas de cuidados são um outro conceito associado à integralidade e à rede de serviços de saúde, são pensadas com foco no usuário, nos trabalhadores e no seu processo de trabalho nos hospitais, o olhar está voltado para as equipes que cuidam⁴⁹ dos usuários nas instituições. O processo de trabalho é estudado como possibilidades de criação e de solidariedade, criticando a organização tayloriana e identificando espaços caracterizados como locais de solidariedade, contextualizado por disputas e relações de poder.

Uma coisa é pensar o trabalho em equipe “como somatória de ações específicas de cada profissional, como linha de montagem do tratamento da doença, tendo a cura como ideal [...] a hierarquia e a rigidez de papéis codificados” (NICÁCIO *apud* SILVEIRA, 2003); a outra, é pensar arranjos institucionais, modos de operar a gestão do cotidiano sobre a micropolítica do trabalho que resultem em uma atuação mais solidária e concertada de um grande número de trabalhadores envolvidos no cuidado (CECÍLIO; MERHY, 2003, p. 3).

Acrescido à concepção de rede ampliada dos serviços de saúde, Cecílio e Merhy (2003) incluem o cuidado, como uma microrrelação envolvendo a equipe de trabalho das unidades de saúde. Eles destacam nas relações a micropolítica do trabalho que é permeada por micropoderes inerentes aos trabalhadores ou grupos de trabalhadores. Os autores também apresentam o que denominam de “arranjos institucionais” (CECÍLIO; MERHY, 2003) como parte da gestão do cuidado.

Na linha dos arranjos institucionais que seriam as possíveis inovações, criações, reinvenções nas práticas do cuidado em saúde pelos trabalhadores, que ocorrem no interior das instituições, está o discurso do atalho. Os arranjos institucionais são formados por pelo menos duas linhas: 1) pela institucionalidade do SUS que representa o formal; e 2) a inovação com sua informalidade. O atalho

⁴⁹O cuidado, de forma idealizada, recebido/vivido pelo paciente é somatório de um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando, de maneira mais ou menos consciente e negociada, entre os vários cuidadores que circulam e produzem a vida do hospital. Assim, uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vão compondo o que entendemos como cuidado em saúde. A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores do hospital (CECÍLIO; MERHY, 2003).

aproxima-se dos arranjos institucionais por constituir-se também uma das formas de operar a gestão do cuidado, mas distancia-se dos arranjos na medida em que o atalho inclui uma rede de relações sociais externa, formada pelos usuários gerando um arranjo forjado para além do grupo de trabalhadores, justificado pela necessidade dos usuários em acessarem os serviços de saúde e a incompetência do próprio sistema formal em gerir e fazer funcionar o sistema para o acesso regulado.

A interpretação sobre o cuidado e as linhas do cuidado por autores reflete no sistema instituído do SUS, mas não se esgota no próprio SUS. Em termos de reordenação do SUS e a sua reinvenção, o sistema instituiu por portarias algumas linhas de cuidados, relacionadas às redes de assistência em saúde, a exemplo da linha de cuidado sobre doenças crônicas, sobrepeso e obesidade e sobre pessoas com doença renal crônica. Elas são datadas de 2013 e 2014, ratificando a recente incorporação de novos conceitos no SUS.

As linhas de cuidado como processo aberto e instituinte de inovações propostas por Franco e Franco [2003] operam no cotidiano das instituições. Ao serem pensadas como processo aberto, também propõem a interpretação de atos instituintes a partir da relação estabelecida entre usuários, profissionais de saúde e gestores. A linha de cuidados não pode ser entendida como um processo burocrático rígido, ela comporta criação para as situações que deverão ser compartilhadas e avaliadas pela equipe.

A forma de entrada no sistema ganha novas proposições, visto que ela já se traduziu ao longo do tempo como um dos principais problemas do sistema de saúde. A proposta é uma abertura aos diferentes níveis.

A forma mais tradicional de se pensar o hospital no “sistema de saúde” é como referência em determinadas situações de maior complexidade ou gravidade.

Por tal concepção, o hospital contribuiria para a integralidade do cuidado, fazendo uma adequada contra referência após realizar o atendimento. Com certeza, seria já um grande ganho a implementação efetiva desses circuitos base topo e topo base, que, na prática, sabemos bem, nem sempre são muito bem sucedidos (porém, entender melhor porque os sistemas de referência contra referência pouco funcionam com a racionalidade pretendida continua sendo um bom tema de investigação). Mesmo se funcionassem bem, novas possibilidades de se pensar a contribuição do hospital deveriam ser imaginadas. Sabemos, por exemplo, que, por mais que se amplie e se aprimore a rede básica de serviços, as urgências/emergências hospitalares seguem sendo importantes portas de entrada da população no seu desejo de acessar o SUS. Sem querer apontar

as explicações para tal fato, o que queremos reter, aqui, é que não temos sabido trabalhar de forma mais cuidadosa esta demanda espontânea que tanto aflige os trabalhadores e os gerentes nos seus cotidianos. Atender, dia após dia, esta demanda interminável, tornasse uma tarefa desgastante e de resultados sempre duvidosos, se o critério é uma avaliação dos impactos sobre a saúde da população. No entanto, as urgências/emergências seguem funcionando de forma tradicional, na base da queixa conduta, resultando em uma Clínica reducionista e ineficaz, que, em princípio, aponta para tudo, menos para a integralidade. Porque as pessoas continuam buscando atendimento nos serviços de urgência? Uma forma de explicar este fenômeno tão observado é reconhecê-lo como uma estratégia intuitiva e “selvagem” das pessoas na busca da integralidade! Um aparente paradoxo, mas também um sintoma que caberia aos serviços examinarem sem nenhum preconceito ou *a priori* e, mais do que isso, buscar inventar novos dispositivos e novas formas de escuta para tais “ruídos” (CECÍLIO; MERHY, 2003, p. 5).

A abertura proposta já é realidade, a porta entreaberta do HUIBB sinaliza para a inserção ativa dos usuários, mas ainda de forma instituinte no sistema, por uma rede de relações externa ao Hospital que se entrelaça à dinâmica do Hospital. A entrada e as articulações engendradas no espaço institucional pelos usuários e pelos trabalhadores levam a uma aproximação à conexão rizomática, principalmente no que os autores Deleuze e Guatarri (2000) identificam metaforicamente o rizoma com a “erva daninha”.

A erva existe exclusivamente entre os grandes espaços não cultivados. Ela preenche os vazios. *Ela cresce entre* e no meio das outras coisas. A flor é bela, o repolho útil, a papoula enlouquece. Mas a erva é transbordamento, ela é uma lição de moral (DELEUZE; GUATARRI, 2000 p. 28).

A estrutura rizomática aliada à metáfora de erva daninha complementa-se com a ideia de instituinte, segundo Castoriadis (1982). A aproximação vem da criação em espaços não ocupados, que são recriados pelos sujeitos.

A erva daninha alia-se à ideia de platôs desenvolvida por Deleuze e Guatarri (2000). Os platôs são conectividades entre os atores sociais. “Chamamos ‘platô’ toda multiplicidade conectável com outras hastes subterrâneas superficiais de maneira a formar e estender um rizoma” (DELEUZE; GUATARRI, 2000, p. 32).

A conexão num sistema rizomático é entendida segundo os dois primeiros princípios:

1º e 2º - Princípios de conexão e de heterogeneidade: qualquer ponto de um rizoma pode ser conectado a qualquer outro e deve sê-lo. É muito diferente da árvore ou da raiz que fixam um ponto, uma ordem. A árvore lingüística à maneira de Chomsky começa ainda num ponto S e procede por dicotomia. Num rizoma, ao contrário, cada traço não remete necessariamente a um

traço lingüístico: cadeias semióticas da natureza são aí conectadas a modos de codificação muito diversos, cadeias biológicas, políticas, econômicas, etc., colocando em jogo não somente regimes de signos diferentes, mas também estatutos de estados de coisas (DELEUZE; GUATARRI, 2000, p. 14).

O sistema “arbóreo” como destacam Deleuze e Guatarri (2000) também é visitado pelos usuários. Eles frequentam as unidades básicas e os prontos-socorros, mas a rede básica e os prontos-socorros como portas de entrada não são resolutivos, há falha nos pontos e conexões da rede de serviços. O acionamento das redes de relações sociais por hipótese envolvem a relação usuário-trabalhador do hospital aqui estudada e se aproxima de uma espécie de organização interna hospitalar com características de estrutura rizomática. Ela parece facilitar a entrada dos usuários por pontos e conexões instituintes.

Das pessoas entrevistadas, todas experimentaram outros caminhos anteriores a seu atendimento no HUIBB, no entanto, por diferentes motivos o acesso não ocorreu pela rede formal, apesar das mudanças já realizadas institucionalmente por legislação, como a das RAS, ainda há dificuldades para o acesso. As dificuldades resultaram em situação de morte da mãe de um dos entrevistados por não conseguir acessar o serviço da especialidade de endocrinologia.

Os entrevistados relataram as dificuldades de acesso ao Hospital e as insatisfações com o atendimento na atenção básica.

Lá no Barros é difícil, tentamos, tentamos com outra pessoa, mas não conseguimos [você foram ao hospital solicitar consulta sem intermediários?] nós fomos lá eu com ela, andei que só com ela, aí foi só no Centro, no Centro de Saúde [...] ela ainda conseguiu fazer um exame de vista [...] ela estava perdendo a visão, aí eu levei e encaminhamos aí pra Av. Nazaré, aí nós fomos e ela começou a enxergar pouco, a diabetes dela era muito alta, começou a nascer ferida nela toda, aí ela ainda foi para o interior tomar banho pra baía [...] aí quando ela veio de lá já veio sem vida quase, ela foi para o PSM, aí veio a ambulância de lá do PSM. Assim, se ela tivesse assim como ele [conseguido atendimento no Hospital], ele tem mais chance aqui (Avó do Tadeu. Entrevista. Belém, 04.11.2014).

O Tadeu perdeu a mãe que faleceu por complicações do diabetes. O relato da avó materna dele revelou que houve uma escolha entre quem o funcionário do Hospital poderia ajudar para atalhar e conseguir entrar no Hospital.

-Quem dera que a minha filha tivesse conseguido aí, acho que ela nem tinha morrido [qual a causa da morte dela?] de diabetes, complicou e ela só tomava um remédio por dia, ela não conseguiu aí no Barros, era só no Centro de Saúde e não tinha o remédio, era muito complicado, aqui não, no Barros Barreto, às vezes ele está muito ruim, aí eles internam ele [...] duas vezes ficou [internado].

- E ele nem conseguiu pra ela [mãe] ele só conseguiu pra mim.

- Nós pelemos pra conseguir pra ela, mas não conseguimos, e aí no Centro não tem remédio, era só as pílulas que ela tomava e o dela (diabetes) deveria estar do mesmo jeito, só ele toma insulina e abaixa, e a pílula não abaixa, não tem aparelho para a gente ver. (Tadeu e avó do Tadeu. Entrevista. Belém, 04.11.2014).

As entradas “bloqueadas” ou de difícil acesso às especialidades como a endocrinologia causam situações irreparáveis aos cidadãos. A perda de entes queridos e, mesmo com o acionamento das redes de relações, a entrada de usuários para consulta nas especialidades é limitada por diferentes fatores, entre eles o número insuficiente de médicos da especialidade, o controle do acesso tanto pela central de regulação como pela equipe médica interna do hospital. A limitação de vagas e a grande demanda por usuários com problemas endócrinos torna essa especialidade com maior dificuldade também para o acesso pelo atalho. As orientações para que um intermediário consiga um atalho no hospital incluem a não repetição sistemática de pedidos de consulta. Caso haja repetição, contínua num espaço curto de tempo, o intermediário sofrerá um bloqueio daquele que concede o atalho. No caso acima, provavelmente houve uma escolha do funcionário por saber da sua limitação para conseguir dois atalhos para uma mesma especialidade, principalmente porque é a especialidade com maior demanda de consulta no hospital.

As dificuldades são identificadas por aqueles que antes conseguiram o acesso. Eles detalharam e ouviram as dificuldades para conseguir consultas no Hospital.

Muita, muita, tem porque eu vejo aí, tem muita dificuldade, fico satisfeito pelo fato de entrar daquele portão pra dentro, porque tem dificuldade. [As dificuldades para conseguir consulta acontecem apenas no Barros Barreto?] Em tudo por aí é assim, ela exige muito aglomerado de gente, muita gente procura, há facilidade há, se você conhece uma pessoa lá dentro [...] Você sabe que o Hospital é muito procurado, universitário, pra gente entrar aqui é difícil, ou é muita “peixada”, se virando pra cá, se virando pra cá, então eu não quero perder a minha vaga (Entrevista Adriano. Belém, 06/11/2014).

A D. Mara foi a única que não manifestou dificuldades no acesso às consultas no Barros Barreto: *“Graças a Deus em todas as minhas consultas, todos os meus*

internamentos, todas as minhas consultas” (Entrevista D. Mara. Belém, 04.11.2014).

O que ela identificou como dificuldade foi a demora para marcar a consulta.

[...] agora demora um pouco assim, a endócrino demora porque a senhora sabe que não tem quase esses médicos lá né, tipo aqueles médicos de velhos, como se chama? [geriatra] geriatras, acho que nem tem lá, se tiver é muito pouco (Entrevista D. Mara. Belém, 04.11.2014).

A D. Diva relatou ser difícil conseguir consulta no Hospital.

É muito difícil, só se tiver um conhecido assim como o Dr. Fernando que me encaminhou e chegou lá já estava a minha sobrinha, que até isso, se ele me encaminhasse eu nem ia conseguir falar com ele, o Dr. Mário, através dele eu ia ficar esperando pra poder ver se eu falava com ele né, aí já não foi nem ele que me operou, foi outro médico... (Entrevista D. Diva. Belém, 03.11.2014).

O Sr. Tomaz relatou tanto a facilidade como a dificuldade: *“[...] Pra mim foi fácil, pra mim era difícil porque eu não conhecia, não sabia como era, nem horários, eu só tinha ido uma vez lá para tirar sangue, doar sangue” (Entrevista Sr. Tomaz. Belém, 30.10.2014).*

A estrutura rizomática (DELEUZE; GUATARRI, 2000) apresentada como vários pontos de entrada e saídas permite interpretar o hospital e as relações tramadas entre usuários e trabalhadores para o acesso. As redes apresentam-se em duas grandes vertentes, a rede SUS, organizada formalmente e as redes informais, traçadas pelos sujeitos.

As falas dos entrevistados revelaram a necessidade do acionamento das redes informais, as dificuldades para o acesso e os problemas graves de saúde que acometem a população os fazem recorrer ao que eles detêm de poder e saber – as relações afetivas – as trocas de favores muitas vezes invisibilizadas no cotidiano, acrescido do apelo à caridade cristã e a um bem, que por vezes transforma-se em bem econômico – a vida. Os ingredientes como a necessidade por atendimento, a escassez ao acesso aos serviços de saúde, os valores cristãos, as relações sociais afetivas somados a uma estrutura aberta e rizomática do Hospital que agrega o sistema formal do SUS e o informal acionados pelas relações sociais por meio das redes sociais e as pontes que ligam o usuário aos trabalhadores do hospital são os ingredientes para o acesso às consultas por meio do atalho.

O problema da dificuldade ao acesso não é apenas local, mas no hospital um indicador do problema é o tempo de espera para a primeira consulta nas especialidades. Na especialidade de endocrinologia a média de espera para a primeira consulta é de 6 meses, esta é a especialidade com maior tempo de espera. Na especialidade de Pneumologia o tempo de espera é em média de 30 dias para a primeira consulta. No ambulatório de Clínica Médica a média é de 30 dias para consulta. Os problemas identificados pelos entrevistados fazem parte do contexto nacional.

Paim (2013) cita um estudo, uma pesquisa de opinião, realizada em 2004 como parte das comemorações dos sessenta anos da construtora Norberto Odebrecht. O estudo com o título *Projeto Brasil: Olhando para o Futuro* foi coordenado por *CDN Estudos e Pesquisa* e contemplou dez eixos temáticos. No caso da saúde, foram pré-estabelecidas algumas definições e aplicado questionário para uma amostra representativa da população de todo o país. O questionário abordou perguntas voltadas para identificação de visões da população sobre saúde na próxima década. Dentre os problemas apontados para serem resolvidos no futuro para uma melhor assistência estão: a falta de médicos (47%), de enfermeiros (43%), de medicamentos (37%), demora na marcação de consultas (31%) e falta de hospitais (29%).

A pesquisa ratifica os problemas para o acesso aos serviços e aos atendimentos de saúde por diferentes situações: a falta de profissionais, os médicos e enfermeiros e a demora de marcação de consulta, para citar dois problemas identificados. Esses são problemas nacionais que refletem localmente. Os relatos das pessoas entrevistadas neste trabalho expõem as dificuldades do acesso ao Hospital, mas os entrevistados enfrentaram a barreira ao acesso por meio dos atalhos favorecidos por conhecidos e por brechas no sistema, eles criaram um fluxo instituinte de entrada para consulta no hospital. Possivelmente eles se anteciparam para resolver o problema da espera acionando os laços com os parentes mais próximos (irmã), ou alguns mais afastados (sobrinhos) e conhecidos.

Para Castoriadis (1982), a sociedade é social histórica e o seu processo é dialético, as instituições sociais analisadas por ele contêm o instituído e o instituinte. O instituinte é a criação, o imaginário social construído por significados, são as possibilidades ainda não normatizadas e que poderão ser instituídas.

Denominamos imaginário social no sentido primário do termo, ou sociedade instituinte, o que no social-histórico é posição, tradição, criação, fazer ser. Ele completa: “O imaginário social ou a sociedade instituinte é na e pela posição-criação de figuras como ‘presentificação’ destas significações e destas significações como instituídas” (CASTORIADIS, 1982 p. 414).

A possibilidade de aparecimento do novo pulsa nas instituições por meio do instituinte e/no instituído. “A instituição da sociedade pela sociedade instituinte apoia-se no primeiro estrato natural do dado – e encontra-se sempre [...] numa relação de recepção/alteração com o que já tinha sido instituído” (CASTORIADIS, 1982, p. 414).

O atalho como criação dos sujeitos ligados a uma instituição está em movimento, é dinâmico e há rearranjos diante dos avanços da instituição hospitalar ora para contê-lo, ora deixando-o mais frouxo. O atalho é limitado pelas normas jurídicas implementadas pelo SUS, por esse fato os gestores não o institucionalizam como norma, mas o permitem como fato “instituinte”. Um tipo de instituinte permitido e aceito e justificado pela população e pelos trabalhadores do hospital.

Ao serem perguntados sobre a opinião a respeito do atalho, eles relataram ter sido boa, em nenhuma das entrevistas foi expresso ser um problema ou um desvio conseguir o atalho. Apenas um dos entrevistados relatou sobre a forma de lidar com os funcionários nas instituições públicas, ressaltando a forma de comportamento para conseguir resolver o problema.

O serviço público é tudo igual, depende muito de pessoa pra pessoa. Ser expansivo como eu sou, você consegue tudo rápido, fácil, com grosseria você não consegue nada, nada, nada, não consegue nada em qualquer lugar, onde você for, não tem porque tratou mal, verdade. (Entrevista Sr. Adriano. Belém, 06.11.2014).

Ao ser questionado sobre o papel do funcionário público e a concessão do atalho, ele disse: “*Eu não sei se pode ou se não pode, não sei, se eu tivesse uma pessoa lá dentro eu conseguiria, né, alguém mais próximo conseguiria com mais facilidade, eu não sei, né*”. (Entrevista Sr. Adriano. Belém, 06.11.2014).

Os demais entrevistados não relataram a associação entre o atalho e a forma para solicitar o favor nas instituições públicas. Possivelmente porque a relação com os funcionários do hospital foram anteriores à ida dos entrevistados até o hospital, com exceção do Sr. José, as redes foram tramas anteriores à ida para a consulta,

previamente traçadas entre parentes ou entre vizinhos. As situações não se configuraram como imprevistos do cotidiano como as situações do “jeitinho” e sim em situações de dificuldade conhecidas pelos usuários, portanto, acionadas previamente. Em nenhuma das falas foi referido o direito universal à saúde. O atalho parece fazer parte do cotidiano e não foi interpretado inicialmente como quebra de regras. Após algumas perguntas da entrevistadora sobre o conhecimento do funcionário que facilitou o acesso e maiores detalhes sobre como ocorreu o atalho, alguns dos entrevistados demonstravam alguma forma de proteger a pessoa que facilitou o atalho, principalmente não revelando maiores detalhes. A entrevista chamou a atenção para o atalho, até então acionado comumente pelos usuários. Ao serem questionados sobre o atalho é que os usuários atentaram para o fato de que o atalho pode ser uma “quebra das regras institucionais”. Sobre a relação entre usuário e trabalhador do hospital, a interpretação foi a de que na maioria das vezes as relações eram esporádicas, sem maiores vínculos entre os usuários e o funcionário. Após a concessão do atalho, as relações voltam ao normal, isto é, ao afastamento.

Houve então um misto entre a espontaneidade do atalho e ao mesmo tempo a atenção para o fato de que haver beneficiamento de uns em detrimento de outros, e a quebra de regras institucionais, mas isso não chegou a ser referido explicitamente em nenhuma das falas de entrevistados. A minha interpretação é a de que há uma aceitação do atalho tanto por parte dos usuários como por parte dos trabalhadores, ele não está invisível, mas é invisibilizado para não sofrer sanções ou ser levado às instâncias formais para discernir e, possivelmente, ser viabilizado ou não no hospital. O atalho é parte de uma rede interna no hospital movido inicialmente por uma rede externa; os usuários a acionam como pontos estratégicos da rede interna para conseguir a resolutividade da situação-problema.

Nas falas dos entrevistados foi revelada a perda de contato com o trabalhador que o ajudou, mesmo no caso de o funcionário ser o sobrinho havia depois um distanciamento entre o tio e sobrinho. Para conseguir o atalho houve uma aproximação entre os primos (o filho do entrevistado e o sobrinho), depois de conseguir, a relação voltou ao estado anterior de afastamento. No caso do Sr. Tomaz, o afastamento do sobrinho foi compensado pelos laços entre os primos, ele referiu que o sobrinho e seu filho se davam muito bem “[...] *tenho um filho que mora em Bragança e no lugar em que ele mora, mora também meu sobrinho [...] meu filho*

falou com ele que se dão muito bem” (Entrevista Sr. Tomaz. Belém, 30.10.2014). O distanciamento entre tio e sobrinho e a interferência nos laços afetivos “[...] *a gente é de longe e quase não se falava*” são refeitos por um laço de amizade entre primos. A rede parece necessitar dos laços, eles movimentam a rede, sensibilizam, transformam os indivíduos em pessoas.

A tese de Granovetter (1982) sobre a força dos laços fracos e as pontes construídas pelas relações entre ego e determinado grupo permitem analisar as situações de atalho. O laço fraco entre o ego e os conhecidos torna-se a ponte entre duas estruturas de pessoas próximas, essas estruturas não teriam contato entre si se não fosse pela existência de laços fracos, ele ainda completa que indivíduos desprovidos de laços fracos estarão distanciados de informações de partes distantes do sistema e estarão limitados a informações provincianas, isso poderá mantê-lo afastado de ideias e estilos novos, assim como em desvantagem, no caso, ao mercado de trabalho. Neste caso, a ausência de pontes o deixará mais distante do acesso ao serviço especializado de saúde.

O Sr. Tomaz, ao ser questionado sobre o conhecimento de outros casos sobre o atalho no hospital, disse *“eu nunca conversei sobre esse assunto com ninguém, nunca me perguntaram nada, sabem que eu vou pra lá sabem, não precisa [...]”* (Entrevista Sr. Tomaz. Belém, 30.10.2014).

Sobre o sobrinho revelou seu trabalho no Hospital:

“Ele era da recepção, agora ele trabalha que eu vi quando passo lá é na recepção também, só que mudou, antes ele indicava os lugares onde ia o fulano [...] aonde era. Agora não sei se ele ainda está, que ele não para também, trabalha há muito tempo, trabalha também naquela recepção que a gente vai buscar o prontuário [...] às vezes eu falo com ele” (Entrevista Sr. Tomaz. Belém, 30.10.2014).

O fato de frequentar o hospital não representa que o ambiente facilite a aproximação entre o tio e o sobrinho, o estreitamento das relações entre eles. O conhecimento parcial do local de trabalho e a fala esporádica com o sobrinho são indicativos da fraca interação, ou o estabelecimento de laços fracos (GRANOVETTER, 1983).

No caso da D. Diva, não houve referência sobre os laços afetivos com a sobrinha, não foi citada a relação nem com a irmã e nem com a sobrinha. O atalho facilitado pela sobrinha estagiária de medicina foi ocasional, não houve contato

prévio. O atalho pareceu mais “burocratizado”, para cumprir uma obrigação parental com uma tia distante; houve a interferência de uma quase médica intercedendo por uma usuária parente. Uma obrigação exigida nas relações de parentesco.

O Sr. Adriano também usufruiu os laços de parentesco, a sua irmã, funcionária da Secretaria Estadual de Saúde (SESPA) interferiu no atalho, no entanto, ele não revelou o caminho percorrido pela sua irmã:

“[...] a minha irmã me disse pra eu fazer tratamento aqui [Barros Barreto], arranjei uma brecha aqui e vim pra cá. Através da minha irmã que trabalhava na Secretaria de Saúde, SESPA” (Sr. Adriano. Belém, 06.11.2014).

Ao ser perguntado sobre como ela havia conseguido a brecha, no sentido da vaga por meio do atalho, ele respondeu: *“Aí eu já não sei, só sei que ela conseguiu, até hoje estou aqui”.* (Sr. Adriano. Belém, 06.11.2014).

Dos dois casos citados acima, o da irmã como intermediária foi interpretado como “laço forte”, além da relação de parentesco, havia uma interação mais próxima com a irmã. No caso da intermediação pela sobrinha não foi interpretado como “laço forte”, pois não atingiu algumas das variáveis que são a proximidade e a frequência nas relações, pois a entrevistada comentou que a encontrou ocasionalmente e que não mantém contato frequente com a sobrinha. O fato de o contato entre a usuária e a sobrinha ser esporádico não exime a sobrinha de ajudar a parenta, sua tia. No entanto nos dois casos, tanto da sobrinha quanto da irmã, ambas necessitaram acionar outros trabalhadores do hospital, os quais não exerciam relações de parentesco, para efetivar o atalho, portanto acionando os laços fracos.

O Sr. José e o Tadeu conseguiram o atalho por meio das relações da vizinhança. Os laços fracos predominaram nessas relações, não apenas pelo fato de não serem parentes, mas pelo pouco contato estabelecido entre os usuários e os funcionários do hospital que também eram vizinhos. Ao perguntar ao Tadeu como o vizinho conseguiu a consulta no hospital ele respondeu:

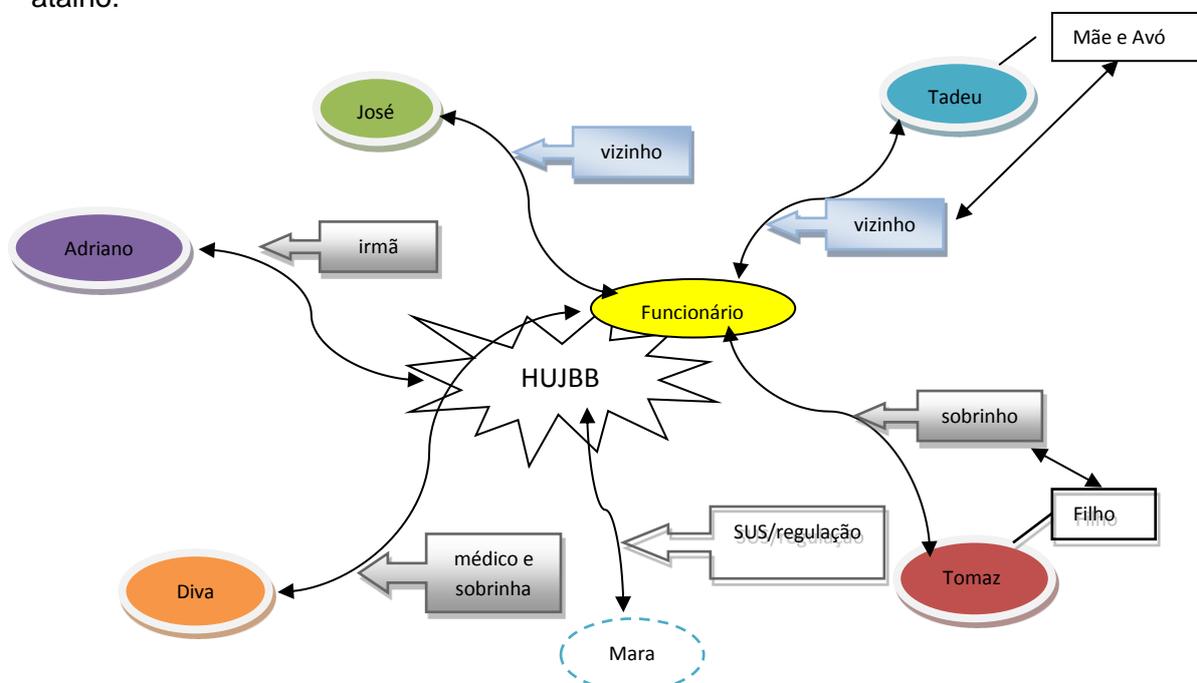
“[...] eu não sei, parece que ele trabalhava lá [...] eu não sei como ele conseguiu, trabalhava lá [...] eu não sei se a minha mãe falou, ele nem mora mais aqui, ele morava nessa outra rua aqui, aqui na ruazinha aqui atrás, numa casa amarela, aqui na subida” (Entrevista Tadeu. Belém, 04.11.2014).

O tratamento no hospital já dura cerca de 7 anos e durante este período houve mudanças, a avó do Tadeu revelou:

“[...] conhecia ele (vizinho) de vista, ele vinha comer churrasquinho aqui, era, ele vinha muito aqui, aí ele se separou da esposa [...] ela se formou, de delegada eu acho, e ela não mora mais aqui” (Entrevista Tadeu. Belém, 04.11.2014).

O nome do vizinho não foi lembrado durante a entrevista, nenhum dos dois pronunciaram o nome do vizinho.

Diagrama 3 - Desenho das redes de relações estabelecidas pelos entrevistados para o atalho.



Fonte: A autora desta pesquisa (2015).

Em todas as situações, os entrevistados não revelaram os nomes das pessoas que facilitaram o atalho, foi revelado apenas o tipo de vínculo, parentes ou conhecidos – os vizinhos. A não revelação pode ser interpretada como esquecimento, distanciamento dos envolvidos no atalho ou proteção aos que possibilitaram o atalho ou ainda indicar pouca frequência ou reincidência nos acessos.

A rede funciona por meio de laços afetivos ou não, motivados pela história de vida das pessoas e as suas relações, tanto as de parentesco como as de vizinhança; do adoecimento das pessoas e suas necessidades de saúde. A memória

afetiva ou as obrigações parentais são elementos que justificam a busca pelo atalho, a justificativa da dificuldade de acesso também foi identificada como um contexto local e nacional.

A rede externa e seus sujeitos movimentam-se para identificar conhecidos nas instituições; articulam-se para ligar o conhecido na instituição com alguém da família ou pessoas mais chegadas que serão as portadoras das justificativas e pedido para o atalho. As características da pessoa doente e daquele que pedirá o atalho são importantes para a concessão do atalho. O doente ou o que ele representa em termos de laços afetivos seja por parentesco, por amizade para o funcionário; ou quem é a pessoa que pede o atalho interfere na cedência ou negação do atalho. Caso haja a junção entre o carisma do doente e seu grau de comprometimento pela doença, o sofrimento pelo adoecimento, a faixa etária (velhos e crianças) e a característica de quem pede (grau de simpatia e de amizade, prestígio pessoal na instituição, ocupante de cargo) o pedido será aceito. O item carisma e simpatia são fundamentais para as relações fluírem bem no atalho. Essas características enfrentam a lógica racionalista apregoada nas instituições como modelo administrativo-gerencial.

Os critérios pessoais são predominantes. Os critérios técnicos são os definidos pelo SUS, as referências do Hospital limitam a entrada de pessoas para consulta e para internação. Apenas as doenças como as pneumopatias, infectocontagiosas, diabetes, cirurgias de tórax e gastrointestinais são prioritariamente aceitas para entrada no hospital. Esse critério é definido pelo sistema, o que fez o hospital organizar os seus serviços para atender a essas tipologias de doenças. Os profissionais especialistas que atuam no hospital estão credenciados para atender a essas especialidades. O aval do médico, principalmente, também pode ser um definidor para o atalho. Ele é o profissional que irá conceder ou não a consulta. Irei tratar com maior profundidade sobre a relação profissional médico-profissionais não médicos-usuários no próximo capítulo. Aqui, inicialmente faço referência que a relação misture critérios pessoais com características filantrópicas. Os critérios funcionam como um filtro para a entrada das pessoas por meio do atalho. O atalho funciona cercado de regras e/ou de acordos tácitos compartilhado por determinado grupo.

Os critérios definidores para o atalho são mistos, a interferência do critério pessoal é limitada pela estrutura do hospital e suas especialidades definidas pelo

SUS e pelo aceite do profissional médico em conceder a consulta. A capacidade de coordenar os diferentes critérios é um saber diferenciado no hospital, ele inicia com a capacidade de interação e cortesia entre os funcionários do hospital, a circulação nos diferentes espaços, conhecimento de pessoas em cargos com boa posição na escala hierárquica para a localização dos pontos estratégicos da rede social. O conhecimento de quem será acionado em determinada situação em busca da resolução é um saber que diferencia e credencia positivamente os funcionários no hospital.

Abordei neste capítulo trajetórias dos usuários para o acesso ao hospital. O atalho foi recorrente por 5 (cinco) dos 6 (seis) entrevistados. Houve a construção de um subsistema informal imbricado ao SUS. O SUS apresenta-se na sua história como um sistema em movimento, incorporando formalmente novas formas de organização dos serviços de saúde como as Redes de Assistência em Saúde (RAS) e novas práticas como as da chamada medicina alternativa ou complementar. Um SUS que se refaz no seu caminho de institucionalização aponta para um novo desenho de acesso, antes era um desenho vertical, atualmente a proposição é de um desenho horizontal. As políticas de saúde permeiam a discussão sobre redes de cuidado em saúde, conceitos estudados por pesquisadores da área que penetram as instituições e estão em reavaliação e aprimoramento. As redes de cuidado ou malhas (CECÍLIO; MERHY, 2003) avançam no sentido de repensar o modelo de cuidado verticalizado do SUS, com olhar para dentro das instituições, para o processo de trabalho, portanto, para as equipes. O sistema mostrou-se fechado, aberto ou entreaberto? Os usuários que lançaram mão do atalho buscaram relações horizontalizadas por meio dos laços afetivos ou não, pelas relações pessoais. Todos eles caminharam pela atenção básica e, alguns, pela urgência e emergência, mas não conseguiram chegar ao destino burocrático do hospital pela via formal, lançaram mão da informalidade, das relações sociais que derrubam barreiras burocráticas impessoais, que às vezes, contribuem para o agravamento e até a morte das pessoas. Há um misto de modelos administrativos gerenciais no hospital: há o formal SUS, ainda na versão clássica e hospitalocêntrica e a versão informal ou instituinte das redes sociais e seus laços fracos.

O Hospital Universitário João de Barros Barreto é uma instituição cinquentona e já enfrentou várias fases históricas da política de saúde brasileira. As perguntas são: um hospital que nasceu num modelo de saúde sanatorial, passou pela

implantação do SUS e de identificação como Hospital de Ensino, como vivenciou essas fases? Quais os desenhos de organização dos serviços relatados pelos trabalhadores e gestores? O hospital comunga de um único desenho de organização? Será que seus usuários já não clamam e constroem informalmente uma rede de acesso descentralizada e horizontal?

6 O QUE DIZEM OS TRABALHADORES E OS GESTORES SOBRE O “ATALHAR” NO HOSPITAL: AS REDES DE ACESSO INFORMAL RETROALIMENTADAS PELO SISTEMA FORMAL

6.1 Os trabalhadores do hospital e os gestores

6.1.1 O perfil dos entrevistados

As entrevistas com os trabalhadores foram realizadas nos meses de abril, maio, julho e outubro de 2014. Foram 9 (nove) entrevistados, dois agentes administrativos, uma secretária e outro funcionário do setor de Registro Geral de Pacientes (RGP). Uma enfermeira, exercendo o cargo de gerente de enfermagem do ambulatório; duas assistentes sociais, uma delas exercendo o cargo de administradora do ambulatório e a outra exercendo suas atividades na assistência aos usuários do ambulatório; uma psicóloga e dois médicos que atendem no ambulatório e o diretor do Hospital.

O perfil dos entrevistados revelou que os dois trabalhadores que exercem atividades no hospital há menos tempo, a exercem há 2 anos, e outro há 3 anos. Os demais revelaram ter 10, 20, 21, 23 anos de trabalho no hospital. Todos os entrevistados lidam com os usuários em níveis diferenciados. Eles relataram conhecer a prática do atalho e, com exceção de dois, os demais revelaram intermediar ou buscar o atalho em situações diversas no Hospital ou mesmo fora dele. O atalho recebe denominações como encaixe, a porta da esperança e o extra. Há uma espécie de personagem que é favorecida no atalho, ela é descrita por um médico e por uma agente administrativa, o personagem é chamado de cupincha⁵⁰.

O cupincha é o personagem do atalho que transita e é conduzido na rede:

[...] você diz: - eu tenho um cupincha. Significa que ele precisa ser atendido [...] um parente, um parente do parente, ele tem sempre um funcionário ou alguém próximo do profissional que intermedia aquele atendimento e aí passa a ser uma via de mão dupla, porque quando eu tenho também um paciente que precisa ser atendido pela psicologia, e eu não conheço ninguém da psicologia eu procuro alguém que conhece para levar aquele doente (Entrevista Sr. Adalberto. Belém, 11/07/2014)

⁵⁰Camarada, companheiro, comparsa, amigo; cupincha. (FERREIRA, 2009, p. 589).

Os atalhos ocorrem por diferentes caminhos e com eles as justificativas ou explicações. A classificação dos atalhos apontou categorias nativas como: o apadrinhamento de familiares, amigos e conhecidos; o apadrinhamento político; o desconhecido com necessidade (urgência e emergência); o desconhecido que surgiu por intermédio de alguém e o cupincha encaminhado de profissional para profissional. Nesta última classificação há uma extrapolação do atalho para além do Hospital abrangendo outros estabelecimentos de saúde e outros profissionais.

As explicações para a prática do atalho são de cunho macro, como a ineficiência do sistema de saúde, a responsabilidade ética dos médicos, a concepção cristã e filantrópica sobre a saúde, até questões micros como o mau diagnóstico pelo médico e os encaminhamentos aos setores do hospital fazendo o usuário perder tempo, o preenchimento de vagas para consulta no ambulatório, o aparelhamento tecnológico do hospital. Os argumentos misturam explicações racionais e relações de pessoalidade. A prática dos trabalhadores congrega as ações definidas pelo sistema formal e as práticas do chamado subsistema SUS. Os trabalhadores lidam cotidianamente com ambas as práticas, mas sabem distingui-las.

O termo atalho foi identificado pelos entrevistados com as denominações de encaixe, a porta da esperança e o extra. O encaixe é definido como a ocupação de uma vaga que estava disponível. *“Hoje mesmo eu estava no ambulatório, e se tiver vaga pra encaixar o paciente, eu encaixo”* (Entrevista Roger. Belém, 03.04.2015).

A porta da esperança é um termo usado para definir a entrada dos usuários que vêm em busca do acesso à consulta, sem o agendamento prévio pelo Departamento de Regulação do SUS e aguardam na porta do consultório médico.

É por analogia aquele... Aqui eu comecei ironicamente a chamar desse modo em analogia aquele programa do Silvio Santos, então abre a porta da esperança, que é uma maneira de quebrar um pouco com esse clima extremamente adverso (Entrevista Sr. Adalberto. Belém, 11.07.2014).

O extra é uma das formas de atendimento do médico ao usuário atalhador, ele é incluído na agenda do consultório como consulta extra.

Às vezes eu vejo ambulatórios vazios, é uma tristeza porque você está sabendo da questão social, e o que acontece, se me vem um caso eu fiquei sabendo às vezes que houve até pedido de colegas eu percebo que é importante um atendimento, eu não posso tirar a vaga pra atender àquele

caso, por esse motivo eu vou e faço algo por escrito e digo: olha, esse aqui é um paciente extra (Entrevista Clementino. Belém, 22.10.2014).

Ambos os termos traduzem formas de entrada, de acesso dos usuários para consulta no hospital por meio informal e formalizado burocraticamente.

6.1.1.1 Algumas definições de atalho no HUIBB e uma descoberta de atalho em Lisboa-PT, “a cunha”.

É aquele paciente que conhece alguém ou que tenha sido acompanhado por nós ou alguma coisa assim, então ele vem e procura o profissional “x” que disseram que ele poderia resolver, entre aspas, o caso dele (Entrevista Adalberto. Belém, 11.07.2014).

Ele não tem uma demanda espontânea, eu vinha passando e pensei em me consultar no angiologista e vou estar aqui, não, ele tem que ter algum Q.I, alguém aí, que vai da direção até alguém da limpeza que nem funcionário do hospital é. Pra mim é a mesma coisa é cupincha do mesmo jeito. (Entrevista Adalberto. Belém, 11.07.2014).

[...] a gente consegue encaixar esse paciente que é amigo do amigo, o conhecido do vizinho, o familiar, sei lá, o pai, a mãe, a gente consegue fazer isso. (Entrevista Anastácia. Belém, 2014).

É quando o chegado, o conhecido né, ou o parente ou um amigo teu chega pra pedir uma consulta, até pra estranho mesmo eu já fiz, até pra estranho, pessoas que eu não conhecia, de chegar com o médico [...] contar a situação da pessoa ou do usuário, aí ele faz, coloca no receituário autorizando pra abrir a matrícula, aí ele atende esse paciente (Entrevistada Dolores. Belém, 02.04.2015).

É o paciente que vai aventurar (Entrevista Clementino. Belém, 22.10.2014). Acessar o hospital por amigos, funcionários ou o próprio paciente conversar com o médico dele e dizer que tem o caso e o próprio médico atender (Entrevista Márcia. Belém, 22.10.2014).

Conhecido que conseguiu, alguém ajudou [...] conhecia alguém que é influente [...] alguém da área médica, conhece e liga ou alguém da política, o secretário do município, alguém que conhece alguém na área da saúde (Entrevista Leonora. Belém, 02.04.2014).

[...] eu vou àquele hospital porque eu tenho lá uma cunha, ah sim! Ou seja, porque tenho ou alguém tem um médico dentro do hospital que é meu amigo ou de outra pessoa e então eu vou pedir para essa pessoa falar com o médico pra ver se ele pode arranjar uma consulta ou se pode vir, é isso que se chama uma cunha (Entrevistada Maria Filó. Lisboa-PT, 01.12.2014).

O atalho no HUIBB foi identificado como uma forma de acesso diferente do acesso formal gerenciado pelo DERE. Os casos de atalho evidenciaram relações entre o usuário e os funcionários do hospital, alguns indiretamente, envolvendo

terceiros (pontes) para chegar ao médico e alguns casos em que o paciente chega diretamente com o médico e solicita o atendimento.

É precoce acenar para um estudo comparativo entre o HUJBB, em Belém-PA e o Mercado de Campo de Ourique, em Lisboa-PT, mas identifiquei alguns pontos convergentes sobre o atalho nos dois lugares. Em Lisboa-PT, o termo usado genericamente para conseguir algum tipo de favor é denominado de “cunha”. Os lisboetas, do Campo de Ourique, também acessam os serviços de saúde por meio do acesso informal. Há diferença referente à regulação, no sistema de saúde público português os encaminhamentos para as especialidades e outros procedimentos são realizados pelos próprios médicos, não há uma intervenção direta da regulação pelo estado, mas mesmo assim ainda há ineficiências no sistema. O estudo de Carapinheiro (2001) sobre “percursos terapêuticos” identificou trajetórias informais dos usuários do sistema de saúde que, segundo a autora, “minimizam as ineficiências do sistema” (CARAPINHEIRO, 2001, p.335). Devido à limitação do tempo em Lisboa-PT, não foi possível aprofundar a prática do “cunha”, apenas constatar que ela é um fenômeno entre os lisboetas e é aplicada na saúde.

Nas definições de atalho vivenciadas no hospital foi identificado que o acesso ocorre por meio das relações pessoais, o conhecido do conhecido, o amigo, o parente ou ainda intermediado por alguém que desempenha algum cargo ou influência nas instituições de saúde ou ainda aquele que está desempenhando um cargo político. Este último caso é mais raro, foi citado duas vezes, mas apenas um dos entrevistados o detalhou como forma de acesso. As relações pessoais para o atalho, em sua maioria são realizadas por pessoas “pontes” (GRANOVETTER, 1983), pessoas que intermediam o acesso e que não mantêm necessariamente laços de parentesco. As pontes poderão ser diretas, aqueles que pedem diretamente ao médico para a consulta ou a indireta, aquele que informa como o outro poderá conseguir o atendimento. Um caso diferencial de ponte foi o descrito por um dos trabalhadores, é aquela pessoa que exerce um papel de autoridade/mando, é a do político ou daquele que exerce cargo na administração pública, neste caso usa da sua autoridade para conseguir o acesso. Nas demais situações as pontes que são realizadas por via dos “laços fracos” (GRANOVETTER, 1983) e não autoritários.

As definições de atalho congregam a relação de proximidade e ao mesmo tempo apresentam gradações nos níveis das relações, tornando o atalho heterogêneo em nível das relações vivenciadas. A relação entre um paciente que

conhece alguém que o indica para um médico é diferente da relação do outro que é parente de um amigo. É diferente daquele paciente que chega diretamente para aventurar o atendimento e ainda difere da solicitação de alguém influente. As diferentes relações sociais estabelecidas não configuram uma instituição patrimonialista na sua totalidade, o hospital sofre a influência patrimonialista misturada a uma visão de universalidade proposta pelo SUS e por princípios cristãos. Os princípios cristãos identificados são os ligados à caridade, principalmente, eles foram interpretados através das falas dos trabalhadores nas suas relações com os usuários, e mostrou-se uma influência para o acesso por meio do atalho no hospital.

As relações e a entrada do usuário momentaneamente por fora do sistema de regulação (DERE) são atalhos, e dependem da rede de relações que os leva ao acesso, elas são alargadas e com muitas ramificações, agregando pessoas por meio dos laços fortes e dos laços fracos (GRANOVETTER, 1983), o que propicia uma rede aberta, em construção.

6.1.1.2 As tipologias do atalho no hospital

Foram revelados pelos trabalhadores tipos de atalho classificados em cinco categorias: 1) apadrinhamento; 2) pedidos políticos; 3) os de urgência e emergência; 4) os de interesse particulares; e 5) os atalhos formais mascarados pelos falsos diagnósticos na AIH. Essas categorias por vezes são agrupadas. O apadrinhamento é compreendido como o acesso facilitado pelos funcionários. Os pedidos políticos são imposições dos políticos que ocupam cargos de gestão no sistema de saúde. Os casos de urgência e emergência são situações obrigatórias, primordialmente dos profissionais médicos. Os casos de interesses pessoais envolvem funcionários que buscam interesses particulares, com suspeitas de envolvimento financeiro e aqueles que buscam algum benefício político. Os diagnósticos na AIH representam o poder médico e as tentativas de atalho por meio legal.

Para um dos trabalhadores há duas vertentes subdivididas, uma delas o apadrinhamento:

Este atalho tem duas vertentes, uma que a gente costuma chamar de apadrinhamento, é o fato do paciente ou os seus familiares terem conhecimento dentro da instituição ou até um bom relacionamento com o

próprio médico e aí, é encurtado, ou seja, é criado esse atalho e o médico acaba favorecendo esse determinado paciente por consideração ou vínculo de amizade. A outra vertente é o grau da gravidade do quadro[...] é o que a gente chama de demanda espontânea, tá. Muitas vezes o paciente chega na porta do hospital em estado grave e ao ser avaliado a gente detecta que existe uma emergência, o paciente precisa de um atendimento e a gente acaba é por internar o paciente [...] e tem os pedidos políticos a gente não pode deixar, um tipo de apadrinhamento são dos políticos (Entrevista Agostinho. Belém, 06.05.2014).

Para outros há em alguns casos, interesses pessoais envolvidos:

Porque tem pessoas de má índole, abusam, funcionários abusam, e muito [...] comigo mesmo já aconteceu. Eu lembro que tem uma certa pessoa que trabalha à noite aqui, então o cartão SUS só abre pra paciente nosso, mas a gente abre exceções, né. Aí tinha uma certa pessoa à noite num plantão, toda noite vinha pedir um cartão SUS, pra tirar, aí eu abri um, dois, três, quatro, cinco, aí eu disse: tá me tirando[...] como se eu tivesse obrigação, eu disse não, você está me tirando, eu não vou tirar pra você e vou conversar com o pessoal do dia pra não tirar mais pra você. Porque eu não sei qual a intenção dele aqui [...] mas tá abusando já (Entrevista Roger. Belém, 03.04.2014).

A gente ouve falar, mas eu durmo despreocupado, graças a Deus! Eu vejo muito assim sabe como um dinheiro maldito, você estar se favorecendo de algo assim que é um direito [...] não é eu que estou aqui desse lado pra me favorecer (Entrevista Roger. Belém, 03.04.2014).

Para um profissional médico no passado alguns colegas de profissão usavam o atalho como benefício político:

Houve um tempo, no passado que a pessoa olhava o hospital com esse aspecto e marcava pensando em algum benefício político, entendeu? Não, eu vou dizer porque eu já trabalhei no Barros, eu conheço e tal, manda, fala com o fulano (Entrevista Clementino. Belém, 22.10.2014).

Entre as instituições hospitalares há uma forma de atalho por meio das regras do sistema que é o encaminhamento por uma guia de internação denominada de AIH. Um médico de um outro estabelecimento de saúde preenche a guia e encaminha para um determinado hospital de referência. Em alguns casos esse profissional preenche o diagnóstico de forma que induza a internação para determinado hospital. Este fato poderá ocorrer por diversos e diferentes motivos. Um dos motivos poderá ser o contato com algum trabalhador do hospital que informa a vaga de leitos.

Às vezes tem hospitais que “maquiam” a patologia para poder internar aqui no hospital, às vezes o paciente vem com uma patologia que não é nem

nossa aqui no hospital, aí cadastram uma septicemia, mascaram pra poder internar aqui: Aí quando chega aqui, que vai fazer o exame e tudo a gente vai ler a AIH do paciente, a gente percebe que não é o perfil nosso, como já aconteceu [...] chega aqui e não é uma septicemia [...] tem que chamar um médico, tem que explicar porque foi passado como septicemia. (Entrevista Roger. Belém, 03.04.2014)

O entrevistado contou uma situação:

Uma vez uma paciente tinha 15 anos, essa menina foi cadastrada por Ananindeua, eles cadastraram como septicemia, aí quando chegou aqui ela tinha uma leucemia e com resultado e tudo, aí chamou o médico e a gente foi explicar para a família [...] olha não é perfil nosso aí explicamos, aí a menina foi direto para o CTI. Então a gente vai internar ela e solicitar a transferência [...] aí desceu a guia de transferência, mas a gente sabe que não consegue [...] de uma hora para outra [...]a moça acabou evoluindo a óbito (Entrevista Roger. Belém, 03.04.2014).

As variações do atalho e as avaliações para os tipos de atalhos relatadas pelos próprios trabalhadores propiciam análise sobre valores subjacentes referentes a formação dos trabalhadores. Início por uma discussão sobre os princípios morais estabelecidos institucionalmente. O hospital como instituição pública poderá ser interpretado como de propriedade pessoal (patrimonialismo) por alguns trabalhadores, no entanto há uma premissa para o serviço público e para o SUS que perpassa pelo direito dos cidadãos à saúde, junto a estes dois grandes eixos há uma terceira influência, a cristã. O processo saúde-doença ao longo da sua história foi permeado pelos princípios da caridade cristã. A história do Hospital reafirma este princípio por ter sido uma instituição dirigida por uma irmandade católica. A relação saúde-doença e morte está atrelada à religião, o que promove nos trabalhadores conviverem com diferentes princípios norteadores e que refletem na prática do atalho.

A cultura brasileira é considerada heterogênea, sincrética e avessa à impessoalidade (BARBOSA, 2006) em reação ao racionalismo (WEBER, 1974) influenciada por teorias como a do patrimonialismo e a do personalismo (MENDONÇA, 2002), e mais recentemente a cidadania, em 1988, que integra uma doutrina dos direitos universais, institucionalizada pela Constituição Federal, com ênfase ao direito à saúde. Os trabalhadores do hospital estão inseridos no processo institucional que alimenta os diferentes princípios e por muitas situações conflitantes. Os trabalhadores são conhecedores principalmente das regras, das leis para manter a estrutura formal, mas convivem com os princípios históricos internalizados nas

relações sociais. Buscam atuar como trabalhadores que agregam boas relações entre si e com os usuários. É um jogo nas relações que perpassam diferentes interesses mediados pelo SUS formal e pelo sistema informal pessoalizado.

As relações entre os trabalhadores e os usuários fazem parte do jogo de poder institucional que reúne saberes dos diferentes agentes envolvidos. Foucault (1996) discute o poder e as suas relações e apresenta duas vertentes:

Poderíamos assim opor dois grandes sistemas de análise do poder: um seria o antigo sistema dos filósofos do século XVIII, que se articulava em torno do poder como direito originário que se cede, constitutivo da soberania, tendo o contrato como matriz do poder político. Poder que corre o risco, quando se excede, quando rompe os termos do contrato, de se tornar opressivo. Poder-contrato, para o qual a opressão seria a ultrapassagem de um limite. O outro sistema, ao contrário, tentaria analisar o poder político não mais segundo o esquema contrato-opressão, mas segundo o esquema guerra-repressão; neste sentido, a repressão não seria mais o que era a opressão com respeito ao contrato, isto é, um abuso, mas, ao contrário, o simples efeito e a simples continuação de uma relação de dominação. A repressão seria a prática, no interior desta pseudo-paz, de uma relação perpétua de forças (FOUCAULT, 1996, p. 177).

As duas vertentes não são inconciliáveis, poderão constituir-se articuladas na realidade.

O poder interpretado por Foucault (1996) é sintetizado como mecanismo de repressão e/ou como um combate, um confronto “[...] o poder é a guerra, guerra prolongada por outros meios” (FOUCAULT, 1996, p.176). Ele então trabalha com duas hipóteses sobre o poder: 1) o mecanismo de poder como repressivo, mediado por um contrato, que o autor chamou de hipótese de Reich; e o 2) baseado nas relações de poder no “confronto belicoso das forças” (FOUCAULT, 1996, p. 176), hipótese de Nietzsche.

No hospital, os tipos de atalhos movimentam-se entrelaçando o apadrinhamento, a avaliação clínica (urgência e emergência), os pedidos particulares, os diagnósticos induzidos na AIH e, em alguns casos, o pedido político. As tipologias servem de justificativas para o exercício do atalho e estão baseadas em valores pessoais e cristãos, como é o caso do atendimento de um familiar ou conhecido e daqueles que chegam enfermos e são identificados como de baixa renda, além dos favorecimentos políticos, que incluem troca de favores e/ou obediência hierárquica. Outro valor é o profissional, como é o caso da avaliação

clínica prevista no código de ética dos médicos e o diagnóstico redigido na AIH. Todos os tipos de atalhos incluem uma rede de relações de poderes e saberes.

Usando a categoria analítica de Max Weber “o ideal típico” identifiquei os tipos de atalhos e a sua relação com o poder e o saber (FOUCAULT, 1996). Desde o acionamento até a concessão do atalho são percorridos caminhos envolvendo relações sociais de poderes e de saberes, estes invisibilizados institucionalmente, mas que são parte de um jogo de forças que se aproxima do “confronto belicoso” e dos saberes dos trabalhadores e usuários sobre o SUS, acrescido das relações institucionais. Elaborei uma classificação e analisarei os tipos de atalhos, mas antes apresentarei as categorias analíticas dos saberes que irei trabalhar.

Por saber dominado, entendo duas coisas: por um lado os conteúdos históricos que foram sepultados, mascarados em coerências funcionais ou em sistematizações formais [...] o aparecimento dos conteúdos históricos que permitiu fazer a crítica efetiva tanto do manicômio quanto da prisão; e isto simplesmente porque só os conteúdos históricos podem permitir encontrar a clivagem dos confrontos, das lutas que as organizações funcionais ou sistemáticas têm por objetivo mascarar [...] Em segundo lugar, por saber dominado se deve entender outra coisa e, em certo sentido, uma coisa inteiramente diferente: uma série de saberes que tinham sido desqualificados como não competentes ou insuficientemente elaborados: saberes ingênuos, hierarquicamente inferiores, saberes abaixo do nível requerido de conhecimento ou de cientificidade. Foi o reaparecimento destes saberes que estão em baixo – saberes não qualificados, e mesmo desqualificados, do psiquiatrizado, do doente, do enfermeiro, do médico paralelo e marginal em relação ao saber médico, do delinquente, etc., que chamarei de saber das pessoas e que não é de forma alguma um saber comum, um bom senso mas, ao contrário, um saber particular, regional, local, um saber diferencial incapaz de unanimidade e que só deve sua força e dimensão que o opõe a a todos aqueles que o circundam – que realizou a crítica (FOUCAULT, 1996, p. 170)

O autor complementa sobre o acoplamento entre os dois saberes e a genealogia, denominação do autor para o processo dos saberes.

Parece-me que, de fato, foi este acoplamento entre o saber sem vida da erudição e o saber desqualificado pela hierarquia dos conhecimentos e das ciências que deu à crítica destes últimos anos sua força essencial [...] E esta genealogia, como acoplamento do saber erudito e do saber das pessoas, só foi possível e só se pôde tentar realizá-la à condição de que fosse eliminada a tirania dos discursos englobantes com suas hierarquias e com os privilégios da vanguarda teórica [...] Trata-se de ativar saberes locais, descontínuos, desqualificados, não legitimados, contra a instância teórica unitária que pretenderia depurá-los, hierarquizá-los, ordená-los em nome de um conhecimento verdadeiro, em nome dos direitos de uma ciência detida por alguns (FOUCAULT, 1996, p. 170-171).

Retornando para os atalhos e as suas tipologias poderemos questionar: quais os saberes e os poderes que atuam no jogo de forças das relações sociais para ativação e acesso ao atalho?

- 1) Atalho por apadrinhamento: quais as forças em jogo? De um lado a regra formal, representada pelo DERE, a regulação do SUS, o que identifiquei como o poder racional, caracterizado pela impessoalidade. Do outro as relações sociais pessoalizadas, ligadas a um sentimento de parentesco, de amizade e de benemerência, este último típico dos valores cristãos. Quais os saberes que estão em jogo? As sistematizações formais incluídas no campo dos saberes históricos, ligados a uma ciência da administração pública representada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e os saberes não qualificados, representados pelo conhecimento que os trabalhadores possuem tanto das regras e normas gerais como das regras e normas locais, particulares do próprio hospital. Há uma intersecção entre poder e saber. O mesmo trabalhador que conhece e detém o saber qualificado (o do SUS) também detém o saber desqualificado, o saber local, particular. Ele acessa hegemonicamente, dependendo da necessidade, um ou outro saber poder. Ao receber a solicitação do atalho, o trabalhador avalia a situação, verifica se a doença é referência para o hospital, consulta os dados no sistema para saber se há vagas, qual o médico disponível e se o médico faz parte da rede daqueles que concedem o atalho, aí então encaminha. Ao encaminhar o usuário, o trabalhador já acionou a rede formal, o DERE, para posteriormente configurar o encaixe e formalização do usuário no sistema do SUS. O poder e o saber acionados, ligados às relações sociais construídas no ambiente de trabalho deslocam conhecimentos múltiplos e um jogo que inclui as relações hierárquicas na instituição hospitalar. O jogo de poder aproxima-se do que Foucault (1996) denominou belicoso e faz-se entre a sistematização formal e hierárquica do SUS e a vertente da administração impessoal e a informal e pessoalizada inerente às relações sociais estabelecidas e à formação de laços permeada pelas relações no trabalho.
- 2) Atalho por urgência e emergência: Neste caso a diferença é entre o tipo de saber, o saber médico institucionalizado e qualificado pela ciência que justifica a entrada do usuário. O médico decide sobre o quadro clínico e a emergência para o atendimento do usuário. O médico está amparado por um

outro tipo de saber institucionalizado, o código de ética médica. Neste caso, o acesso por via do atalho é plenamente aceitável e justificável para a administração pública e remete a uma interpretação sobre o poder dos médicos na instituição hospitalar, o qual tratarei com maior detalhe no capítulo seguinte. Neste caso, não há uma relação belicosa entre as forças, aproxima-se mais do caráter autoritário e de repressão do poder médico diante das regras institucionais que definiram que o hospital não atenderia urgências e emergências (porta aberta) e só trabalharia com usuários encaminhados pela central de regulação. A autonomia do saber médico é inquestionável e tem o aval para descumprir uma regra geral. Ele é autorizado a realizar o acesso ao usuário avaliado como de emergência.

- 3) O atalho mascarado pela AIH. O acesso à internação não foi o objeto de estudo desta tese, no entanto, nas entrevistas este tipo de atalho foi referido e por isso foi incluído para esta análise.

Este tipo lida com os múltiplos saberes formais. Um dos saberes é o conhecimento sobre o SUS e os mecanismos de funcionamento da rede de serviços, as referências e o saber do médico que avalia e diagnostica o usuário. O saber do médico em diagnosticar um paciente não poderá ser questionado por um trabalhador não médico, para alterar o diagnóstico inicial o usuário seria reavaliado por um outro profissional médico, o que provocaria uma situação de enfrentamento entre dois médicos. Uma reavaliação do usuário e a identificação de uma doença não tratável pelo hospital remeteria a uma transferência para outro hospital ou a não aceitação do usuário e a sua devolução para o DERE. Este fato deixaria o usuário numa situação de interstício, liminaridade no sistema, sem um local (hospital) a ser atendido. A situação de não aceitação do usuário é de difícil resolução pelo fato da dificuldade de vagas de leitos nos demais hospitais públicos e o hospital anterior, por vezes o PSM, não dispõe mais da vaga. Duas situações são apresentadas, uma referente ao enfrentamento dos dois médicos sobre diagnósticos diferentes e o outro sobre a situação de não haver lugar para o usuário se não aceito no hospital. Geralmente o usuário é aceito para a clínica médica, e posteriormente, se o caso requerer um tratamento de uma especificidade (um tipo de câncer, por exemplo) será tentada uma transferência, que por vezes ocorre por meio das relações pessoais entre médicos. O acesso via AIH mascarada é uma estratégia de acesso que mistura

as vias formais, expressa no uso da rede SUS, da regulação, dos conhecimentos históricos e dos saberes particulares registrados nos diagnósticos que induzem para a entrada no hospital. O próprio profissional médico, por vezes, é induzido pela família e conhecidos dos usuários, que conhecem alguém no Hospital Barros Barreto e conseguem um leito e, então, conversam com o médico para que ele induza a internação no hospital.

4) O pedido político: é um tipo descrito por aqueles que exercem um cargo de direção no hospital. Os saberes aqui identificados envolvem o histórico referente à ciência política, ou pelo menos parte dela, um saber sobre as posições hierárquicas institucionais, complementado pelo saber sobre o SUS e o saber particular do gestor para encaminhar o pedido de atalho para os profissionais-chave no hospital. Identifico uma forma de poder sincrético, que agrega um poder autoritário e o poder das forças belicosas. Na relação com os solicitantes (gestores em nível de Estado) há uma obediência a um contrato implícito (a troca ou a negação de favores, principalmente os de ordem financeira) que ao mesmo tempo representa uma relação de belicosidade, pois há um jogo de interesses envolvendo o Estado e o Hospital. Na relação entre o gestor do hospital e os trabalhadores médicos, há uma relação que envolve os dois tipos de poderes, um hierárquico, de cumprimento de uma determinação de um superior, sujeito a uma represália e o outro de forças, pois é sabido que o atalho é um ato não prescrito no contrato formal de trabalho. Os saberes e os poderes estão entrelaçados e, por vezes, um deles é hegemônico.

Nos tipos apresentados anteriormente, dependendo das relações, são identificados com maior ou menor força os poderes e saberes no hospital, tanto os poderes do contrato, opressivo quanto o do poder das forças belicosas (FOUCAULT, 1996). Os saberes também são sincréticos, os saberes históricos representados pelos conhecimentos da ciência administrativa pública, da ciência política e da ciência biomédica acrescidos dos saberes particulares representados pelo conhecimento dos usuários e seus agregados, dos conhecimentos dos trabalhadores como os dos técnicos administrativos, dos médicos e do gestor complementam-se nas relações sociais e na formação das redes para o acesso ao SUS.

As diferenças apresentadas nos tipos de acesso versam principalmente sobre os atores acionados na rede e a sua força nas relações de poder. No primeiro tipo, atalho por apadrinhamento, o sujeito principal para intermediar o atalho foi o técnico administrativo, que acessa o sistema e as relações pessoais no ambiente hospitalar. O tipo de poder é mais o de ponte entre o solicitante-usuário e o concedente-médico. Ele detém um poder que é o de controle do número de consultas por médicos e os tipos de especialidades. Na cadeia do poder ele exerce um poder intermediário, daquele poder que outros profissionais irão necessitar para formalizar o usuário atalhador no SUS.

O segundo tipo, o da urgência e da emergência, o sujeito concedente do atalho é diretamente o médico, ele tem o poder de determinar a gravidade e o acesso do usuário ao hospital, sem a intermediação da central de regulação, neste caso o poder médico é de primeira instância, pois ele poderá alterar as regras pré-estabelecidas no SUS.

O terceiro tipo, o do mascaramento da AIH, também destaca o poder médico em diagnosticar e encaminhar uma situação pelas vias formais (DERE), com o aval do profissional habilitado para identificar e encaminhar a situação. O poder do médico que diagnosticou inicialmente só poderá ser questionado por um outro profissional médico.

No quarto tipo – o do pedido político – o sujeito concedente do atalho é o gestor do hospital, que está imbuído do poder médico e do poder institucional e exerce um poder hierárquico superior na escala, exercendo diante dos demais trabalhadores um mando, disfarçado em ordens concedidas pela estratificação de cargos, o gestor é legitimado por um contrato, formalizado por uma portaria e pelo estatuto do hospital que prevê os cargos, as funções e as atribuições. O atalho referido é acionado pelo usuário e por um dos gestores da esfera estadual, que também está legitimado para exercer um cargo administrativo que na estratificação está acima do gestor hospitalar.

Há uma hierarquia no poder para a intermediação e para a concessão do atalho no hospital, que envolve tanto o gestor estadual quanto o do hospital, o médico e o técnico administrativo. Os saberes são de várias ordens, os chamados de desqualificados ou particulares e os históricos. Ambos atuam nas relações belicosas e na relação de poder repressiva, inter cruzando-se na rede de relações constituídas de sujeitos externos (usuários) e internos (trabalhadores do hospital).

Os saberes acionados para o atalho interagem com os poderes, no entanto, destaco dois tipos de saberes presentes no cotidiano do hospital, um está ligado à medicina liberal praticada pelos médicos (CARAPINHEIRO, 2005) e o outro ligado aos preceitos cristãos. Ambos os saberes interferem e são acionados para a concessão do atalho. Interpretei que o saber referente aos preceitos cristãos também é acionado pelos usuários que indiretamente solicitam a caridade pela situação de adoecimento. As situações de atalho que se aproximam dos saberes da medicina liberal e dos valores cristãos são denominados como porta da esperança, encaixe ou extra pelos intermediários e por aqueles que concedem o atalho.

6.1.1.3 A seleção para o acesso por meio do atalho e as suas denominações: o encaixe, a porta da esperança e o extra.

Os trabalhadores ao serem questionados sobre a seleção dos usuários para os atalhos, em sua maioria, negaram a seleção, o discurso era o de que todo e qualquer era aceito, independente da pessoa. A negação inicial da seleção dos usuários para o atalho foi interpretada como um modo de referir que as entradas são desinteressadas de algum benefício pessoal, demonstrando a indistinção entre os que chegam. Um dos trabalhadores revelou que outros colegas de trabalho fazem a diferenciação, principalmente entre mulheres e homens com apelo à sexualidade das mulheres. No entanto, esse critério pessoal não foi explorado pelos entrevistados, apenas citado por um deles.

Qualquer um que chega se tiver vaga eu encaixo; não existe pra mim carinho bonitinha, não existe. Outra coisa que eu não admito aqui nesse hospital, eu não admito, é chegar a D. Mariazinha, seu Joaquinzinho é tratado de uma forma e chega uma menininha de top é tratada de outra forma, eu não admito tem que ser tratado de forma igualitária, pra quem quer que chegue, mas a gente vê disso aqui. (Entrevista Roger. Belém, 03.04.2015).

Atendo o desconhecido. Difícilmente eu não atendo, apenas na especialidade (Entrevista Adalberto. Belém, 11.07.2014).

Não, não eu não faço seleção [...] não, não só a especialidade dele, é o angiologista, é o pneumologista, o cirurgião plástico, todos do ambulatório (Entrevista Dolores. Belém, 02.04.2014).

O princípio da universalidade no atendimento é revelado nas falas dos trabalhadores, incluindo críticas àqueles que diferenciam mulheres de homens, e,

privilegiam em determinadas situações as mulheres por pertencerem a um padrão de beleza física adotada pelos trabalhadores do sexo masculino. Para o acesso ao serviço de saúde independente de critérios pessoais inicialmente revelados, há os critérios estabelecidos pelo SUS, como as referências credenciadas pelo SUS para o atendimento dos usuários – as especialidades. É um critério estabelecido formalmente, independente daqueles que irão intermediar ou efetivar o atalho. O que configura ao atalho um caminho que precisará de saberes diferenciados para acessá-lo, e os saberes estão distribuídos entre as esferas formais, o SUS, os usuários e os trabalhadores.

Os entrevistados nas falas sobre o atalho revelaram algum critério para inclusão do usuário que não estava diretamente ligado a quem facilitava ou intermediava o atalho, e sim, a alguns critérios classificados como formal e como informal. Um dos critérios é o de ter vaga para a consulta, o outro é o de ser uma consulta para as especialidades atendidas no hospital, em alguns casos a urgência e emergência da situação, a interconsulta solicitada por um médico, o usuário já ser paciente do hospital, a aceitação pelo médico em atender e a forma como o usuário solicita o atalho.

Como urinar sangue, por exemplo, é uma urgência, aí com o papel meu, que está com a minha assinatura ele vai, eu vou atender os pacientes do ambulatório e vou atender ele como extra [...] acho que esse é um sistema justo (Entrevista Clementino. Belém, 22.10.2014);

Então, o que a gente faz com esses pedidos, a gente vai encaixando conforme a vaga, tendo vaga a gente encaixa conforme a meta do hospital [...] A gente oferta duas consultas pra cada médico ao dia, e assim quando são doze vagas de consulta, oito são retorno, um egresso e dois casos novos. Quando eles não vêm[...] a gente precisa que os médicos atinjam as metas [...] por causa disso a gente consegue encaixar o paciente (Entrevista Anastácia. Belém, 2014);

Mas na verdade essa triagem não existe, teria que ter a referência (do Hospital), médico aceitar e a demência. Olho primeiro a agenda [...] tendo vaga, dependendo do dia[...] converso com o médico, eu ligo pergunto se eu posso fazer, ele autorizando eu faço o encaixe (Entrevista Anastácia. Belém, 2014).

Outra fala que complementa a questão da disponibilidade da vaga:

[...] tem uma outra forma, eu olho no SISREG o paciente não chegou no hospital, eu abro (prontuário) no lugar daquele paciente que vinha pela central e aí que a gente encaixa (Entrevista Anastácia. Belém, 2014).

Os critérios de seleção apresentados acentuam um caminho para o atalho, ou vários caminhos que devem seguir alguns critérios gerais e externos e os critérios internos. Um primeiro critério é o de que o diagnóstico apresentado pelo usuário seja da referência do hospital, o segundo é a possibilidade de vaga. Este segundo é uma exigência parcial, pois alguns profissionais médicos atendem além da meta estabelecida. No entanto, vale ressaltar o discurso do alcance das metas, o que é traduzido para a produção hospitalar que envolve recursos financeiros para sustentabilidade do hospital. Há um discurso administrativo racional que sustenta a prática do atalho, o de atingir as metas estabelecidas no contrato anual efetivado entre a Secretaria Municipal de Saúde, intermediado pela Secretaria de Estado de Saúde e coordenado pelo Ministério da Saúde.

Aparecem dois grandes blocos para a seleção dos usuários para o acesso por meio do atalho, os critérios estabelecidos sobre a referência do hospital e a disponibilidade de vagas. A disponibilidade de vagas depende das situações não controláveis, pois as vagas disponibilizadas pelo hospital poderão ser por falta/ausência do usuário no dia da consulta ou por não encaminhamento do usuário pelo DERE.

Os critérios estão intermediados pelos saberes e pelos poderes (FOUCAULT, 1996) circulantes na instituição. O primeiro bloco de critérios para a seleção prioriza o poder externo e formal que é o da regulação e as situações particulares de ausência, ambos externos.

Um segundo bloco é formado pelos critérios internos, um desmembramento da disponibilidade das vagas, que neste caso depende de uma atitude do agente administrativo que atende no RGP para a consulta de vagas no sistema e o da aceitação do médico para consultar o usuário. Uma regra dura seria o impedimento da entrada do usuário no hospital por não estar agendada a consulta, com esse impedimento “os que vêm tentar a sorte” seriam vetados imediatamente. Como a regra é alargada, há possibilidades de verificação no sistema sobre a disponibilidade de vagas por um especialista (agente administrativo) que detém o conhecimento e o poder de acesso aos dados. A informação, neste caso, é essencial para o atalho, e a vaga é o objeto de negociação com o médico. A persuasão direcionada ao médico para o atendimento do usuário – a consulta – tanto pelo agente administrativo quanto pela gerente administrativa do ambulatório inclui a vaga não ocupada. O que é um mecanismo formal. O médico é contratado para o atendimento de determinado

número de consultas e/ou procedimentos que foi pactuado por um contrato de gestão. Caso exista um número menor de usuários atendidos há brechas para as solicitações de extra ou encaixe (consultas). O movimento dos critérios internos é manuseado de acordo com a situação. Há uma escolha pelo médico inicialmente pela especialidade que ele atende, mas dentro da especialidade há o critério do médico que permite, aquele que atende ao pedido para o encaixe com maior disponibilidade. O movimento do atalho aciona as regras formais como as metas de produção e a relação pessoal entre os agentes administrativos – gerente administrativa e médicos.

Para algumas especialidades, no caso da endocrinologia, os critérios para o atalho demandam uma relação mais estreita com os médicos, laços e pontes mais específicas:

Eu vou falar com o médico[...] para quem tu vai pedir, nem todo mundo conhece pra quem vai pedir, tem especialidade que tu não tem a cara de pau de pedir [Qual?] Endócrino não dá pra pedir. Só se tu conhecer um médico e tiver abertura, aí sim, são fechados, muito fechados. Onde eu tinha essa abertura era com o Dr. Fulano, mas ele se aposentou, e agora não, é o Dr. Ciclano, não, com ele só pela rede, não quer mais nem que o médico daqui mesmo do hospital peça pra matricular, tem que mandar para a unidade básica, aí [...] dificilmente você vai conseguir. Cardiologia também (Entrevista Dolores. Belém, 02.04.2014).

No relato da Dolores foi identificado um grupo mais fechado de médicos para o atalho, o da endocrinologia. É uma especialidade com a maior demanda de pacientes para consulta, o que provocou uma demanda também maior para a solicitação de atalho e, posteriormente, gerou por parte da equipe médica uma restrição maior ao atalho por meio do controle rígido para a entrada de usuários extras ou por encaixe. Ao mesmo tempo a restrição ou o controle efetivo das consultas atreladas ao DERE forçou uma espécie de regulação interna e particular do grupo, o que demonstrou um poder maior dos profissionais da especialidade. O grupo da especialidade da endocrinologia não está subordinado ao ambulatório, ele controla as suas consultas. O atalho ocorre por meio das relações pessoais entre o usuário – trabalhador – médico, com mínima ou nenhuma interferência do RGP e da gerente do ambulatório.

A seleção envolve uma mistura de princípios legais e formais como a universalização do atendimento, a referência de atendimento pelo hospital, o Sistema de Regulação (SISREG), as metas pactuadas no contrato de gestão; aciona

os princípios éticos em algumas situações como da urgência e emergência e acrescenta as relações pessoais entre usuário-agente administrativo- gerente do ambulatório – médico quando os trabalhadores revelam que vão solicitar ao médico a consulta extra ou o encaixe. Há um discurso com argumentos que não são apenas pessoais, mas permeados pela lógica da racionalidade administrativa. Acrescido ao discurso administrativo formal, com uma dose de personalidade há nuances da atuação dos sujeitos envolvidos no atalho por uma motivação cristã, guiada pelo sofrimento dos usuários e pela atuação do profissional diante da dor e da necessidade de cuidar de alguém necessitado. Essa motivação também está inserida no discurso dos usuários ao solicitarem o pedido de atalho utilizando expressões de esperança e ao mesmo tempo expressando o poder que o trabalhador tem diante da situação.

Um dos pedidos para o acesso informal foi traduzido pela Anastácia e enfatizada a frase “doutora, eu vim tentar a sorte”.

Parentes, amigos, vizinhos e também a demanda espontânea de pessoas desconhecidas que chegam, que vieram, eles dizem “tentar a sorte”, é doutora “eu vim tentar a sorte, o que a senhora pode fazer por mim, eu já andei tanto” [...] a situação física não precisa o médico pra ver que a pessoa não está bem [...] quando eles jamais poderiam ter feito isso, é uma leucemia, foi constatado, cadastra o paciente passa o resultado do melograma (Entrevista Anastácia. Belém, 2014).

A identificação como “doutora” a uma trabalhadora que não é médica implica-lhe um poder de cuidar, além de empoderá-la para resolver a situação. Há uma situação de revelação da hierarquia e de humildade do usuário na situação, é um pedido de alguém desassistido a outra pessoa que está imbuída de um poder institucional. A expressão “eu vim tentar a sorte, o que a senhora pode fazer por mim” completa a frase. No *Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa*, um dos sinônimos de sorte é destino aliado a um dos significados que estão ligados à felicidade, à fortuna e ainda ao acaso. O desejo expresso pelo usuário é de alcançar a felicidade traduzida na possibilidade da consulta.

O usuário agrega ao seu discurso elementos de sabedoria para lidar institucionalmente, o poder expresso na denominação “doutora” e a destinação do seu sofrimento, expressando a intencionalidade de alcançar a felicidade por meio da humildade no pedido “eu vim tentar a sorte, o que a senhora pode fazer por mim”. O sofrimento do usuário foi relatado pela Anastácia “eu já andei tanto”, completado

pelo sofrimento físico “a situação física não precisa o médico para ver que a pessoa não está bem”. O engendramento dos elementos agregam valores que desencadeiam valores morais como os éticos e os cristãos ligados à caridade⁵¹.

A caridade é esperada dos trabalhadores diante da situação dos usuários. Aos médicos que não atendem a situações de atalho há uma sanção invisível, os comentários sobre a atuação do profissional e a crítica à sua postura não cristã. A Sra. Dolores expôs sobre os médicos que não aceitam atender aos usuários que não estão na agenda definida pela central, ela verbalizou: “*Acho que eles não têm coração, eu acho que é isso. Não têm sensibilidade ao sofrimento da pessoa. Não se colocam no lugar dele*” (Entrevista Dolores. Belém, 02.04.2014). É esperada a postura cristã do profissional, traduzida pela caridade, o que revelou a presença de uma das linhas da saúde que foi ou ainda está presente no cotidiano hospitalar, a da filantropia.

O atalho apresenta-se num contexto administrativo racional e cristão. A saúde como direito dos cidadãos visualizados na universalidade do acesso, no sistema de regulação e a disponibilidade das vagas, no plano de metas; e como propriedade daqueles que estão autorizados a exercê-la nas instituições de um modo pessoal, com traços de valores cristãos como a mediação exercida entre os sujeitos, o agente administrativo, a gerente do ambulatório e os médicos.

A Sra. Dolores interpreta o atalho como ação filantrópica dos médicos e refere não saber se ele a faz no seu consultório particular.

Ele nunca negou (o médico). Olha eu não sei te explicar porque ele não nega, pelo menos pra mim nunca negou [...] ele tem essa agenda aqui no Hospital, fora eu não sei se ele faz essa filantropia, mas eu já ouvi do (médico) que aqui no hospital ele faz mais filantropia. (Entrevista Dolores. Belém, 02.04.2014).

A racionalidade administrativa é usada como argumento para convencimento à prática do atalho, para alargar a regra preestabelecida dos atendimentos apenas pelos encaminhamentos vindos da central de regulação. Ao contrário do seu papel inicial que seria o de controle rígido e da impessoalidade, ela passa também a

⁵¹Teologia amor a Deus e ao próximo: a caridade é uma das três virtudes teológicas. Na expressão comum, amor ao próximo: agir por pura caridade. Esmola, favor, benefício: fazer a caridade. Bondade, compaixão (FERREIRA, 2009, p. 406).

assumir um novo papel: o de servir aos meios informais de acesso e criar uma via instituinte nas relações institucionais.

Os critérios para o atalho existem e são do conhecimento/saber e poder daqueles que lidam com eles. Na relação de poder, um agente administrativo poderá negar um atalho solicitado pelo médico. A forma do pedido do atalho também poderá ser significativo para a não concessão, e o outro tipo de insucesso é a posição do médico contrária ao atalho. Denominarei as formas descritas de atalhos mal sucedidos, elas ajudam a pensar e revelam que nem todas as situações de atalho são realizadas e que o jogo das forças entre as normas formais e as informais não é harmônico, ele é conflituoso e exige conhecimentos dos atores que estão envolvidos no atalho. Uma variação do atalho.

6.1.1.3.1 O atalho mal sucedido

O atalho mal sucedido poderá ser por não cumprir um dos critérios preestabelecidos, como por exemplo, o do não cadastramento do médico no ambulatório. Para autorizar a consulta ambulatorial, o médico precisa ser cadastrado no ambulatório e não apenas na internação, são setores diferentes. O agente administrativo explica:

Ele mesmo, o médico do paciente pra mandar abrir prontuário não existe isso. Tentei explicar [...] ele não vai acompanhar o paciente quem vai acompanhar o teu paciente é o médico do ambulatório. – Quem é o médico que vai atender o paciente no ambulatório? (Entrevista Roger. Belém, 03.04.2014).

O cadastro do profissional médico é realizado via Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) que credencia aquele médico na sua especialidade e no atendimento a ser prestado no hospital. É um sistema *online* gerenciado pelo hospital. O agente administrativo tem acesso ao sistema e conhece quem está cadastrado, o que lhe permite e o autoriza a não abertura do prontuário para consulta de um médico não cadastrado, mesmo que o médico solicite e até mesmo use de autoritarismo com o agente administrativo. Haverá negação da consulta na medida em que será impossível disponibilizar vaga para consulta já que aquele médico não dispõe nem de espaço físico, nem de agenda no ambulatório. As normas formais são determinantes e impeditivas para o atalho neste caso. O que

não impede que o médico solicitante consulte o usuário, mas ele não será matriculado no ambulatório do hospital. O saber poder (FOUCAULT, 1996) do agente administrativo lhe permite indeferir uma solicitação médica, invertendo por um instante a hierarquia hospitalar.

Uma segunda situação de atalho mal sucedido é a forma de pedido para o atalho. Um entrevistado descreveu um atalho que poderá não ser concretizado pelo fato de o solicitante mostrar-se arrogante na situação, aqui se aproxima da técnica do jeitinho (BARBOSA, 2006), o saber pedir a alguém que dispõe de um poder para conceder o atalho.

O termo atalho, ele vem bem a calhar. Porque se a pessoa chegar na triagem e disser:

- Eu quero uma consulta com o Dr. Tal.

- Não, você tem que ir no posto de saúde, pegar encaminhamento da clínica médica, vai ser marcado por lá e pode ser que seja marcado pra (médico) ou não.

- Mas eu tenho direito.

- Sim, a senhora tem direito de ser atendida, mas o atendimento funciona assim.

Ao passo que se você ultrapassar aquela triagem lá no portão conhece alguém, servente [...]

- Doutor, será que dá pro senhor atender a minha mãe?

- Ah tá! Tudo bem, marca tal dia. Dentro desse mundo subterrâneo, eu abri uma agenda extra na quinta-feira (Entrevista Adalberto. Belém, 11.07.2014).

Por esta interpretação, o pedido ao atalho precisa seguir a linha da humildade, a expressão relacionada ao direito à saúde é criticada, e é enfrentada com outra norma formal que é a da rede SUS, seguindo a trajetória formal para acesso ao hospital. O sujeito precisa colocar-se no lugar de solicitante de um favor em prol de uma relação pessoal de amizade regada pela possível caridade cristã. O saber está em como pedir acionando as relações afetivas, mesmo que os laços sejam fracos. Acionar o direito parece atingir um saber poder do trabalhador, que já o tem, já conhece e lida cotidianamente com esse conhecimento. É necessário acionar o emocional e ter atitude de subordinação diante dos que detêm um poder saber instituído. A chamada “carteirada”, “o senhor sabe com quem está falando” disfarçado na expressão de que foi uma ordem da direção ou equivalente para que o médico atenda ao usuário, também poderá resultar em atalho mal sucedido. As atitudes para a solicitação do atalho que são interpretadas como arrogância, no caso da exigência do direito à consulta e da subordinação do médico a um superior ou a alguém que se julga importante são tratados como impossibilidades para o atalho e

reforçam o argumento de que o atalho deverá ser exercido por atos de relações personalizadas, baseadas em reconhecimento dos poderes instaurados no hospital e da posição de horizontalidade subordinação e inferioridade daquele que solicita o atalho e o intermediário ou concedente. A solicitação do atalho pede daquele que é instruído e conhecedor dos direitos e daquele que possui cargo ou foi enviado por uma pessoa influente um rebaixamento na escala e a horizontalização nas relações personalizadas.

Os atalhos mal sucedidos também poderão ocorrer pela não concordância do médico sobre o atalho ou pelo menos pela dificuldade em conceder o atalho, um relato sobre o pedido de um funcionário ao médico para antecipar um atendimento, a resposta foi para que ele retornasse por meio da marcação formal.

Dirija-se à marcação, eu diria que eu sou didático e educativo toda vez [...] chega, chega gente com exames, funcionários:

- olhe os meus exames estão prontos.

- perfeitamente

Aí eu vou lá [...] por favor, chamo pra atender esse senhor.

- atenda esse senhor, explique direitinho e veja a marcação, porque se for eu fazer a marcação ... (Entrevista Clementino. Belém, 22.10.2014).

Para o médico, o problema do acesso e todas as suas dificuldades deverão ser resolvidas pelo sistema.

É, eu sei que o médico tem a parte técnica de dizer: preciso ver esse paciente daqui a dois meses, mas o sistema, ele é tão caótico, que você puxar essa responsabilidade pra si, você vai estourar o seu ambulatório, tem que ter uma mudança no sistema de regulação da consulta, entendeu? (Entrevista Clementino. Belém, 22.10.2014).

O acesso por via do atalho é uma prática estabelecida no hospital, mas sua aceitação é majoritária, mas não é unânime, ela sofre algumas críticas que são remetidas ao mau funcionamento do sistema de saúde, mais especificamente ao sistema de regulação. No caso do médico que se nega a aceitar o atalho, interpreto a sua postura como uma forma de atacar o sistema de regulação, responsabilizando-o pelos problemas do acesso. Ao fazer o usuário retornar à marcação de consulta, o médico pretende ensiná-lo a lidar com as normas e ao mesmo tempo reduz e/ou mantém o número de atendimentos programados para ele no ambulatório. Ele reproduz um discurso com base na racionalidade da administração pública.

Na pesquisa de campo, em conversa informal, a postura do profissional médico que nega o atalho por parte dos usuários foi criticada por um outro colega de profissão. O médico que atende aos usuários por meio do atalho ressaltou que existem aqueles que não aceitam atender aos usuários quando não vêm regulados pela central e criticou a conduta com os argumentos de que eles fizeram um juramento quando se formaram e que um determinado colega médico, que se nega a atender aos usuários por via do atalho, é religioso, professa o catolicismo e não pratica o que prega. Duas características foram acionadas para a crítica ao colega, uma relacionada ao não cumprimento da ética médica e a outra sobre o não exercício da caridade como princípio religioso.

6.1.1.4 A rede dos atalhadores

Os entrevistados revelaram seu envolvimento com o atalho, dois entrevistados declararam não facilitar o atalho, no entanto, eles aceitam os usuários encaminhados pelo e para o atalho. Nas entrevistas e nas observações, identifiquei os trabalhadores envolvidos com o atalho na instituição. A princípio, são dois atores: o solicitante e o concedente. Os dois desdobram-se em diferentes papéis. O solicitante (um trabalhador do hospital 1) poderá chegar diretamente ao concedente (trabalhador do hospital 3.3) ou ele ainda poderá acionar um intermediário (trabalhador do hospital 2) para chegar ao concedente (trabalhador do hospital 3.3). Há pelo menos dois tipos de concedente direto que poderá ser um funcionário da triagem (trabalhador 3.1) ou do ambulatório (trabalhador 3.2), que ao abrir o prontuário formaliza o atalho ou ele mesmo poderá ser um intermediário ao ter que solicitar autorização para o concedente final - o médico (trabalhador 3.3) que retornará ou autorizará o funcionário da triagem para formalizar a abertura do prontuário.

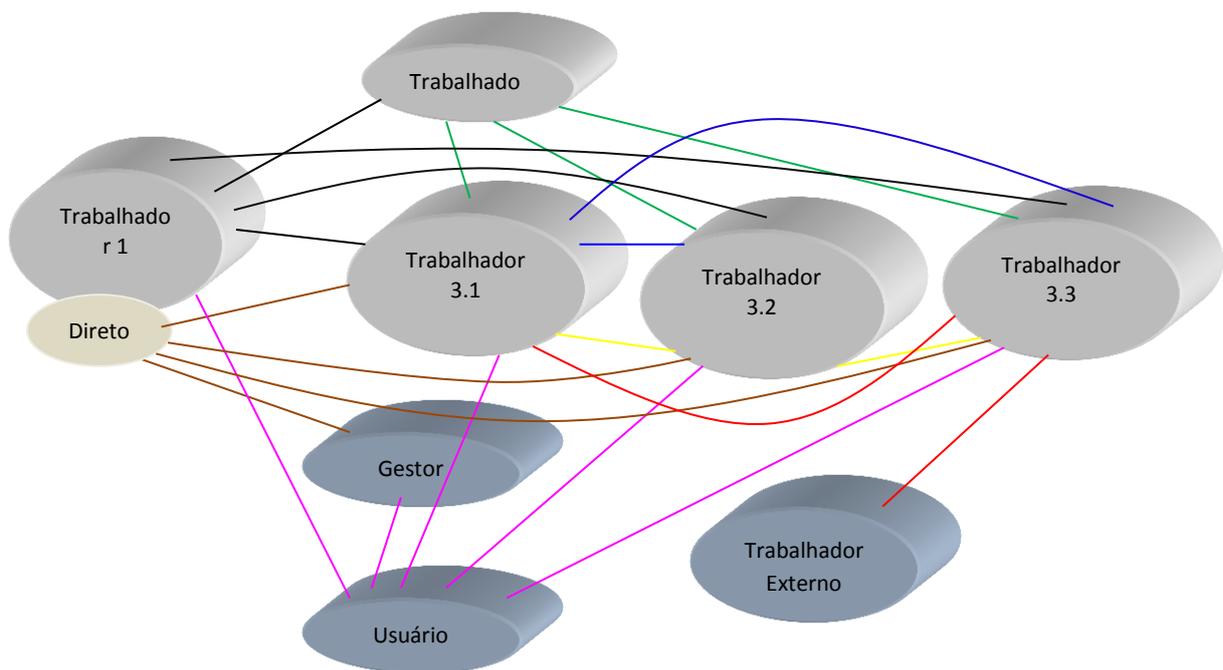
O concedente poderá transformar-se em intermediário se ele necessitar encaminhar o usuário para outra especialidade, e então, haverá um outro concedente (trabalhador 5) e as relações poderão continuar dependendo da situação de adoecimento demandada pelo usuário.

Os personagens movimentam-se na rede de relações e assumem papéis sociais diferentes. O solicitante poderá ser diretamente o usuário que irá solicitar diretamente ao concedente, mas antes de chegar ao concedente (trabalhador 3.3)

ele já foi orientado por alguém de dentro do hospital que poderá ser um paciente do hospital ou um trabalhador (trabalhador). Uma outra forma é através do bilhete enviado pelo diretor ou alguém da direção (trabalhador 2), que poderá ter sido acionado por um pedido político de um gestor (gestor externo 1).

Complementando a rede, o concedente (trabalhador 3.3) poderá acionar outro profissional fora do hospital que também concederá o atalho (trabalhador externo 1).

Diagrama 4 - Desenho da rede de trabalhadores para o atalho.



Fonte: Entrevistas trabalhadores do HUIBB. Belém, 2014.

A rede movimenta-se pelos atores que nela transitam. Os critérios de acesso pelo atalho definem o perfil dos usuários solicitantes e estes critérios são conhecidos pelos trabalhadores e levados aos solicitantes. Um bom intermediador deve conhecer as regras para o atalho, essa regra inclui saber os critérios estabelecidos. Identificar na rede quem é o intermediário que ajudará a chegar ao profissional que concederá o atalho.

A entrada na rede do usuário por parte de um dos funcionários ou de autoridades (gestores) requer um tipo de conhecimento e de poderes. Para o gestor, que na grande maioria é um profissional médico, a relação inclui a relação de favores entre colegas de profissão, e o gestor que tem habilidade irá lançar mão deste tipo de saber e proporcionará uma horizontalização aparente nas relações de

poder. Haverá uma ligação entre as relações entre colegas de profissão que trocam favores e não uma ordem a ser cumprida. Para o atalho é necessário o estabelecimento de laços menos hierárquicos e que manejem a troca de favores pessoais. Em algumas situações o gestor do hospital utiliza um intermediário para que estabeleça a ponte e efetive o atalho. Este intermediário agirá em nome do diretor, o que lhe dará um status diferenciado.

A solicitação do atalho por um trabalhador comum implicará o saber ligado às relações estabelecidas no hospital, a decodificação e identificação de pessoas chave e a maneira de pedir o atalho. As relações estabelecem trocas invisíveis que implicam afeto ou mesmo serviços.

Um ator importante no acesso é o médico. Ele, na maioria das vezes, decide sobre o atalho, pois ele detém o conhecimento necessário para a consulta, além de ocupar o lugar central na organização do cuidado em saúde. A matrícula, que significa o cadastramento do usuário no hospital, formalmente, vai depender do agente administrativo, gerente do ambulatório. Os profissionais da saúde que atuam em áreas que não seja na área médica não são autorizados a incluir um usuário no ambulatório. A entrada é exclusivamente pela consulta médica, por isso a importância do aceite ao atalho pelos médicos. Após a formalização do usuário pelo atendimento médico é que os demais profissionais poderão ser chamados para a sua atuação. Alguns casos o médico indica para avaliação ou acompanhamento de profissionais como fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, psicólogos e odontólogos. Uma outra categoria que atua sob a coordenação médica é a enfermagem, ela representa um poder na medida em que os usuários dependem dos seus cuidados, dos procedimentos técnicos da área. O atendimento pelos técnicos e enfermeiros é praticamente obrigatório no hospital, o que os faz ter um domínio tecnoassistencial⁵².

As regras institucionais mudam, como relatou o trabalhador do Registro Geral de Pacientes (RGP). Houve a mudança do encaixe da triagem para a gerência do ambulatório.

⁵² O modelo assistencial diz respeito ao modo como são organizadas, em uma dada sociedade, as ações de atenção à saúde, envolvendo os aspectos tecnológicos e assistenciais. Ou seja, é uma forma de organização e articulação entre os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis para enfrentar e resolver os problemas de saúde de uma coletividade. (SILVA JÚNIOR; ALVES [2006]).

Eu fiz duas vezes isso hoje, antes se houvesse vaga, alguém não comparecesse para a consulta os funcionários da triagem poderiam encaixar. Era, era assim e pronto, agora tem que passar por uma avaliação da enfermeira aqui em cima, a fulana, se ela achar que ela deve encaixar ou se os auxiliares dela acharem que devem encaixar, eles encaixam, se não, não [...] aí chegou um senhor à tarde, tossindo que só, tossindo, tossindo, ele tava com uma guia de referência, aí eu vou encaixar e aí mandei, aí o senhor voltou porque não podia, porque não estava atendendo só paciente de DPOC, tá, tudo bem. (Entrevista Roger. Belém, 03.04.2014).

Quando perguntado para um dos gestores do hospital sobre a mudança de setor responsável pelos encaixes ele respondeu:

É uma forma de maior controle, né, a gente colocando sob a responsabilidade de uma pessoa, a gente tem maior controle [...] O fato de ter sido tirado da triagem essa atribuição é justamente o controle, então, não é que a gente esteja atribuindo culpa a um ou ao outro, mas aconteceram algumas coisas no passado que fez com que a gente tivesse uma preocupação com esta situação [...] e para evitar situações como essa, considerou que seria melhor apenas uma pessoa ficar controlando essas vagas. (Entrevista Agostinho. Belém, 06.05.2014).

As mudanças atingiram dois setores, o RGP e a gerência do ambulatório. A posição do gestor diante da entrada de pacientes para o atalho foi ao mesmo tempo a de admissão da quebra das regras do SUS e a manutenção do acesso pelo atalho. A intervenção do gestor foi paliativa, deslocando o poder de alguns funcionários para uma outra funcionária. O controle relatado pelos entrevistados refere-se às situações daqueles que usaram de má fé ou foram acusados, sem provas, de corrupção por venda de consultas e de leitos para internação. Os funcionários que estão sob suspeita da prática de venda de consultas e/ou de leitos são criticados veementemente. O controle é sobre a via de acesso por meio da corrupção.

A trabalhadora do ambulatório relatou as mudanças e justificou o novo poder exercido pelo ambulatório para maior controle das entradas, o que ela caracterizou como controle da abertura de prontuários. A mudança também afeta as relações de poder da triagem, que sentiu-se subordinada na sua função do encaixe a um outro setor, neste caso, o ambulatório. A concessão do atalho parece estar relacionada a um tipo de poder dentro do hospital.

Quem está fazendo isso no caso é a chefia do ambulatório, a Dra. Maria e através de mim, eu que, chega pra mim e eu participo pra ela [...] é uma coisa que ela quer acabar, para as consultas virem só pelo DERE [...] Olha eu não sei porque eu nunca trabalhei na triagem, eu não sei como é que eles fazem lá porque hoje, desde que a Dra. Maria assumiu, em setembro do ano passado, é o que eles estão fazendo. Chega o paciente de

demanda espontânea com a ficha de referência na mão, eles mandam pro ambulatório, eles mandam pra gente e a gente vê a possibilidade de marcar ou não marcar né, de acordo com a vaga [...] outras situações que eles abriram prontuário, mas porque eles olharam no SISREG[...] e viram que o paciente não chegou no hospital [...] eles ainda fazem isso, mas raramente, pouquíssimo, porque a Dra. Maria, ela ...porque tava muita abertura de prontuário, e a gente teve que controlar para essa parte. (Entrevista Anastácia. Belém, 2014)

A mudança no poder sobre a decisão para o acesso por meio do atalho é um fato recente que necessita de estudo aprofundado. Para este estudo, a mudança foi apresentada como um fator da dinâmica da instituição e para a análise de que o atalho continua sendo permitido; a mudança configurando-se como superficial e não afetando a estrutura central da instituição, mas implica as relações sociais entre os trabalhadores e os gestores do hospital.

Interpreto que a mudança do setor para o controle do acesso informal – do atalho – do RGP para o ambulatório está ligada aos casos de comentários sobre corrupção e também ao poder médico, pois os trabalhadores do RGP estavam agendando o “extra” pelo sistema *online*, sem a prévia autorização do próprio médico para a consulta do usuário. O profissional médico coloca-se como o detentor do direito do controle da sua agenda no consultório. A minha interpretação é a de que o médico controla a sua agenda pelos usuários inscritos no sistema e não pela quantidade de consultas pactuadas nas metas e previstas para o atendimento. Há um contraste no gerenciamento da agenda, esse contraste apresenta-se pelo menos próximo de duas lógicas, uma da agenda do serviço público e a outra do consultório particular. O gerenciamento da agenda de consultas é parte da ordem negociada:

Estamos assim colocados no centro da perspectiva da ordem negociada. Subjaz a esta perspectiva o princípio de que as sociedades estão num permanente processo de organização e reorganização produzido pelos indivíduos. Os arranjos sociais resultantes dos processos de interação são constantemente organizados, modificados, reorganizados, sustentados, defendidos e desfeitos e, portanto, os membros da sociedade estão sempre envolvidos em processos de negociação, através de acordos sobre os comportamentos mútuos, reafirmando-os, revendo-os e substituindo-os ao longo do tempo (CUFF; PAYNE, 1984, p. 138 apud CARAPINHEIRO, 2005, p. 61).

Os sujeitos envolvidos desfrutam dos poderes e saberes diferenciados dentro da organização hospitalar. No caso citado acima houve por parte dos médicos reivindicações pelo poder de autorizar o acesso daqueles que não estavam

agendados. Porque a gerência deveria pedir autorização do médico já que sua agenda é institucional e está pactuado o número de consultas e não os usuários?

Uma das entrevistadas continua: *“Cada profissional tem autonomia com sua própria agenda”*. (Entrevista Márcia. Belém, 22.10.2014).

O consultório é pessoalizado, segundo relato de um dos médicos entrevistado, e o atalho está associado a uma maior carga de trabalho: *“Um detalhe extra é que eu não posso fazer isso com o consultório de um colega, eu faço com o meu. Se eu vou demandar mais trabalho então que seja pra mim próprio, entendeu?”* (Entrevista Clementino. Belém, 22.10.2014).

A tentativa de controle do atalho é sempre dificultada pela rede de condutores centrada na figura do médico. A autonomia dos médicos referida pelo Agostinho retrata a individualidade e personalidade dos profissionais na instituição pública quando se trata do agendamento para o acesso.

[...] sempre que possível a gente tenta coibir, mas a gente não tem como estar fiscalizando todo tempo, porque tem os médicos, eles têm as suas autonomias de uma maneira geral, e a gente acaba não interferindo [Quem é que autoriza o atalho?] O médico com certeza. (Entrevista Agostinho. Belém, 06.05.2014).

6.1.1.5 Avaliação sobre o atalho.

Ao serem perguntados como avaliam o atalho, os entrevistados responderam: *“De forma positiva porque é bom pro paciente e é bom para o hospital, pros dois lados”* (Entrevista Anastácia. Belém, 2014).

Outra trabalhadora relatou o porquê do atalho e depois avaliou:

A unidade às vezes não está funcionando, tem que buscar a qualidade, precisa fazer funcionar. Tá doente e vê o familiar doente você vai e burla o fluxo. Tem questões pra ontem, questão de vida [...] Ruim, sinal de que na porta não está funcionando (sistema). (Entrevista Márcia. Belém, 22.10.2014).

“Avalio como um pedido de socorro pela situação difícil” (Entrevista Leonora. Belém, 02.04.2013).

Ainda houve uma trabalhadora que relatou que ao intermediar por um usuário para a concessão do atalho, a sensação descrita é de ajuda ao outro, como parte de uma relação de troca, de reciprocidade.

Ah! eu me sinto tão bem, eu me sinto bem de poder ajudar o outro ser humano, eu sempre vi meu pai ajudando os outros, o meu pai era do interior, agora já está no andar de cima, já desencarnou e ele sempre ajudou muitos amigos dele, conhecidos, na casa dele era praticamente uma casa de apoio, parente de amigos, de conhecidos, e ele nunca deixou sequer uma pessoa comprar 1 Kg de farinha, acho que foi por isso que meu pai viveu bem e não sofreu na doença dele, e daí cresci ali vendo ele ajudar os outros sem cobrar nada [...] sempre fomos muito humildes né [...] o papai veio para o Barros, veio pelas vias normais, por incrível que pareça foi pelas vias normais, o parente mais próximo foi pelas vias normais (Entrevista Dolores. Belém, 02.04.2014).

“Criou-se um vício, por isso é ruim. O sistema precisa ser melhor estudado” (Entrevista Clementino. Belém, 22.10.2014).

Se eu pensar em mim, no meu atendimento, no meu universo, ele passa a ser um mal necessário, por quê? Se eu não fizer pensando no paciente que eu tô encaminhando pra alguém, aquele paciente vai perder mais uma oportunidade de melhorar de algum modo [...] ou de sair daquela situação emergencial que ele se encontra, tá [...] iminência de perder uma perna e aí a consulta é pra daqui a três meses, como já aconteceu da gente solicitar uma internação de paciente que tava mais ou menos e quando o paciente volta está sem a perna, porque não conseguiu internar aqui, foi pra rede oficial do SUS, acabou em outro hospital cuja ideia não é tratar, é ver o procedimento, quanto ele paga no valor do SUS e resolver o problema [...] não sei se tu sabes, por exemplo o SUS paga por procedimentos né, se você ficar um mês ou um dia o hospital vai receber a mesma coisa [...] assim com dois dias ele corta a perna do doente e dá alta dia seguinte [...] tem uma série de questões burocráticas (cunho financeiro) também que permeiam, de cunho financeiro e de honestidade ou de falta de honestidade [...] Tem um ditado batido que diz: saúde não tem preço, mas a medicina tem (silêncio). (Entrevista Adalberto. Belém, 11.07.2014).

“Ruim. Ideal que o serviço que regula funcionasse direito, esse seria o ideal, de forma impessoal” (Entrevista Clementino. Belém, 22.10.2014).

“Aí com um papel meu, que está com a minha assinatura ele vai, eu vou atender ele como extra [...] acho que é um sistema justo. Justo para que o médico possa fazer, injusto porque continua a desorganização porque se esse é urgente não deveria ser assim” (Entrevista Clementino. Belém, 22.10.2014).

Ainda em sua avaliação a trabalhadora previu que “[...] o SUS em sua plenitude acabaria com o atalho ou pelo menos reduziria muito” (Entrevista Márcia. Belém, 22.10.2014) e complementou “A população não cai a ficha. Ela paga imposto deveria dar direito à saúde” (Entrevista Márcia. Belém, 22.10.2014).

No estudo realizado no Mercado de Campo de Ourique, do total dos entrevistados, apenas um verbalizou críticas à prática da “cunha”, os demais não a

criticaram, a identificaram e constataram a sua prática em diversas situações, ou até mesmo relataram situações de favorecimento em seu benefício, identificaram a “cunha” realizada pelo outro, o que interpretei como uma prática vivenciada por eles, mas não tida com valor moral criticável.

Um dos entrevistados que criticou a prática, ao reconhecer a existência da cunha, criticou-a como prática de favores associando-a à filantropia, benemerência, ou ao que ele narrou como “caridadezinha”. *“Eu não gosto de pedir nada a ninguém, não, as pessoas têm que se habituarem a não pedirem cunhas, isto (saúde) não é assunto da casa de misericórdia”* (Entrevistado Sr. João. Lisboa-PT, 02.03.2015). O Sr. João apresentou argumentos defendendo os direitos à saúde, previstos na Constituição, e diferenciou “saúde como direito” da “saúde como filantropia”. O discurso foi de reprovação à cunha, acentuando o direito igualitário e impessoal dos cidadãos lisboetas. A sua explicação para a cunha foi a de que há corrupção e pelo sistema capitalista que é corrupto. Ainda defendeu a saúde como serviço universal e gratuito:

[a saúde] não deve ser privatizada, a saúde deve ser um ingresso do cidadão em qualquer parte do mundo, as pessoas devem ter acesso à saúde grátis, gratuita, é o que nós defendemos, eu e neste caso o meu partido cá em Portugal defendemos e também tem a participação na Constituição. (Entrevistado Sr. João. Lisboa-PT, 02.03.2015).

A posição crítica do Sr. João é política partidária em defesa da saúde pública, diferenciando-se das posições dos entrevistados tanto no Mercado de Ourique quanto no HUJBB, eles não esboçaram esse tipo de análise sobre a política de saúde pública.

A crítica feita ao sistema de saúde público brasileiro foi revelada na fala de trabalhadores do hospital, em nível de desorganização do sistema, do seu mau funcionamento, principalmente da regulação e da dificuldade ao acesso aos serviços de saúde.

É, eu sei que o médico tem a parte técnica de dizer: preciso ver esse paciente daqui a dois meses, mas o sistema, ele é tão caótico, que você puxar essa responsabilidade pra si, você vai estourar o seu ambulatório, tem que ter uma mudança no sistema de regulação da consulta, entendeu? (Entrevista Clementino. Belém, 22.10.2014)

Olha, no meu ponto de vista eu não acho ruim, não, porque você tá ajudando um ser humano. Ela (a prática do atalho) é necessária [...]me colocar no lugar do outro que está precisando [...] daquela pessoa que tá precisando, porque

na maioria dos locais não facilitam e acabam usando, deixa eu lembrar a palavra, a impessoalidade a favor dessas pessoas, às vezes atrapalha [...] Se tem esse serviço no hospital, se é liberada pela unidade básica, vai pro SUS, acho que não teria o porquê deu cortar [...] se eles tivessem a acessibilidade a esse serviço, se eles tivessem facilidade de conseguir, acho que não teriam por que usar esses atalhos, coisas que não têm. (Entrevista Dolores. Belém, 02.04.2014).

As interpretações sobre o atalho para os trabalhadores do hospital ficaram restritas à avaliação das relações interpessoais, à dificuldade no acesso aos serviços e à relação com a regulação, apontando sinais de problemas mais pontuais no sistema de saúde. Apenas uma trabalhadora relatou o direito do usuário, enquanto cidadão, a ter saúde.

Retomo aqui a análise sobre a sociedade brasileira por André Botelho e Brasil Júnior (2005), Holanda (1969) e Da Matta (1990). Os brasileiros formaram uma cultura, influenciada pelos colonizadores portugueses, de relações patrimoniais e personalistas, acrescidas de um posicionamento político mais relacional do que impessoal, marcadamente pelo exercício de cidadania por meio de estratégias pessoais e menos pelo direito expresso nas leis.

Outros entrevistados no HUIBB relataram o atalho como “bom” na medida em que o usuário é incorporado no sistema formal.

“Eu acho bom, sabe, devido à dificuldade que as pessoas têm e o hospital não vai perder, a partir do momento que o paciente seja registrado, o hospital não vai perder desde que a pessoa não esteja usando de má fé”. (Entrevista Roger. Belém, 03.04.2014)

Uma trabalhadora do hospital ao ser perguntada sobre o porquê da solicitação do atalho para terceiros, a trabalhadora Dolores revelou:

Porque eu não sei o meu dia de amanhã. Porque a gente precisa de um capim da rua, não vai precisar de um ser humano? E não faço nada almejando nada em troca, entendeu? Nunca recebi nada de ninguém, nada, nem um oi, muito obrigado. Uma pessoa uma vez, uma senhora veio e disse assim: - vou te trazer um presente. Eu disse: - eu não quero nada, se a senhora quiser fazer alguma coisa, a senhora reze por mim ou ore por mim, e graças a Deus, essa senhora tem orado bastante. (Entrevista Dolores. 02.04.2014)

A gestão central do hospital avaliou o atalho como:

Todos os mecanismos alternativos eles são ruins e eles denotam a falência do sistema porque se o sistema funcionasse não era preciso nada disso, as

peessoas, elas devem ser bem atendidas e quando necessário. Então isso denota a falência do sistema. Se a gente utilizar desse artifício, desse jeitinho brasileiro de ir levando as coisas, mas que não é certo, então nós temos que acabar com essa cultura do apadrinhamento, né, todo mundo procurando, prestando serviço de qualidade pro usuário. (Entrevistado Agostinho. Belém, 06.05.2014)

Ao ser perguntado se o apadrinhamento prejudica o sistema ele afirmou:

“Acaba prejudicando o sistema e a um determinado ponto ele prejudica o sistema, mas, dentro de uma outra visão ele salva vidas”. Entrevista Agostinho. Belém, 06.05.2014).

A Sra. Dolores relatou que houve diminuição no acesso pelos atalhos, ela trabalha há 21 anos no hospital e avaliou sobre a diminuição “Não, diminuiu, olha eu acho que houve diminuição de 50% a partir de 2010 pra cá [...] as cobranças dos chefes dos setores mais rígidos no sentido da entrada ser por vias legais” (Entrevista Dolores. Belém, 02.04.2014).

“De forma positiva porque é bom para o paciente e é bom para o hospital, pros dois lados”. (Entrevista Anastácia. Belém, 2014).

As dificuldades de acesso pelos usuários:

É, segundo eles, o que eles passam pra gente é que eles aguardavam muito tempo na fila pra eles poderem ter o mínimo que é a consulta [o retorno] É, depende da área, da pneumologia é mais rápido, depende da demência do paciente, o médico avalia [...] Por exemplo, só tem vaga pro ano que vem, pra retorno, pra interconsulta[...] Porque eles já passaram por tantos postos de saúde, eles ficam andando e não conseguem atendimento ou então quando conseguem não é a especialidade dele (Entrevista Anastácia. Belém, 2014).

A dificuldade de acesso rápido aos serviços de saúde também foi encontrada pelos usuários portugueses, Carapinheiro (2006) ao tratar da articulação dos cuidados no sistema de saúde português apresentou que tanto para os doentes quanto para os profissionais “[...] é difícil a articulação entre cuidados primários e cuidados hospitalares” (CARAPINHEIRO, 2006, p. 154). Uma das dificuldades referidas pelos doentes, além das situações que envolvem adoecimento, foi:

Os doentes identificaram dificuldades de articulação como dificuldades de reconhecimento e de interpretação das condições burocrático-administrativas de circulação entre serviços como ininteligibilidade dos seus modelos organizacionais [...]. (CARAPINHEIRO, 2006, p.154).

Ainda foram relatadas as dificuldades de comunicação da informação e nas dificuldades de inter e intra-profissional nos serviços de saúde (CARAPINHEIRO, 2006, p. 154).

As dificuldades encontradas que por vezes tornam-se bloqueios ao acesso e à continuidade dos percursos nos serviços de saúde são interpretadas pelos usuários, e eles, diante das dificuldades, acionam recursos formais e informais reinventando trajetórias.

[...] os doentes desenvolvem trajetórias onde são inventadas formas de articulação adaptadas à melhor e mais rápida resolução dos problemas de saúde, utilizando estratégias de contorno e de superação dos obstáculos colocados no acesso aos recursos de saúde (CARAPINHEIRO, 2002 apud CARAPINHEIRO, 2006).

Os problemas estruturais sobre o acesso nos sistemas de saúde públicos são comuns em ambos os locais estudados, os problemas aliados à cultura das relações sociais brasileira e portuguesa permitem a criação e recriação de estratégias informais, uma denominada neste estudo de atalho e a outra denominada de “percursos terapêuticos” (CARAPINHEIRO, 2001).

6.1.1.5.1 A avaliação sobre o acesso informal e a contribuição do encaixe para o Hospital/SUS.

O encaixe, uma das denominações para o acesso informal, é trazido como um fator positivo para o hospital, o argumento que avalia o encaixe como positivo é o de que ele contribui para o cumprimento das metas do hospital.

Ao falar das faltas dos pacientes encaminhados pelo DERE, a trabalhadora argumenta que:

Quando eles (usuários) não vêm, conseqüentemente você não vai ter retorno pra você poder estar agendando porque esse paciente não chegou, e a gente precisa que os médicos atinjam a meta porque foi pactuado no POA/2013, por causa disso a gente consegue encaixar esses pacientes [...] se chegarem todos os casos que a gente oferta, aí não tem como fazer. (Entrevista Anastácia. Belém, 2014).

Ela continua:

É a gente informa, quer dizer, se, por exemplo eram doze, um a mais nós vamos receber pelos treze, aí esse retorno a gente marca conforme a vaga no sistema, já não é um a mais, já é a vaga no sistema, tem vaga pra retorno, aí nós vamos agendar (Entrevista Anastácia. Belém, 2014)

A falta de um usuário encaminhado pelo setor responsável pela regulação (DERE) gera uma “brecha” para o encaixe de outro usuário aleatório, o qual não estava na fila oficial, mas que já estava na fila do SUS. Em alguns casos de usuários o atraso na fila oficial é causado por ele percorrer caminhos incorretos na organização do SUS, ou por desconhecer a rede de serviço de saúde ou por desinformação⁵³. Esta não é a única explicação para as filas, há uma complexidade analítica dos fatores que colaboram com a fila para acesso no SUS, um dos principais relatados por estudiosos da saúde pública é a não resolutividade da atenção primária (ROCHA, 2015).

No hospital, o encaixe é avaliado como parte da produção financeira para o hospital.

[Como funciona?] Recebe produção porque ela abre um prontuário, ela tem um registro, aí vai cobrar, todos os anos que ela fizer, ela é registrada aqui, e tal, faz um exame de sangue, tem o registro dela, ela vai ter um registro no Hospital, vai vir mensalmente pra consulta ou trimestralmente, então isso vai ser tudo ressarcido, vai ser pago, porque é tudo registrado. (Entrevista Roger. Belém, 03.04.2014).

O encaixe como um procedimento de gerência do serviço ambulatorial é expresso como de importância para a sustentabilidade financeira do hospital. O que aponta também para um problema central no SUS: a má gestão da regulação. Diante da má gestão o “encaixe” encontra “brechas” para sua atuação e é interpretado como uma das soluções para o cumprimento dos acordos que financiam o hospital.

Porque isso foi, por exemplo, quando nós decidimos pedir pra não entrar mais o público aqui no hospital a produção ia cair, então não tem muita saída, entendeu? [...] quando a gente pega, quando a gente autoriza uma abertura de prontuário é justamente visando a produção mensal, porque a gente informa o BPA e não o número de agendados, mas o número de atendidos, então geralmente, por exemplo, a gente marca doze pacientes, vieram seis pro hospital, então e os quatro, a gente perdeu esses quatro. É por isso, a gente só abre por isso. (Entrevista Anastácia. Belém, 2014).

⁵³ “Para se ter uma ideia, a falta de comunicação entre médicos e usuários ou orientações incorretas sobre marcação de consultas, realização de exames e locais para retirada de medicamentos estão entre as demandas mais frequentes levantadas pela Defensoria Pública do Estado [...]. Muitas vezes o paciente que procura a Câmara já está com a consulta marcada, mas por falta de informação, acaba perdendo o atendimento” (ROCHA, 2015, p. 16).

O atalho é um dos componentes que contribuíram para o cumprimento das metas de atendimento ambulatorial, a sua ausência impacta negativamente na produção e, por conseguinte, nos recursos financeiros recebidos pelo hospital. Para além do impacto financeiro negativo através do impedimento do “encaixe” de usuários, ainda há um impacto negativo referente ao não atendimento do usuário SUS, agravado pelo fato da disponibilidade de vagas para consultas.

Mesmo os usuários que são encaminhados por meio de bilhete da direção ou dos médicos, e, excedem a meta do médico, também são registrados:

[...] aí é como tô falando pra você, aí se o médico do ambulatório pede pra gente abrir prontuário, ele que vai atender o paciente, vai ser um a mais que aquele dia ele atendeu, aí é por conta dele, ele está além da meta é problema dele [...] sim, exatamente, porque é feito um registro no prontuário, nunca, nunca perde, não perde porque o paciente vai ser registrado. (Entrevista Roger. Belém, 03.04.2014).

Uma trabalhadora do hospital relatou a diferença na avaliação entre a ajuda, ligada ao cuidado e o acesso por meio da propina, criticando a propina:

“Muita. O outro pensa no bem próprio, isso é contra todos os meus valores, formação é negativo [...] um presente [...] não pode negar (em receber), mas diz que não precisa, não é a mesma coisa que a propina. É diferente”. (Entrevista Márcia. Belém, 22.10.2014).

Se tem esse serviço no hospital, se é liberado pela unidade básica, vai pro SUS acho que não teria o porquê deu cortar, usar os atalhos, se fosse, se eles tivessem acessibilidade a esse serviço, se eles tivessem a facilidade de conseguir esse serviço, acho que não teria porque eu usar esses atalhos, coisas que não tem, tem coisas no hospital que o próprio funcionário não sabe que tem aqui no hospital, desconhecem os serviços porque mudam as rotinas e eles não informam e tem funcionário que é mesmo desligado, eu não precisaria usar se eles não tivessem a palavra que eu usei agora, se eles não tivessem facilidade de conseguir essas consultas (Entrevista Dolores. Belém, 02.04.2014).

O argumento da má funcionalidade do sistema de saúde público justifica o acesso por meio do atalho, poderíamos afirmar que o motivo justificável para o atalho seria a necessidade de atendimento e a ineficiência e/ou a restrição de vagas para o atendimento dos usuários. Os motivos citados são observáveis na realidade brasileira e possibilitam perguntar e simular um futuro para o SUS: se for corrigida a ineficiência do funcionamento da rede de serviços de saúde e houver um quantitativo de vagas aceitáveis para os usuários os “atalhos” não existirão?

Para argumentar com a pergunta acima apresento parte da experiência de trabalho de campo vivenciada em Lisboa. O sistema de saúde público em Lisboa permite a marcação de consultas nas unidades de saúde diretamente na unidade ou através de ligações telefônicas. O tempo de espera é de aproximadamente uma semana para o clínico geral e varia para as demais especialidades.

Visitei dois centros de saúde, o que poderíamos denominar de unidade básica. Há uma “tranquilidade” observável no ambiente. Os usuários aguardam sentados em cadeiras distribuídas pelo centro de acordo com as especialidades médicas e pelo profissional médico referenciado para aquele usuário. Há alguns televisores no ambiente, senhas para a chamada dos usuários, funcionários e alguns médicos circulando pelos corredores. Um ambiente diferente de algumas unidades de saúde de Belém-PA em que as filas ocupam grande parte do ambiente e o tempo de espera para o atendimento chega a ser de 2 (duas) horas ou mais.

Ao entrevistar as trabalhadoras e os trabalhadores do Mercado de Campo de Ourique, em Lisboa-PT, eles revelaram sobre o acesso por meio da marcação de consultas e as relações pessoalizadas estabelecidas.

Todas as pessoas entrevistadas relataram conhecer situações de acesso aos serviços de saúde por meio de concessões de outras pessoas que trabalham nos serviços de saúde. A marcação de consulta no Centro de Saúde por meio de um ou de uma conhecida foi revelada por 3 (três) dos informantes. A marcação de consulta para o médico de família por meio formal ocorre por telefone ou indo ao Centro de Saúde, mas os entrevistados revelaram que por conhecerem pessoas que trabalham no Centro, incluindo o médico, não necessitam telefonar para marcar, e, em alguns casos conseguem antecipar a consulta, facilitada pelo conhecimento da médica. No caso relatado pela D. Maria Rosa, a médica também frequenta o mercado de Campo de Ourique e é sua cliente na peixaria. (TAVARES, 2015).

O trabalho de campo identificou outras possibilidades de acessar o serviço de saúde por meio de favorecimento de pessoas conhecidas, uma foi o caso do Sr. Martinho ao relatar que não é morador do bairro, mas que devido à sua rede de relações sociais com pessoas do bairro de Campo de Ourique conseguiu ser incluído como usuário do Centro de Saúde local. Ele relatou que estabeleceu boas relações, tanto com pessoas influentes (*status* social alto) como pessoas que exercem funções consideradas de menor escalão.

Uma terceira entrevistada relatou que, às vezes, por conhecer uma funcionária do Centro de Saúde, pede a ela para marcar sua consulta. Durante a

entrevista, a D. Lili referiu que utiliza tanto o serviço do Centro de Saúde como o do Hospital. Ela relatou duas situações, ambas de trauma (perna e braço) provocado por quedas as quais a levaram ao Hospital. Na última situação, ela referiu que ao ir ao Hospital Militar, na Estrela, ela foi atendida por um médico conhecido de sua filha (Entrevistada D. Lili e Registro Diário de Campo. Lisboa-PT, 08.12.2014). Relatou ainda que:

[...] para eu marcar consulta, às vezes, vou lá (Centro de Saúde), às vezes, vem aqui uma pequena que trabalha lá, e então ela pois leva o meu número e marca (a consulta), sim, é ali pro lado da Lapa, passa aqui em Campo de Ourique, assim pra Estrela, também é perto [...] ela tem aqui (Mercado) pessoas conhecidas e vem aqui visitar, depois quando ela vem aqui a gente pede para ela marcar a consulta. Por acaso marcou, marcou para ...não... no mês passado, no fim do mês marcou-me e tenho a consulta marcada para o dia 19". (Entrevistada D. Lili. Lisboa-PT, 08.12.2014)

Ao relacionar usuários em situações diferentes de acesso, observei e constatei que o fenômeno do atalho e suas várias denominações ocorrem tanto em situações em que o sistema de saúde público apresenta problemas sistêmicos, como o brasileiro que mantém uma rede de serviços com muitos ruídos de comunicação, principalmente na regulação, inviabilizando o acesso de forma mais eficaz, quanto em situações em que o sistema de saúde apresenta características com melhor organização das unidades de saúde para o acesso, o caso de Lisboa-PT. Os casos belenense e lisboeta indicam que o acesso pelo atalho poderá ocorrer em maior ou menor intensidade e quantidade dependendo da organização do sistema de saúde, mas as relações sociais personalizadas traduzidas neste estudo como o acesso por meio de “atalho” ocorrem ligadas às necessidades e às interações sociais entre conhecidos e parentes. O fenômeno das relações sociais apresentam-se como inerentes às sociedades com estrutura social marcadamente relacional (BARBOSA, 2006).

6.1.1.5.2 O percentual de usuários que acessam por meio do atalho

O quantitativo mensurado dos “atalhos” no hospital foi uma variação sobre o percentual. Os trabalhadores apresentaram muitas dúvidas sobre o percentual porque ele não é registrado.

Para alguns dos trabalhadores do ambulatório o percentual de atalho se aproximou dos 20%.

Olha, isso eu não posso te dar uma estatística [...] agora é tudo pelo SISREG [...] eu não sei dizer o percentual [...] hoje em dia está muito mais difícil encaixar um paciente [e na tua experiência pelo turno da manhã?] Acho que uns 20%, o resto era coberto pelas próprias vagas distribuídas pela central de leitos. (Entrevista Roger. Belém, 03.04.2014).

“Hoje não sei dizer, há cinco anos atrás de 20% a 30% de atalhos”. (Entrevista Márcia. Belém, 22.10.2014).

“Teria que ver isso porque quando eu faço um encaixe, eu não tenho controle [...] mas não tenho esse controle [...] Não, eu não tenho nem como te responder porque geralmente eu faço assim, um por dia, dois por dia”. (Entrevista Anastácia. Belém, 2014).

Para outros trabalhadores o percentual é maior.

“Olha, entra muito cupincha, tanto do diretor como do vice, como de funcionário, entra, dependendo da hierarquia entra [...] acho que 80%, é alto, é alto, até porque tu acaba indo pelo submundo”. (Entrevista Dolores. Belém, 02.04.2014).

A entrevistada Leonora, que trabalha no ambulatório de área não médica, relatou que o percentual de atalho seria estimado em 30% dos atendimentos realizados. Ela não autoriza o atalho, mas atende a usuários que revelam o caminho que percorreram para acessar o hospital.

Um percentual de acesso pelo atalho estimado entre 20% e 30% pelos trabalhadores, como não há registro do acesso informal, ele é incorporado na produção do hospital. O percentual de consultas pactuadas por mês desde 2009 é de 131.220 para o total de 16 especialidades atendidas (HUJBB, 2016).

O controle exercido em 2010, conforme relato da trabalhadora, iniciou a inibição da entrada através do atalho. Ao analisar as metas de consultas ambulatoriais do Hospital, o impacto negativo se confirmou a partir do ano de 2013, sendo que no ano de 2012 o percentual de consultas realizadas foi igual ao de 2010. Para complementar, no ano de 2008, o percentual atingido de consultas foi de 85,5%, o maior já registrado na série de 8 (oito) anos. No ano de 2009, o relatório anual do HUJBB disponibilizado apresenta apenas dois meses (abril e maio) inviabilizando a comparação com os dados dos relatórios anuais. A partir de 2011, o percentual de metas das consultas alcançadas foi de 89%, em 2011; de 79,1%, em 2012; de 65,2%, em 2013; de 54%, em 2014; e de 56,4%, até outubro de 2015 (HUJBB, 2016).

Deixo como um questionamento para ser melhor explorado num próximo estudo a associação entre o controle para a entrada por via do atalho e a diminuição dos atendimentos, portanto influenciando nas dificuldades de cumprimento das metas.

Caso a hipótese da associação entre o maior controle administrativo e a diminuição do acesso por meio do atalho esteja ligada à queda nas metas pactuadas pelo hospital no Plano Operativo Anual (POA) seja confirmada, o fenômeno do atalho atinge também financeiramente o hospital, impactando nos recursos financeiros e na manutenção dos serviços. A restrição ou impedimento do acesso através do atalho atinge diretamente os usuários do SUS, não cumprindo o princípio da universalidade.

A queda das metas deverá ser avaliada por diferentes ângulos, e não afirmo que a coibição do atalho é o único possível provocador da queda nas metas, mas aponto que ele poderá ter sido um dos fatores que contribuíram para a diminuição dos atendimentos, mesmo quando há vagas disponíveis para consultas médicas no ambulatório.

7 ACHADOS TEÓRICOS LUSO-BRASILEIROS SOBRE A ATUAÇÃO DOS ATORES SOCIAIS INSERIDOS NA REDE DE RELAÇÕES DO PROCESSO DE TRABALHO HOSPITALAR: A CENTRALIDADE NO PROFISSIONAL MÉDICO.

A organização do trabalho no Hospital observada a partir dos “atalhos” é articulada em redes informais, incluindo os seus micropoderes, essas redes comunicam-se com o sistema formal, o SUS, e atuam nas “brechas” das normas, alargando-as e concedendo o acesso informal aos serviços de saúde. As redes atuam numa estrutura social rizomática, definida por Franco (2006) ao se referir aos autores Deleuze e Guatarri (2000) como:

Os autores se utilizam dessa figura da botânica para se referir a sistemas abertos de conexão que transitam no meio social através de agenciamentos diversos, isto é, produzindo novas formações relacionais sobre as quais vai-se construindo o *socius*, o meio social onde cada um está inserido. Nessa perspectiva, a produção da vida se dá sem que haja um eixo estruturado sobre o qual se organiza. Ela se produz a partir de múltiplas conexões e fluxos construídos em processos, que criam linhas de contato entre agentes sociais que são a fonte de produção da realidade (FRANCO, 2006, p. 1).

Os agentes sociais produtores da realidade, neste estudo retratados pelos trabalhadores e usuários do SUS tecem as redes conectados com a macroestrutura hospitalar que, apesar de se apresentar como sincrética, apresenta características predominantes do paradigma biomédico, vinculado à visão hospitalocêntrica, marcadamente tecnoassistencialista. Há uma centralidade no médico, o agente conessor final do atalho. Uma trabalhadora do ambulatório relatou:

*Todo dia tem demanda espontânea dos funcionários que pedem, às vezes eles pedem direto para o médico.
- Ah doutor! O senhor pode atender? O paciente.
O médico olha na agenda dele, tem espaço, ele libera.
[O médico pode agendar sem que vocês autorizem?] (Pergunta da entrevistadora)
Pode porque é um paciente a mais que ele está colocando na agenda dele, se ele quiser atender já é com ele (Entrevista Anastácia. Belém, 2014).*

Os trabalhadores do RGP foram tolhidos ou são recriminados quando autorizam uma consulta “extra” sem a prévia autorização médica.

Porque sabe o que acontecia antes, chegava o paciente, eles (funcionários do RGP) abriam a agenda, a Dra. Fulana está atendendo hoje, ah! peraí, abria o prontuário e mandava o paciente subir. Aí a médica: - eu não

autorizei essa abertura de prontuário, eu não vou atender, problema com o paciente que está com o prontuário na mão, já se sente paciente do Hospital, eu quero atendimento, olha aqui meu prontuário, e aí o que a gente ia fazer? [...] aí a gora a gente controla, pra gente poder não ter nenhum problema com o atendimento médico (Entrevista Anastácia. Belém, 2014).

Antes tinha a triagem, quando não tinha aquele controle, no caso havia desistência aí aquela pessoa ficava ali esperando pra saber se tinha ou não desistência, aí era encaixado a consulta para aquela pessoa só que não estava marcada pela central, agora tu não pode mais fazer isso, porque agora sob nova direção, faltou não encaixa mais ninguém, aquela vaga creio que fica perdida, não é ocupada. Agora os médicos do ambulatório só atendem, por isso é que eu vou direto com os médicos [Quando aconteceu a mudança?] Esse ano, bem recente (Entrevista Dolores. Belém, 02.04.2014).

Os médicos, mesmo estando sob a pretensa gerência de uma regulação interna, dos trabalhadores do RGP que verificam a existência de vagas e sob a hierarquia da administradora/gerente do ambulatório eles se negam a atender sem que haja a autorização prévia deles. Dificilmente haverá a negação do médico a um pedido de um trabalhador do hospital, mas há implicitamente uma “regra” para a concessão do atalho, a autoridade do médico para a autorização e a situação que identifique que é um “pedido” e não um direito, o que já foi abordado no capítulo quatro.

Eles (os médicos) não costumam dizer não para os funcionários, pra alguns funcionários, tudo como tu vai pedir, eu acho que tu tem que chegar pro médico, ser sincera, eu não minto pra eles, eu falo a verdade [...] uma amiga precisa ou então uma comadre, tio, tia [...] meu conhecido de Cametá, há possibilidade? [...] mas até o momento nunca levei não (Entrevista Dolores. Belém, 02.04.2014).

Os pedidos são concedidos pelos médicos a partir de uma das lógicas hegemônicas: a da autorregulação médica, que está contida no contexto do paradigma biomédico e hospitalocêntrico associadas à concepção de saúde filantrópica.

A categoria analítica “autorregulação dos médicos” foi um dos achados durante o estágio do doutorado sanduíche em Lisboa-PT. Esta categoria aproxima-se dos dados encontrados pela minha pesquisa. É uma categoria trabalhada por Carapinheiro (2005) que inicialmente discorreu na entrevista concedida sobre a regulação dos serviços, comparando o serviço de saúde público português com o brasileiro. O que ela descreveu foi um serviço de regulação ligado ao Ministério da Saúde: “*Há uma administração central dos serviços de saúde que, quando muito,*

recolhe as informações, estatísticas, mas não é igual à central de regulação do Brasil, é diferente” (Entrevista da Profa. Graça Crapinheiro. Lisboa-PT, 10.02.2015).

Em seguida aborda a autorregulação nos hospitais. Nos hospitais, há um controle interno como parte da gerência dos serviços que inclui o estabelecimento e o acompanhamento das metas e indicadores, no entanto, os médicos fogem a este controle e estabelecem relações de poder que permitem a autorregulação, e com isso a escolha dos casos e/ou a priorização de situações de saúde.

[...]Ela (regulação) tem que ser moldada às metas ou aos indicadores que estão previstos pela nova gestão pública, que chama new public management, mas os médicos não é por isso que perdem poder, porque continuam dentro de seus serviços a gerir os serviços a partir mais dos seus objetivos, das suas finalidades, não é? E a organização de atividades por mais que a gestão queira controlar não consegue controlar senão aquilo que é estatisticamente mensurável, ora! Como há coisas que não são estatisticamente mensuráveis [...](Entrevista da Profa. Graça Carapinheiro. Lisboa-PT, 10.02.2015).

O interesse particularista de determinados grupos profissionais, neste caso os médicos, predomina diante do objetivo da organização que divulga um objetivo público e coletivo.

[...] a profissão médica autorregula-se ainda, em grande parte, apesar deste novo modelo de gestão tentar controlar essa autorregulação, a profissão regula-se mais pelos seus interesses profissionais do que pelos objetivos organizacionais, pronto! Vai respondendo, mas também não investe na regulação que é da gestão, que a gestão faz, regulação da entidade que a gestão faz sobre as suas atividades, tenta (médico) escapar da gestão do hospital, e, portanto, ao escapar do controle da gestão do hospital está a fazer a regulação da sua própria atividade (Entrevista da Profa. Graça Carapinheiro. Lisboa-PT, 10.02.2015).

Há diferenças entre a atuação médica nos hospitais aqui aproximados. No caso lisboeta, há uma ausência da regulação formal no próprio sistema público de saúde, há um controle de metas de produção interna e setores que sistematizam e analisam dados estatísticos. Os médicos são os reguladores formais. Uma entrevistada lisboeta relatou:

Vou a outro médico, quer dizer, só por recomendação dela (médica de família), do meu problema de tireoide – o endocrinologista– o colega dela do hospital, é que eu fui, ela passa uma carta fechada que eu tenho que entregar no hospital a quem ela dirige, ao médico, o nome do médico no hospital e digo que quero marcar uma consulta [...] é fácil marcar consulta com esse médico [...] ela (médica de família) trata de quase tudo, só outros

problemas que sejam mais complicados e que ela não tenha certeza encaminha para outro médico, especialidade do médico (Entrevista da D. Maria Filó. Lisboa-PT, 01.12.2014).

No caso lisboeta inserido no sistema de saúde público português, os próprios médicos encaminham às especialidades, o que não elimina a possibilidade de ocorrer as criações e invenções pelos usuários nas trajetórias para o acesso aos serviços de saúde, como os denominados “percursos terapêuticos” identificados pela autora e nem o “meter a cunha”.

O que diferencia é que no caso português o poder do médico já está definido como regra que ele é o regulador, adicionada à autorregulação médica está a criação e invenção das “cunhas”. No Brasil, há por lei e regra a regulação dos médicos pelo Estado, os médicos do SUS, ao autorregularem de forma pessoal o usuário, estariam quebrando a regra e inviabilizariam a entrada do usuário nos serviços de especialidades. No Brasil, não aceitam uma carta para a formalização do acesso aos serviços, é necessária uma ficha de referência e contrarreferência a ser destinada à central de consulta e, posteriormente, o agendamento no serviço de especialidade requisitado.

A diferença entre a carta e a ficha é significativa do ponto de vista simbólico. A carta remete a um significado mais pessoal, com registro do nome do médico como identificação, reafirma a autorregulação dos médicos personalizada, reafirmando também o seu poder na gestão dos serviços e da referência ao colega médico. A ficha de referência e contrarreferência é um formulário padrão com campos obrigatórios com a identificação do usuário, o diagnóstico com o Código de Identificação de Doenças (CID) para a leitura e interpretação por um outro profissional (da Regulação) sobre a especialidade requerida. A ficha ou formulário é impessoal, não há campo para nomeação nem de profissionais nem de instituição de saúde a ser a receptora do usuário.

Os médicos portugueses não estão quebrando regras ao serem personalizados nos encaminhamentos, os médicos brasileiros ao aceitarem os “cupinchas” seriam marginais quebrando a regra. Entre ser marginal e completamente dentro da regra, usam os “atalhos” alargando a regra nas suas “brechas” tornando o acesso informal, formalizado. Os profissionais médicos brasileiros criam rearranjos para a autorregulação. Muitos usuários apresentam um encaminhamento no receituário feito de um médico para outro, junto ou não com a

ficha de referência. Outra forma de pessoalizar é um telefonema e/ou outros meios de comunicação *online*.

Retomando à centralidade do profissional médico, eu poderia discuti-la sob alguns ângulos da estrutura da sociedade brasileira, um seria a tentativa de controle exacerbado do Estado sobre os cidadãos, o que Da Matta (1990) discute para o estudo da cultura brasileira; um segundo seria a “ideologia” da racionalidade e da impessoalidade contida na burocracia institucional; estes dois ângulos que estão imbricados, transversalizam o ator médico no processo de trabalho no HUUJBB e a sua participação no acesso informal.

Uma macroanálise da cultura da sociedade brasileira proporciona uma relação com a denominada micropolítica no processo de trabalho. E para este estudo, especificamente a micropolítica no processo de trabalho no hospital.

O processo de trabalho em saúde, na sua micropolítica, quando esta funciona sob uma certa hegemonia do trabalho vivo, vai-nos revelar um mundo extremamente rico, dinâmico, criativo, não estruturado e de alta possibilidade inventiva. Nesse campo, Emerson Merhy discute o “trabalho vivo em ato”, que nos fala da potência instituinte do trabalho em saúde, do seu alto grau de governar a produção do cuidado [...] (MERHY, 1997, 2002, p. 46- 52 apud FRANCO, 2006, p. 1).

O trabalho vivo expressa-se nas relações sociais, nas redes de relações construídas ou tecidas pelos sujeitos. O autor prossegue:

Eventualmente, um ou outro profissional pode imaginariamente pensar que seu saber e fazer se sobrepõe aos dos outros trabalhadores da saúde, cultura essa construída pela tradição das corporações e sua forma amesquinhada de ver o mundo da produção da saúde. Mas essas impressões ilusórias sobre o trabalho em saúde não resistem a um pequeno exercício de observação no espaço da micropolítica, onde é fácil verificar que ali se processa uma rede de relações, auto-referenciada nos próprios trabalhadores, que entre si vão definindo os atos necessários à produção do cuidado, a cada usuário que chega, em movimentos que se repetem no dia-a-dia dos serviços de saúde. Dessa rede não estão excluídos nem mesmo os trabalhadores das áreas de “apoio” como, por exemplo, da higienização, onde todos sem exceção são “dependentes” do trabalho que é executado com o fim de manter uma unidade de saúde em condições de biossegurança adequadas (FRANCO, 2006, p.1).

Complementar ao que Franco (2006) apresenta sobre a rede da micropolítica institucional retorno a Barnes (1987), ele ao estudar as redes e apontar pontos de conexão e de poderes diferenciados discutiu a classificação nas redes:

A partir daí passei a discutir a rede de classes de Bremnes. Indiquei como, apesar de cada conexão da rede social ser uma igualdade ostensiva, cada pessoa elaborava sua própria divisão das demais pessoas da rede social em três conjuntos, a saber: os superiores, os iguais e os inferiores” (BARNES, 1987,p.179)

A classificação aproxima-se da configuração da rede para o “atalho” observada no hospital, ela desenvolve-se no contexto do hospital, que é organizado em níveis hierárquicos. Uma forma de circular nas redes e ter sucesso ao “atalho” é a identificação das pessoas que detém algum micropoder, elas poderão estabelecer pontes por meio das suas relações sociais de conhecidos no ambiente hospitalar.

Nas redes observadas não há um poder homogêneo distribuídos entre os participantes, uma igualdade; as redes são também classificatórias no caso do hospital: os superiores (médicos); os iguais (os sujeitos “pontes”); e os inferiores (usuários). Há micropoderes envolvidos em todos os sujeitos da rede; de um ponto de vista esses micropoderes atuam construindo “arranjos” na hierarquia administrativa formal, e, possivelmente até alteram as posições hierárquicas. Os “arranjos” e/ou as “inversões” que são transitórios criam e recriam a regulação interna e influenciam na organização dos serviços no hospital, neste caso no acesso às consultas.

Identifiquei a partir da observação participante e dos relatos dos sujeitos da pesquisa diferentes poderes na rede, compondo como figura central o médico. Dada à estrutura do sistema público de saúde, o usuário só “abrirá o prontuário”, garantirá a sua “matrícula”, o seu passaporte para a sua inserção formal no SUS, ao ser atendido por um profissional médico, no caso ser atendido no ambulatório e ter acesso a uma consulta. O próprio sistema impõe a entrada, o acesso ao sistema centralizada nos médicos, e essa centralidade é reproduzida no hospital, incluindo o processo do “atalho”. Como já referi anteriormente, para o sucesso do atalho há necessidade de conhecer os sujeitos que são “pontes” para alcançar o principal concedente do “atalho”, o médico. Aqui não desmerecemos os sujeitos “pontes”, eles representam a dinâmica do “atalho”, promovem os arranjos para a inserção dos usuários no SUS e dão vida pulsante a instituição.

A centralidade dos médicos na rede do “atalho” a partir do contexto da estrutura do sistema de saúde e do hospital foi analisada por um ângulo diferente, mas complementar a este estudo pela autora Carapinheiro (2005). Ela analisou alguns pontos estratégicos de poder nos Hospitais pesquisados, alguns atores que

fazem parte dos trabalhadores dos Hospitais detêm maior poder na rede, estes têm a capacidade acionar e disparar na rede situações que criam novos sistemas paralelos, que tangenciam o sistema formal ou pelo menos mantêm cruzamentos, os cruzamentos sustentam o sistema informal e refletem no sistema formal. O poder das profissões de saúde neste caso do ambiente hospitalar revelou a relação deles com as regras formais. A alteração e/ou criação de novas regras e normas por eles identifica o poder que eles exercem no âmbito hospitalar como figura central da equipe de trabalho no hospital.

Os médicos, nas suas atividades quotidianas, instauram constantemente regras implícitas e normas informais de funcionamento, estabelecendo-se, para o restante dos profissionais, relações permanentemente inseguras e equivocadas com as regras e normas hospitalares, quando pressionados a cumprir simultaneamente umas e outras.

[...]

Não havendo forçosamente incompatibilidade entre as regras formais e informais hospitalares e as regras informais médicas, havendo até, na maioria dos casos, múltiplas complementaridades, pode acontecer que, em determinadas situações concretas de incompatibilidade entre interesses específicos, o seu cumprimento simultâneo produza situações de conflito, cuja resolução passa pela cumplicidade de interesses ou, quando está presente a divergência de interesses, passa pela negociação, através de troca de favores, de facilidades e de alguns privilégios, ou então por cedência de algumas parcelas do poder de decisão ou de autorização expressa de invasão recíproca de territórios de funções (CARAPINHEIRO, 2005,p. 185).

O estudo da Profa. Graça Carapinheiro adentrou as relações no processo de trabalho, envolvendo equipes de profissionais. O objetivo foi o de revelar analiticamente as relações de trabalho estabelecidas nos hospitais. Os seus achados sobre o poder médico e a concepção biomédica sobre saúde predominante a fez discutir sobre os “acordos” ou as “negociações” estabelecidas entre médicos e gestores (administradores), identificando interesses particularistas dos profissionais médicos advindas da própria formação médica no país.

Para este estudo trago a discussão da professora pela aproximação e ao mesmo tempo diferença nas relações estudadas. Ao analisar um Hospital Universitário em Lisboa-PT, ela relata sua estrutura físico-administrativa e revela os espaços de poder. As relações de poder identificadas e vivenciadas neste Hospital se aproximaram das relações observadas no HUIBB.

Os estudos sobre hospitais apresentam objetos diferentes e parte da diferença neste estudo é a de que abordo os usuários e seu papel de sujeitos

atuantes nas estruturas do poder hospitalar interno. Eles com sua gama de saberes e com a bagagem das relações sociais transitam e interferem na malha das relações e de poderes, criando os “atalhos” ou os “encaixes”, como são denominados também no Hospital. Com a interferência de um trabalhador não médico acionam os profissionais médicos que detêm o poder de definir a inclusão ou exclusão de um usuário.

O poder do médico neste estudo revela-se como um “aliado” para o “atalho”. O seu poder e autoridade de negociar com as regras formais do SUS, aliada a cultura brasileira dos arranjos promovidos pelas relações pessoalizadas o tornam um ator concedente central do “atalho”. Na rede ele é o ponto o qual devem convergir os demais atores em busca do objetivo comum, o acesso o SUS.

As “regras implícitas” e as “normas informais” engendradas pelos médicos que no estudo da Profa. Graça Carapinheiro estavam voltadas para o trabalho na assistência e na área acadêmica hospitalar, no estudo sobre o HUJBB elas são parte da organização social “atalho”. Portanto, os estudos, e, especificamente as regras e normas apresentadas apontam similaridades e diferenças referentes aos contextos hospitalares e aos objetos de estudo.

O modelo privatista, típico da medicina liberal⁵⁴ também poderá ser revisto na perspectiva do atalho. Os médicos apropriam-se dos consultórios típico da profissão liberal, mas estão numa instituição pública. Eles levam para a instituição pública (hospital) os ranços da formação da medicina liberal. A “quebra” provisória neste modelo privatista é acionada pelos laços engendrados por meio das relações sociais estabelecidas. O médico, ao mesmo tempo em que poderia não aceitar uma consulta a mais, cede aos pedidos dos conhecidos e “abre” uma vaga na sua agenda. No seu consultório particular ele receberia a mais pela consulta, no serviço público ele recebe um salário pré-estabelecido. Uma das formas indiretas de ganhar mais seria realizando menos consultas.

⁵⁴Então, a existência de um sistema informal de seleção que orienta os doentes para diferentes categorias de medicina, inscrito na política de orientação médica dos serviços, permite-nos compreender a íntima relação das políticas médicas com a hierarquização dos serviços, na demonstração de que o corpo médico hospitalar não é homogêneo. A distância social entre os diferentes grupos de médicos organiza-se com base em privilégios que não são senão a extensão ao hospital do modelo liberal da prática médica privada, concretizada no direito de acesso a camas que podem reservar para clientela próprias e na apropriação de meios de trabalho do hospital. (CARAPINHEIRO, 2005, p. 149) [...] pertença a uma profissão liberal que possui o seu próprio código de valor e de conformidades se estabeleçam mais relativamente às normas e regras que revelam do seu corpo de pertença do que as normas e regras hospitalares (CARAPINHEIRO, 2005, p. 185).

Há uma espécie de “negociação pactuada” invisível para que a concessão tenha sucesso, no entanto, há necessidade de se manter mecanismos de aparência do poder médico na instituição, manter um paradigma hegemônico. O pedido para a concessão do “atalho” é uma “negociação” entre os trabalhadores, usuários e médicos. Esta negociação envolve prioritariamente as relações sociais, consolidando um prestígio social ao médico no hospital, diferente da “gestão negociada” identificada por Carapinheiro (2005), a qual envolvia aspectos do poder de prestígio profissional e acadêmico.

Uma outra categoria complementar a autorregulação médica, ligada a medicina liberal é a de “autonomia elástica”:

O conceito de autonomia elástica parte da definição de autonomia como a aptidão do indivíduo dispõem numa situação de trabalho para determinar a natureza dos problemas com que se confrontam e para saberem resolvê-los. É elástica no sentido de que não existe um domínio fixo de autonomia nem se liga de forma inerente a nenhuma posição hierárquica [...] Ao conceito de autonomia elástica liga-se a ideia de que um indivíduo só pode dispor de autonomia quando possui o poder de controlar o seu próprio trabalho e, decorrente deste controle, é que pode ser responsável pela acções que desencadeia (CARAPINHEIRO, 2005, p.50-51).

Os profissionais em seus diferentes espaços no hospital exercem a autonomia elástica, o profissional médico destaca-se por ser o concedente do atalho, respaldado pelo sistema e influenciado pelo caráter liberal da profissão. A “elasticidade” o faz promover os arranjos para o acesso por meio do atalho. O médico exerce a autonomia técnica do trabalho, ele tem o poder de diagnosticar e decidir sobre os passos seguintes do doente/paciente. Ele usa o seu poder técnico para lidar com a burocracia administrativa e ter autonomia parcial no consultório, mesmo num consultório público.

Para a autora Carapinheiro (2005) ainda prevalece no sistema de saúde português a cultura “hospitalocêntrica” em detrimento à promoção da saúde e à prevenção da doença. Os hospitais ainda são instituições de concentração de tecnologias e de poder dos profissionais médicos. No caminho a ser percorrido pelo doente, da atenção primária para os cuidados diferenciados, identificamos um recorte no sistema de saúde, possivelmente uma abertura para as práticas de acesso informal e pessoais dos usuários ao atendimento, ela foi denominada de autorregulação. No Brasil, a denominação é a de Regulação Assistencial. Para o SNS Português, os encaminhamentos dos usuários pelo médico de família para os

cuidados diferenciados, ocorrem entre os próprios profissionais de saúde médicos, o que inicialmente remete à hipótese de uma rede de relações complexas, com forte teor de pessoalidade. O Estado, representado pelo governo, o Ministério da Saúde, não regula formalmente a trajetória dos usuários nos serviços de saúde, interfere institucionalmente por meio de um controle exercido pelos custos das consultas, exames e outros procedimentos em nível burocrático.

Na entrevista com a Profa. Graça Carapineiro, ela discorreu sobre o processo que denominou de “autorregulação dos médicos”. O que ela descreveu foi um serviço de regulação ligado ao Ministério da Saúde:

“Há uma administração central dos serviços de saúde que, quando muito, recolhe as informações, estatísticas, mas não é igual à central de regulação do Brasil, é diferente” (Entrevista da Profa. Graça Carapineiro. Lisboa-PT, 10.02.2015).

Nos hospitais, há um controle interno como parte da gerência dos serviços que inclui o estabelecimento e o acompanhamento das metas e indicadores, no entanto, os médicos fogem a este controle e estabelecem relações de poder que permitem a autorregulação, e com isso a escolha dos casos e/ou a priorização de situações de saúde.

O interesse particularista de determinados grupos profissionais, neste caso os médicos, predomina diante do objetivo da organização que divulga um objetivo público e coletivo.

[...] a profissão médica autorregula-se ainda, em grande parte, apesar deste novo modelo de gestão tentar controlar essa autorregulação, a profissão regula-se mais pelos seus interesses profissionais do que pelos objetivos organizacionais, pronto! Vai respondendo, mas também não investe na regulação que é da gestão, que a gestão faz, regulação da entidade que a gestão faz sobre as suas atividades, tenta (médico) escapar da gestão do hospital, e, portanto, ao escapar do controle da gestão do hospital está a fazer a regulação da sua própria atividade (Entrevista da Profa. Graça Carapineiro. Lisboa-PT, 10.02.2015).

A autorregulação foi um dos achados que poderá ser investigado com maior profundidade futuramente. Para este momento ela é apontada como potencialmente um nucleador de poder dos profissionais médicos nos hospitais (CARAPINHEIRO, 2015), aliada ao poder e associada às relações pessoais, a autorregulação hipoteticamente poderá ser entendida como um dos irradiadores de entradas e percursos informais no serviço de saúde português. Minha observação preliminar é a

de que há na própria estrutura do sistema de saúde português um ponto aberto para os acessos informais.

No Brasil a regulação assistencial procura cumprir um papel de controle, tanto dos serviços de saúde, assim como do processo da racionalização financeira, o processo de regulação pretende ser impessoal, no entanto, a pessoalidade das relações brasileiras e o poder médico nos hospitais, aliados à incessante criação e a um poder das redes sociais dos usuários, acabam por criar trajetórias informais permitidas, o que se transformou em problema de investigação da minha tese (TAVARES, 2014).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O problema estudado foi a dificuldade para o acesso dos usuários ao Sistema Único de Saúde brasileiro, o SUS, neste caso, no ambulatório do Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB). A dificuldade vivenciada cotidianamente pelos usuários os fez criar um caminho mais rápido para atender às necessidades de saúde, o que denominei de “atalho”, também chamado pelos trabalhadores do hospital como “extra”, “cupincha” ou “porta da esperança”. Ao longo da pesquisa e com a oportunidade do estágio em Lisboa-PT, na modalidade Doutorado Sanduíche, pude constatar um termo semelhante ao utilizado no hospital para atalhar, denominado “cunha”, a expressão cotidiana mais comum dos lisboetas, encontrada na pesquisa de campo, foi “dar uma cunha” ou “fazer uma cunha”.

O problema alicerçou-se na interpretação sobre o enfrentamento do usuário por meio do “atalho” à estrutura estatal brasileira centralizadora, injusta e desigual. O atalho aproximou-se da categoria “jeitinho”, como resistência “cultural” para resolver situações cotidianas, utilizando o relacional, a pessoalidade em contraste com o modelo de sistema com princípios racionais e impessoais, esperados nas instituições. A investigação da organização do atalho como um subsistema relacional no SUS, observado no HUJBB, mais especificamente no ambulatório das especialidades, nos trouxe algumas perguntas sobre a estrutura social e cultural da sociedade brasileira e a sua influência na instituição hospitalar, assim como sobre as relações sociais em redes construídas pelos sujeitos envolvidos - os usuários e os trabalhadores do Hospital.

O estudo revelou que o “atalho” apresentou-se como uma organização com suas redes sociais parciais e limitadas (BARNES, 1987). As redes envolveram laços fracos (GRANOVETTER, 1983) em sua maioria. Elas foram tecidas agregando o conhecimento dos usuários sobre as relações sociais e sua vizinhança, associado ao conhecimento da sua rede familiar e de amigos. Esse conhecimento aciona os laços, em sua maioria fracos, e penetra na estrutura institucional hospitalar, por meio dos trabalhadores e seus micropoderes.

As redes de relações sociais construídas no bairro do Guamá foram ocasionais, um bairro urbano que congrega tradição e modernidade, mantendo as relações da vizinhança solidárias, alimentando os laços e contrastando com a impessoalidade das grandes cidades (SIMMEL, 2005).

O hospital está contido na paisagem do bairro e foi representado como um lugar para “morrer” ou para “viver”. A paisagem do bairro incorpora para os seus moradores um complexo que inclui o hospital, o antigo Instituto Médico Legal (IML) e o cemitério de Santa Isabel. O complexo remeteu aos moradores um olhar para a morte, alimentado pela história do Hospital como um sanatório denominado Domingos Freire, que tratava dos doentes diagnosticados com tuberculose. Na época, a tuberculose era incurável, e o sanatório recebia pessoas para “morrer”. A imagem do hospital foi ao longo do tempo modificada pelas descobertas e incorporação de novas tecnologias, como o uso de antibióticos e do tratamento para a tuberculose na década de 1970 e a atualização do perfil epidemiológico da região. Ele foi aberto para o tratamento de doenças infectocontagiosas e iniciou o processo de ser um Hospital com características de formação de recursos humanos. A inauguração do Centro de Estudos foi um exemplo da sua vocação para estudos e produção de conhecimento. Na década de 1990, ele foi incorporado pela Universidade Federal do Pará (UFPA) para ser um Hospital Universitário. O seu caminho como hospital formador de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS) continuou, e na década de 2000 foi certificado como Hospital de Ensino pelos Ministérios da Educação, da Saúde e do Planejamento. Atualmente, ano de 2015, a UFPA assinou contrato com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), que será a administradora dos Hospitais Bettina Ferro de Souza e João de Barros Barreto (HUBFS), o que ficou denominado como Complexo Hospitalar da UFPA.

Ao estudar a estrutura institucional hospitalar por meio do atalho, concluí que ela se apresenta como uma estrutura rizomática (DELEUZE; GUATARRI, 2000), aberta para diferentes entradas e acesso às redes sociais internas do hospital e também à rede formal do SUS. A estrutura rizomática diferencia-se da estrutura arbórea que se apresenta de uma forma verticalizada, com definição de entradas e saídas. Esta última assemelha-se à proposta formal do SUS, com as hierarquizações dos níveis de assistência (primário, secundário e terciário). O caminho do usuário na rede SUS é visualizado como uma pirâmide, do nível da base até o ápice. Ele deverá iniciar o caminho pela atenção primária com previsão de resolutividade em torno de 80% dos problemas de saúde; caso não consiga resolver, ele será encaminhado para as especialidades e, se houver agravamento, ele será referenciado para o atendimento terciário. Resolvido seu problema de saúde, ele

retornará (contrarreferência) para a atenção primária. No caminho, ele poderá percorrer outros serviços como o dos meios e diagnósticos, o que demonstra que o percurso poderá não seguir uma linha reta progressiva. O que estou demonstrando é que há um certo conflito ou pelo menos algumas incoerências na forma e organização da estrutura entre a rede SUS e a estrutura estudada na instituição hospitalar. A estrutura rizomática está aberta e permite as entradas numa relação horizontalizada. Permite o acesso das redes sociais e seus laços fracos adentrarem a estrutura hospitalar e formarem o subsistema relacional do SUS, o que denominei “atalhos”.

As relações sociais de sujeitos a sujeitos identificadas e analisadas no hospital penetram e interferem na lógica racional e impessoal do SUS, empoderando as relações humanas diante dos sistemas formais. A lógica do instituinte (CASTORIADIS, 1982) que por meio das ações simbólicas nas instituições cria novas ações, neste caso, uma organização social denominada “atalho” é a problematizadora constante da realidade social e propulsora do novo. O “atalho” neste estudo é fruto dos sujeitos usuários a partir das suas necessidades de saúde e de seu conhecimento e poder de lidar com as redes de relações sociais. O poder relacional externo ao hospital aciona as “pontes” de ligações entre a população e os trabalhadores que, intermediados pelas “brechas” que o próprio SUS possibilita, criam um processo instituinte com alta densidade relacional. A densidade nas suas tramas institucionais revelou o emaranhado dos poderes das profissões da área da saúde e aliado ao conceito hegemônico de saúde hospitalocêntrico e com viés filantrópico o ato do “atalho” foi interpretado como determinado pelos trabalhadores acionados pelos usuários numa instituição com um misto de organização gerencial envolvendo aparentemente uma administração pública impessoal e no seu cotidiano uma gerência institucional fortemente patrimonialista (HOLANDA, 1969).

A organização atalho formou-se no ambiente hospitalar e formatou critérios fluxos para o “atalho”. As categorias profissionais envolvidas nas adjacências são formadas pelos técnicos administrativos de nível médio e superior e até mesmo os que são de empresas terceirizadas. No entanto, o profissional concedente do atalho é o médico, influenciado pelos demais trabalhadores e pelos usuários que acionam as relações sociais e os conhecimentos acumulados sobre as regras, as leis e o sobre as “brechas” inerentes ao sistema SUS. O profissional médico ainda concentra o poder da concessão burocrática por pelo menos dois motivos: 1) o SUS só aceita

o cadastro/matricula do usuário no ambulatório a partir de consulta médica, e todas as demais consultas multiprofissionais são demandadas a partir da consulta médica; e 2) na hierarquização das profissões no hospital, o médico ainda ocupa o lugar central.

A posição dos profissionais médicos aciona o que Carapinheiro (2005) denominou “ordem negociada”, estudada nos hospitais em Lisboa-PT. Por dentro da administração formal, o grupo de médicos negocia e cria arranjos para garantir os interesses corporativos e acadêmicos. Eles são regidos por uma medicina liberal, segundo a autora. A autora, no estudo acima citado, estudou as relações de trabalho na instituição hospitalar, ela não adentrou as relações usuários-profissionais. A abordagem sobre redes de relações informais denominadas “percursos terapêuticos” foi um estudo posterior (CARAPINHEIRO, 2001).

No estudo realizado no HUIBB, encontrei vestígios de uma formação e influência de uma medicina liberal, principalmente na gerência dos consultórios, com as vagas para consultas e a não subordinação ao gerente do ambulatório, um não médico. A diferença foi a de que os casos de atalhos não são escolhidos pelo caso clínico, o que repercute institucionalmente na pesquisa, por exemplo. No caso estudado, o profissional médico negocia com o sistema formal e com as relações sociais, reafirmando o seu poder diante dos trabalhadores e usuários, uma espécie de patrimônio relacional, reconhecimento público do seu poder institucional e de classe profissional ligado a uma ideologia da caridade cristã.

Ao aproximar-me da cultura relacional brasileira e lisboeta sobre as práticas estratégicas de enfrentamento das injustiças sociais e da concessão de favores criadas pelos cidadãos acionando as relações sociais, observei aproximações e afastamentos. As estruturas sociais institucionais, tanto brasileiras como lisboetas, foram idealizadas numa lógica racional e impessoal da administração dos hospitais, quebradas pelos micropoderes constituídos pelas relações sociais dos trabalhadores e usuários.

No caso do estudo da Profa. Graça Carapinheiro (2005), internamente o Hospital foi administrado pelos interesses corporativos dos médicos que administravam por meio de uma “ordem negociada”, eles estabeleciam relações com os administradores e com os demais profissionais. A autora acena na parte final do seu estudo sobre “as margens do poder médico: as possibilidades estratégicas de

enfermeiros e doentes” e posteriormente em seus estudos avança para o poder dos usuários quando constroem os “percursos terapêuticos”.

No caso do HUIBB, a negociação foi interpretada por motivações relacionais entre usuários-trabalhadores, permeada pela concepção de saúde filantrópica, com fortes sinais da caridade cristã. Aliada a esta concepção há o entendimento, por parte dos trabalhadores e usuários, da ineficiência do sistema regulatório que contribui para a desorganização do sistema e aumenta o tempo de espera dos usuários. Somado a estas interpretações há o motor principal: a necessidade dos usuários ao acesso aos serviços de saúde, a necessidade de saúde da população, preconizada pelo SUS. A necessidade do acesso aos serviços de saúde está contida no princípio da universalidade, todos têm direito à saúde. O interesse dos profissionais médicos no HUIBB foi observado direcionado ao prestígio social diante dos demais trabalhadores e usuários. A aproximação com o modelo da medicina liberal foi constatada, por exemplo, na administração parcial da agenda nos consultórios numa instituição pública e no discurso sobre o aceite do médico para o “encaixe” (o atalho). Os micropoderes se reorganizam, mas a visibilidade do poder médico ainda é ressaltada no modelo hospitalocêntrico, crivado de iniciativas “instituintes” criadas pelos usuários e trabalhadores.

Uma pergunta surgiu ao longo do estudo. Ao aproximar-me de duas realidades diferentes sobre saúde pública (Belém-PA-BR e Lisboa-PT), observei as diferenças no acesso. Na cidade de Belém-PA, mais precisamente no HUIBB, há uma dificuldade maior para o acesso pelo tempo de espera, há uma estrutura física hospitalar precária, há profissionais com condições de trabalhos precárias por ausência de equipamentos e suprimentos para o tratamento das doenças. Em Lisboa, em visita a duas unidades de saúde, uma assemelhou-se a um Centro de Saúde e a outra a um Hospital no Brasil, foi observada uma organização do serviço com menos problemas estruturais (física, de equipamentos e materiais de consumo) que na cidade de Belém-PA-BR. As necessidades de saúde são diferentes nos dois locais, então a pergunta foi: será apenas a necessidade de acesso aos serviços de saúde devido a uma iminência de morte por adoecimento que cria as relações sociais e promove a sua articulação para o acesso informal? Por que no sistema lisboeta a “cunha” ainda é praticada para o acesso aos serviços de saúde, considerando que há uma organização e estrutura do sistema público de saúde mais adequada à necessidade da população? Uma hipótese é a de que as interações

sociais e o modelo relacional permanecem na modernidade, convivendo com a lógica racional e impessoal, e ele (o modelo) está para além das necessidades iminentes, é um modelo cultural presente localmente, provavelmente articulado ao modelo relacional englobante das sociedades.

A universalidade como direito ainda não é verbalizada pelos atores trabalhadores que articulam e concedem o atalho. Para o usuário, este não é um discurso estratégico para adentrar o consultório do hospital por meio do atalho. Ele conhece as “regras” do atalhar e as da sociedade brasileira quando se trata de relações hierárquicas entre alguém que demanda e o que está na posição de conceder ou ordenar alguém para realizar a concessão (BARBOSA, 2006). A universalidade está implícita no manusear das regras formais do SUS para inserir o usuário no sistema por via do atalho, mas não aceita, como princípio, como obrigação do médico para aceitar as consultas “extras”, uma denominação para o atalho, por exemplo.

O estudo também apontou a fragilidade do complexo regulatório, mais especificamente do departamento de regulação municipal. A baixa eficiência da regulação atinge diretamente os usuários e os estimula ainda mais a acionar outras vias para o atendimento no SUS.

Um dos questionamentos do estudo versou sobre a aproximação do “atalho” com o “jeitinho” apresentado por (BARBOSA, 2006) em sua tripla interpretação: ato legal, para legal ou ilegal. O estudo apontou que o atalho não é um ato ilegal ou para legal, pois ele não está burlando uma lei ou está para além da lei, o “atalho” está amparado pela lei, lida com ela para incluir o usuário no SUS, burla o caminho, no sentido de antecipá-lo ao atendimento, provavelmente alterando a ordem da fila não declarada, invisível para o sistema, não transparente, conhecida apenas pelo Departamento de Regulação. A fila não é constituída por pessoas reais e sim virtuais, um sistema com nomes e códigos. A negação do acesso por meio do “atalho” chegou a indicar a possível perda de recursos financeiros para o hospital, por apresentar baixo quantitativo de usuários para consulta. O hospital não detém acesso total ao sistema de regulação para saber a ordem dos usuários na fila e nem detém o poder para acionar os usuários da fila para a consulta quando identificada a ausência daquele que estava agendado.

O “atalho” foi interpretado como um dos acessos ao SUS no máximo insubordinado ao fluxo previsto no SUS, identificado como uma estrutura arbórea e

ao mesmo tempo abrindo o sistema para o acesso dos usuários que estão indicados para a sua referência. A abertura de caminhos ou “percursos terapêuticos” indicaram um SUS aberto, uma instituição hospitalar instituída e instituinte, em criação constante por seus usuários e trabalhadores. Ainda identificou as redes de relações sociais alterando os percursos e dando vida ao sistema, demonstrando o poder das relações, dos laços estabelecidos diante das regras e normas frias instituídas pelo sistema.

A instituição hospitalar e a sua organização “atalho” foram observadas e analisadas sob a ótica do instituinte, o qual se constituiu uma rede de relações sociais integrada pelo simbólico (CASTORIADIS, 1987) que é parte do instituinte por identificar-se como criação incessante, processo inacabado, formando assim uma instituição sincrética nas suas formas de gerir o serviço de saúde pública. O instituinte ainda reafirma a participação efetiva dos sujeitos que furam os bloqueios institucionais e fazem valer os seus direitos de cidadãos e, caso a instituição esteja atenta e aberta, eles poderão ensiná-la como melhor gerir e atender às necessidades de saúde da população. O reivindicar dos sujeitos apresenta-se por sinais simbólicos, e não apenas por via formal representativa (associações, conselhos e outros). Os sinais, por aqueles que deixam seus sentidos abertos e aguçados, poderão ser “lidos” e interpretados como se apresentam na realidade, entendendo a realidade aberta e múltipla de sentidos. Uma gestão integral (na perspectiva do SUS) poderá acenar para novos caminhos de organização da rede de serviços que viabilizem o acesso para todos os que chegam ao Hospital, com maior brevidade.

As barreiras criadas pelo próprio sistema de regulação - modelo impessoal - são obstáculos a serem transpostos, eles ao mesmo tempo impedem e alimentam a criação do novo, dos novos percursos para alcançar o acesso. O sistema rizomático é uma proposta para a instituição e ele já está presente no Hospital. O instituinte, construção dos sujeitos, que envolve também os seus saberes, retroalimenta a vida institucional, interferindo e alterando, e, por vezes, transformando as estruturas sociais.

O achado da categoria nativa “aquele que nem fede e nem cheira” abre a possibilidade do aprofundamento etnográfico sobre ela. Inicialmente, a categoria foi apresentada como intermediária, entre um polo positivo - “aquele que cheira” e o polo oposto, negativo - “aquele que fede”. A possibilidade do sujeito identificar-se

como intermediário abriu a possibilidade de investigação sobre as relações sociais e os atalhos. Neste estudo, identifiquei a categoria e a relacionei com a pesquisa sobre o atalho. Ela foi abordada como uma das relações sociais estabelecidas que propiciam o movimento do sujeito na rede. “Aquele que não fede e nem cheira” poderá movimentar-se para um polo ou outro, assim como permanecer na liminaridade de acordo com as situações enfrentadas cotidianamente.

Deixo algumas questões sobre a categoria nativa para pensar. A categoria é identificada pelos moradores como facilitadora das relações na rede social? Como “aquele que não fede e nem cheira” enfrenta os obstáculos impostos pela impessoalidade nas relações cotidianas? “Aquele que não fede e nem cheira” em que se assemelha e/ou se diferencia do personagem malandro?

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Guilherme de; VIEIRA, Trajano. **Três tragédias gregas**. São Paulo: Perspectiva, 1997, p. 80-81.

ANDERSON, Perry. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, Emir; GENTILI, Pablo (org). **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

ANDRADE, João Tadeu de; COSTA, Liduina Farias Almeida da. Medicina Complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica. **Saúde Soc.** São Paulo, v.19, n.3, p.497-508, 2010, p.497-508. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n3/03.pdf>. Acesso em 28/07/2015)

AS INVASÕES bárbaras. Direção de: Deny Arcand. Elenco: Rémy Girard, Stéphane Rousseau, Dorothee Berryman, Louise Portal, Dominique Michel, Yves Jacques, Pierre Curzi, Marie-Josée Croze, Marina Hands, Toni Cecchinato, Mitsou Gélina, Johanne-Marie Tremblay, Denis Bouchard, Micheline Lanctôt, Markita Boies, Isabelle Blais. São Paulo: Tw Vídeo distribuidora, 2003. 1 DVD (152 min.): son., color. Dublado. Port.

BAHIA, Ligia. Sistema Único de Saúde. In: INSTITUTO OSWALDO CRUZ. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: IOC, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/sisunisau.html>. Acesso em: 28.07.2015.

BARBOSA, Livia. **O Jeitinho brasileiro: a arte de ser mais igual do que os outros**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

BARNES, J. A. Redes sociais e processos políticos. In FELDMAN-BIANCO, Bela (org). **Antropologia das sociedades contemporâneas**. São Paulo: Global, 1987.

BARRETO, Mauro V. **O Romance da vida amazônica: uma leitura socioantropológica da obra de Inglês de Sousa**. Presidente Venceslau, SP: Letras à Margem, 2003

BELÉM. Prefeitura Municipal de Belém. **Anuário Estatístico do município de Belém**, 2011.

_____. **Portal da Amazônia muda cara de Belém**. 2013. Disponível em: <http://www.belem.pa.gov.br/app/c2ms/v/?id=25&conteudo=2747>. Acesso em: 20.10.2013.

BOURDIEU, Pierre. The forms of capital. In: RICHARDSON, John G. (ed). **Handbook of theory and research for the sociology of education**. New York: Greenwood Press, 1986. p. 241-258.

BOTELHO, A.; BRASIL JÚNIOR. Das sínteses difíceis: "cordialidade", "espírito de clã" e o Estado-nação no Brasil. **Revista Matiz**, Matão, SP, v. 1, n. 1, 2005.

BRASIL. Decretos e leis. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20.09.1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 23.04.2014.

BRASIL. Unidade de aprendizagem: análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 68 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Também disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DiretrizesImplantComplexosReg2811.pdf>. Acesso em: 11.02.2014.

_____. **Portaria Interministerial MEC/MS n. 2.400, de 02 de outubro de 2007**. Estabelece os requisitos para a certificação de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=7513. Acesso em: 22.01.2013

_____. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. MS/CONSEMS. 3. ed. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2009.

_____. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2010ª. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf. Acesso em: 06.06.2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal**. junho de 2010b. Disponível em: www.saude.al.gov.br/files/Qualificação%20-%20Junho%202010.xls. Acesso em: 22.08.2010.

_____. **As Redes de Atenção à Saúde**. 2012. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php. Acesso em: 19.02.2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estado - PARÁ/Região NORTE. **Relatório de Gestão**. Competência: Dezembro de 2013. Brasília, 2013a

BRASIL. Ministério da Saúde. DATAsus. **Cadernos de Informação de Saúde**. 2013b. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/cadernosmap.htm>. Acesso em: 02.01.2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. **Mais Médicos para o Brasil**. Mais saúde para você. 2013c. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/mais-medicos/mais-sobre-mais-medicos/5953-como-funciona-o-programa>. Acesso em: 09.09.2013.

CARAPINHEIRO, Graça. A Saúde enquanto matéria política In CARAPINHEIRO, Graça (org.) **Sociologia da Saúde: Estudos e perspectivas**. Coimbra: Pé de Página Ed., 2006.

_____. Inventar percursos, reinventar realidades: doentes, trajectórias sociais e realidades formais. **Revista do Centro de Antropologia Social- Etnográficas**, v. 5, n. 2, p. 335-358, 2001.

_____. **Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços de saúde**. 4. Ed. Porto: Ed. Afrontamentos, 2005.

_____. **Currículo**. Plataforma De Gois. 2011. Disponível em: http://www.degois.pt/visualizador/curriculum.jsp?key=8654116890812294#Producao_cientifica. Acesso em: 23.-3.2015.

CARIDADE. In: FERREIRA, Aurélio. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. 4. Ed. Curitiba: Positivo, 2009. p. 406.

CASTELLS, Manuel. **A Sociedade em rede: economia, sociedade e cultura**. 13. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2010.V.1.

CASTORIADIS, Cornelius. **A Instituição imaginária da sociedade**. São Paulo: Paz e Terra, 1982.

_____. _____. 3. Ed. São Paulo: Paz e Terra, 1991.

CECCIM, R. B.; FERLA A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 6, n. 3, p. 443-456, nov./2008-fev./2009.

CECÍLIO, L.C.O. E MERHY, E.E.. **Integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**, Campinas, março de 2003. p. 3-4.

CHAUÍ, Marilena (consultora). Prefácio. In: LÉVI-STRAUSS, C. **Raça e história**. São Paulo: Abril Cultural, 1980. (os Pensadores)

CUPINCHA. In: FERREIRA, Aurélio. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. 4. Ed. Curitiba: Positivo, 2009. p. 589.

DA MATTA, Roberto. **Carnavais, malandros e heróis**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1990.

DELEUZE, G.; GUATARRI, F. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Tradução Aurélio Guerra Neto e Celia Pinto Costa. São Paulo : Ed.34, 2000. V. 1.

DURHAM, Eunice. A sociedade vista da periferia. In: _____. **A dinâmica da cultura: ensaios de antropologia.** São Paulo: Cosac Naify, 2004, p. 379-407.

FAORO, Raymundo. **Os donos do poder: formação do patronato político brasileiro.** 3. ed. Porto Alegre: Globo, 2001.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS (FBH). **O que é saúde suplementar.** 2016. Disponível em: <http://fbh.com.br/home-institucional/o-que-e-saude-suplementar/>. Acesso em: 23.02.2016

FERLA A. A. et. al. Integralidade em saúde e envelhecimento: dobras, texturas e desafios à formação dos profissionais de saúde. In: HERÉDIA, V.B.; DE LORENZI, D. R. S.; FERLA A.A. (org). **Envelhecimento, saúde e políticas públicas.** Caxias do Sul: EDUCS, 2007.

FERREIRA, Aurélio. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa.** 4. Ed. Curitiba: Positivo, 2009.

FIOCRUZ. **Prova de função respiratória: o que é e para que serve?** Agência Fiocruz. 01.07.2010. Disponível em: <http://www.agencia.fiocruz.br/prova-de-fun%C3%A7%C3%A3o-respirat%C3%B3ria-o-que-%C3%A9-e-para-que-serve>. Acesso em: 13.04.2013

FIRTH, Raymond. Organização social e estrutura social. In: CARDOSO, F. H.; IANNI, O. (Org.). **Homem e sociedade: leituras básicas de sociologia geral.** 8 ed. São Paulo: CEN, 1973.

FLEURY, Sonia; OUVÉRY, Assis Mafort. **Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde.** Rio de Janeiro: FGV, 2007.

FOUCAULT, Michel. Aula de 7 de janeiro de 1976. In: _____. **Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976).** São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. **Microfísica do poder.** 12. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1996.

FRANCO, Camilla Maia; FRANCO, Túlio Batista. **Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde.** [2003]. Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337000728_Linha%20cuidado%20integral%20conceito%20como%20fazer.pdf. Acesso em: 22.09.2013.

FRANCO, T. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In PINHEIRO R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde;** Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006.

FREYRE, Gilberto. **Casa-grande e senzala: formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal.** Ilustração de Tomás Santa Rosa e Poty. 16. ed. Rio de Janeiro: J. Olympio, 1973.

GADAMER, Hans-Georg. **Verdade e método**: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. 4 ed., Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. 4. ed. São Paulo: Perspectiva, 1992.

GOHN, Maria da Glória. **Educação não-formal**: impactos sobre o associativismo do terceiro setor. São Paulo: Cortez, 1999.

GRANOVETTER, Mark S. The Strength of Weak Ties. **American Journal of Sociology**, v. 78, Issue 6, p. 1360-1380, May, 1973.

_____. **The Strength of Weak Ties**: A Network Theory Revisited. *Sociological Theory*. New York: Blackwell, 1983, v. 1, p. 201–233.

HERMAN, Susan J. **Hermenêutica e sociologia do conhecimento**. Lisboa: Edições 70: 1990.

HOLANDA, Sérgio Buarque. **Raízes do Brasil**. 5. ed. Rio de Janeiro: J. Olympio, 1969. (Coleção Documentos Brasileiros).

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO. **Breve histórico**. 28.08.2013. Disponível em: <http://www.barrosbarreto.ufpa.br/index.php/institucional/historico>. Acesso em: 12.05.2014.

_____. **Proposta da UFPA**. Belém, [19--]a

_____. **Roteiro do Grupo de Teatro do HJBB**. Belém, [19--]b

_____. **Projeto de Reforma do HJBB**. Belém, 1976.

_____. **Relatório anual de Gestão 2013**. Belém, 2014.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO. Núcleo de Planejamento e Avaliação do HJBB. **Relatórios anuais de 2008 a 2015**. Belém, fevereiro, 2016.

INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA. **Função respiratória**. 2010. Disponível em: <http://www.iff.fiocruz.br/index.php/12-atendido/16-funcao-respiratoria>. Acesso em: 19.01.2014.

LALONDE M. **A new perspective on the health of Canadians. A working document**. Ottawa: Government of Canada, 1974.

LÉVI-STRAUSS, Claude. **Antropologia estrutural**. São Paulo: Cosac Naify, 2008.

MACHADO, C. O patriarcalismo possível: relações de poder em uma região do Brasil escravista em que o trabalho familiar era a norma. **R. bras. Est. Pop.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 167-186, jan./jun. 2006

MALINOWSKI, Bronislaw. **Argonautas do pacífico ocidental**: um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova Guiné Malanésia. 3. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1994. (Os Pensadores).

MARINELI, Fernando. As Invasões bárbaras: colapso do capitalismo, não do ser humano. **Verinoto**. Revista on-line de Educação e Ciências Humanas, v. 3, n. 5, out de 2006.

MATTOS, R. A. Os Sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Os Sentidos da integralidade na atenção e no cuidado**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; Abrasco, 2001.

MAUÉS, Heraldo Raymundo. **A Ilha encantada**: medicina e xamanismo numa comunidade de pescadores. Belém : UFPA,1990.

MAUSS, Marcel. **Ensaio sobre a dádiva**. Lisboa, Portugal : Ed. 70, 2008.

MAYER, Adrian C. A Importância dos “quase grupos” no estudo das sociedades complexas. In FELDMAN-BIANCO, Bela (org). **Antropologia das sociedades contemporâneas**. São Paulo: Global, 1987.

MENDES, Eugênio Vilaça. As Redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, Aug. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23.03.2014.

MENDONÇA, Claunara Schilling. **O Papel da estratégia Saúde da Família na Rede de Atenção a Saúde do SUS**. 2010. Disponível em: <http://www.eventos.bvsalud.org/agendas/oficinasoftelessaude/public/documents/Claunara-113833.pdf>. Acesso em: 22.08.2010

MENDONÇA, Kátia Marly Leite. **A Salvação pelo espetáculo**: mito do herói e política no Brasil. Rio de Janeiro : Topbooks, 2002.

MENEZES, Rachel Aisengart. **Em busca da boa morte**: antropologia dos cuidados paliativos. Rio de Janeiro : Fiocruz; Garamond, 2004.

MERHY, E. E. **A Cartografia do trabalho vivo**. São Paulo : Hucitec, 2002.

MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em Saúde**: um desafio para o público. São Paulo : Hucitec, 1997.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC, 2007.

MONTENEGRO, Eduardo J. S. **Estatística programada passo a passo**. São Paulo: Centrais Imprensa Brasileira, 1981. V. 3.

_____. _____. São Paulo: Centrais Imprensa Brasileira, 1981. V. 4.

OLIVEIRA, Taissa Santos de. **Macro drenagem da bacia da estrada nova, sub-bacia 01 – vantagens do uso de metacaulim e aditivos químicos neste tipo de obra**. 2012. 71 f. Trabalho de Conclusão de Curso - Bacharelado em Engenharia Civil, Instituto de Ciências Exatas, Universidade da Amazônia, Belém, 2012. Disponível em: http://www.unama.br/novoportal/ensino/graduacao/cursos/engenharia_civil/attachments/article/130/MACRODRENAGEM%20DA%20BACIA%20DA%20ESTRADA%20NOVA,%20SUBBACIA%2001%20_%20%20VANTAGENS%20DO%20USO%20DE%20METACAULIM%20E%20ADITIVOS%20QU%20C%20M%20MICOS%20NESTE%20TIPO%20DE%20OBRA.pdf. Acesso em: 20.09.2014

PAIM, Jairnilson S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013.

PAIXÃO, Carlos Jorge. Cultura vivida e escolarização. **Rev. Trilhas**, Belém: UNAMA, v. 2, n.1, 2001.

PEREIRA, Eduardo Henrique Passos; BARROS, Regina Duarte Benevides de. Humanização. In: Instituto Oswaldo Cruz. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: IOC, 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/hum.html>. Acesso em: 21/08/2015.

PARÁ. Secretaria de Estado de Saúde Pública; Universidade Federal do Pará. **Caderno Metodológico Curso de Aperfeiçoamento em Educação Permanente**. Belém, ago. 2009.

PORTAL EDUCAÇÃO. **O Que é ostomia**. 13.02.2009. Disponível em: <http://www.portaleducacao.com.br/medicina/artigos/7557/o-que-e-a-ostomia#ixzz41pJy20wR>. Acesso em: 04.01. 2014

PROMOTORIA Militar indícia 14 PMs por chacina que matou 10 em Belém. G1 PA. 17.04.2015. Disponível em: <http://g1.globo.com/pa/para/noticia/2015/04/promotoria-militar-indicia-14-pms-por-chacina-que-matou-10-em-belem.html>. Acesso em: 21.08.2015

RADCLIFFE-BROWN, A. R. Sobre a estrutura social. In: _____. **Estrutura e função na sociedade primitiva**. Petrópolis: Vozes, 1973.

_____. **Estrutura e função na sociedade primitiva**. Prefácios dos professores E. E. Evans Pritchard e Fred Eggan; Tradução Nathanael C. Caixeiro. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2013. (Coleção Antropologia).

RAMOS, José Messiano Trindade. **Entre dois tempos**: um estudo sobre o bairro do Guamá, a Escola 'Frei Daniel' e seu patrono. Belém [s.n.]. 2002.

RIBEIRO, Paulo Silvino. "O que é Organização Social?"; **Brasil Escola**. [2014]. Disponível em <<http://brasilecola.uol.com.br/sociologia/o-que-organizacao-social.htm>>. Acesso em 23 de março de 2016.

ROCHA, Rogério Lannes. O Tabu da fila. **Revista RADIS Comunicação e Saúde**, n. 159, dez. 2015. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/159/editorial/>. Acesso em: 10.06.2015.

SANTOS, Alaneir; SOUZA, Cláudio; ALVES, Humberto José; SANTOS, Simone Ferreira (Org). **Telessaúde**: um instrumento de suporte assistencial e educação permanente. Belo Horizonte: Ed. da UFMG, 2006.

SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. **O SUS após a regulamentação da Lei nº 8.080/90 pelo Decreto nº 7.508/2011**. Blog Direito Sanitário: Saúde e Cidadania. Disponível em: <http://blogs.bvsalud.org/ds/2011/07/25/o-sus-apos-a-regulamentacao-da-lei-8-08090-pelo-decreto-7-5082011>. Acesso em: 30.07.2015.

SILVA JÚNIOR, Aluísio Gomes da; ALVES, Carla Almeida. **Modelos assistenciais em saúde**: desafios e perspectivas [2006]. Disponível em: <http://200.129.241.70/isc/sistema/arquivos/08081111082808.pdf>. Acesso em 07/02/2016

SILVEIRA, Flávio L.; SOARES, Pedro Paulo. Cidade em movimento: os taxistas como guardiões da memória em Belém do Pará. **Revista Amazônia: Ciência e Desenvolvimento**, Belém, v. 4, n. 7, jul./dez. 2008.

SIMMEL, Georg. As Grandes cidades e a vida do espírito (1903). **Maná**, Rio de Janeiro, v 11, n. 2, Outubro, 2005.

SORTE. In: FERREIRA, Aurélio. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. 4. Ed. Curitiba: Positivo. 2009. p. 1877-1878.

SOUSA, Inglês de. **O Cacaulista**: (cenas da vida do Amazonas). 2. ed. Belém: EDUFPA, 2004. 190 p. (Coleção Amazônia)

_____. **O Coronel Sangrado**: (cenas da vida do Amazonas). Belém: Ed. da UFPA, 1968. 198 p. (Coleção Amazônia).

TAVARES, Aderli G. **Plano de Qualificação**. Belém, 2014.

_____. **Relatório Doutorado Sanduíche Lisboa-PT**, Belém-PA, abril de 2015.

TURNER, Victor. **O processo ritual**: estrutura e antiestrutura. Tradução de Nancy Campo de Castro. Petrópolis: Vozes; Chicago: Universidade de Chicago, 1974.

WAGLEY, Charles. **Uma comunidade Amazônica**: estudo do homem nos trópicos. 3. ed. Belo Horizonte: Itatiaia; São Paulo: EDUSP, 1988.

WEBER, Max. **Ensaio de sociologia**. Organização e introdução de H. H Gerth e C. W. Mills. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar Ed., 1974.

WIKIPEDIA. **Ostomia**. Disponível em <http://pt.wikipedia.org/wiki/Ostomia>. 2013a. Acesso em: 02.05.2013.

_____. **João de Barros Barreto**. Disponível em http://pt.wikipedia.org/wiki/Jo%C3%A3o_de_Barros_Barreto. 2013b. Acesso em: 02.05.2013

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

ARRUDA, M. P.; ARAÚJO, A. P.; LOCKS, G. A.; PAGLIOSA, F. L. Educação Permanente: uma estratégia metodológica para os professores da saúde. **Rev. Bras. Educ. Med.** v. 32, n. 4, p.518-524, out/dez 2008.

AUSUBEL, David P. **Psicologia Educacional**. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980.

CECÍLIO, Luiz C., CARAPINHEIRO, Graça; ANDREAZZA, Rosemarie (org). **Os Mapas do cuidado: o agir leigo na saúde**. São Paulo, HUCITEC, 2014.

FLORADAS na serra. Direção: Luciano Salce. Elenco: Cacilda Becker, Jardel Filho, Ilka Soares, John Herbert, Célia Helena, Miro Cerni, Rubens Costa, Marina Freire, Sílvia Fernanda, Gilda Nery, Liana Duval, Lola Brah, Bárbara Fazio. Rio de Janeiro: Columbia Pictures Brasil, 1954.1 DVD (100 min.): son., color. Port.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 33. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2006.

_____. **Por uma pedagogia da pergunta**. 2. Ed. São Paulo: Paz e Terra, 1985.

JAPIASSU, Hilton. **A Pedagogia da incerteza e outros estudos**. Rio de Janeiro: Imago, 1983.

MERHY, Emerson; FRANCO, Túlio B.. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. **Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, v.27, n. 65, p. 316-323, set/dez 2003.

MORIN, Edgar. **Complexidade e transdisciplinaridade: a reforma da universidade e do ensino fundamental**. Natal: EDUFRN, 1999.

_____. **Os Sete saberes necessários à educação do futuro**. São Paulo: Cortez; Brasília-DF: UNESCO, 2000a.

_____. **Saberes globais e saberes locais: o olhar transdisciplinar**. Rio de Janeiro: Garamond, 2000b.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA (UNESCO). Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI. **Educação: um tesouro a descobrir**. São Paulo: Cortez; Brasília-DF: MEC/UNESCO, 1999.

RODRIGUES, Carmem Izabel. **Vem do bairro do Jurunas: sociabilidade e construção de identidades em espaço urbano**. Belém: NAEA, 2008.

TEIXEIRA, Maria Cecília Sanchez. **Antropologia, cotidiano e educação**. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

WAGNER, Gastão. SUS: 20 anos depois. **Revista Saúde, Educação e Trabalho**. Rio de Janeiro, v. 1, n. 7, set/out, 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA USUÁRIOS LISBOETAS

Nº _____

Título do Projeto: “Etnografia dos caminhantes e dos condutores: atalhos e barreiras á porta do sistema público de saúde urbano”**Doutoranda: Aderli Goes Tavares****Data:**

1. Em que ano nasceu? Em qual cidade? Em que bairro/freguesia? Estudou ou estuda até que série? Qual seu trabalho ou o qual sua ocupação? Quanto tempo reside neste bairro? Morou em quais outros (as) cidades e bairros/freguesia? Em que bairro/freguesia viveu sua vida adulta?
2. Quais os motivos para escolha de morar ou trabalhar no bairro atual? O que mais gosta? O que menos gosta?
3. Como é a sua família atualmente? Outros parentes moram próximos a sua casa? Quais? Qual(is) os tipos de laços que vocês mantêm?
4. 4. Quais os tipos de laços você mantêm com as pessoas no seu trabalho?
5. Como é a sua vizinhança? Quais os vizinhos mais próximos? Porque você os identifica como os mais próximos?
6. Quais as principais mudanças que você observa neste bairro? (marcar períodos)
7. Quando têm um problema de saúde onde vai? (Serviço de Saúde/ Hospital, Centro de Saúde)
8. Como acessa os serviços de saúde?
9. Já esteve hospitalizado alguma vez?
10. Têm alguma doença? Já teve? Como foi?
11. O que você identifica como maior dificuldade? O que você identifica como maior facilidade no acesso aos serviços de saúde?
12. Como você acha que as pessoas conseguem superar as dificuldades? (ênfase no acesso). Quais as formas que utilizam? Qual a sua opinião?
13. Você conhece o termo “fazer ou dar uma cunha” ? O que significa?
14. Qual sua opinião sobre o ato de conceder ou receber uma “cunha”?

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA USUÁRIOS

Nº _____

Título do Projeto: “Etnografia dos caminhantes e dos condutores: atalhos e barreiras á porta do sistema público de saúde urbano”

Doutoranda: Aderli Goes Tavares

Data:

1. Em que ano nasceu? Em qual cidade? Em que bairro? Estudou ou estuda até que série? Qual sua ocupação? Quanto tempo reside neste bairro? Morou em quais outros (as) cidades e bairros? Em que bairro viveu sua vida adulta?
2. Quais os motivos para escolha de morar no bairro atual? O que mais gosta? O que menos gosta?
3. Como é a sua família atualmente? Outros parentes moram próximos a sua casa? Quais? Qual(is) os tipos de laços que vocês mantêm?
4. Como é a sua vizinhança? Quais os vizinhos mais próximos? Porque você os identifica como os mais próximos?
5. Quais as principais mudanças que você observa no seu bairro? (marcar períodos)
6. Quais as instituições de saúde que você identifica no seu bairro/localidade?
7. Você conhece o Hospital Barros Barreto? Em que situação você adentrou o Hospital?
8. Qual(is) as suas impressão(ões) antes e depois de frequentar o hospital?
9. Como você chegou ao hospital? Descreva a trajetória com detalhes.
10. O que você identifica como maior dificuldade? O que você identifica como maior facilidade?
11. Como você acha que as pessoas conseguem superar as dificuldades? (ênfase no acesso). Quais as formas que utilizam? Você acha correto?

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO PARA OS TRABALHADORES E GESTORES

I - Identificação

Naturalidade: _____ Sexo: Feminino () Masculino ()

Idade: _____ Escolaridade: _____

Qual a instituição que trabalha: _____

Função na instituição: _____

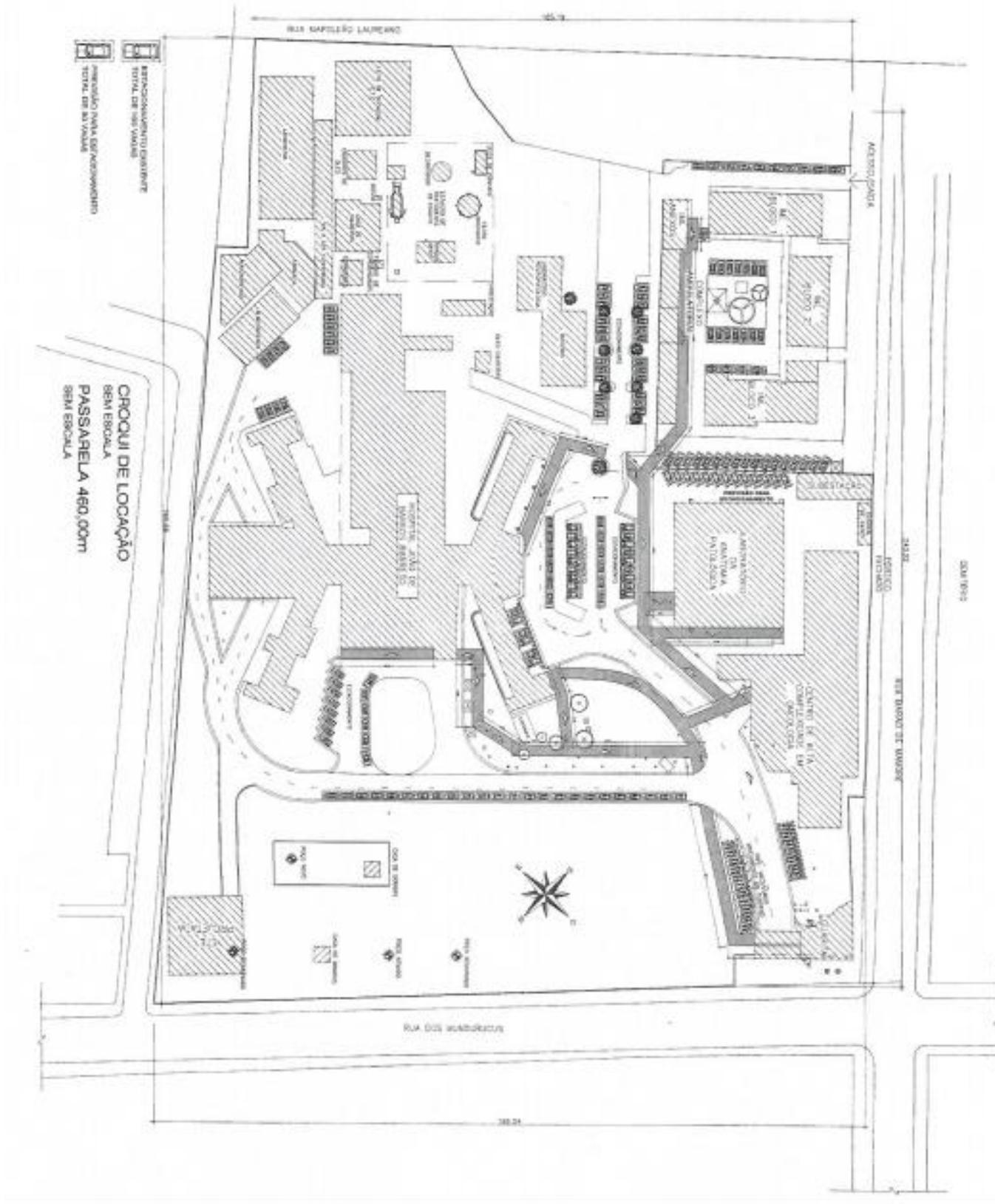
Tempo de trabalho na instituição: _____

II – Perguntas

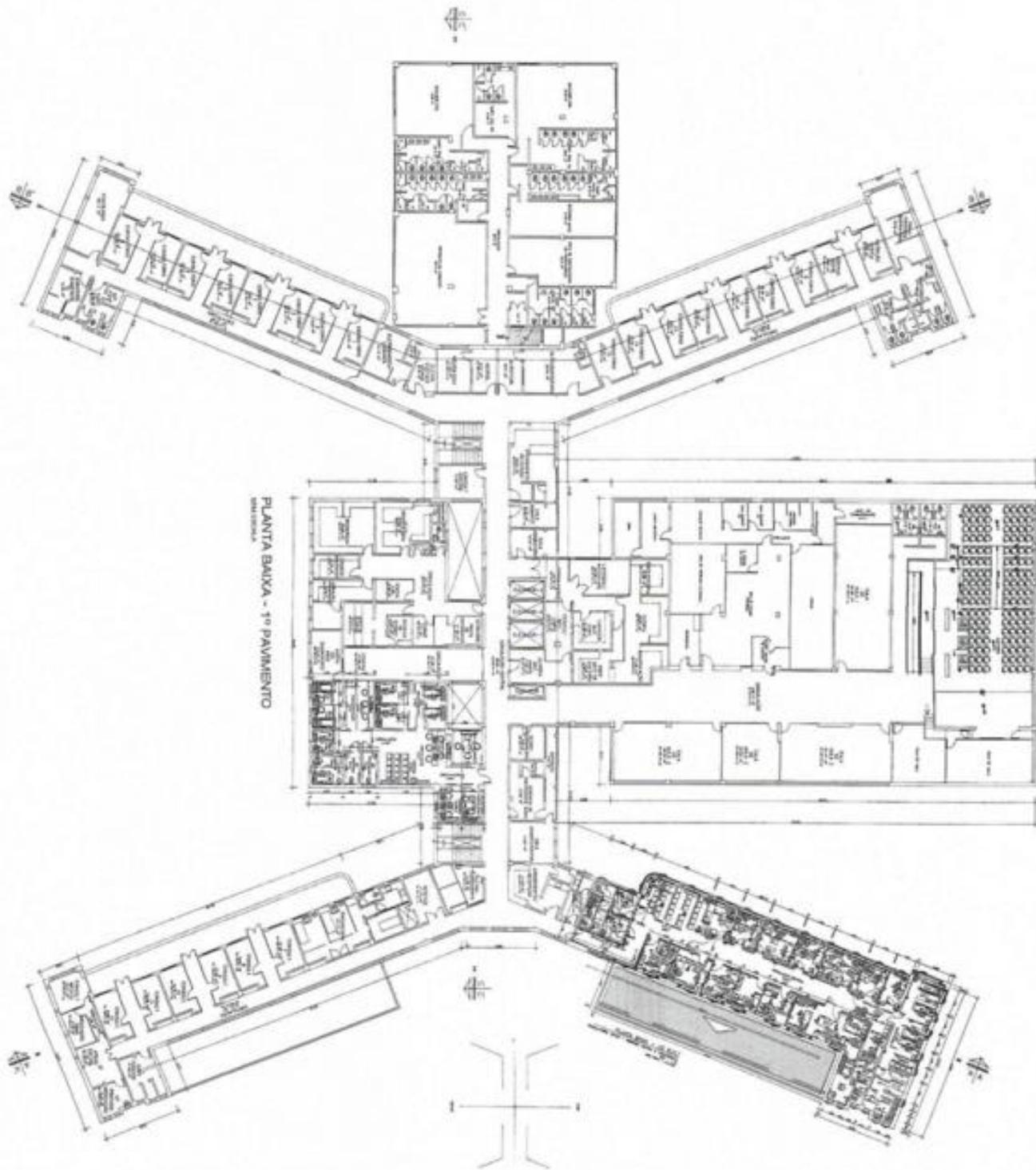
1. Como ocorre o tipo de acesso ao serviço de saúde pública na sua instituição?
2. Quais as dificuldades de acesso aos serviços de saúde que você identifica? Cite pelo menos 3 (três).
3. Quais as facilidades que você identifica sobre o acesso de usuários aos serviços ofertados pela sua instituição pública? Cite pelo menos 3 (três).
4. Você conhece a prática do “atalho” que alguns usuários utilizam para serem atendidos no serviço de saúde pública? () Sim () Não
5. Como você avalia essa prática?
 - () Ruim
 - () Boa
 - () Necessária
 - () Outra. Qual?
- 5.1. Explique a sua resposta.
6. Você já precisou utilizar ou ajudar um usuário para “atalhar” e conseguir atendimento? () Sim () Não
7. Descreva e/ou explique como ocorreu e o porquê.
8. Você já presenciou na instituição a prática do “atalho”? () Sim () Não
- 8.1. Comente sua resposta.
- 8.2. Quais os personagens envolvidos? (funcionários, amigos, conhecidos, vizinhos, outros)
9. Porque os usuários procuram o “atalho” para acessar os serviços de saúde?
10. Qual sua opinião sobre o “atalho” procurado pelos usuários e outros nos serviços de saúde?

ANEXOS

ANEXO B- CROQUI DA ENTRADA DO HUJBB



ANEXO C - CROQUI DO AMBULATÓRIO



ANEXO D – NOVO MERCADO DE CAMPO DE OURIQUE

P.12 | Tendas

Tendas | P.13

Restaurantes

Vai haver quase tudo: peixe, carne, marisco, sushi e pizzas. E nem vai precisar de pôr as compras em sacos e levá-las para casa – aqui haverá mesas para se sentar a comer. Leia também a crítica ao Barra do Quaque

Ana Teborda:
Até aqui, o mercado de Campo de Ourique era um mercado como os outros. Tinha vendedores que lá começaram a trabalhar aos 9 anos e que ainda se lembram de como era matar, esfolar e depenar ali os animais; as tradicionais bancas de peixe, fruta, carne e legumes; e vários espaços vazios – como é habitual nos mercados lisboetas.

A notícia é que, a partir de Setembro, tudo vai mudar mas o essencial vai manter-se. A cidade fez obras no espaço. Diogo Sousa Coutinho (sócio do japonês Notoji) criou o conceito e vai explorar os quatro novos quiosques com capacidade para 16 lojas. A palavra certa para definir estas novas bancas será qualquer coisa entre restaurante e tascas.

São 16 novos sítios especializados em peixe, marisco, carne, pizzas e pastelaria, com bancos e zonas de mesas onde poderá almoçar e jantar. Regra número um: convidar marcas e restaurantes especialistas em cada uma destas áreas para explorar os quiosques – os contratos estão a ser negociados. Regra número dois: não haver concorrência entre eles. É por isso que só vai encontrar visão na Garrafeira e bacalhau na loja especializada neste peixe. Mas disseram que quase tudo se mantém, lembra-se? É que os tradicionais horários do mercado prolongam-se até à 1h. Leia o resto, para ficar a saber tudo sobre a inauguração. É já em Setembro. ▽

Mercado de Campo de Ourique | Campo de Ourique, Lisboa | 213 962 272 | Não há taxa de entrada | De 10h às 13h e de 16h às 19h | 100 e 150

1 Bacalhau

Se não gosta de bacalhau (não o entendemos, mas...) afaste-se deste quiosque. Aqui, só haverá especialidades, petiscos e tapas deste peixe.

2 Peixe

Praticamente toda a variedade de peixes e frutos do mar. E não se esqueça de pedir que o peixe da mostra e peça que o cozinhem como lhe apetecer.

3 Café

Além de águas, refrigerantes, café e chá é aqui que deve procurar sumos naturais. Tem duas opções: escolher um dos sumos disponíveis no quiosque ou comprar a fruta no mercado e pedir que a ponham num copo – paga uma taxa pela preparação. Também o deixam comprar café ao kilo para levar para casa.

4 Sushi

Tudo o mercado vai ser explorado por uma empresa de Diogo Sousa Coutinho, sócio do Notoji, uma taberna de termals. Por isso, Diogo vai assegurar que haverá peças de sushi e sashimi vendidas à unidade e em menu.

5 Chef do Mercado

É um espaço gourmet. O chef vai ter a sua própria carta, com pratos que vão mudando, mas também pode comprar produtos no Mercado e pedir-lhe que os cozinhe – à sua maneira ou segundo uma sugestão do chef para esses ingredientes.

6 Porto

A única obrigação deste quiosque é ter iguarias tradicionais. Neste espaço, as especialidades vão chegar do Norte do País.



7 Vazio

Não é um espaço empilhado, é mais simples que isso. Esta tascas vai estar literalmente vazias nos primeiros meses. Depois, será ocupada em função dos pedidos dos clientes e das propostas que o Mercado receber.

8 Garrafeira

É o sítio onde deve procurar visão, seja em garrafa ou a copo. Pode pedir sugestões para acompanhar o prato que vai comer, mas também escolher sangria e cocktails feitos com esta bebida.

Conheça o novo Mercado de Campo de Ourique

(Inspirado no San Miguel, em Madrid, terá 16 novas lojas)

10 Pastelaria

Bolões de berlim, painéis, pastéis de nata, croissants, queijadas. Está a perceber o estilo, não está? Esta loja será uma tradicional pastelaria e padaria portuguesa e o único dos novos espaços a abrir às 8h (os outros só às 10h). Também terá pão, café, leite, águas e sumos.

11 Gelados

A primeira ideia foi que os gelados engasgarem um espaço pop up que desapareceria durante o inverno. Mas "como não havia concorrência no bairro", explica a gestão, decidiu-se que a loja seria permanente.

12 Petiscaria

Os petiscos portugueses estão na moda e para aqui virá uma das muitas petiscarias do País. Se gosta do espírito da partilha, escolha pratos para dividir. Senão, ocupe um banco no balcão.

13 Marisqueira

Além da tradicional pastelaria, haverá a tradicional cervejaria portuguesa, com vários tipos de mariscos, como ostras, gambas e percebes, mas também greços.

14 Pop ups

Haverá dois espaços móveis, preparados para receber coleções temporárias de qualquer tipo de marca – quer venda produtos ou artigos de decoração. O mercado será negociado caso a caso.

15 Hambúrgueres

A partir de Setembro e Quiosque da Paredão, num jardim a 300 metros do Mercado, terá concorrência nos hambúrgueres.

9 Bar

O segundo bar vai vender cerveja, vários cocktails como as famosas caipirinhas, e outro tipo de bebidas – licres, gins e vodkas.

10 Pizzaria

Não, não vai haver apenas pizzas portuguesas. Além do sushi, haverá pizzas e massas. E este é um dos quiosques que também pode vir a ter saladas.

11 Pórtico

Aqui não há comida. No resto da zona de quiosques haverá uma zona de mesas e cadeiras, para se sentar.

12 Carnes

O conceito é parecido com o da tascas de peixe, mas adaptado a quem prefere um bom bife. Haverá sempre vários tipos de carne, que pode escolher como quer que sejam cozinhadas, mas também haverá pratos já prontos.