

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO (PROPESP)  
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA**

**Cartografia de uma ação territorial em saúde:  
transitando pelo Programa Saúde da Família**

**Barbara Eleonora Bezerra Cabral**

**Recife, 2004.**

**Barbara Eleonora Bezerra Cabral**

**Cartografia de uma ação territorial em saúde:  
transitando pelo Programa Saúde da Família**

Dissertação de mestrado apresentada à  
Universidade Católica de Pernambuco,  
como parte dos requisitos para obtenção  
do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

**Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Henriette Tognetti Penha Morato**

**Recife, 2004.**

C117c Cabral, Barbara Eleonora Bezerra  
Cartografia de uma ação territorial em saúde :  
transitando pelo programa saúde da família / Barbara  
Eleonora Bezerra Cabral, 2004.  
207 f.

Orientadora: Henriette Tognetti Penha Morato  
Dissertação (Mestrado)-Universidade Católica de  
Pernambuco. Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação,  
Recife, 2004.

1. Psicologia clínica. 2. Saúde pública. 3. Saúde-Família.  
I. Título.

CDU - 614

**Barbara Eleonora Bezerra Cabral**

**Cartografia de uma ação territorial em saúde: transitando  
pelo Programa Saúde da Família**

Dissertação de mestrado apresentada à  
Universidade Católica de Pernambuco, como  
parte dos requisitos para obtenção do grau de  
Mestre em Psicologia Clínica.

Aprovada em

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Henriette Tognetti Penha Morato  
Universidade de São Paulo - USP  
Universidade Católica de Pernambuco - UNICAP

---

Prof. Dr. Marcus Túlio Caldas  
Universidade Católica de Pernambuco - UNICAP

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ângela Nobre de Andrade  
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES

*Dedico este trabalho para todos que se abrem à  
experiência de produzir outros sentidos para a ação...*

## AGRADECIMENTOS

*À própria vida, maior das viagens, condição fundamental de todos e quaisquer trajetos,*

*Aos meus pais, Paulo e Graça, e irmãos, Paxito e Lula, que configuram meu porto seguro,*

*A todos os meus outros familiares, em especial às minhas tias,*

*A Norminha, companheira de vida em tantas viagens,*

*A Henriette, orientadora que foi se tornando amiga,*

*A todos os meus amigos,*

*À equipe de saúde mental do Cabo de Santo Agostinho, em suas múltiplas composições,*

*À equipe contemporânea da Secretaria Executiva de Saúde do Cabo de Santo Agostinho,*

*Aos colegas/companheiros e a todos os meus professores do Mestrado, em especial a Claudinha, Luisa, Fátima Vilar, Albenise e Ana Lúcia Francisco,*

*A Marcus Túlio e Ângela Nobre – tão cuidadosos e atenciosos na leitura do meu trabalho,*

*A Carmem Barreto, muito acolhedora enquanto supervisora do meu estágio em docência,*

*A Ilana Daniele e Ana Santana – colaboradoras na operacionalização da discussão grupal,*

*A todas que compuseram o grupo de pesquisa, tornando-se companheiras fundamentais dessa jornada que aqui apresento registrada em palavras,*

*A todos os meus interlocutores nos contextos de formação profissional e nos espaços de trabalho,*

*À CAPES e ao corpo gerencial do Mestrado em Psicologia Clínica da UNICAP, em especial a Edilene Queiroz,*

*... agradeço o carinho, o suporte e as diversas oportunidades de trocas férteis e produção de sentidos! A jornada segue adiante...*

*A vida não é a que a gente viveu, e sim a  
que a gente recorda, e como recorda para contá-la.*

Gabriel García Márquez

## RESUMO

Esta pesquisa teve por objetivo problematizar as possibilidades de um sentido ético e político para a ação territorial em saúde como intervenção em saúde pública, através do Programa Saúde da Família (PSF), a partir da experiência de profissionais que a exercem. O cenário do estudo em questão, portanto, é o da atenção à saúde, no campo das políticas públicas. Tal investimento justificou-se pela existência de poucos estudos sistematizados em torno deste tema, dada a necessidade de aprofundar uma reflexão sobre a formação profissional para tal intervenção. Contudo, apresentou-se, também, como possibilidade de reflexões sobre a avaliação do PSF. Caracterizou-se como uma pesquisa fenomenológica existencial, em que se lançou mão da metodologia de relatos orais. Os interlocutores foram nove profissionais de saúde pública do município do Cabo de Santo Agostinho-PE, envolvidos na estratégia de ação territorial em saúde a partir do PSF. A escuta das narrativas aconteceu em dois momentos: uma discussão grupal com todos os participantes e uma entrevista individual posterior, proporcionando-se espaço para que os profissionais falassem de sua prática e experiência nesse modo de atuação. A própria metodologia revelou-se promotora de experiência, na medida em que propiciou reflexão sobre a forma de cuidar, gerando sentido para o fazer. Mostrou-se, ainda, como uma possibilidade de cuidar do cuidador. Destaca-se seu caráter interventivo de pesquisa, segundo referenciais da Psicossociologia Clínica. A interpretação das narrativas colhidas apontou aspectos diversos sobre o tema, como: a dissonância entre os objetivos propostos do PSF e a ação real/possível, a importância de repensar os contextos de formação profissional, a necessidade de reflexão em torno do fazer e as dificuldades para a realização de um trabalho efetivamente coletivo, requisito dessa ação territorial em saúde.

**Palavras-chaves:** ação territorial em saúde; Programa Saúde da Família; experiência na perspectiva fenomenológica existencial.

## ABSTRACT

This research had as main objective to open possibilities of an ethical and political meaning for the territorial action in health as an intervention in public health, through the Family's Health Program, based on the experience of professionals who perform it. The scenery of the study is the public policies field concerning health care. Such investment was due to rare systematic studies on the theme, in order to deepen some reflection on the professional formation for this kind of intervention. Yet, it showed a possibility to point reflections on the evaluation of the Family's Health Program. The research is based on the existential phenomenological approach and on the oral narratives methodology. The collaborators were nine public health professionals from Cabo de Santo Agostinho-PE, engaged in the strategy of the territorial action in health through the Family's Health Program. In order to collect the narratives, two moments were designed: a group discussion and an individual interview, some time after the group. Both procedures provided a situation for the professionals to talk about their practical experience in such a kind of action. The methodology was appropriated to promote experience, making it possible to think out a way of caring in order to produce meaning for their work. In this sense, the procedure presented itself as a way of taking care of who takes care, highlighting a comprehension of research as an intervention act, as pointed by the Clinical Social Psychology referential. The narratives interpretation indicated various aspects about the theme, such as: discrepancy between the objectives of the program and the real/possible action, importance of thinking over the context for professional formation, need to reflect on the acting and difficulties to construct an effective collective job, as required by this kind of territorial action in health.

**Key-words:** territorial action in health; Family's Health Program; experience in the existential phenomenology perspective.

## SUMÁRIO

▪ AGRDECIMENTOS	
▪ RESUMO	
▪ ABSTRACT	
▪ CAPÍTULOS:	
1. APRESENTAÇÃO OU A ORIGEM DA QUESTÃO.....	1
2. A QUESTÃO SITUADA.....	18
2.1. O Programa Saúde da Família e seu lugar no Sistema Único de Saúde.....	18
2.2. Saúde mental na atenção básica.....	24
2.3. Re-conhecendo outros atores envolvidos na ação territorial em saúde.....	33
2.4. Ação territorial em saúde em questão.....	37
3. A QUESTÃO TEMATIZADA: ARTICULAÇÕES TEÓRICAS.....	42
3.1. Situando a questão da técnica.....	42
3.2. O cuidado: tarefa existencial enigmática .....	52
3.3. Saúde: um complexo fio da trama.....	55
3.4. Ação em saúde pública em busca de sentido.....	61
4. O CAMINHO APONTADO PELA QUESTÃO: CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS.....	69
4.1. A bússola conduzindo-me ao caminho.....	69
4.2. Enfim, o caminho iluminado?.....	76
4.3. O caminho transitado.....	82
5. A QUESTÃO EM AÇÃO.....	86
6. TERRA À VISTA?!.....	181
▪ REFERÊNCIAS .....	203
▪ ANEXOS	

## 1. APRESENTAÇÃO OU A ORIGEM DA QUESTÃO

*E o que foi feito é preciso conhecer para melhor prosseguir.*

Milton Nascimento/Fernando Brant<sup>1</sup>

Pergunto-me: qual o mérito de uma questão? Imagino que toda questão mereça ao menos uma tentativa de resposta. O fato de uma questão qualquer se apresentar, tomando conta do sujeito, justifica por si só a necessidade de busca de “soluções”. As questões trazem a possibilidade de por em movimento o ser, no sentido da busca de sentido, da busca da sensação de conforto que, ilusoriamente, pensamos poder encontrar a partir de uma resposta suficientemente convincente.

Entretanto, qualquer tentativa de resposta que se descubra para a questão, que nos colocou em movimento, imediatamente irá produzir novas indagações. O inquietar-se é característico do ser humano. Lançar-se em uma caçada constante para encontrar outros sentidos, outras configurações, outros horizontes, outras descobertas, parece ser tarefa fundamental de quem percebe a própria condição de incompletude como marca do humano.

Encarar, olhar de frente a mobilização produzida em nós por algo que nos escapa à compreensão é a atitude básica de quem, além de ser espectador da vida, assume o desafio de dela se fazer participante, enquanto sujeito que acolhe a possibilidade, própria da condição humana, de tecer sentido, de fabricar conhecimento. Ao aceitar essa condição de artesão de sentido, de produtor de conhecimento e de vida, o ser humano passa a se nutrir de seus questionamentos, de suas inquietações, de sua falta de respostas e de sentido, de seu desalojamento diante do ineditismo da existência, para produzir-se por ato transformador, ou seja, por em ação sua capacidade de criar.

---

<sup>1</sup> Da música “O que foi feito de vera”.

Pesquisar é uma das infinitas maneiras possíveis de exercitar essa possibilidade criativa tão característica do humano. Toda pesquisa se origina a partir de uma questão. Questões são próprias do humano, enquanto produtor de sentido, por sua condição de ser comunicacional. É nessa perspectiva que as inquietações experimentadas pelo sujeito se referem a algum ponto de sua existência, refletindo um não saber(-se) por inteiro: o sujeito se mobiliza por questões que o colocam diante da impossibilidade (ainda que momentânea) de compreender algo que lhe diz respeito ou que o implica de alguma forma. Dito de outro modo, acontecimentos ou fenômenos, que se apresentam ao sujeito, demandam-lhe um posicionamento ou um situar-se em relação ao que a ele se mostra. Outra característica do humano: sua condição relacional consigo mesmo e com o que o envolve.

Nesse sentido, pesquisar é tão somente construir uma forma de olhar para algo, de tentar compreender alguma situação que se apresenta para nós como enigmática. Cada questão comporta diversos pontos de vista e pode provocar diferentes modos de pesquisa. De qualquer maneira, a questão que brota como crucial para um sujeito em determinado momento tem um caráter próprio que se relaciona com aquele sujeito em particular.

Explicitar uma questão vai depender de uma relação extremamente singular entre o sujeito e a questão. O sujeito, tendo sido captado pela inquietação, sente-se compelido a buscar sentido para aquilo que fez vibrar sua curiosidade. Quando se reconhece a questão movente – e isto ocorre apenas com uma clareza relativa, visto ser a questão escorregadia e multifacetada... –, parece se apresentar aquilo que é fundante para nortear o trabalho de pesquisa. Assim, a questão pode se revelar como a bússola da pesquisa.

Um trabalho de pesquisa, dessa maneira compreendido, é necessariamente autoral. Ele é tecido a partir da experiência do pesquisador, cujo cenário é a condição de ser-no-mundo-com-outros. Todo o trabalho de pesquisa, desde o polimento da questão, definição de objetivos, passando pela pesquisa bibliográfica, elaboração da metodologia, trabalho de

campo, análise, até a escrita final do que vai sendo desvelado, é uma *experiência* propriamente dita. Dito de outro modo, essa é uma maneira fenomenológica possível de compreender e realizar pesquisa.

Tomando como ponto de partida esta compreensão de que a minha questão de pesquisa é um recorte de quem sou, brotando, assim, da minha práxis, considero fundamental destacar alguns elementos da minha trajetória profissional para lançar luz sobre a origem do problema que pretendo pesquisar.

Desde o período da minha graduação em Psicologia, pude perceber que me sentia particularmente atraída pela possibilidade de atuação em um contexto público, orientada pela vontade de contribuir, mesmo que em pequena dimensão, para a transformação da realidade social de nosso país. Em virtude das grandes disparidades que constatamos em relação à distribuição das riquezas e, conseqüentemente, ao acesso a condições dignas de vida, muito sofrimento e privação marcam a existência de grande parcela de nossa população. Constatar tais desigualdades sempre gerou em mim um incômodo. De algum modo, eu já me interessava em saber como, ao me tornar psicóloga, poderia assumir um compromisso social na atenção a esse tipo de clientela.

Durante a formação, procurei recursos que me apontassem modos de por em movimento essa vontade de engajamento em uma prática de caráter transformador em face da realidade sócio-econômica do nosso país. No entanto, o curso era voltado predominantemente para uma perspectiva restrita da psicologia clínica, vinculada à atuação em consultório. Como outra forte alternativa, restava a de enveredar no trabalho de pesquisa, que abria uma estrada relativamente segura através do mundo acadêmico.

Estes caminhos não me pareceram suficientemente interessantes naquele momento da minha vida. Entretanto, eu tinha a idéia de que era importante ter alguma experiência e, a partir da prática, dar significado à minha formação de psicóloga.

Ao longo do curso, foram sendo despertadas em mim algumas “paixões”. Apesar da sensação de que todas as correntes em Psicologia diziam de um aspecto do humano, sendo apenas construídas em lugares, tempos e a partir de pressuposições diferentes, senti-me atraída pela Psicologia Humanista. Gostava da perspectiva da Abordagem Centrada da Pessoa (ACP), especialmente da tendência atualizante e da visão do homem enquanto processo e devir. Achava “romântica” aquela idéia de que o homem possuía em si todas as ferramentas para chegar a um funcionamento pleno, desde que fossem dadas as condições necessárias e suficientes. Tinha sido cativada pelas idéias de Rogers e um interesse claro pela perspectiva fenomenológica fez sede em mim.

Em relação a este interesse, hoje me deparo com outra possibilidade de compreensão de uma atitude fenomenológica existencial. O meu contato na faculdade havia sido superficial, e, apesar da identificação, algo travou a minha disponibilidade de me aprofundar nos estudos da ACP que eu tivera a chance de conhecer. Acredito que “aquela” ACP conhecida já não mais respondia a algumas inquietações minhas, parecendo agora muito idealista.

De qualquer modo, daquele interesse inicial pela ACP, o que mantive como ferramenta básica para olhar o mundo foi a noção da mudança, caráter próprio do homem e do mundo e a compreensão do humano como projeto. Essa abertura me era atraente. Tal perspectiva não congelava o homem. Agora, posso dizer isso com mais propriedade, à medida que me aprofundo na compreensão da fenomenologia existencial, baseada no pensamento de Heidegger. Venho construindo, a partir dos estudos no mestrado, uma outra compreensão que extrapola a ACP, no meu entender. Acredito que o pensamento filosófico de Heidegger tem iluminado uma outra perspectiva possível de atuação clínica, em contínua construção.

Na exploração de modos para poder viabilizar minha necessidade de atuação psicossocial, tomei contato com a área da Psicologia Comunitária, enquanto intervenção no

social e por sua ênfase pelo viés da prevenção. Era extremamente atraente e pertinente a proposta de o psicólogo sair dos “muros institucionais” para intervir no cenário em que a vida das pessoas acontece, ou seja, na própria comunidade. Considerei que tal perspectiva se revelava particularmente inovadora, dado que o psicólogo devia se lançar em direção ao sujeito, isto é, em seu lugar próprio – sua comunidade, ao invés de esperar que o cliente viesse solicitar uma intervenção. Por esta abordagem, constitui-se o interesse pelo sujeito social, demandando do profissional um empenho para assumir um compromisso ético e político no desenvolvimento do seu trabalho. Nessa perspectiva, a Psicologia Comunitária vem se caracterizando como uma área específica dentro da Psicologia, com bases teóricas e metodológicas próprias, produzindo conhecimento numa ótica interdisciplinar.

Contudo, à época de meu percurso inicial, o modo de atuação da Psicologia Comunitária pareceu representar uma ruptura radical com a elitização da Psicologia, na medida em que esta era (e parece ainda ser) prioritariamente voltada para a atuação em consultórios e clínicas particulares. Em termos de representação social do psicólogo, o campo de atuação clínica restrita ainda é predominante e penso que é como mais comumente o define. Reconheço sua importância e seu lugar, mas minha impressão é que outros modos, tais como as possibilidades apontadas pela Psicologia Comunitária, também são necessárias e férteis para assistir grande parte da população de nosso país, especialmente considerando suas precárias condições sócio-econômicas. Diante do contexto que se apresenta, o acesso a algum tipo de atenção psicológica, inclusive psicoterápica, precisa ser continuamente repensado pelo profissional que a oferece, no contato com pessoas que dela irão se valer. Dessa forma, no meu percurso, o conhecimento dessa área da Psicologia Social representou uma oportunidade de vislumbrar outros modos de atuação do psicólogo e encaminhar meu percurso como psicóloga em instituições de saúde.

Ainda durante a graduação, tive contato com o campo da pesquisa, já que a UFPE tradicionalmente nela investe maciçamente. Assim, tornei-me bolsista em um projeto que buscava investigar os processos interacionais da díade mãe-bebê e mãe-criança, recortando os elementos de comunicação peculiares que são construídos nesses processos. Contudo, meu caminho de pesquisadora prosseguiu ao participar, também, de um projeto para uma investigação comparativa do tratamento de alcoolistas na rede pública de saúde, em hospitais gerais e psiquiátricos. Talvez, por esse tempo e com essas experiências, é que pode ser delineado mais apropriadamente meu perfil profissional.

Outra marca do meu curso foi o fato de que as disciplinas de Psicologia Clínica foram ministradas por um professor que trabalhava na perspectiva de uma abordagem psicossocial em clínica e tinha uma experiência no campo da saúde mental. Essa abordagem psicossocial distinguia-se das demais por tomar, como imprescindível, a consideração dos fatores sócio-culturais que atravessam a subjetividade. Representava, dessa forma, uma ampliação do foco da Psicologia, do individual para o coletivo. As discussões sobre as diretrizes da *reforma psiquiátrica* serviram como forte referencial, especialmente o conhecimento da experiência italiana, voltadas para a construção de um modelo de assistência democrático e extra-hospitalar aos portadores de transtornos psíquicos, bem como sobre a fertilidade de uma *clínica voltada para o social*, caracterizada pelo viés da intervenção para transformação social, em sintonia com o contexto em que os sujeitos estão inseridos.

Foi também por essa época que aprendi que a noção de clínica não era exclusiva da Psicologia chamada Clínica, nem de qualquer ciência em particular, referindo-se muito mais a um olhar crítico e investigativo sobre os fenômenos humanos, podendo ser incorporado em diversas áreas. Atualmente compreendo que um tal “olhar” se refere muito mais a uma *atitude*, não se restringindo a feudos disciplinares ou lugares específicos da prática profissional.

Naquele período, não pude desconfiar como aquele contato com os referenciais da saúde mental, incluindo a discussão em torno da reforma psiquiátrica, se tornariam tão centrais em minha vida profissional. Da mesma maneira, hoje, ao deparar-me com a riqueza da psicossociologia clínica, reconheço seu sentido para as questões que me inquietam e recorro ao seu auxílio para compreendê-las.

Mas, retornando à história... Durante o curso, tive a chance de fazer um estágio em Psicologia Comunitária com Adolescentes, no Bairro da Várzea (vizinho à Universidade). Sua parte prática consistia na elaboração e efetivação de um programa de encontros com adolescentes daquela comunidade para a discussão de temas pertinentes à fase da adolescência, tais como: mudanças biológicas, sexualidade, relacionamento familiar, trabalho e uso de drogas. O trabalho tinha um caráter preventivo e se operacionalizava por meio de grupos de discussão com os adolescentes em torno dos temas propostos, nos quais nós, as estagiárias, adotávamos a atitude de facilitadoras.

Foi uma experiência bem rica, principalmente por possibilitar que eu conhecesse como poderia ser uma intervenção no âmbito da Psicologia Comunitária. Como fatores fundamentais para o êxito do trabalho, evidenciaram-se a atitude de proximidade com os adolescentes e a valorização dos seus conhecimentos. Os depoimentos do grupo, ao final do trabalho de um semestre, indicaram a relevância de um projeto daquele tipo no sentido de promover, para aqueles adolescentes, a oportunidade de vislumbrar novos horizontes e perspectivas.

Finalmente, o meu estágio de conclusão foi em Psicologia Clínica, realizado em um Centro de Saúde da cidade de Recife e, portanto, uma experiência dentro de um contexto público de saúde. Fui supervisionada por uma psicóloga de orientação fenomenológica, o que se constituiu em mais um estímulo para o meu interesse por esta linha teórico-prática. Embora eu não tivesse clareza de que gostaria de atuar no trabalho em consultório, com psicoterapia,

eu sabia que esse estágio poderia me instrumentalizar para uma escuta mais cuidadosa e atenta, via uma atitude investigativa diante dos fenômenos. Eu fazia atendimentos individuais e grupais, tendo a oportunidade de me experimentar, também, como terapeuta. Novamente, a questão da relação, neste caso com o cliente, se mostrou, na prática, como um aspecto central para o desenvolvimento de um bom trabalho.

Um outro estágio, extracurricular, realizado no Setor de Medidas Sócio-Educativas em Meio Aberto, do Juizado da Infância e Juventude de Pernambuco, também influenciou a minha formação, já que por meio dele pude conhecer uma outra forma de atuação em Psicologia Clínica dentro de uma instituição. O trabalho era de acompanhamento e supervisão de adolescentes em situação de conflito com a lei, que estavam cumprindo a medida de Liberdade Assistida ou Prestação de Serviços à Comunidade. Mais uma vez, eu me via envolvida com uma clientela, em sua maioria, marcada por condições precárias de vida em termos sócio-econômicos e, por que não dizer, em termos afetivos. Os atendimentos aos jovens se revelaram momentos intensos, de contínuo aprendizado. Enxergar aqueles adolescentes além da história escrita nos processos, aprendendo, com eles próprios, algo a respeito deles, exigiu tanto uma grande atenção para não incorrer em preconceitos, quanto um relaxamento, um “deixar-me ser” na relação com eles.

Em 1997, ao finalizar a graduação, sabendo-me oficialmente psicóloga, percebia-me um pouco perdida por não ter saído *adepta* de abordagem teórico-prática alguma. Certamente ficaram algumas referências, porém mais forte era a impressão de que somente poderia me sentir de fato psicóloga a partir de alguma experiência.

Sem perspectiva concreta de trabalho na área, submeti-me ao processo de seleção para a Especialização em Saúde Pública no NESC (Departamento de Saúde Coletiva, ligado a FIOCRUZ). Tendo sido aprovada e iniciado o curso, um novo campo de conhecimentos se descortinou para mim.

Essa formação me possibilitou uma melhor compreensão do contexto da saúde pública no país, tornando-me mais sensível à necessidade de implementação de políticas públicas direcionadas à demanda da população brasileira, constituída em sua grande parte por “excluídos”. Além disso, a convivência com profissionais de outras áreas consolidou em mim a idéia de que o trabalho interdisciplinar e os espaços de interlocução entre os diversos atores são aspectos fundamentais e enriquecem qualquer campo de atuação, diante da complexidade do homem e do mundo.

Durante o curso, entretanto, muitas coisas me pareceram áridas demais e, dentre as disciplinas, as que mais me interessavam eram as que me permitiam fazer algum paralelo com alguns aspectos da minha formação em Psicologia. Eu tentava “caber” naquele contexto de alguma forma, encaixando-me aqui e acolá... A saúde mental me interessava particularmente, embora não fosse enfatizada no curso. Foram fundamentais as reflexões sobre os processos de saúde e doença e a análise crítica de fenômenos sociais que se relacionam com estes processos. De modo geral, o curso apresentou alguns aspectos bem úteis para intensificar o grau de minhas lentes para ler o mundo, permitindo-me incorporar, mais solidamente, a importância de se perceber o sujeito como inserido em um determinado contexto sócio-político.

Tendo que destacar um tema para a construção de uma monografia, optei por uma análise da constituição do campo da Educação em Saúde no Brasil. Isto porque, durante a especialização, chamou-me a atenção o fato de que, geralmente, nas políticas de saúde, enfatiza-se a importância do elemento educativo, ainda que dificilmente se operacionalize um trabalho efetivo nesse sentido.

É interessante destacar que, ao longo da especialização, eu fui incorporando uma noção de “política pública”, praticamente ausente na graduação. Atualmente compreendo que é impossível fazer um bom trabalho em Psicologia sem atentar para este aspecto. Nossa

atuação é necessariamente política, a partir do nosso posicionamento em relação ao espaço social no qual atuamos e ao contexto sócio-econômico-político. O psicólogo é um sujeito social entre sujeitos sociais. Nesse sentido, em sua ação profissional, o psicólogo precisa reconhecer as pessoas com quem está em contato como sujeitos sociais. A subjetividade não é algo intrínseco ao homem, independente do social; é na dinâmica das relações sociais que a subjetividade se constitui.

Para construir a monografia, decidi buscar conhecer alguma experiência de intervenção na área de Educação em Saúde. Assim, entrei em contato com o trabalho que se realizava na Secretaria de Saúde do Estado naquele período, e que investia, basicamente, na formação de Núcleos de Educação em Saúde em Pernambuco. Pude também conhecer o trabalho de um educador popular em saúde na cidade do Cabo de Santo Agostinho, situada na região metropolitana de Recife. Tal profissional desenvolvia um programa de capacitação para as equipes de **Programa Saúde em Casa** (correspondente ao **Programa Saúde da Família**, no âmbito nacional), vinculado à Secretaria de Saúde do município.

A minha passagem pelo Cabo de Santo Agostinho redundou em, além de uma proveitosa experiência com Educação Popular em Saúde, uma indicação para participar, meses depois, de um processo seletivo no **Programa de Saúde Mental** do município, desenvolvido pela Secretaria de Saúde municipal. Em abril de 1999, concorri a uma vaga de psicóloga no Núcleo de Atenção à Saúde Mental Estação Cidadania. Esse serviço corresponde ao que atualmente se conhece como CAPS – Centro de Atenção Psicossocial. Conquistei o espaço, o que significou para mim uma oportunidade sem igual: ter a primeira experiência profissional em uma área de atuação bastante atraente para mim, em um contexto de saúde pública, junto a uma equipe interdisciplinar, de ótimas referências e dentro de uma proposta inovadora no campo da saúde mental. O Programa de Saúde Mental, implantado em setembro

de 1998, estava ainda no seu primeiro ano de existência e, portanto, o clima era de desafio e co-construção.

Considero importante esclarecer alguns pontos, antes de seguir adiante. O Cabo de Santo Agostinho foi um dos municípios pioneiros em Pernambuco na implantação de uma rede de cuidados em saúde mental, consoante com os princípios e diretrizes do movimento da Reforma Psiquiátrica e do Sistema Único de Saúde (SUS). A transformação do modelo assistencial em saúde mental no país tem como principais objetivos promover uma mudança no modo de relacionamento da sociedade com os portadores de transtornos psíquicos e a criação de serviços de atenção à saúde mental de caráter extra-hospitalar, pautados na lógica de (re)inserção social desses sujeitos. O fio condutor desse processo implica no respeito à cidadania dessas pessoas, que passam a ser reconhecidas como sujeitos sociais, com direito a condições mais dignas de tratamento e existência.

Os CAPS surgem, neste contexto, como um dos dispositivos substitutivos às internações em hospitais psiquiátricos, com a proposta de oferecer um tipo de cuidado em saúde mental em regime aberto, orientado por práticas democráticas e sob responsabilidade de uma equipe interdisciplinar. Além desse, entre outros dispositivos possíveis, destacam-se: ambulatórios de saúde mental mais funcionais, oficinas terapêuticas e profissionalizantes, centros de convivência, residências terapêuticas para pacientes de hospitais psiquiátricos de longa permanência e sem possibilidade de restituição dos vínculos familiares.

Embora o movimento de Reforma Psiquiátrica tenha se iniciado no final da década de 70 (AMARANTE, 1998), com inúmeros avanços desde então, o processo de transformação do modelo de atenção à saúde mental ainda enfrenta enormes desafios. Na verdade, estamos na transição de modelos, processo extremamente complexo e cheio de contradições. A rede atualmente implantada de serviços substitutivos no país não corresponde à real necessidade, visto a convivência com hospitais psiquiátricos, de caráter tutelar e excludente. Além disso, os

novos serviços e as práticas de reabilitação psicossocial precisariam de um processo contínuo de avaliação, aspecto dificilmente garantido no cotidiano atual dos serviços de saúde.

Contudo, os aspectos aqui apontados, embora extremamente pertinentes, não pertencem diretamente aos objetivos do presente trabalho de pesquisa. Desse modo, após esse rápido panorama, retorno ao Programa de Saúde Mental do Cabo de Santo Agostinho.

Em sintonia com esse movimento de transformação da assistência em saúde mental no país, a aposta básica desse Programa é na desconstrução paulatina de um modelo hospitalocêntrico no município, até agora revelado como cruel e ineficiente na promoção de reais possibilidades de vida para quem sofre de transtornos psíquicos. Portanto, o município vem investindo na progressiva construção de uma rede de assistência em saúde mental que dê conta do objetivo básico de inserir essas pessoas na dinâmica da vida em sociedade, apesar dos seus transtornos. No Cabo, particularmente, não há hospital psiquiátrico, de forma que os cabenses contavam apenas com os situados principalmente em Recife.

A presente rede de saúde mental é composta pelos seguintes elementos: **ambulatório de Psiquiatria**, em funcionamento em um centro de saúde de grande porte e na policlínica do município, pelo **Núcleo de Atenção à Saúde Mental Estação Cidadania**, serviço de referência em saúde mental para capacitação e acompanhamento das ações de promoção, prevenção e reabilitação nos diversos níveis da rede (CABRAL et al., 2000) e pelo **CAPS Infantil Ciranda de Vida**, implantado em 2002, referência do município em saúde mental para crianças em situação de intenso sofrimento psíquico.

No **Núcleo de Atenção à Saúde Mental Estação Cidadania** são desenvolvidos projetos voltados para a assistência a adultos, especializada em situações de crise (**Cuidado Intensivo**), para a mobilização comunitária (**Projeto de Vida e Mobilização de Recursos**), para a prevenção e atenção ao uso de álcool e outras drogas (**Projeto De Bem com a Vida**) e para a atenção básica (**Projeto Estação Comunidade**).

Inicialmente, trabalhei como *técnica de saúde mental* no **Projeto Cuidado Intensivo**, que consiste na oferta de assistência, no período da crise<sup>2</sup>, ao usuário portador de transtorno psíquico. Acompanhei usuários e seus familiares, como técnica de referência<sup>3</sup>, além de realizar triagens (primeiros atendimentos no serviço) e grupos de caráter psicoterapêutico com os usuários em tratamento.

A dinâmica do trabalho era marcada pela constante imprevisibilidade – esta, já sendo característica do humano, exacerba-se quando lidamos com pessoas em situação de crise. Foi um período de grandes descobertas e intenso aprendizado. Estava, finalmente, tendo a oportunidade de me engajar em uma prática e me sentir psicóloga *de fato*. E já começava a constatar que *ser psicólogo* não era algo tão óbvio realmente. A definição dos papéis na equipe estava em constante negociação e transformação na prática cotidiana.

No entanto, o outro projeto de saúde mental em que fui engajada na mesma época, o **Estação Comunidade (PEC)**, pareceu-me particularmente interessante. A política de saúde mental do município preconizava, desde sua gênese, o desenvolvimento de ações e intervenções da equipe de saúde mental no território. Partia de uma aproximação com outros serviços e profissionais da rede de serviços municipal, especialmente com as equipes do **Programa Saúde da Família (PSF)**, batizado de **Programa Saúde em Casa (PSC)** no município. Mais adiante, diante da complexidade do cenário em que o meu tema de pesquisa se desenvolve, detalharei a proposta do **Programa Saúde da Família** como parte do trabalho cartográfico necessário.

A proposta do **Projeto Estação Comunidade (PEC)** soava extremamente inovadora: inserir ações de saúde mental na atenção básica, por meio dessa aliança com as equipes do **Programa Saúde da Família (PSF)**. Neste ponto, vou me deter porque é exatamente aí que

---

<sup>2</sup> Por crise entende-se uma situação de forte ruptura no modo habitual de ser e intenso sofrimento psíquico, manifestada geralmente através de sintomas psiquiátricos.

<sup>3</sup> Técnico de referência de um usuário é o profissional da equipe de saúde mental do CAPS responsável por acompanhar mais proximamente aquele determinado usuário e sua família, devendo subsidiar a equipe na condução do seu projeto terapêutico.

se apresenta a inserção na qual se foca o meu interesse de estudo e, portanto, minha grande curiosidade em relação à possibilidade de atuação de um *técnico em saúde mental*.

Utilizo, de forma proposital, o termo *técnico em saúde mental*, porque é assim que os profissionais da equipe se autodenominam, em função da prática plural para além das formações específicas. Não que estas sejam negadas, mas são necessariamente re-significadas diante de uma imposição da própria *práxis* que se constrói. Na realidade, essa denominação de *técnico* para os profissionais de saúde em exercício de suas funções é comumente usada na área de saúde pública. Ao atuarem conjuntamente com as equipes de **PSC**, os *técnicos de saúde mental* são tomados como *aptos (especialistas)* para tratar das questões relativas ao tema e *auxiliá-las* na abordagem de situações que possam surgir no cotidiano de sua atuação.

Entretanto, começo a me dar conta de que *ser técnico* remete à dimensão da aplicação de técnicas. No mundo contemporâneo, em que há ainda um predomínio da credibilidade irrestrita em soluções técnicas e no desenvolvimento científico, isso até parece natural. Mas, será que o termo *técnico* é pertinente – e, assim, fértil – quando lidamos com o humano, que é em si tão imprevisível? Mais do que com o termo, preocupo-me com o tipo de atuação que ele possa estar denotando. Penso que o humano demanda muito mais *cuidado* do que *técnicas*. Ao mesmo tempo, percebo que tal denominação remete, também, a um *lugar de especialista* e, portanto, de saber onipotente.

No entanto, na proposta do programa de saúde mental do município, é esse lugar do especialista que se pretende pôr em questão. Obviamente não no sentido de eliminá-lo, mas, talvez, de re-significá-lo. A partir de um trabalho junto com a equipe de saúde mental, existe uma aposta de que seja possível que as equipes de **PSC** tenham uma atuação em saúde mental, mesmo não sendo especialistas na área. Uma tal atuação seria no sentido de que possam abordar e acompanhar algumas situações no território e fazer os devidos encaminhamentos à rede especializada, quando necessário.

Sabendo que essa é uma questão delicada e longe de ser clareada, apresento a proposta da política de saúde mental do Cabo de Santo Agostinho apenas como um dentre os vários arranjos possíveis para a questão da *saúde mental na atenção básica*. Preciso apresentá-la, pois daí, principalmente, brotaram as inquietações que me impulsionaram a elaborar este trabalho de pesquisa.

A semente do **PEC** foi plantada já na elaboração do programa de saúde mental municipal. Nos seus próprios princípios e propostas de atuação, destaca-se a necessidade da intervenção no território, em parceria com as equipes da *atenção básica*, operacionalizada a partir do **Programa Saúde da Família**. Compreendia-se que havia uma sintonia quanto às propostas dos dois programas (saúde mental e saúde da família), já que também o **PSF** priorizava o vínculo com a comunidade, trabalhando na lógica da desinstitucionalização, bem como enfatizando ações de promoção e educação para a saúde, na perspectiva da melhoria das condições de vida da população. Assim, a partir da compreensão da equipe de saúde mental, os dois programas

necessitam assumir um papel que extrapola o tratar, visando não mais o doente e, sim, o Seu João, a Dona Maria e tantos outros que podem, por circunstâncias da vida, necessitar de cuidado mais especial. O ato de cuidar exige dos profissionais uma postura técnico-política constante, mediante a criação e mobilização dos diversos espaços coletivos no seio da comunidade. A incumbência é de responsabilizar-se pelas pessoas e famílias, com o fim de construir com elas melhor qualidade de vida (CABRAL et al., 2000: 140).

O modo de acontecer do **Projeto Estação Comunidade**, o **PEC**, tem se delineado ao longo dos pouco mais de cinco anos de existência do programa de saúde mental no município e parece ser uma constante a necessidade de discussões e avaliações em relação à forma mais apropriada de conduzir esse trabalho.

Quando me tornei partícipe dessa construção, havia fortemente enraizada na equipe a disponibilidade de investimento nesse tipo de trabalho e não foi difícil perceber o caráter altamente dinâmico e desafiador dessa proposta. Considero que a forma *apropriada* precisa

ser encontrada a cada instante do trabalho, podendo até diferir para cada comunidade onde se desenvolve a atuação, sem apontar, obviamente, as marcas características dos profissionais envolvidos. Para além disto, torna-se essencial uma articulação – ou sua busca – entre todo o programa de saúde mental e demais elementos da rede de saúde do município.

O **PEC**, em linhas gerais, propõe-se a prestar um suporte às equipes de Saúde da Família no tocante a uma atuação em saúde mental no território, elaborando um trabalho de capacitação continuada, além de apoio técnico para abordagem em casos de pessoas com transtornos psíquicos. Como fio condutor, tem-se uma concepção de saúde mental ampliada, cujo enfoque se desloca da doença mental para o sofrimento psíquico. Necessariamente, tal concepção relaciona-se à noção de qualidade de vida, além da proposta de construir estratégias de intervenção em saúde mental no território, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde e do movimento de Reforma Psiquiátrica no país.

Para este tipo de proposta, não há ainda muitas referências, dado o seu caráter inovador. Poucos são os municípios com experiências deste tipo, tal como apontado em recente coletânea sobre as possibilidades de ação integrada entre saúde mental e saúde da família (LANCETTI et al., 2000).

A partir do meu envolvimento no **PEC** e, principalmente, a partir das discussões com a equipe de trabalho, momento em que a prática podia ser refletida criticamente, questões diversas foram se constituindo e servindo de motor para que mudanças fossem elaboradas. São essas reflexões que produziram em mim o desejo de investir em um curso de mestrado, a fim de adquirir ferramentas para fazer uma melhor leitura dessa prática, que percebo como rica, promovendo constantes indagações diante do humano e da própria *práxis*, real possibilidade fecunda de geração de conhecimento.

Sendo assim, o cenário em que vem se situando o meu questionamento é o da atenção em saúde, no contexto da saúde pública. Houve clara necessidade de uma cartografia desse

cenário, para que se desenrolasse a viagem desse trabalho de pesquisa que me propus a realizar. Portanto, o ponto de parada seguinte envolve um reconhecimento do território em que estou pisando. Como já indicado, o foco de interesse é a ação territorial em saúde, realizada através das equipes do **Programa Saúde da Família**. Estou atenta, particularmente, às propostas de articulação que têm surgido, tendo esse programa como referencial, como é o caso dessa experiência, empreendida pela equipe de saúde mental no Cabo de Santo Agostinho, através do **Projeto Estação Comunidade**, apenas brevemente relatada neste momento.

Como lugar escolhido para tal cartografia, optei pela ação territorial em saúde na cidade do Cabo de Santo Agostinho. Foi aí que tive uma experiência, de cerca de quatro anos, ocupando diversas posições na rede de saúde, enquanto profissional de saúde mental.

Como bússola, configura-se a seguinte questão: *como poder refletir acerca da prática de profissionais de saúde pública, engajados em estratégias de ação no território, através do Programa Saúde da Família, como geradora de um sentido ético e político, partindo da compreensão e experiência destes profissionais?*

## 2. A QUESTÃO SITUADA

*Nenhum aprendizado dispensa a viagem.*

Michel Serres<sup>4</sup>

### 2.1. O Programa Saúde da Família e seu lugar no Sistema Único de Saúde

Diversas são as tentativas de mudanças que podemos observar no campo da assistência em saúde em nosso país nas últimas décadas, especialmente no sentido de melhorar a sua qualidade e ampliar o acesso da população aos serviços. Nos anos 80, em um contexto sócio-político de abertura democrática, a constituição de um Movimento pela Reforma Sanitária tomou fôlego, envolvendo diversos setores da sociedade. Este processo de luta pela democratização da assistência em saúde possibilitou, em grande medida, a consolidação de mudanças estruturais no cenário da saúde pública, sendo uma das grandes conquistas a garantia da implantação de um Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente a partir da aprovação das leis 8.080 e 8.142, de 1990.

Apesar de contar com uma legislação avançada e se caracterizar como uma proposta consistente, o SUS tem grandes desafios a enfrentar para se efetivar em todos os seus aspectos. A sua proposta se fundamenta na idéia da saúde enquanto direito fundamental do ser humano. De acordo com o artigo 196 da Constituição Federal de 1988, o Estado deve prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, através de políticas econômicas e sociais, além do estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde da população.

Dentre os princípios e diretrizes do SUS, destacam-se: a *integralidade da assistência*, referente à oferta de ações e serviços em todos os níveis de complexidade e à compreensão do indivíduo em todas as dimensões da sua existência; a *universalidade*, que garante o acesso de

---

<sup>4</sup> Serres, Michel. *Filosofia mestiça – Le tiers-instruit*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993. p. 15.

todos os indivíduos ao sistema de saúde; a *equidade*, que, a partir do reconhecimento das desigualdades sócio-econômicas do Brasil, enfatiza a necessidade de atender de forma diferenciada os diferentes, priorizando os que se encontram em situação de maior vulnerabilidade social; a *descentralização* da gestão de saúde, relacionada à responsabilização dos vários níveis de governo na execução das políticas de saúde, com ênfase na municipalização, e a *participação popular*, que busca garantir o controle social das políticas de saúde desenvolvidas.

Sendo um dos componentes da assistência à saúde, a *atenção básica* corresponde a “*um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação*” (BRASIL, 1999: 9). Compreende-se, como necessária, a ampliação desse conceito para a efetivação de avanços na direção de um sistema de saúde centrado na qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente.

Nesse panorama, a implantação do **Programa Saúde da Família – PSF** no Brasil, lançado pelo Governo Federal em 1994 (BRASIL, 2001a), pode ser destacada atualmente como uma das principais estratégias de reestruturação da atenção básica, definindo-se como *porta de entrada* para o sistema de saúde. Entre seus objetivos consta o de realizar intervenções territoriais com ênfase na *promoção à saúde*, elegendo como aspecto central o estabelecimento de vínculos e laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população (BRASIL, 1997).

O **PSF** se constituiu fortemente a partir da influência da medicina da família, implantada em Cuba (BRASIL, 2002a). Andrade & Araújo (2003) apontam também a interferência do modelo de assistência à saúde canadense na elaboração do programa brasileiro. A partir dessas informações, já se percebe sua origem híbrida.

De programa, o **PSF** passou a ser considerado uma estratégia de reorganização dos sistemas municipais de saúde, com vistas à reorientação do modelo de atenção e a uma nova dinâmica de organização dos serviços e ações de saúde (BRASIL, 2002a). Sendo assim, ele ganha um caráter substitutivo para as ações e serviços pertinentes ao primeiro nível de atenção em saúde.

O **PSF** se desenvolve a partir das equipes de saúde da família, compostas, em geral, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e cerca de quatro a seis agentes comunitários de saúde<sup>5</sup>, todos devendo ter dedicação em tempo integral. Propõe-se que as equipes trabalhem com definição de território de abrangência, adscrição<sup>6</sup> de clientela, cadastramento e acompanhamento da população da área definida. Há uma recomendação de que a população adscrita varie de 600 a 1000 famílias, não ultrapassando o limite máximo de 4500 pessoas por equipe. No caso do agente comunitário de saúde, a micro-área acompanhada por ele deve abranger de 200 a 250 famílias, ou de 440 a 750 habitantes, dependendo da densidade populacional e da facilidade de acesso à unidade de saúde da família (BRASIL, 1997 e 2002a). Um aspecto fundamental é a necessidade de a equipe assumir responsabilidade sanitária pela cobertura do território a ela designado, em relação a todas as necessidades de saúde apresentadas pelos moradores residentes na sua área de abrangência.

No site do Ministério da Saúde<sup>7</sup> há a indicação de que outros profissionais – como dentistas, assistentes sociais e psicólogos – podem ser incorporados às equipes ou formar equipes de apoio, de acordo com as especificidades, necessidades e possibilidades de cada local. Em termos de regulamentação, já existem portarias relativas à inclusão de equipes de saúde bucal, que será alvo de considerações posteriores nesta pesquisa.

---

<sup>5</sup> Os agentes comunitários de saúde (ACS) são profissionais que constituem o elo principal entre a comunidade e a unidade de saúde, tendo como uma de suas principais atribuições a visita domiciliar. Como um dos mais significativos critérios para a sua seleção está o fato de morar na própria comunidade onde irá trabalhar.

<sup>6</sup> *Adscrição* se refere ao processo de inscrição e cadastramento das famílias moradoras dentro da área geográfica sob responsabilidade de determinada equipe de PSF.

<sup>7</sup> <http://www.saude.gov.br>

Na execução de suas atividades cotidianas, dentre as quais se destacam as visitas domiciliares, compete às equipes de saúde da família:

conhecer as famílias do território de abrangência, identificar os problemas de saúde e as situações de risco existentes na comunidade, elaborar um plano e uma programação de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença, desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas com os problemas de saúde identificados e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade no âmbito da Atenção Básica (BRASIL, 2002a: 17).

A atenção básica era anteriormente operacionalizada por meio dos postos e centros de saúde tradicionais, com predomínio da cultura da especialização e dos encaminhamentos. Com a aposta na reorganização da atenção básica via **PSF**, um dos principais objetivos é garantir resolutividade de grande parte dos problemas de saúde no próprio território em que as equipes estão atuando. Segundo o Guia Prático do Programa Saúde da Família (BRASIL, 2001a), nos municípios em que há uma adequada implantação do **PSF**, de modo integrado ao sistema municipal de saúde e com profissionais capacitados, a equipe tem condições de resolver efetivamente cerca de 85% das situações-problemas relativas à saúde apresentadas pela população. No entanto, é importante ressaltar que o momento é de transição, de maneira que não há ainda uma cobertura total do território nacional pelo programa.

Esta estratégia constitui um desafio, por representar uma transformação profunda no modelo assistencial em saúde no país, como indicado no mesmo documento acima referido:

Implantar o PSF significa reorganizar o sistema de saúde em vigor no município – e isso significa substituir as antigas diretrizes, baseadas na valorização do hospital, mais voltadas para a doença, e introduzir novos princípios, com foco na promoção da saúde, na participação comunitária (BRASIL, 2001a: 6).

O conceito de *promoção à saúde* é geralmente confundido com o de prevenção. Porém, segundo Yunes (1999), a prevenção é muito mais restrita e pode ser bem exemplificada com a estratégia da vacinação como forma de impedir que uma doença se instale. A promoção é mais ampla, buscando garantir que a população seja e viva em um ambiente mais saudável, esteja mais protegida e tenha boa qualidade de vida. Desse modo,

torna-se necessário incorporar a importância e o impacto das dimensões sociais, econômicas, políticas e culturais sobre as condições de saúde.

Enfatizando o olhar para a família, mais que a consideração apenas do indivíduo, priorizando a busca de possibilidades para que a saúde se expresse, mais que o foco na doença, e requerendo um trabalho interdisciplinar, com base na atuação em equipe, a proposta do **PSF** se revela inovadora e extremamente complexa. Trata-se de uma atenção “básica” longe de ser simples. Sua complexidade se revela para os gestores e profissionais que precisam por a idéia em movimento, assim como para os usuários, que se deparam com uma outra lógica de funcionamento dos serviços de saúde.

Percebo que este cenário requer desses atores uma disponibilidade para o exercício de uma co-responsabilidade no encaminhamento do programa. Há que se prestar especial atenção na aproximação que o **PSF** propõe entre as equipes e a comunidade, ou melhor, no que pode surgir dessa aproximação. Pelas análises da história da saúde pública no país, um risco se desenha: o apagamento do sujeito, ou seja, a desconsideração das produções subjetivas, devido à tradição positivista do conhecimento médico e das práticas em saúde pública e à concepção estrutural-funcionalista de sociedade, tal como apontado por Andrade & Araújo (2003). Segundo estas autoras, *“na medida em que os atores sociais são desconsiderados, em prol de uma concepção técnica e funcionalista nos Programas de Saúde, não se aborda aquilo que é fundamental: os valores e crenças que movem a população, que as fazem agir e deliberar sobre suas próprias vidas”* (p: 82).

De acordo com documento publicado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002a), ao longo do processo de implantação do **PSF**, algumas avaliações realizadas e a percepção a partir do acompanhamento rotineiro do programa indicam três grandes grupos de problemas para sua implementação, que se mostra particularmente problemática nos grandes centros urbanos:

- os relacionados à dificuldade de substituir o modelo e a rede tradicional de atenção à saúde, proposta denominada pelo Ministério da Saúde de *conversão* de modelo;
- aspectos relativos à inserção e desenvolvimento de recursos humanos; e
- monitoramento efetivo do processo e resultados do **PSF**, incluindo os instrumentos e estratégias de sua avaliação.

Além destes, outro grupo de problemas diz respeito à dificuldade na garantia da *integralidade*, considerada no aspecto da integração aos demais níveis de complexidade da rede de serviços de saúde. Sendo assim, pode-se observar que a implantação desse outro modelo, representado pelo **PSF**, traz em seu bojo uma diversidade de nós críticos, à medida que o trabalho é posto em prática.

Em 1998, foi implantado o SIAB, Sistema de Informações da Atenção Básica, com o objetivo de “acompanhar e monitorar os resultados do *PSF*” (BRASIL, 2002a: 16). Esse sistema permite o registro das atividades, procedimentos e notificações realizadas e do acompanhamento de grupos de risco (diabéticos, hipertensos, portadores de hanseníase e tuberculose, gestantes e crianças). Dentre as informações coletadas, são selecionados indicadores e marcadores<sup>8</sup> de acompanhamento para “avaliar a produção e o desempenho das equipes, observando-se as prioridades de intervenção” (BRASIL, 2002a: 16). Esses esforços de avaliação são fundamentais, permitindo um redirecionamento da ação a partir das distorções identificadas.

Contudo, tais avaliações revelam, na prática, uma preocupação focalizada em aspectos estritamente quantitativos do processo. Compreendo que acompanhar e avaliar o desenvolvimento do programa requer *também* uma atenção aos profissionais que põem o

---

<sup>8</sup> *Indicador* é um número que utiliza dados de saúde e populacionais para o seu cálculo, permitindo medir a mudança na situação de saúde de uma população, para melhor ou pior. *Marcadores* são algumas doenças ou situações indesejáveis, pré-determinados pelo SIAB (Sistema de Informações da Atenção Básica), que precisam ser registradas pela equipe, como óbitos infantis, hospitalizações etc (BRASIL, 2001a).

modelo em prática, cujo desempenho precisa ser avaliado para além de indicadores e marcadores, bem como às pessoas que dele fazem uso.

Uma dimensão crucial destacada por Franco & Mehry<sup>9</sup> (apud BRASIL, 2002a) aponta para a consideração das mudanças requisitadas pela estratégia do **PSF** nos microprocessos de trabalho em saúde, a partir da nova organização do trabalho. Os autores criticam aspectos como “*o não atendimento da demanda espontânea, as visitas domiciliares compulsórias, a mitificação do médico generalista e o alto grau de normatividade na implementação do programa*” (Franco & Mehry apud BRASIL, 2002a: 18). Por fim, indicam uma possibilidade de saída:

O acolhimento ao usuário, através da escuta qualificada, o compromisso em resolver seu problema de saúde, a criatividade posta a serviço do outro e, ainda, a capacidade de estabelecer vínculo, formam a argamassa da micropolítica do processo de trabalho em saúde, com potência para a mudança de modelo (p. 18).

A partir dessas considerações, penso ser importante uma aproximação cada vez maior da realidade de trabalho destas equipes de **PSF**, no sentido de compreender as dificuldades que estão se mostrando, além de planejar, junto com estes atores, a continuidade dessa proposta de “conversão do modelo” através do **PSF**, com base na ação que vem sendo desenvolvida no cenário que se apresenta.

## 2.2. Saúde mental na atenção básica

Ao longo deste percurso de implementação da estratégia do **PSF**, a **saúde mental** tem buscado uma interlocução com os profissionais que atuam nessas equipes, gerando propostas de ação no território a partir de uma atuação junto a elas. Ao menos, em alguns lugares do país, esse tipo de iniciativa pode ser observado, tendo algumas experiências sido relatadas na coletânea Saúde Mental e Saúde da Família (LANCETTI et al., 2000).

Como anteriormente apontado, o Cabo de Santo Agostinho é o palco de uma dessas experiências. Situado a cerca de 33 km de Recife, sua população é composta de 152.977

---

<sup>9</sup> FRANCO, Túlio Batista; MEHRY, Emerson Elias. **PSF**: Contradições de um programa destinado à mudança do modelo técnico-assistencial. S/l, mimeo., 1999.

habitantes (IBGE, Censo 2000). Encontra-se na *gestão plena do sistema municipal* desde 1998<sup>10</sup>, o que significa que a esfera de governo do município tem autonomia para gerir todo o sistema municipal de saúde.

Já foi indicado que a política de saúde mental do município se desenvolve no sentido de operacionalizar os princípios do SUS, que referendam a construção de uma rede de atenção à saúde regionalizada, integrada, fundamentada em uma concepção de saúde integral e na participação popular, bem como aqueles da Reforma Psiquiátrica, que preconizam a criação de uma rede de atenção em saúde mental de caráter extra-hospitalar, com uma vertente de transformação cultural bastante forte.

Em relação à atenção básica, há uma diretriz de articulação entre o **Programa de Saúde Mental** e o **Programa Saúde da Família (PSF)**, operacionalizada por meio do **Projeto Estação Comunidade (PEC)**. Referi, no momento em que buscava sinalizar a origem da questão que norteia esta pesquisa, que a minha participação enquanto *técnica de saúde mental* do **PEC** foi crucial para mobilizar inquietações e questionamentos diversos em relação a essa prática de ação em saúde na própria comunidade. Trago o **PEC** outra vez ao centro da discussão, desta feita de modo um pouco mais aprofundado, tentando esclarecer alguns pontos quanto a sua proposta de atuação. No entanto, não farei um detalhamento exaustivo de todo o histórico do projeto, que já atravessou diversas etapas no seu funcionamento, considerando que o essencial é apresentar a sua proposta como um exemplo das possibilidades de inserção da atuação em saúde mental na atenção básica.

O **PEC** é posto em prática por profissionais do **CAPS** (Centro de Atenção Psicossocial), propondo fornecer suporte às equipes de PSF em temas relacionados à saúde mental, na perspectiva de co-responsabilidade entre os elementos da rede municipal de saúde. Um dos seus principais objetivos é estimular as equipes de PSF a atuarem, no seu dia-a-dia,

---

<sup>10</sup> Essa classificação está de acordo com as diretrizes da Norma Operacional Básica do SUS /1996. A classificação em função da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/2001), documento mais recente, ainda estava sendo pactuada no estado de Pernambuco no período de realização da pesquisa.

com uma escuta diferenciada, sendo capazes de fazer abordagens e acompanhar portadores de transtornos psíquicos, usuários de álcool e outras drogas na comunidade, encaminhando-os à rede especializada quando necessário.

Em termos operacionais, a proposta é que cada equipe de PSF tenha um profissional de saúde mental<sup>11</sup> como *técnico de referência*. Este profissional precisa estar presente no território, junto com integrantes daquela equipe de PSF acompanhada por ele, ao menos uma vez por semana. Esta ida semanal à área, ao encontro das equipes de PSF, destina-se tanto ao acompanhamento das ações desenvolvidas a partir da parceria com saúde mental, como a intervenções conjuntas em certas situações, consideradas mais difíceis pela equipe de PSF, através, por exemplo, de visitas domiciliares. No mínimo, uma reunião mensal do *técnico de saúde mental* com toda a equipe de PSF precisa acontecer, a fim de que sejam discutidos temas relevantes para a atuação das equipes ou casos clínicos, de acordo com o que elas indicarem.

Cabe ressaltar que, durante a realização deste estudo, não havia um acompanhamento sistemático de SM a todas as equipes de PSF, sendo que, das 32 equipes de PSF existentes no município, apenas 12 eram acompanhadas por saúde mental. Isto ocorria pela limitação de recursos humanos do CAPS, uma vez que a equipe SM que se voltava para esta atuação era a mesma que estava envolvida nos outros projetos de saúde mental, não havendo um grupo de profissionais exclusivos para a intervenção no território. Essa equipe era composta por um assistente social, uma enfermeira, três psicólogos, uma psiquiatra e duas terapeutas ocupacionais.

Destaca-se que o modo de atuação de SM deve ser continuamente rediscutido, sendo delineado a partir das possibilidades e limitações reais (equipe reduzida, dificuldade de transporte para as idas à área, negociações de tempo com as equipes de PSF para os encontros

---

<sup>11</sup> A partir de agora, ao se falar de equipe de saúde mental, será usada a sigla **SM**.

e condução do projeto e outros). No primeiro semestre de 2003, a proposta estava se encaminhando no sentido de uma intervenção mais volante, de forma que a equipe SM pudesse servir como referência a todas as equipes de PSF, passando um tempo delimitado no contato sistemático com cada equipe, embora somente algumas fossem definidas a cada vez. Tal período não seria delimitado previamente, mas sim, ao longo do processo, a partir de sinalizações da própria equipe de PSF acompanhada, uma vez que cada uma tem ritmos e perfis peculiares. Em paralelo a esse processo sistemático e progressivo de capacitação *in loco* com as equipes, a equipe do CAPS teria o desafio de buscar responder à demanda espontânea surgida em qualquer área do território.

Neste momento, é relevante retomar algumas premissas já introduzidas. Assim, trabalhar na perspectiva de rede de saúde se caracteriza como algo necessariamente complexo, dados os diversos setores e atores envolvidos, configurando diferentes nós, entrelaçamentos, afetações mútuas. Antes de tudo, demanda uma compreensão de saúde em que o sujeito seja percebido na sua complexidade, considerando-se os diversos aspectos de sua existência. Por isso, a prática profissional, em tal viés, exige uma habilidade de interlocução e articulação. Tais desafios também são postos ao ser enfocada a questão da atuação no território, que, entendido além de mero espaço geográfico, engloba o conjunto das relações humanas e dos recursos sócio-culturais nele existentes. Como destaca Mendes (1991), torna-se fundamental a compreensão de território enquanto processo, ou seja,

aquele pedaço que está habitado por forças sociais, que se fusionam com distintas visões de mundo, distintos interesses, em permanente conflito. Portanto, aquele território não é só um território geográfico, ele é um território cultural, econômico, político e também um território epidemiológico (p. 68).

O sentido originário de território, do latim *territorium*, se refere a uma esfera ou província de ação, existência, pensamento (WEBSTER'S, 1974), reforçando a importância de extrapolar o aspecto geográfico quando se considera uma atuação de caráter territorial. Os espaços são habitados por seres humanos que o modificam em função de suas necessidades,

configurando-se, assim, territórios existenciais distintos. O território é marcado pela própria vida desses homens que o ocupam.

Uma atuação fora dos muros do que é cotidianamente instituído requer um aprendizado, ou melhor, uma atitude de abertura, por parte dos profissionais, ao que ainda não é conhecido. Nesse sentido, a ação territorial como intervenção em saúde implica por si só num enorme grau de imprevisibilidade, próprio das interações humanas, mas que, aqui, se acentua, pois não há a proteção dos muros e tetos de um serviço, ocorrendo na dimensão do ilimitado da rua. Assim, a noção de que o trabalho deve se constituir a cada momento, em face das demandas que se apresentam, reveste-se de relevância ainda maior.

Devido a essa complexidade implicada, a compreensão de que essa ação em saúde no território deve ser priorizada vem sendo legitimada em duas vias: tanto pelas diretrizes apontadas pelas organizações formuladoras de políticas de saúde, tais como a Organização Mundial de Saúde e o Ministério da Saúde do Brasil, quanto pelas práticas que são inventadas no cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde. Aliás, com frequência, estas práticas avançam muito mais rapidamente que a definição de normas, uma vez que a dinâmica da realidade raramente se rende aos ditames do planejamento e das legislações, provocando os homens a inventar outras práticas e a assumir outros posicionamentos, estabelecendo-se um ciclo ininterrupto entre a própria prática e as compreensões teóricas ou normativas que possam dela brotar. Os desafios são aqueles característicos de uma prática em contínua construção, demandando atenção avaliativa constante tanto da atuação propriamente dita quanto da prática do profissional mesmo.

No relatório sobre a saúde mundial, com enfoque na saúde mental, a OMS (2001) apresenta 10 recomendações para ação, no sentido de implantar e implementar políticas de saúde que contemplem a questão da saúde mental. Dentre estas, seis se relacionam

diretamente com a organização de um modo de atenção à saúde mental integrado ao modelo de saúde, com base comunitária claramente delimitada. São estas:

- proporcionar tratamento na atenção primária<sup>12</sup>;
- garantir atenção na comunidade;
- envolver a comunidade, as famílias e os usuários;
- formar recursos humanos;
- criar vínculos com outros setores; e
- monitorizar a saúde mental na comunidade.

Com o investimento no PSF e o processo de reorganização do modelo assistencial em saúde mental, o Brasil configura-se como cenário importante para a viabilização dessas recomendações. A III Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida em 2001, possibilitou discussões em torno da saúde mental na atenção básica, a partir do amplo tema proposto: “Cuidar sim. Excluir não – Efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social”. No relatório final (BRASIL, 2002b), foram condensadas as propostas para esse campo, sendo uma das indicações o estabelecimento das unidades básicas de saúde, preferencialmente por meio da estratégia do Programa Saúde da Família, como porta de entrada da rede de saúde mental.

Resgatando as recomendações da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que indicam a responsabilidade da unidade básica por 80% das necessidades de saúde da população, inclusive atenção em saúde mental, o relatório aponta a necessidade dessa inclusão da saúde mental na atenção básica. Dentre as alternativas para a efetivação dessa diretriz, destaco algumas a seguir:

- a capacitação em saúde mental das equipes mínimas do PSF;

---

<sup>12</sup> Atenção primária é um outro termo utilizado para fazer referência à *atenção básica*.

- a criação de equipes de referência específicas para atendimento e assessoria ou otimização das equipes dos serviços especializados de saúde mental já existentes;
- a inclusão de um profissional de saúde mental para cada duas equipes de PSF;
- a criação de equipes volantes/itinerantes de saúde mental; e
- a supervisão continuada no desenvolvimento de trabalho conjunto das equipes da atenção básica e de saúde mental.

Enfim, embora esteja posta a importância da inclusão de estratégias para a intervenção em saúde mental na atenção básica, não há uma direção única nem tampouco a definição da melhor forma de operacionalização dessa proposta de inclusão dos cuidados em saúde mental no nível básico da atenção à saúde. Há a política pública normatizada, mas sua efetivação real não existe.

Em documento recente (BRASIL, 2003), a Coordenação Geral de Saúde Mental do Ministério da Saúde propôs diretrizes para a política de saúde mental na atenção básica, com a orientação de que as ações neste campo devem se pautar no *“modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento”* (p. 3). A proposta apresentada se fundamenta no apoio matricial da saúde mental às equipes de PSF, descrito como

um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelos cuidados mais gerais da população. Neste arranjo, a equipe por ele responsável, compartilha alguns casos com a equipe de referência local (no caso, a equipe de PSF responsável pelas famílias de um dado território). Este compartilhamento se produz em forma de co-responsabilização pelos casos, o que pode se efetivar através de discussões conjuntas de caso, intervenções conjuntas nas famílias e comunidades ou até em atendimentos conjuntos. Esta forma de co-responsabilização exclui a lógica do encaminhamento, pois visa aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local (PSF/PACS). Assim, ao longo do tempo e gradativamente, também estimula a interdisciplinaridade e a ampliação da clínica na equipe. A ampliação da clínica significa o resgate e a valorização de outras dimensões, que não somente a biológica, na análise singular de cada caso (p. 3).

A noção de apoio matricial se baseia nas idéias de Campos (1999) que, na verdade, propõe um novo arranjo organizacional para o trabalho em saúde, re-significando o conceito de equipe de referência e de apoio especializado matricial. O autor parte da suposição de que a reorganização do trabalho em saúde, de acordo com a ênfase no vínculo entre equipe e usuários, engendra a produção progressiva de outros modos de responsabilidade pela co-produção de saúde. O arranjo proposto inclui a democratização nas relações de trabalho e a transdisciplinaridade das práticas e dos saberes.

Ainda em relação às diretrizes ministeriais propostas, são apontadas duas maneiras de organizar equipes de apoio matricial. No caso de existir CAPS e/ou outros equipamentos da saúde mental, os membros desses serviços devem se organizar em grupos de dois ou três e se vincular às diferentes equipes de PSF, programando suas cargas horárias para encontros semanais e contatos para demandas inesperadas ou intercorrências. Caso não haja equipes de saúde mental, podem ser criadas equipes de apoio matricial através da contratação de um grupo, composto, minimamente, por um psiquiatra (ou generalista com treinamento em saúde mental), um enfermeiro, um técnico de nível superior (como psicólogo ou terapeuta ocupacional) e auxiliares de enfermagem para cada nove equipes de PSF.

Por essas considerações, torna-se explícito que, de qualquer modo, o campo continua aberto à experimentação. Assim, mais uma vez, retomo a idéia de que o tempo da regulamentação de propostas, em geral, não coincide com o da invenção de práticas para tentar responder às provocações impostas pela realidade, costumeiramente surpreendente e desalojadora. Por outro lado, propostas regulamentadas nem sempre correspondem às necessidades apresentadas em cada realidade local, não sendo “legítimas” a depender das especificidades.

Nesse contexto, várias dificuldades ainda se evidenciam para esta atuação em saúde no território, no nível comunitário. A formação dos profissionais de saúde não parece contemplar

as necessidades, caracterizando-se pela fragmentação dos conteúdos e pela desvinculação da construção teórica com a prática. Isto imprime uma dinâmica peculiar no momento de assumir funções no panorama da saúde pública, favorecendo o predomínio dos feudos disciplinares e, portanto, a dificuldade do exercício interdisciplinar, que implica num processo constante de articulação, reflexão e criação. Além disto, parece haver dificuldade na incorporação de uma lógica voltada para a promoção da saúde, uma vez que saúde continua a ser entendida, na prática, como polaridade oposta à doença, perpetuando-se uma atuação ainda centrada no modelo curativo.

Na implantação coerente de uma estratégia do porte do PSF, é imprescindível estar atento ao perfil do profissional que irá ocupar o lugar na ponta, ou seja, à frente do serviço propriamente dito. É preciso compreender que uma cobertura de 100% do território – ou quase isto, não garantirá o cumprimento dos objetivos do programa se não houver qualidade nessa cobertura.

Em virtude da minha experiência de trabalho no **CAPS** e em um projeto de suporte em saúde mental a equipes do Programa Saúde da Família (**Projeto Estação Comunidade – PEC**), no município do Cabo de Santo Agostinho, pude perceber o quanto é complexo e desamparador, para estas equipes de PSF, funcionar de acordo com a lógica proposta. Há freqüentes queixas dos profissionais, em relação a um despreparo para a atuação direcionada à promoção da saúde, e à sobrecarga de trabalho, justificada, em alguma extensão, pelo número de famílias, geralmente superior ao limite indicado.

Inserida nesse contexto, como profissional de saúde mental buscando interagir com equipes de PSF para a criação de estratégias em conjunto para lidar com questões de saúde mental, fui me apropriando dessa proposta de aproximação e suporte ao PSF. É desta experiência que germinam os meus questionamentos, partilhados com a **equipe SM**. Ao tentar melhor compreender o que estou me propondo a pesquisar, ou seja, essa ação territorial em

saúde através do PSF, dou-me conta de que há outros atores que também se misturam nessa trama, além da equipe SM e dos próprios componentes da **equipe original de PSF**.

Se pretendo mergulhar nesse trajeto, preciso conhecer esses atores, ou melhor, re-conhecer sua inserção nesse cenário, e buscar compreender suas propostas de atuação. Sendo ponto central do meu interesse tal ação territorial em saúde através do PSF, com destaque particular para as propostas de ação conjunta entre todas as equipes desse programa, preciso considerar todos esses aspectos para o enriquecimento do meu estudo.

### **2.3. Re-conhecendo outros atores envolvidos na ação territorial em saúde**

No Cabo de Santo Agostinho, o **PSF** é batizado como **Programa Saúde em Casa – PSC**, tendo sido implantado em 1997. Atualmente, existe uma cobertura de 72% da população, com 32 equipes de PSC e 3 de **PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde)**.

O **PACS** representa, no cenário atual, uma estratégia transitória para o estabelecimento de vínculos entre os serviços de saúde e a população, sendo composto por equipes de agentes comunitários de saúde, sob a coordenação de um enfermeiro. Estando vinculadas a unidades básicas convencionais, tais equipes têm como função o desenvolvimento de ações de prevenção de doenças e promoção à saúde na comunidade. Tal estratégia deve ser estimulada até que seja viável a plena expansão do PSF, no qual os agentes comunitários de saúde passam a ser incorporados. Na verdade, considero importante situar que, historicamente, o **PACS** foi implantado anteriormente ao PSF no país, sendo o seu bom desempenho um dos critérios considerados para o investimento do Governo Federal na implantação deste último.

No município do Cabo de Santo Agostinho, em 2001, surgiu a proposta de implantação e desenvolvimento de ações básicas de saúde bucal de forma integrada às demais

atividades do **PSC**, conforme portaria do Ministério da Saúde<sup>13</sup>. De acordo com a legislação inicial, a proporção a ser obedecida era de uma **equipe de saúde bucal** para cada duas equipes de PSF. Nesse contexto, há duas modalidades possíveis de equipe de saúde bucal: a *completa*, com cirurgião-dentista (CD), atendente de consultório dentário (ACD) e técnico de higiene dental (THD), e *outra*, sem o THD. Os profissionais de odontologia devem incorporar os conceitos e princípios do PSF, desenvolvendo habilidades para o trabalho em equipe.

As atribuições do CD incluem capacitação das equipes de PSC em saúde bucal, atendimentos clínicos na unidade de PSC, atendimento clínico no domicílio, educação em saúde individualizada, realização de estudos epidemiológicos, dentre outras. Ao técnico de higiene dental (THD) compete realizar visitas domiciliares com equipe do PSC, educar pacientes ou grupos sobre prevenção e tratamento de doenças bucais, aplicar substâncias para prevenção da cárie dentária, inserir e condensar substâncias restauradoras, polir restaurações, remover suturas e outros. O auxiliar de consultório dentário (ACD) deve realizar procedimentos de prevenção, além de agendar consultas, preencher e anotar fichas clínicas, auxiliar no atendimento ao paciente, instrumentar o CD e o THD, proceder conservação e manutenção do equipamento odontológico e outros (CABO DE SANTO AGOSTINHO, 2001). Observa-se, portanto, que a proposta é a de que a equipe de saúde bucal realize tanto as ações de assistência no consultório, como também desenvolva intervenções na lógica da prevenção e promoção à saúde no território, incorporando-se às equipes de PSC com as quais trabalham. No caso do município em questão, existem seis equipes de saúde bucal, cobrindo 12 equipes de PSC, sendo duas do tipo completo, ou seja, com a inserção do técnico de higiene dental (THD).

A orientação é que os procedimentos coletivos de prevenção em saúde bucal possam ser também realizados pelos agentes comunitários de saúde. Dentre estes procedimentos

---

<sup>13</sup> Portaria nº 1444 de 28.12.2000.

estão: ações educativas com pacientes e grupos sobre prevenção de doenças bucais, distribuição de escovas e creme dental para famílias carentes, escovação supervisionada e acompanhamento de atividades de saúde bucal nas escolas e nas creches (CABO DE SANTO AGOSTINHO, 2001).

A orquestração das ações totais correspondentes à atenção básica está sob a responsabilidade da Gerência de Atenção Básica. Sendo um componente do organograma funcional da Secretaria Executiva de Saúde do município, sua equipe deve gerenciar o funcionamento do Programa Saúde em Casa (PSC) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), além das demais unidades básicas de saúde tradicionais ainda existentes no município. Há uma supervisão das equipes de PSC e PACS, com o caráter principal de acompanhamento dos aspectos técnico-operacionais do trabalho desenvolvido, a fim de garantir o suporte necessário. Nesta perspectiva, um **grupo de quatro supervisoras do PSC**, todas enfermeiras, busca possibilitar o melhor desempenho possível das equipes sob sua responsabilidade. A esse grupo ainda agrega-se uma **apoiadora clínica**, médica, com a função de desenvolver um trabalho junto às equipes, fornecendo orientações, numa perspectiva tanto técnica quanto vinculada ao empenho relacional junto ao usuário, para o exercício cotidiano e específico no acompanhamento dos casos.

Vinculado a esta Gerência, existe ainda o **Projeto Saúde Arte Educação (SARTE)**, elaborado com o objetivo de desenvolver

ações sócio-educativas e culturais, partindo do universo comunitário, junto com as equipes de PSC, nas suas respectivas áreas geográficas, através de oficinas temáticas, encontros educativos, ações culturais, resgatando ou criando grupos de convivência e auto-ajuda (CABO DE SANTO AGOSTINHO, 2002: 2).

A necessidade de criação do **SARTE** foi justificada a partir da constatação de uma defasagem na atuação das equipes de PSC em relação às ações de promoção à saúde e prevenção às doenças, seja pelo excesso de demanda na assistência ou pela falta de capacitação dos profissionais das equipes de PSC para o desenvolvimento de práticas

comunitárias de educação em saúde. Dessa forma, constituiu-se uma equipe interdisciplinar de apoio às equipes de PSC, especificamente para fortalecer os aspectos citados, composta, inicialmente, por uma psicóloga, uma nutricionista, uma assistente social, uma educadora física, sob a coordenação de um educador popular em saúde, com formação em filosofia e direito.

É curioso perceber que a decisão do município de criar um projeto como o **SARTE**, que se propõe a realizar ações complementares junto às equipes de PSC, voltadas à promoção à saúde, sinaliza a necessidade de repensar a proposta do PSF. Como destacado anteriormente, a ênfase na promoção à saúde, via educação, é posta como característica fundamental na atuação das equipes de PSF. O exemplo do Cabo indica que isto não está sendo da ordem da ação possível na atenção à saúde, aspecto este que passou a ocupar um lugar central nas reflexões a serem realizadas neste trabalho de pesquisa.

O re-conhecimento dos outros atores envolvidos nesta ação territorial em saúde neste município, escolhido como lugar de parada nessa viagem em que a questão de pesquisa busca se transformar em ação, revelou-se exercício rico para a continuidade do caminhar. Exercitando esse re-conhecimento dos outros atores, pude perceber quantas ações em saúde acabam se superpondo, transpassando um mesmo programa, no caso, o PSF, sem que aconteçam encontros e discussões conjuntas e contínuas entre todos os envolvidos. A ação interdisciplinar revela-se como questão a ser refletida criticamente.

Os atores, por mim destacados – a **equipe de saúde mental**, as **equipes de PSC**, as **equipes de saúde bucal**, a **equipe de supervisoras do PSC**, a **apoiadora clínica do PSC** e a **equipe do SARTE** –, reaparecerão, mais adiante, ao longo desta viagem proposta. Sei que existem outros tantos atores neste complexo campo da atenção à saúde no SUS, cujas práticas também se entrecruzam com a atuação do PSF, programa que assume, cada vez mais, uma posição nodal no modelo atual. Entretanto, considero a necessidade de delimitar essa

cartografia, que poderia se estender praticamente *ad infinitum*. Penso já ser possível vislumbrar uma trama em movimento entre estes programas e atores apresentados, empenhados na ação territorial em saúde através do PSF.

#### **2.4. Ação territorial em saúde em questão**

A cobrança às equipes do Programa Saúde em Casa, feita pela Secretaria Executiva de Saúde do município, é baseada, principalmente, nas diretrizes do Ministério da Saúde. Pelo princípio da descentralização, o município é responsável pela organização e operacionalização da rede de saúde, incluindo a contratação e pagamento dos recursos humanos, além do acompanhamento e da avaliação das ações desenvolvidas.

No tocante à estratégia do PSF, o repasse de recursos do Ministério da Saúde aos municípios é feito mediante o alcance de metas de atendimento e acompanhamento pelas equipes de saúde da família e de saúde bucal, cujas ações devem ser registradas devidamente para alimentar o sistema de informação. Esse repasse depende também da capacidade instalada, ou seja, da cobertura do programa no município. Quanto maior o número de equipes de PSF (e também de saúde bucal) em funcionamento, atendendo uma maior proporção da população, mais recursos o município recebe, até um determinado limite.

Há ações prioritárias para a atenção básica à saúde, com definição de responsabilidades a serem executadas pelas equipes de PSF, conforme a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS/2001 (BRASIL, 2001b). As áreas atualmente consideradas prioritárias englobam ações de saúde da criança, saúde da mulher, controle da hipertensão, da diabetes mellitus e da tuberculose, eliminação da hanseníase e ações de saúde bucal. Geralmente, a avaliação do trabalho ocorre a partir de parâmetros estatísticos, da produtividade, ou seja, a quantidade de procedimentos realizados, com base nas metas estabelecidas pelo próprio Ministério da Saúde.

A partir da minha experiência no contato com as equipes de PSC, percebi que, apesar das conquistas obtidas desde a implantação do PSC, como a marcante redução da taxa de mortalidade infantil, são muitas as dificuldades na operacionalização do trabalho. As ações acabam sendo realizadas com grande prejuízo da qualidade, na contra-mão da proposta idealizada. Não raro, observamos que as unidades de saúde da família acabam funcionando como os antigos postos de saúde, com volume enorme de atendimento na unidade e pessoas chegando de madrugada para garantir uma ficha para consulta.

Minha impressão, a partir de uma aproximação desta realidade, é de que os profissionais do PSF não conseguem se apropriar do programa tal como está proposto e tampouco conseguem cuidar da sua prática e execução. Mais que isto, há algo que tem se revelado para mim de maneira bastante intensa: eles não se sentem "cuidados".

Desta forma, a participação de técnicos da SM junto a essas equipes, para prestar um suporte em saúde mental para o seu trabalho com a comunidade, é compreendida pelos profissionais do PSF, com certa frequência, como a possibilidade de serem ouvidos e amparados, de algum modo, em suas dificuldades profissionais e pessoais. Cabe ressaltar que o dia-a-dia na comunidade apresenta situações que constantemente desalojam o profissional, levando-o a sentir-se impotente diante das difíceis condições de vida das pessoas, marcada por muita privação e descaso.

Nesse contexto compreendo que, na área da saúde, a dimensão do *cuidado* se exacerba. O usuário recorre ao profissional demandando expressamente "cuidado". De certo modo, podemos definir a tarefa do profissional de saúde como *cuidar do outro* que sofre.

Em contrapartida, acredito ser pertinente perguntar se os profissionais recebem, também e exatamente por essa especificidade, algum tipo de cuidado. Imagino que uma maneira possível de cuidar desses profissionais seria fornecendo-lhes oportunidade de refletir sobre sua prática. Especialmente neste modelo de ação territorial como intervenção em saúde,

caracterizada por um alto teor de imprevisibilidade e por muitos desafios, torna-se relevante compreender se os profissionais se situam, e são reconhecidos, como técnicos ou como cuidadores em suas práticas cotidianas, pelos encarregados pela implantação de programas de políticas públicas em saúde e educação. Aliás, é nesse sentido que trabalhos vêm sendo desenvolvidos, no nível acadêmico, como reflexões críticas às implantações normatizadoras de programas do Estado (ANDRADE & ARAÚJO, 2003).

Considerando esse aspecto, a discussão em torno da supervisão de apoio psicológico se mostra particularmente interessante. Morato (1999) discute o sentido da supervisão de apoio psicológico como

situação contextualizada para que um profissional resgate sua própria condição de indivíduo com dúvidas e estranhamentos em seu contato profissional de ajuda a indivíduos, para que, a partir de seus próprios questionamentos e dificuldades, possa apresentar-se mais propriamente receptivo e disponível em sua atuação de ajuda para encaminhar o cliente a redimensionar-se em sua vida (p. 221).

Desse modo, o momento de supervisão propicia que o profissional se situe em relação à sua prática, podendo realizar uma elaboração de sua experiência. Um tal acolhimento possibilita uma reorganização pessoal e profissional que o re-situa em seu atuar e agir.

Bacchi (1999), ao questionar como pode ser pensada a necessidade da supervisão de apoio psicológico para profissionais de saúde e educação, destaca que esses profissionais se propõem a trabalhar com outros indivíduos numa relação de ajuda. Nessa relação, eles se expõem e entram em contato com outras subjetividades, o que é feito por meio de sua própria inserção subjetiva na ação mesma. Trata-se do manejo dessa entrega, de como emprestam sua subjetividade nessa relação. Nesse contexto, *“a supervisão é o momento onde é possível retomar e traduzir a experiência vivida, gerando sentidos”* (p. 213).

Desse modo, evidencia-se minha preocupação com a qualidade das ações desenvolvidas nesse modelo territorial em saúde pública, levando-me a questionar: qual o sentido da prática para os profissionais envolvidos nessa ação territorial como intervenção em

saúde pública, através do PSF? Como é possível refletir acerca da viabilização dessa prática como geradora de um sentido ético e político, partindo da compreensão e experiência desses profissionais?

Norteadas por esta indagação, buscarei problematizar as possibilidades de um sentido ético e político para a ação territorial como intervenção em saúde pública, a partir da experiência de alguns profissionais nela envolvidos. Para tanto, é necessário compreender como os profissionais de saúde estão se apropriando dessa estratégia, através do relato de suas experiências. Mapeando o sentido que estes profissionais de saúde estão dando à sua prática nesse modo de intervenção, poderei, finalmente, articular o sentido, mapeado a partir da experiência destes profissionais de saúde em sua prática na ação territorial, com as possibilidades de um sentido ético e político no âmbito da ação em saúde pública. Penso que buscar compreender a possibilidade de um sentido ético e político para a ação territorial como intervenção em saúde pública possa adquirir relevância no quadro atual, principalmente pelos motivos delineados a seguir.

Em primeiro lugar, não há muitos estudos em torno deste tema, desde que as ações territoriais em saúde, via estratégia do Programa Saúde da Família, são relativamente recentes, tornando-se fundamental construir uma compreensão sobre sua operacionalização, apontando suas dificuldades e sua fertilidade. Em segundo lugar, percebo, como urgente, a necessidade de aprofundar a reflexão em torno da efetivação de estratégias no sentido de “cuidar” daquele profissional que vem sendo solicitado a exercer suas funções na comunidade, aspecto esse que exige uma postura radicalmente diferente em relação a uma atuação tradicional. Acredito que será possível, através da pesquisa proposta, contribuir para esta discussão. Nessa direção, aposto que o presente estudo poderá somar importantes contribuições para as reflexões dos profissionais que desempenham um trabalho na perspectiva da ação territorial como intervenção em saúde pública, estimulando um maior

cuidado na sua atuação e, principalmente, para as discussões nos contextos de formação profissional destes trabalhadores.

Além destes aspectos, imagino que, para um modelo como o do PSF, de caráter técnico, político e administrativo inovador e iniciante, também novas maneiras de avaliação precisariam ser elaboradas, paralelamente à forma tradicional, apenas baseada em parâmetros prioritariamente estatísticos. Possivelmente, a consideração e reflexão sobre os atos e eventos, que ocorrem no cotidiano da *práxis* destes profissionais, trariam importante contribuição para o aprimoramento de sua atuação, somando-se como possibilidade de avaliação para implementação desse Programa.

Neste ponto da trajetória, sinto, como natural, a necessidade de fazer uma incursão mais aprofundada pela questão que me norteia, como bússola, uma vez tendo sido delineado o panorama em que seu sentido foi se configurando para mim.

### 3. A QUESTÃO TEMATIZADA: ARTICULAÇÕES TEÓRICAS

*Se o sentido da política é a liberdade, isso significa que nesse espaço – e em nenhum outro – temos de fato o direito de esperar milagres. Não porque fôssemos crentes em milagres, mas sim porque os homens, enquanto puderem agir, estão em condições de fazer o improvável e o incalculável e, saibam eles ou não, estão sempre fazendo.*

Hannah Arendt<sup>14</sup>

#### **3.1. Situando a questão da técnica**

O conhecimento técnico, tão valorizado em nosso mundo contemporâneo como instrumento de fabricação, visando a garantia de resultados, também se impõe com especial prestígio no campo da saúde. De acordo com Michelazzo (2000), a razão tecnológica se transformou no diapasão totalitário que afina todas as atividades humanas, sejam elas políticas ou sociais, econômicas ou culturais. Ainda que pareça natural esse privilégio, legitimado a partir da hegemonia do saber científico, torna-se importante considerar com cautela o lugar da técnica, sobretudo quando se trata de compreender campos de atuação em que a relação entre pessoas tem preponderância.

Considero que o âmbito da assistência em saúde, particularmente no contexto das políticas públicas, não pode prescindir da relação profissional-usuário, por mais que as tecnologias obtenham cada vez mais avanços. A forma como esse contato ocorre parece ser fundamental na destinação das situações com que se defronta o profissional de saúde no cotidiano de sua prática. Penso ser importante refletir sobre o modo como esse profissional se situa em sua prática diária: transforma-se em mero técnico ou assume o lugar de cuidador?

Antes de seguir adiante com a discussão em torno da técnica, compreendo como crucial pincelar o panorama sócio-cultural da contemporaneidade, em que há uma primazia do

---

<sup>14</sup> ARENDT, Hannah. **O que é política?** Fragmentos das obras póstumas compilados por Ursula Ludz. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998.

mundo técnico. Afinal, é ela que insiste em determinar, em larga escala, os modos de relacionamento dos homens no mundo atual.

A contemporaneidade tem sido denominada, por uns, como pós-modernismo, por outros, como hiper-modernismo. Em sintonia com esse segundo grupo, Chauí (1992) considera a hipótese de que o pós-modernismo seja uma "figura da modernidade", destacando algumas de suas características:

- privilégio da heterogeneidade e da diferença como forças liberadoras da cultura (em contraposição ao privilégio do universal e da racionalidade próprio da era moderna);
- pluralidade, com ênfase na fragmentação, indeterminação, descontinuidade e alteridade;
- crença na falência da razão;
- proclamação do reino do desejo e da sensibilidade contra as ilusões da objetividade;
- descentramento do sujeito;
- fim da separação moderna entre público e privado em benefício do segundo;
- elogio da intimidade;
- negação do caráter globalizante de qualquer teoria científica;
- sensação do efêmero, do acidental, do volátil;
- objetos descartáveis;
- relações sociais e pessoais têm rapidez vertiginosa;
- predomínio do mercado da moda, sendo o mercado veloz quanto à produção e o consumo;
- tempo e o espaço são comprimidos pelos novos recursos (satélites, novos transportes, meios eletrônicos de comunicação e outros);
- equivalência do tempo à velocidade e do espaço à passagem vertiginosa de imagens e sinais.

Neste cenário, a autora destaca um fenômeno de conseqüências sérias para o nosso modo de viver:

a passagem do espaço público à condição de marketing, merchandising e midiação e a do espaço privado à condição de privacidade intimista, mas, sobretudo, a perda de fronteira entre ambos, abrindo comportas para formas inéditas de despotismo (CHAUI, 1992: 386).

Esta configuração é o espaço propício para a emergência da cultura do narcisismo, detalhada por Lasch<sup>15</sup> (1991 apud FIGUEIREDO, 1995), e a sociedade do espetáculo, marcada pela ética do sobrevivente e pela performance. As normas que se instalam são: "aparecer para ser" e "levar sempre vantagem". Em nome delas, quaisquer meios se justificam.

Abordando a questão de como a vida e a morte têm sido tratadas na civilização ocidental contemporânea, Critelli (1988) limita suas considerações ao ambiente urbano, circunscrito a um de seus elementos constitutivos e estruturais básicos: a ótica objéctica e mercantilista da existência, desenvolvida historicamente, sobretudo, a partir da Idade Moderna. Sua análise adiciona matizes importantes à reflexão sobre a contemporaneidade. Na sua compreensão, o homem urbano vai se perdendo da sua tarefa fundamental, que é cuidar de ser si mesmo. No horizonte da urbanização, ele vê seu destino subjugado ao objeto e à mercadoria:

Através do objeto e da mercadoria é que a urbanização pode exercer sua tarefa essencial: a de descarregar o homem de cuidar "propriamente" de seu ser si mesmo. E isto porque o homem aprende a se interpretar através dos entes dos quais cuida, primeiramente. Quer dizer, o homem aprende seu ser si mesmo, também ele, como um objeto e uma mercadoria (p. 74).

Na urbanização, a disponibilidade à decifração do sentido de existir é indesejada. Portanto, o empenho, a paciência e a contemplação são desprezados. De acordo com Critelli (1988), o homem do cotidiano é capturado pelo impulso e apelo de rapidez do mundo urbano. Não há tempo a perder, por isso, praticamente não há brechas para uma dedicação ao mistério do poder-ser. Na história do Ocidente metafísico, a única possibilidade eleita, em que ser si

---

<sup>15</sup> LASCH, C. *Refúgio num mundo sem coração. A família: santuário ou instituição sitiada?* Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.

mesmo pode se realizar, é a da vida imprópria, a saber, o modo em que o homem se dissolve a si mesmo *“nas escolhas e caminhos públicos, coletivos e nas escolhas que se apresentam corriqueiramente como absolutamente certas, verdadeiras e ‘pessoais’”* (p. 68). Nesse contexto, o homem é alijado de sua característica fundamental: projetar-se sobre possibilidades, elegê-las, de modo próprio, ou seja, *“sem ilusões a respeito do caráter aparente das escolhas públicas e decidido a ir sempre ao encalço de si mesmo”* (p. 68).

Embora não seja esse um caminho pelo qual eu pretenda seguir na minha busca de compreensão da ação territorial em saúde, penso ser interessante apontar também a reflexão sobre a subjetividade no mundo contemporâneo, com ênfase no cenário do capitalismo, empreendida por Guattari e Rolnik (1986). Esses autores destacam a existência de uma produção de subjetividade capitalística, dos indivíduos e do social, encontrada em todos os níveis de produção e consumo. A produção de subjetividade capitalística frutifica uma cultura com "vocação universal", dimensão essencial para fabricar forç a coletiva de trabalho e de controle social. Trata-se da "cultura de massa", orientada para a produção de indivíduos normalizados, modelados, articulados entre si segundo sistemas hierárquicos, sistemas de valores e sistemas de submissão – estes últimos geralmente dissimulados.

Em contraposição a esses mecanismos cruéis de dominação, os processos de singularização constituem

uma maneira de recusar todos esses modos de encodificaç o preestabelecidos, todos esses modos de manipulação e de telecomando, recusá-los para construir, de certa forma, modos de sensibilidade, modos de relação com o outro, modos de produção, modos de criatividade que produzam uma subjetividade singular” coincidente com “um desejo, com um gosto de viver, com uma vontade de construir o mundo no qual nos encontramos, com a instauração de dispositivos para mudar os tipos de sociedade, os tipos de valores que não são os nossos” (GUATTARI E ROLNIK, 1986: 17).

Estes autores enfatizam ainda a função do trabalhador social, ou melhor, de todos cuja profissão se caracteriza por um interesse pelo discurso do outro. Por se encontrarem em uma encruzilhada política ou micropolítica fundamental, precisam se posicionar a favor – ou não –

de encontrar rupturas no círculo vicioso da produção de subjetividade capitalística, para permitir o funcionamento dos processos de singularização.

Penso que as práticas em saúde devem ser elaboradas a partir do reconhecimento deste pano de fundo sócio-cultural. O alvo é este sujeito da contemporaneidade, marcado pela perda da interioridade, fora de si, reativo, mergulhado em vivências, sem tempo e disponibilidade para elaborá-las, para fabricar história a partir delas. O sujeito contemporâneo está imerso no imediatismo do seu viver, automatizando sua forma de vida, perdendo memória, o sentido de tradição e o seu sentimento de pertença a uma coletividade. É nesse sentido que Morato (1999) refere a discussão de Walter Benjamin sobre a perda da caracterização do sentido da experiência na modernidade.

É à luz deste panorama contemporâneo que pretendo desenvolver a discussão em torno da técnica e da prática em saúde. As características sociais e culturais do mundo em que vivemos atualmente não são favoráveis ao exercício de uma reflexão do homem em relação ao seu modo de estar no mundo e de se relacionar com os outros. Prisioneiros do ritmo veloz, frequentemente os homens perdem a dimensão da criatividade na relação no mundo e com os outros, caindo na mera re-produção de padrões.

A questão da técnica ocupou lugar importante nas meditações de Heidegger. Acredito que recorrer a algumas de suas reflexões sobre este tema pode iluminar aspectos cruciais para a compreensão que estou me propondo a realizar, da ação territorial em saúde, na perspectiva de profissionais de saúde nela envolvidos, considerando o cenário da contemporaneidade acima apontado.

Segundo Heidegger (2002), a técnica é comumente pensada como um meio para que se atinja um determinado fim ou como uma atividade do homem. A partir dessa compreensão se configura a determinação instrumental e antropológica da técnica. No entanto, o que este

filósofo propõe é que tal caráter instrumental da técnica, ainda que correto, não deixa aparecer a essência da técnica.

Uma vez que instrumento é geralmente pensado como algo que produz um fim, um efeito, fica implicada a noção corrente de causalidade. Ao apontar o sentido originário de causa (*aitía*, em grego), Heidegger (2002) permite perceber-se que antes de ser ponto de partida, algo que desencadeia um efeito, causa é o que conduz qualquer coisa ao seu aparecer ou o que faz-vir uma coisa à sua presença. O que faz-vir da não-presença à presença, ou seja, o que conduz do encobrimento ao des-encobrimento, é a *poiésis*, a pro-dução.

Por esse prisma, a técnica se revela como algo mais que um simples meio ou instrumento. Ela se caracteriza como uma forma de desvelamento, aproximando-se do sentido grego de verdade, como *alethéia*. Verdade como *alethéia* é algo que se produz na medida do desvelamento, não se deixando aprisionar em um sentido único, correto. Para Heidegger (2002), a essência da técnica implica em desvelamento, pois neste se funda toda pro-dução, neste repousa a possibilidade de toda elaboração produtiva. Assim, este filósofo aponta:

Outrora, não apenas a técnica trazia o nome de *techné*. Outrora chamava-se também de *techné* o desencobrimento que levava a verdade a fulgurar em seu próprio brilho. Outrora chamava-se também de *techné* a pro-dução da verdade na beleza. *Techné* designava também a *poiésis* das belas-artes (HEIDEGGER, 2002: 36).

Esse sentido originário de técnica enquanto *techné*, que remete ao fazer do artesão, ao fazer das belas artes, sendo pertencente à *poiésis*, foi se perdendo ao longo da história. Uma das razões para tanto foi o aprisionamento da técnica atrelada ao sentido de verdade tal como traduzida pelos romanos, ou seja, como *veritas*, o correto de uma representação.

Mas seria possível resgatar esse sentido originário para a técnica moderna, que rege toda atividade humana no mundo contemporâneo? Para Heidegger (2002), a técnica moderna também é compreendida como um modo de desvelamento. Entretanto, o desvelamento dominante na técnica moderna se configura no modo de exploração, ao invés de se desenvolver pautado na pro-dução enquanto *poiésis*. Desta feita, a técnica moderna toma o

real e a natureza como fundos de reserva, e seu modo de exploração acontece num múltiplo movimento: a energia escondida na natureza é extraída, transformada, armazenada, distribuída e reprocessada. Não é difícil perceber que o controle se torna uma marca fundamental desse modo de exploração dominante na técnica moderna.

A essência da técnica moderna repousa, assim, na com-posição (*Gestell*). De acordo com Michelazzo (2000), a com-posição se refere à provocação recíproca que se instala entre o homem e o real, de maneira que o primeiro toma o segundo como fundo de reserva, e o segundo incita o primeiro a procurar suas forças escondidas. O homem é desafiado a des-velar o real no modo da dis-posição, como dis-ponibilidade. O “por” está no sentido de explorar. Desse modo, a com-posição é um modo destinado de des-velamento no sentido da exploração e do desafio. Nesse contexto, o homem acaba se tornando também fundo de reserva, na medida em que é percebido como material ou recurso humano.

Para Heidegger (2002), o des-velamento é o destino, o por-se a caminho do homem, que ora se caracteriza no sentido pro-dutor, ora no sentido ex-plorador. No caso da técnica moderna, o perigo implicado na com-posição, que constitui a sua essência, é o de arrastar consigo “(...) a possibilidade ameaçadora de se poder vetar ao homem voltar-se para um descobrimento mais originário e fazer assim a experiência de uma verdade mais inaugural” (p. 31). Recorrendo à poesia de Hölderlin, Heidegger aponta uma saída:

“Ora, onde mora o perigo  
é lá que cresce  
o que salva”.

Na sua compreensão do dizer do poeta, Heidegger (2002) indica que *salvar* não diz apenas “retirar, a tempo, da destruição o que se acha ameaçado em continuar a ser o que vinha sendo”, mas diz ainda “chegar à essência, a fim de fazê-la aparecer em seu próprio brilho” (p. 31). Assim, da própria técnica pode medrar a força salvadora.

A saída apontada por Heidegger é nomeada em outro trabalho seu (1959) como a serenidade para com as coisas, ou seja, *“uma atitude do sim e do não em relação ao mundo técnico”* (p. 24). Na conferência em questão, Heidegger afirma que o homem atual está em fuga do pensamento. O pensamento a que se refere é o pensamento que medita, que reflete sobre o sentido que reina em tudo que existe, em contraposição ao pensamento que calcula, através do qual se busca o domínio da terra.

Heidegger (1959) compreende que esses dois modos do pensamento são legítimos e necessários, cada qual à sua maneira. Mas o problema surge quando o pensamento que calcula se torna preponderante no modo de o homem se relacionar no mundo:

... aquilo que é verdadeiramente inquietante não é o fato de o mundo se tornar cada vez mais técnico. Muito mais inquietante é o fato de o Homem não estar preparado para esta transformação do mundo, é o fato de nós ainda não conseguirmos, através do pensamento que medita, lidar adequadamente com aquilo que, nesta era, está realmente a emergir (p. 21).

Para este pensador, o maior perigo que ameaça os homens é o de que *“a revolução da técnica que se está a processar na era atômica poderia prender, enfeitiçar, ofuscar e deslumbrar o Homem de tal forma que, um dia, o pensamento que calcula viesse a ser o único pensamento admitido e exercido”* (HEIDEGGER, 1959: 26).

Nesse contexto, a atitude de serenidade para com as coisas implica em dizer “sim” à utilização inevitável dos produtos da técnica moderna (e por que não dizer contemporânea?) e, simultaneamente, dizer “não”, vetando nossa absorção total por eles, a ponto de esgotarem a natureza. Há que se preservar uma abertura ao segredo, ao mistério, ao sentido oculto no mundo técnico, em aliança à serenidade: tal é a proposta de Heidegger. O homem é um ser que reflete, que medita, sendo necessário manter desperta a reflexão. Esse caminho de reflexão seria o solo possível de um futuro enraizamento.

A partir dessa discussão sobre a técnica inspirada em Heidegger, tornam-se claras, ao menos, duas possibilidades para a ocorrência do desvelamento que ela implica: o modo da

*poiésis* e o modo da exploração. A técnica, compreendida como des-velamento, é um modo destinado, isto é, um modo de o homem se por a caminho para lidar com o que está ainda por ser conhecido. No modo da *poiésis*, o homem se abre à dimensão do mistério, sem a necessidade do controle sobre as coisas e o mundo, mas sim, com tolerância em relação ao que se mostra ou está por se mostrar. No modo da exploração, evidencia-se a necessidade do controle sobre as coisas e o mundo, que se busca dominar a partir da definição da verdade, enquanto *veritas*. A serenidade se apresenta como a possibilidade de trânsito entre esses dois modos, libertando do aprisionamento que a técnica moderna/contemporânea tende a imprimir ao pensamento.

Bastante enriquecedora para essa reflexão é a compreensão de Arendt (2001) sobre a condição humana. Com a expressão *vida ativa*, a autora busca designar três atividades humanas fundamentais: labor, trabalho e ação. O **labor** corresponde ao processo biológico do corpo humano, relacionando-se à manutenção da vida pela satisfação das necessidades vitais e tendo a própria vida como condição. Esta atividade humana se relaciona, portanto, à sobrevivência. O **trabalho** produz um mundo artificial, tendo como condição a mundanidade da existência. Com o trabalho de suas mãos, o *homo faber* transforma o mundo, ou melhor, fabrica uma infinita variedade de coisas que acabam por constituir o artifício humano. O homem, nesta perspectiva, é um fabricante de utensílios. A **ação** é exercida diretamente entre os homens, correspondendo à condição humana da pluralidade e tornando real o homem, por meio de seus feitos, gestos e discursos. A pluralidade é especificamente a condição de toda a vida política. De acordo com Arendt (2001), “*a pluralidade humana, condição básica da ação e do discurso, tem o duplo aspecto de igualdade e diferença*” (p. 188). Sendo assim, a pluralidade humana é paradoxalmente constituída de seres singulares.

Por meio de palavras e atos os homens se inserem no mundo humano. Esta inserção funciona como um segundo nascimento, no qual o homem confirma e assume o fato original e

singular do aparecimento físico. Através da ação e do discurso, os homens se manifestam uns aos outros enquanto homens, e não como mera existência corpórea. Isto não é da ordem da necessidade, como no caso do labor, e nem se rege pela utilidade, como no trabalho. O agir tem caráter de iniciativa, da qual ser humano algum pode se abster sem deixar de ser humano:

Agir, no sentido mais geral do termo, significa tomar iniciativa, iniciar (como o indica a palavra grega *archein*, <<começar>>, <<ser o primeiro>> e, em alguns casos, <<governar>>), imprimir movimento a alguma coisa (que é o significado original do termo latino *agere*) (ARENDT, 2001: 190).

Arendt (2001) destaca que, por ser capaz de agir, pode-se esperar do homem o inesperado; ele é capaz de realizar o infinitamente improvável. Porque cada homem é singular na coexistência. Na condição da pluralidade, o homem vive como ser distinto e singular entre iguais.

Considerando esta compreensão da ação, fica apontada a incoerência da técnica com esta dimensão da *vida ativa*. A ação, como referido acima, é a atividade que mais caracteriza o humano, por confirmá-lo em sua humanidade. Estando relacionada diretamente à comunicabilidade entre homens, a ação é pautada na convivência, sendo, portanto, sempre ação entre homens, sempre ação conjugada. Cada um traz a sua peculiaridade para a ação e o resultado final é imprevisível. Disto decorre a incompatibilidade da ação com a técnica, se esta for compreendida no modo da exploração.

Segundo Critelli (1996), “*através do labor, do trabalho e da ação, os homens vão garantindo ao real sua objetivação, portanto, sua objetividade*” (p. 119). É sendo-no-mundo-com-outros que os homens vão produzindo o mundo e criando a história.

No modelo de ação territorial como intervenção em saúde, que tem como eixo o Programa Saúde da Família e constitui uma outra estratégia no campo da assistência em saúde, outros desafios são postos para o profissional. Ele é lançado no campo da relação entre homens propriamente, no campo da ação. Considero que ele não poderá se reduzir a um mero

"técnico", um especialista, que utiliza o saber científico para promover saúde para a população.

O universo da comunidade e a vida no território não são de modo algum previsíveis e controláveis a partir de um olhar tecnicista. Diante da proposta de uma maior aproximação da equipe de saúde com a comunidade, implicada no Programa Saúde da Família, a dimensão do cuidado, crucial nas práticas de saúde, possivelmente assume características peculiares. É na convivência que a prática vai se delineando. A pluralidade se exacerba a seu ponto máximo: o profissional de saúde precisa se inserir na dinâmica daquela comunidade. Considero que ser-com-outros se revela como condição fundamental, tanto pelo modelo de trabalho em equipe quanto pela proximidade com os usuários, que são aspectos enfatizados neste programa.

De que cuidar é pertinente falar nesse campo da ação territorial em saúde, que está sendo considerado nessa pesquisa? Penso ser importante refletir acerca do cuidado como essa dimensão "básica" da ação em saúde que, entretanto, pode se revelar bastante complexa na prática cotidiana dos profissionais, nas relações que estabelecem na/com a comunidade. Essa importância se mostra na medida em que refletir sobre o cuidado, nessa perspectiva, remete ao universo do sentido que esses profissionais estão dando à sua ação em saúde.

### **3.2. O cuidado: tarefa existencial enigmática**

O cuidado é tema relevante na fenomenologia existencial, baseada no pensamento de Heidegger. Nesse modo de compreensão, *"o cuidar é simultaneamente a origem e a base ontológica do agir do homem"*, como destaca Almeida (1999: 59). O homem existe cuidando de ser, o que implica na contínua construção de sentido para o estar no mundo. Ele existe no mundo e com outros. É nessa trama de relações que os sentidos vão sendo criados.

O homem é um ser-no-mundo, que cuida das coisas que lhe servem de utensílios para a realização de seu projeto existencial e cuida dos outros homens, com os quais partilha a

existência. Para Heidegger, cuidar de ser é a fundamental tarefa existencial do homem, envolvendo esse cuidar de si e dos outros.

A pergunta se impõe: de que se trata esse cuidar? Posto como tarefa fundamental do existir, o cuidado com a própria existência se revela como um enigma e um desafio. Certamente não há manual de instrução que balize o caminho de uma existência segura. Ainda que ao longo de toda a história da humanidade o homem venha tentando responder ao enigma de sua própria existência, daí brotando toda a história da filosofia, a pergunta sempre se mostra pertinente. Como cuidar de ser? Como cuidar da vida? O que Heidegger aponta é que essa tarefa implica um olhar para o outro. O ser-aí é fundamentalmente ser-com-outros. Cada um está inevitavelmente lançado nessa trama, cujos nexos vão sendo construídos a partir dessa pluralidade. Uma vez que o modo de cuidar não é algo formatado, buscar compreender os sentidos que vão se configurando para esse cuidar se apresenta como uma possibilidade de cuidar do próprio cuidar.

Segundo Rocha (2000), o cuidado se reveste sempre de uma dimensão de preocupação e de angústia. Ao analisar a angústia na filosofia heideggeriana, o referido autor a indica como disposição fundamental, pertencendo à constituição essencial do ser-aí como ser-no-mundo e ser-para-a-morte. A angústia é considerada, assim, como experiência ontológica, de caráter originário, correlacionando-se com o desamparo, o não sentir-se em casa.

Nesta forma de compreensão, a angústia pode se mostrar quase como uma companheira inseparável do homem em sua trajetória existencial. Como experiência originária e ontológica, ela lembra continuamente o ser-aí de que ele ainda é “sendo” e que um dia ele não mais será. Assim, o homem precisa ter a habilidade de levar adiante sua própria existência, que só se completa com a morte. Nesse panorama, as palavras de Arendt (2001) ganham sentido:

Só podemos saber quem um homem foi se conhecermos a história da qual ele é o herói – em outras palavras, sua biografia; tudo o mais que sabemos a seu respeito, inclusive

a obra que ele possa ter produzido e deixado atrás de si, diz-nos apenas *o que* ele é ou foi (p. 199).

Compreendo que, no caso de profissionais de saúde, a missão de cuidar, especialmente dos outros, é assumida duplamente. Ou melhor, a escolha da profissão poderia ser interpretada como uma afirmação da tarefa de cuidar, já própria do homem. A reflexão que vem sendo realizada indica que o cuidar de ser implica o cuidar de si, dos outros e dos utensílios que auxiliam na condução do viver.

Como já foi apontado, o fio condutor dessa pesquisa consiste na minha preocupação com a qualidade dos serviços prestados em saúde pública, especialmente com as ações no território, que vêm recebendo investimento prioritário através do PSF. Observo este cenário a partir da minha formação e do lugar que venho ocupando nele, qual seja, como psicóloga, que se constituiu *técnica em saúde mental*. Deste lugar, ao sentir que inúmeras perguntas surgidas ecoam sem respostas, forçando-me a extrapolar os referenciais de minha formação, parto para a construção de uma compreensão a partir de um olhar clínico/investigativo. Nessa perspectiva, recorro à noção de abordagem clínica em ciências humanas que, como apresentada por Sévigny (2001), enfatiza o interesse pelo universo dos sentidos e *a "prioridade dada à prática, à ação, à intervenção, pois o centro da análise é sempre um problema a resolver ou, pelo menos, uma prática a explicar"* (p. 24).

Assumindo a clínica como um ato de produção de sentidos, sigo em busca da questão: como poder refletir acerca da prática de profissionais de saúde pública, engajados em estratégias de ação no território, através do Programa Saúde da Família, como geradora de um sentido ético e político, partindo da compreensão destes profissionais?

Através do trabalho, é possível resgatar o sentido do fazer como produção de utensílios para garantir a sobrevivência. A ação seria a disponibilidade para essa produção se apresentar como ato. Nessa ótica, a reflexão acerca da práxis se impõe como possibilidade de

re-significação do sentido da dignidade pública (saúde como bem-estar) e privada (cuidar de si), apontando para a expressão da práxis como ética e política.

Nessa medida, o cuidado ao cuidador pode também se apresentar como um caminho possível para a re-significação da prática, com posterior teorização em torno de como os profissionais de saúde engajados na estratégia do PSF vêm contemplando a demanda pública por cuidado e bem-estar. Ou seja, refere-se a uma teorização, brotada da própria experiência desses profissionais, em torno do modo como esses profissionais estão cuidando do cuidado que realizam na ação cotidiana.

Considerar essa dupla dimensão – ética e política – da ação territorial em saúde, desenvolvida por meio do PSF, requer uma incursão na compreensão de saúde, devendo-se atentar aos seus desdobramentos em termos das possibilidades de uma atuação com sentido ético e político.

### **3.3. Saúde: um complexo fio da trama**

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define **saúde** como um **estado** de completo **bem-estar** físico, mental e social, e não simplesmente ausência de doença ou enfermidade, sendo direito humano fundamental e dependente de ação intersetorial (OMS, 1978). Nesta definição está claramente delineado o aspecto biopsicossocial da saúde, que, ao menos em tese, deve nortear a construção das práticas sanitárias. Com tal ênfase, aponta-se para a necessidade de as políticas públicas de saúde, os modelos assistenciais, e, anterior a isto, a formação dos profissionais de saúde, se fundamentarem em uma compreensão dinâmica do ser humano.

Como uma das heranças do projeto científico da Modernidade, que acentua as oposições binárias, impõe-se o hábito de compreender o mundo a partir de uma concepção dualista: corpo-mente, essência-aparência, razão-emoção, sujeito-objeto, doença-saúde. Como

regra geral, perpetua-se pensar que, no jogo das polaridades, há mútua exclusão, de forma que apenas um dos pólos pode se evidenciar de cada vez.

Atentar para a definição da OMS, apesar da ressalva de que saúde não é meramente ausência de doença ou enfermidade, ou talvez, por conta mesmo dela, implica em perceber que tal compreensão de saúde ainda resvala para uma oposição binária entre saúde e doença.

Atualmente, no campo da saúde pública, muitas referências são feitas ao *processo* saúde-doença, o que imprime de fato um caráter mais dinâmico para a compreensão da saúde. Talvez isto ocorra face ao apelo da contemporaneidade para o abandono das oposições binárias, cujos elementos devem passar a ser entendidos como co-existentes, interdependentes, semelhante à concepção oriental de mundo, que se refere a um equilíbrio dinâmico de opostos.

Em relação à noção de bem-estar empregada na definição, torna-se importante destacar que estados são transitórios. Especialmente se referindo à condição humana, a própria experiência indica a impossibilidade de uma estabilidade permanente, até porque a estagnação e cristalização podem ser tomadas como sinais de que algo não vai bem. Da mesma forma, uma instabilidade permanente tem conseqüências danosas para a vida de uma pessoa. Daí a necessidade de estabilidades provisórias. Seguindo esta linha de raciocínio, torna-se um tanto incoerente apostar em um estado de **completo** bem-estar.

**Saúde** vem do latim *salus*, que significa condição benéfica, de bem-estar, de segurança (WEBSTER, 1974). Está relacionada à cura (*healein*, em inglês antigo), como promoção de integridade e/ou cuidado. Morato (2003)<sup>16</sup> observa que, possivelmente por este sentido originário do termo saúde, tenha se originado dele a palavra **saudação**, como forma de demonstrar respeito e reconhecimento ao outro. Nessa perspectiva, a autora aponta que

---

<sup>16</sup> Trabalho apresentado no IV Congresso Norte Nordeste de Psicologia, em maio de 2003, João Pessoa, PB, sob o título “Sofrimento e Exclusão: Questão Ética ou Política?”, no prelo.

**saúde** se aproxima de **clínica** e de **cuidado**, consideradas como tarefas cotidianas e pertinentes ao universo do fazer psicológico no âmbito da saúde.

O dicionário Aurélio (FERREIRA, 1986) também aponta a origem latina de **saúde**, a partir de *salute*, que significa salvação ou conservação da vida. Este é o termo que se usa no brinde ou para cumprimentar alguém. Na saudação, geralmente perguntamos "Como vai você?". Isto poderia indicar o conhecimento implícito que temos de que a vida das pessoas pode assumir diferentes configurações. A vida é mutável em seus estados. Sendo assim, mudança pode ser reconhecida como sinal de vida. Para a conservação da vida, ou seja, para a saúde, a transformação é ingrediente fundamental.

A primeira definição para **saúde**, que encontramos neste dicionário, é "estado do indivíduo cujas funções orgânicas, físicas e mentais se acham em situação normal". Nisto percebo um paradoxo. Normal remete a uma norma, ou seja, o que se estabelece como parâmetro para a realização ou avaliação de algo. Evidencia-se, assim, o caráter cultural de uma norma – já que é estabelecida – e não é difícil imaginar os perigos da vinculação da saúde com normalidade. Para citar um exemplo, basta lembrar das atrocidades cometidas contra portadores de transtornos psíquicos, vítimas de exclusão em instituições psiquiátricas, por serem considerados *desviantes*. Estabelecer padrões para o estar bem e para o ser saudável pode provocar (e de fato vem provocando) diversas distorções e muito sofrimento aos que, porventura, escaparem da regra. A imposição rígida de padrões de normalidade tolhe a multiplicidade de ser.

Após estas considerações sobre o conceito de saúde, parece fértil introduzir uma reflexão que pode ampliar o horizonte da discussão. Diz respeito a uma relação possível entre **saúde** e **ética**. Segundo Figueiredo (1995), saúde pode ser compreendida como usufruto do corpo e da mente, possível apenas quando se tem um espaço privilegiado de moradia. Casa, moradia e instalação representam um espaço que possibilita um habitar sereno e confiado, um

lugar de onde podemos contemplar as coisas "lá fora" a uma certa distância, com a tranqüilidade de quem tem uma referência, um porto seguro.

A palavra ética vem de *ethos*, que significa morada e também hábitos, costumes. A ética, portanto, pode ser compreendida como esta referência que nos permite transitar na vida com serenidade, uma vez que organiza nosso espaço e tempo. Refere este autor: "*... o sujeito ético pode desenvolver a capacidade de edificar sua própria morada com uma relativa independência*" (p. 49). Dessa forma, a partir da compreensão da saúde como usufruto e incremento das capacidades da pessoa e do *ethos* de uma comunidade como uma morada coletiva, evidencia-se a relação direta entre ética e saúde para aquele autor.

Pode-se, ainda, ressaltar a importância do posicionamento do sujeito nesta relação entre saúde e ética. Ele tem capacidade normativa, ou seja, de gerar e questionar normas, não tendo simplesmente que se submeter às normas existentes. A capacidade crítica do sujeito ético poderia ser tomada como sinal de saúde.

Não há uma única ética. De acordo com Foucault<sup>17</sup> (1984 apud FIGUEIREDO, 1995), as "éticas", além de refletirem diferenças no modo de subjetivação, também têm um papel na constituição das subjetividades. Podem ser entendidas, nesta perspectiva, como *dispositivos* ensinantes de subjetivação.

Nessa perspectiva, a ética pode ser compreendida como um modo de se situar no mundo, na relação com os outros e em um determinado contexto sócio-político-econômico. A reflexão em torno da ética ou do modo de agir no mundo tem acompanhado a própria história da humanidade. Assim, historicamente, podem ser identificadas diferentes "éticas", relacionadas particularmente às diversas maneiras de organizações sociais, políticas e econômicas.

---

<sup>17</sup> FOUCAULT, Michel. Histoire de la sexualité II. L'usage des plaisirs. Gallimard, 1984.

Segundo Aristóteles, filósofo do século IV a.C., “*toda atividade tem por fim o bem do agente*” (HUISMAN, 2001: 70). No caso do homem, esse bem é a felicidade (*eudaimonia*), consistindo em realizar a natureza do ser que tende para ele. No entanto, já naquele período, ele reconhecia que a natureza humana é a que comporta maior indeterminação e contingência nas condições de sua realização. Assim, Aristóteles apontou a *phronesis*, ou seja, a prudência, como a maior das virtudes para a determinação de um agir ético do homem, sendo considerada como a virtude da correta deliberação para escolher o caminho justo, apesar de sua reverência às virtudes do intelecto.

Gadamer (2002) destaca a diferenciação aristotélica entre *techné* e *phronesis* para se contrapor à crítica de que esse filósofo teria uma tendência harmonizadora. Essa diferença remete à distinção entre *fazer* e *atuar*. *Techné* se relaciona à *poiésis*, à criação, ao fazer criativo. A *phronesis* diz respeito ao atuar, executar algo com base na deliberação do pensamento. *O fazer e o atuar* podem se constituir como mera re-produção em função de uma determinação com caráter de lei. Por outro lado, *o fazer e o agir* requisitam uma escolha, com base em uma reflexão em torno do que se faz mesmo, percorrendo a mesma direção do sugerido por Arendt como **ação**.

Na era moderna, emergiu a ética da eficácia, relacionada a uma razão prática e selecionada “*em função de uma avaliação de seus efeitos, de suas conseqüências para a vida, para o sucesso, para o progresso, para a felicidade de cada um ou do conjunto*” (FIGUEIREDO, 1995: 56). Ela expressa a tendência de pensar a conduta de acordo com o modelo da técnica, especialmente a técnica de controle dos fenômenos naturais. O caráter instrumental e utilitarista também passa a predominar no campo das relações sociais. Observa-se a instauração nítida de dois campos éticos distintos: de um lado, o *ethos* da vida privada e familiar e, de outro, o *ethos* da vida pública. A ética liberal, característica do

capitalismo, com sua ênfase nos direitos naturais dos indivíduos, principalmente o direito à liberdade e à propriedade, legitima esse duplo regime ético.

No entanto, a ética liberal falhou em garantir proteção aos indivíduos tanto na esfera privada quanto pública. Isto possibilitou o fortalecimento de práticas disciplinares e técnicas de controle. O esfacelamento de certos valores e posturas liberais, somado ao desmantelamento das condições de exercício de uma ética da excelência familiar, gerou o confinamento da esfera da liberdade privada a espaços progressivamente mais restritos e íntimos das existências individuais e menos sustentados no plano das relações dos indivíduos com os outros – humanos ou não. Nessa perspectiva é que, ainda na análise de Figueiredo (1995), expressam-se as demandas de casa, de um habitar tranqüilo, de integração no cosmos, de enraizamento na natureza, e a emergência do eixo romântico como uma tentativa de resposta.

Os vértices liberal, romântico e disciplinar estão como alicerces de nossa sociedade contemporânea. A questão que se apresenta atualmente não é mais a de cada um habitar uma casa própria, sem a referência de uma morada coletiva, pois, na verdade, cada um está perdido entre três casas, e não mora efetivamente em qualquer delas. Como característica dos tempos atuais, revela-se uma experiência de desterritorialização, verdadeira e radical, marcada pela falta de confiança generalizada, inclusive no tocante à capacidade de assumir uma história, como descreve Figueiredo.

Diante dessa nova ordem mundial, outras práticas em saúde se fazem necessárias. Os profissionais se situam nessa encruzilhada enquanto seres humanos que assumiram como trabalho a ação em saúde, ou seja, a promoção de integridade e cuidado ao outro. Para que outras práticas sejam postas em ação, mais pertinentes ao cuidado de um homem contemporâneo, cuja experiência é marcada pela falta de sentido, uma reflexão em torno do sentido mesmo da prática realizada precisa ser empreendida. Penso que um agir ético implica

também um compromisso com uma contínua reflexão em torno da prática, tematizada a partir do contexto sócio-político-econômico em que ela se desenvolve.

### **3.4. Ação em saúde pública em busca de sentido**

Considerando que a teoria pode ser engendrada com a prática, tal como aponta Morato (1999), a reflexão em torno do fazer adquire importância fundamental. Desse modo, a total submissão a saberes e modelos instituídos, em função da manutenção de uma norma aparentemente organizadora, teórica e tecnicamente, pode desviar a prática clínica de seu primórdio, qual seja, sua função cuidadora para a saúde e o bem-estar humanos.

É nesse contexto que se inserem os fundamentos de minha questão. Como estão se configurando essas práticas em saúde? Que oportunidades os profissionais têm em sua formação de aprender esta perspectiva de aliar teoria e prática? A minha impressão é de que, frequentemente, se tornam meros reprodutores de um saber legitimado, sem uma expansão de sua capacidade criativa e reflexiva. Sendo assim, tornam-se atores que apenas atuam ao invés de se engajarem propriamente na ação, que sempre tem um caráter iniciante.

Uma vez que me incluo neste universo, questiono: a serviço de que bem-estar e de que saúde estamos? O que é possível em termos de um modo saudável de vida no cenário em que estamos inseridos? Nossa atuação profissional estará virando simples performance – respaldada em um poder legitimado cientificamente – sem uma elaboração profunda diante dos desafios que encontramos no dia-a-dia e que manual algum prevê?

Novas demandas têm surgido para o profissional de saúde. No campo da Psicologia, especificamente, vimos emergir uma nova área de saber denominada por Spink (1992) de Psicologia da Saúde. A autora justifica esta afirmação em virtude do fato de que *"mudanças recentes na forma de inserção dos psicólogos na saúde e a abertura de novos campos de atuação vêm introduzindo transformações qualitativas na prática que requerem, por sua vez,*

*novas perspectivas teóricas*” (p. 11). A Psicologia da Saúde situa as questões da saúde na interface entre o individual e o social.

A abertura deste campo exige uma mudança fundamental na postura da Psicologia, que corresponde à passagem de um olhar predominantemente voltado ao indivíduo para a consideração do coletivo. Isto decorre do reconhecimento de que há uma dimensão coletiva e cultural que atravessa e constitui a subjetividade. O indivíduo não pode mais continuar sendo tratado como ser abstrato, a-histórico, desvinculado do contexto sócio-cultural em que está inserido.

A subjetividade não é polaridade oposta e excludente do social e, embora seja conceito correntemente utilizado, não é evidente nem de fácil definição. Acompanhando o pensamento heideggeriano de que homem é mundo, passa a haver uma intensa relação de interioridade, tornando-se enormemente confusa e complexa a tarefa de delimitar as fronteiras entre o indivíduo e o social.

Entretanto, em uma análise do campo das práticas em saúde pública, Andrade e Araújo (2003) indicam o predomínio, entre os profissionais dessa área, de um entendimento do fenômeno da doença como estando ligado a fatores internos (biológicos/psicológicos). Isto ocorre mesmo em um contexto em que a saúde está sendo compreendida em necessária vinculação com as condições de vida da população, especialmente a partir do desenvolvimento do movimento de reforma sanitária no país e dos avanços na legislação em saúde, que afirmam o SUS. Nesse sentido, as autoras destacam:

Quando a racionalidade técnica localiza no interior (biológico ou psicológico) dos indivíduos a fonte de seus problemas, acaba por escamotear os conflitos sociais e produzir dependência, tanto aos preceitos cientificamente normatizados de saúde quanto às intervenções disciplinares por parte dos agentes de normatização (ANDRADE & ARAÚJO, 2003: 77).

Os profissionais de saúde ainda não estão apropriados do aspecto social como algo também constitutivo do ser humano. A despolitização da compreensão de saúde, favorecida

por esta atitude, não auxilia no exercício de uma prática em saúde que reconheça e faça jus à complexidade do homem e dos próprios processos de saúde-doença. Nesse contexto, as autoras afirmam que as ações em saúde pública precisam ser compreendidas como práticas sociais, “retratando o jogo de forças e interesses em questão no tempo e lugar de seu exercício” (ANDRADE & ARAÚJO, 2003: 77).

Atentando para esse contexto sócio-econômico no Brasil, percebe-se que a falta de cidadania atravessa as condições de vida das pessoas, arranhando suas subjetividades. Em saúde pública, nesse país, o profissional se depara com as mazelas de uma

sociedade sem cidadania, profundamente autoritária, onde as relações sociais são marcadas com o selo da hierarquia entre superiores e inferiores, mandantes e mandados, onde prevalecem relações de favor e clientela, onde inexistente a prática política da representação e da participação (CHAUÍ, 1992: 387).

Especialmente a partir da intervenção territorial em saúde, como propõe o Programa Saúde da Família, em que a aproximação com a comunidade – que favorece o estabelecimento de vínculos –, é um aspecto central, o profissional se vê diante de situações desafiantes: extrema violência social, privação em todos os aspectos, carência de tudo. A vida diária das pessoas é para sobreviver, ou seja, estão mergulhadas, de fato, no imediatismo da vida, sem muita chance de perspectivar planos ou história.

Diante desse panorama, sinto-me tentada a referir que a experiência de desterritorialização, própria da contemporaneidade, radicaliza-se ainda mais, chegando a extremos inimagináveis. Quando nem o básico para o existir está garantido, volto a questionar: de que *saúde* é possível falar? De que *bem-estar*? As políticas públicas têm relacionado saúde à qualidade de vida, que praticamente virou chavão. Como promover qualidade de vida? Qualidade de vida na perspectiva de quem?

Assim, parece oportuno questionar sobre o sentido que vem se configurando para essa prática de profissionais de saúde engajados em um modelo de ação territorial. Não haveria uma crise de sentido instalada pela mudança de atitudes exigida por esse outro modelo?

Mais uma vez a perspectiva clínica se apresenta como adequada para esse tipo de análise, uma vez que Lévy (2001) caracteriza o próprio ato clínico como *intervenção* em uma situação marcada por uma crise do sentido, visando à compreensão para que esse sentido possa emergir, ou, em uma linguagem heideggeriana, possa ser desvelado. A construção de sentido pressupõe a comunicação entre os sujeitos. Ao clínico cabe a função de transitar, uma vez que ele precisa “*facilitar e tomar parte da construção do sentido dado pelos sujeitos a sua própria história*” (p. 21). Transitando, o clínico está aberto ao inesperado, ao inverossímil, e “*sabe-se, ele mesmo, enquanto sujeito, com sua complexidade e suas zonas de sombra e questionamentos próprios, o agente desse trabalho*” (p. 21) de produção do sentido. Aqui compreendo que se assume inteiramente a implicação da subjetividade do clínico no trabalho desenvolvido.

Segundo Lévy (2001), tal perspectiva clínica situa-se como “*a abordagem de um sujeito ou de um conjunto de sujeitos reunidos em um grupo ou uma organização, às voltas com um sofrimento, uma crise que os toca por inteiro*” (p. 20). São sujeitos vivos, que desejam, pensam e buscam um sentido para sua história.

Estando inseridos em uma prática social, os profissionais de saúde envolvidos com a ação territorial em saúde por meio do Programa Saúde da Família procuram imprimir um sentido a esse fazer, que desafia e desaloja, por representar um outro modo de intervenção em saúde pública, para o qual inexistente um modelo preciso a seguir. Pode-se imaginar que há uma demanda de acesso ao sentido na empreitada desses profissionais, pois, segundo Barus-Michel (2001)

os atores reunidos em e para uma prática social encontram-se em estado de tensão para se expressar, para se encontrarem em suas realizações, para construir sua identidade,

para compreender o que fazem e para que servem, para reaver os benefícios de seu ato e até mesmo para nele encontrar prazer (p. 137).

Na linha de raciocínio dessa autora, podemos considerar esses profissionais como indivíduos que querem se tornar *sujeitos sociais*, ou seja, querem fazer algo de si mesmos entre e com os outros, nutrindo sua identidade no jogo social, na tensão entre o individual e o coletivo, buscando ter alguma influência na própria história. Esse investimento está relacionado à problemática do reconhecimento – já que para ser sujeito, o indivíduo precisa ser reconhecido em sua semelhança e em sua diferença, na sua palavra, no seu lugar –, além de ser, também, de natureza política – por ressaltar o vínculo do indivíduo com o espaço social.

Considero importante ressaltar que o espaço social no qual os profissionais de saúde envolvidos na estratégia do PSF estão inseridos é habitado por outros tantos sujeitos sociais, com tantas outras necessidades, possivelmente também à procura de um sentido para sua história. Esses profissionais estão para promover saúde e cuidado a esses outros sujeitos sociais, para tanto precisando deles se aproximar. Os profissionais, estando inseridos na dinâmica cotidiana de vida das pessoas, em seus aspectos físicos, simbólicos, culturais, têm sobre si a exigência de um compromisso a assumir, compromisso este de caráter ético.

Passo a tentar esclarecer isto. Se *ethos* é morada, possibilidade de um habitar sereno e confiado, e tem íntima relação com a saúde, a ética que se faz necessária é a do cuidado e a da solidariedade. Bem-estar se atrela à noção de cuidado. Para estar bem é necessário cuidar de si e do outro. Na área da saúde, mais que em qualquer outra, a atitude de cuidar das pessoas está posta como fundamental.

No entanto, para que o profissional da saúde possa atentar para estas questões, torna-se crucial o compromisso ético das instituições formadoras. E, mesmo durante a prática, o profissional precisa também ser "cuidado" e ter os espaços de reflexão sobre o fazer garantidos.

Como destaca Arendt (2001), a ação, que é marcadamente atividade entre homens, corresponde à condição humana da pluralidade e se relaciona diretamente com a vida política. Nessa perspectiva, a ação não pode ser reduzida à técnica. Ação é linguagem, portanto, fonte de significados para a vida humana. Considerando a atuação política e ética dos profissionais de saúde, eles não podem ser vistos – ou se perceberem – como meros técnicos: são, principalmente, cuidadores e precisam cuidar do outro junto com o outro, criando possibilidades de re-invenção da vida.

Embora, a partir das reflexões que foram entrelaçadas aqui, esteja posta a dificuldade de engendrar essa prática em saúde compromissada com a transformação da realidade social em nosso país, reproduzida em cada indivíduo, recorro ao conceito de *utopia* de Boaventura de Souza Santos (1996) como uma saída possível. *Utopia* não é algo a ser desejável, que esteja totalmente fora da realidade; pelo contrário, o exercício da *utopia* requer uma compreensão profunda da realidade. O que interessa de fato na utopia não é o que idealiza em termos de futuro, mas, principalmente, a arqueologia virtual do presente que a torna possível. Sendo assim, o que é importante na utopia é, paradoxalmente, o que nela não é utópico, uma vez que não é da natureza da utopia ser realizada. Para este sociólogo, as duas condições de possibilidade da utopia são uma nova epistemologia e uma nova psicologia: “*enquanto nova epistemologia, a utopia recusa o fechamento do horizonte de expectativas e de possibilidades e cria alternativas; enquanto nova psicologia, a utopia recusa a subjetividade do conformismo e cria a vontade de lutar por alternativas*” (p. 324).

Essa arqueologia virtual do presente se caracteriza, assim, por ter como interesse apenas escavar o que não foi feito, o motivo de não ter sido feito, as alternativas que foram deixadas de lado. Desse modo, essa escavação vai à seguinte direção:

para os silêncios e silenciamentos, para as tradições suprimidas, para as experiências subalternas, para as perspectivas das vítimas, para os oprimidos, para as margens, para a periferia, para as fronteiras, para o Sul do Norte, para a fome da fartura, para a miséria da opulência, para a tradição do que não foi deixado de existir, para os começos antes de serem fins, para a inteligibilidade que nunca foi compreendida, para

as línguas e estilos de vida proibidos, para o lixo intratável do bem-estar mercantil, para o suor inscrito no pronto-a-vestir lavado, para a natureza nas toneladas de CO<sub>2</sub> imponderavelmente leve nos nossos ombros (SANTOS, 1996: 325).

A utopia proposta pelo sociólogo tem os pés plantados no chão, ainda que busque manter acesa na imaginação do homem as possibilidades de re-invenção do futuro. Suas considerações também são feitas à luz do panorama da contemporaneidade, em que o projeto da Modernidade dá mostras de falência, indicando a necessidade de melhor compreensão do paradigma (ou paradigmas?) emergente, em que o excesso de confiança nas soluções técnicas é posto em questão.

Assim, parece ser pelo resgate da experiência, da capacidade de elaboração, de criação, de invenção, que se pode imprimir continuamente sentidos ao que se faz. É a confiança nesta capacidade de re-invenção que se faz necessário retomar na práxis cotidiana.

No caso dessa discussão do sentido da prática de profissionais na ação territorial em saúde, através da estratégia do Programa Saúde da Família, merece destaque a reflexão em torno da dimensão ética desse fazer, em seu aspecto de morada e proteção, para que se possa assumir com tranquilidade um modo de ser e um cuidado de si, expressando-se a singularidade no exercício da prática de cuidar do outro. Da mesma forma, a reflexão em torno da dimensão política, uma vez que se assume a tarefa de produzir a promoção de saúde, ou melhor, de bem-estar para as pessoas.

Nessa perspectiva, retomo a questão, que tem funcionado como bússola a me apontar o caminho: *quais as possibilidades de reflexão acerca do fazer de profissionais engajados na ação territorial em saúde, através do Programa Saúde da Família, como promotor de sentido ético e político, partindo da experiência desses profissionais?*

Em busca dessa reflexão, como já indicado, será necessário problematizar o sentido da ação territorial como intervenção em saúde pública, a partir da experiência de profissionais nela envolvidos. Essa problematização requer uma compreensão de como esse profissionais

estão se apropriando dessa estratégia de ação territorial, com base nos relatos de suas experiências, além de um mapeamento do sentido que eles dão à sua prática nesse modelo de intervenção em saúde pública. Assim, poder-se-á engendrar uma articulação do sentido mapeado com a possibilidade de um sentido ético e político no âmbito da atuação em saúde pública.

## 4. O CAMINHO APONTADO PELA QUESTÃO: CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

*Navegar é preciso, viver não é preciso.*

Frase de antigos navegadores<sup>18</sup>

### **4.1. A bússola conduzindo-me ao caminho**

Na tentativa de olhar mais profundamente a inquietação que deu partida à minha pesquisa, optei por um caminho, que coloca à minha disposição dois utensílios principais: a **fenomenologia existencial**, pautada no pensamento de Heidegger, e a **narrativa**. Passo a apresentar o motivo dessa escolha.

Em relação à fenomenologia, considero importante destacar que há diversas articulações metodológicas possíveis, sendo, portanto, fundamental deixar clara a referência teórica que está sendo utilizada. Talvez não seja exagerado afirmar que existem “fenomenologias”, no sentido de que há diferentes compreensões e métodos possíveis que se enquadram em uma postura fenomenológica. Esta corresponde a uma visão de mundo específica, baseando-se na interpretação de que *ser* é condição ontológica do homem, não podendo ser substantivado, entificado. *Ser* pode ser referido enquanto expressão verbal, sendo conjugado de modo singular a partir da existência de cada homem.

A fenomenologia existencial de Heidegger fundamenta a *analítica do sentido*, elaborada e apresentada por Critelli (1996), enquanto uma articulação metodológica possível ao se optar por uma atitude fenomenológica. Além de Heidegger, esta autora se baseia, ainda, em elementos do pensamento de Hannah Arendt, filósofa discípula de Heidegger, que também tem subsidiado algumas reflexões empreendidas neste trabalho de pesquisa. Assim, é a partir de Critelli que passo a elaborar as reflexões que seguem.

---

<sup>18</sup> Informação tirada de uma nota de Fernando Pessoa nomeada “Palavras de Pórtico”, publicada em PESSOA, Fernando (1996) *Poesias*. Organização de Sueli Tomazini Cassal. Porto Alegre: L&PM. Coleção Pocket L&PM.

A interdependência entre o homem e o mundo, apontada pela fenomenologia, aproxima-se de um modo pertinente de compreender tanto o homem quanto o mundo, como eu os percebo. O homem é mundo e, se é preconizada uma ruptura enquanto condição para a possibilidade de um conhecimento “limpo e verdadeiro”, corre-se o risco de perder tanto o homem quanto o mundo.

Como seria possível eliminar o homem e os fenômenos da subjetividade do processo de construção do conhecimento? A proposta de assumir que o sujeito – enquanto ser singular e plural – e os seus estados de ânimo constituem peça fundamental na engrenagem que produz conhecimento e ciência está implicada na atitude fenomenológica. Tal aspecto faz ressonância na minha própria forma de pensar. Tal compreensão indica uma diferença radical e constitutiva em relação ao que vou denominar, aqui, de modo tradicional de construção do conhecimento, calcado no ideal científico, cunhado na Idade Moderna por Descartes, baseado em dualismos e dominante até hoje.

A compreensão do homem em sua condição ontológica de coexistência o coloca como fabricante do sentido mesmo de ser. O homem é abertura ao ser e, para ele, ser é um problema. Desta forma, o sentido não é dado, fornecido. Ainda que, ao nascer, o homem seja “enredado”, no sentido de ser jogado em uma trama já configurada, em um cenário específico, cabe a ele dar um norte, uma destinação à sua existência. Dar um norte à existência é um empreendimento. O homem deve responder à tarefa existencial de imprimir um sentido à sua vida. Fugir ou mesmo aceitar tudo o que já está posto como imposição de um “destino”, entendido com caráter de fatalismo, serão escolhas possíveis.

O homem não precisa ser prisioneiro das diversas tramas em que é colocado ao vir ao mundo. Obviamente, as heranças não podem ser negadas, mas não precisam ser determinantes da existência do homem. O existir do homem é ir-sendo, vir-a-ser, portanto, pleno de possibilidades, as quais são assumidas, ou não, ao longo desse existir. Os sentidos que vão

sendo dados a esse existir são de responsabilidade do próprio homem, o qual – não se deve esquecer – está inserido em uma teia de relações, no mundo, sendo ser-com-outros.

Do nascimento à morte, não se pode escapar a esse movimento de busca de sentido para o existir. A compreensão de que o sentido inexiste enquanto totalidade ideal, sendo necessário produzi-lo continuamente, remete a uma angústia existencial, aguçada por se saber o único capaz de dar algum sentido ao ser. Dar destinação ao ser, tornando-se propriamente o que se é, constitui tarefa intransferível.

Se ao homem cabe essa construção do sentido da existência, claro está que também o mundo é fruto dessa construção. O mundo não pode ser compreendido como uma realidade objetiva, separada do homem, ou seja, como mero objeto, lançado diante do sujeito para ser conhecido por este. Há uma articulação entre todas as coisas e as relações prioritárias são as que acontecem entre os homens, pois estes são os produtores de sentido, pela sua condição ontológica de existência, ou melhor, coexistência. Isto porque, como já dito, a maneira como o homem se coloca no mundo é dando sentido a esse mundo, a ele próprio e aos outros.

Estas posições parecem abrir possibilidades interessantes para a compreensão da dinâmica da vida neste mundo e da existência, cuja particularidade no humano se refere a um cuidar de ser. O homem existe cuidando de existir. Diante da diversidade e da mutabilidade do mundo e da vida, não pode se prender a concepções deterministas ou redutoras na explicação dos fenômenos.

Não é difícil perceber que não há regularidades no campo da existência humana, o qual se mostra como um universo de possibilidades. Cada explicação não pode ser tomada em si como verdade, e sim como uma interpretação do real, e, por que não dizer, uma realização desse real, que não existe independente do nosso interagir. Disto pode ser depreendida a importância de atitudes não arrogantes, na perspectiva de que não se pode pretender atingir uma verdade que dê conta de todos os fenômenos e que possa ser referenciada por todas as

pessoas. Todas as verdades são relativas. Cada sentido, que é efetivamente construído por atores/autores envolvidos em determinada situação, perde sua particularidade se inserido em outros contextos.

Tais posicionamentos ecoam em mim, pois muito se aproximam da maneira como venho me apropriando do mundo ao meu redor (e em mim) e de quem eu sou. De fato, sinto-me parte do mundo; para além disto, sinto-me mundo com outros, afetando e sendo afetada, em uma teia de relações que é mutante, sendo eu invariavelmente mutável. Neste emaranhado, o meu olhar só se constitui enquanto olhar a partir do que eu olho, e o que eu olho só se constitui enquanto algo olhado a partir do meu olhar.

Desse modo, a atitude fenomenológica apresenta-se no humano por nunca poder ser neutro no mundo, visto que o *sendo aí* é que torna possível a produção de sentido. Assim, o que o humano realiza como sendo essa sua tarefa de busca de sentido, mostra-se também pelo que ele faz como trabalho em ação.

É dessa perspectiva que opto pelo modo fenomenológico de compreender e realizar pesquisa. Implica num fazer e refletir em ação, criando sentido. Segundo Critelli (2002)<sup>19</sup>, para dar conta dessa proposta, tal método abrange aspectos específicos, indicados abaixo:

- ✚ O pesquisador precisa tentar se aproximar dos seus conhecimentos prévios em relação ao problema em questão, exercitando um auto-esclarecimento;
- ✚ O problema em questão sempre está em uma trama, um contexto, uma teia de nexos, que é construída por todos os envolvidos;
- ✚ É importante que haja um registro das impressões, inclusive das sensações do pesquisador durante todas as fases da pesquisa;
- ✚ Os sujeitos são interlocutores, sendo importante que nas conversas eles possam expressar as suas percepções;
- ✚ Na análise dos registros, é importante observar atentamente os conflitos, os paradoxos e as incongruências, pois neles a trama se revela melhor;
- ✚ O sentido buscado não se aprisiona nas diversas formas de seu registro;

---

<sup>19</sup> Anotações do Seminário “O método fenomenológico como investigação: a Analítica do Sentido”, ministrado por Dulce Critelli, em abril de 2002, na Universidade Católica de Pernambuco, Recife-PE.

- ✚ A construção de sentidos é infindável, não havendo como prever desfechos ou resultados;
- ✚ O real é compreendido como fenômeno em realização e não como representação, de modo que sua interpretação é uma busca de compreensão, não apreendendo, assim, o sentido em si;
- ✚ O pesquisador precisa tentar desvelar o que está escondido;
- ✚ É uma ilusão acreditar que se possa estar neutralmente em uma situação;
- ✚ Independentemente do instrumento, é importante ter clareza da intenção, sendo mais importante o modo;
- ✚ O pesquisador também é participante;
- ✚ Tudo importa – o que aparece e como aparece – pois o sentido pode se revelar através de qualquer coisa;
- ✚ O olhar precisa se voltar para a diversidade;
- ✚ O pesquisador precisa tentar conhecer os nexos (sentidos); e
- ✚ À medida que vai sendo desvendada a trama, novas destinações podem ser impressas ou, ao menos, apontadas.

Todos esses aspectos se apresentam para mim como centrais no desenvolvimento de um trabalho de pesquisa. A intrínseca relação apontada entre o sujeito que pesquisa e o seu objeto, provocando a impossibilidade de uma objetividade neutra ou de uma subjetividade anulada, fundamenta um modo mais flexível diante do processo de construção do conhecimento. Conhecer, etimologicamente, remete a ir com, a partir da relação entre *cognoscere* (nascer com) e *coire* (coito). De acordo com Telles<sup>20</sup> (1979 apud MORATO, 1989), o processo de conhecimento não prescinde de uma fusão entre sujeito e objeto para nascer, caracterizando-se uma relação de conhecimento com penetrabilidade.

Por outro lado, a realidade não é algo que pode ser apreendido a partir de um recorte de pesquisa. Qualquer *teoria* que se construa a respeito de coisas do mundo é tão somente uma maneira de ver, como indica o sentido originário da palavra. O que é factível ao

---

<sup>20</sup> TELLES, Vera Stela. *Metáfora, transferência: a constituição do campo psicanalítico*. São Paulo, 1979. 179p. Dissertação de Mestrado. FFLCH-USP.

pesquisador é uma interpretação do real, que “*não é uma façanha lógico-conceitual, mas uma possibilidade de compreensão*”, como indica Critelli (1996:136).

Assim, a adoção de um modo fenomenológico existencial de pesquisar permite essa flexibilidade, a partir da compreensão de que tudo se forma e transforma na relação sujeito-mundo, sujeito-objeto. Tal relação é compreendida, nesse particular, não a partir da lógica das polaridades, mas da mútua afetação, da interpenetração, próprias da condição humana.

Se estou me propondo a refletir sobre o sentido da ação territorial em saúde pública, a partir da experiência de profissionais dessa área envolvidos com tal forma de intervenção, pergunto-me: que modo seria mais próprio para me aproximar dos meus interlocutores a fim de, cumplicemente, conduzirmos a questão que deu origem a esta pesquisa? Considero ser adequada a utilização da metodologia de relatos orais como via de acesso ao modo como esses profissionais se situam em sua prática.

Isso significa que será proporcionado um espaço para que esses profissionais, contando de seu fazer, possam refletir a respeito de seu papel enquanto cuidadores, e não meros técnicos de saúde. Um espaço de fala, que se constitui como uma forma de cuidar de quem cuida, ou seja, de quem toma o cuidado do outro como sua principal atribuição.

Segundo Critelli (1996), cuidar de ser, tarefa humana por excelência, se estrutura sobre uma escolha com tríplice aspecto: a pessoa escolhe do que vai cuidar, como vai cuidar e como vai cuidar do cuidar mesmo. A escolha do **de que cuidar** e do **modo** de cuidar são mais culturais, disponíveis a todos, empreendidos hegemônica e uniformemente por todos, remetendo ao âmbito da significação, da construção da trama do mundo. Já a escolha do **modo de cuidar do modo de cuidar** remete ao âmbito do sentido. Esse sentido se manifesta originariamente através dos estados de ânimo. O sentido que ser faz se apresenta nos humores, nas emoções.

É atrás desse sentido de cuidar, na prática de profissionais de saúde engajados em uma ação desenvolvida no território, que a minha questão se lança. Criar um espaço para que esses profissionais se contem, falem de sua prática, de sua experiência nesse cuidar do outro, pode se re-velar como uma oportunidade para que se reflita sobre o cuidado com a forma de cuidar, perspectivando a possibilidade de construção de um fazer com sentido ético e político.

A metodologia de relatos orais se sintoniza com uma concepção de narrativa a ser adotada nesta pesquisa, baseada nas reflexões de Walter Benjamin. Em seu texto “O Narrador” (1985), Benjamin faz uma articulação entre narrativa e experiência através da análise da figura do narrador. Destacando o caráter artesanal da narrativa enquanto forma de comunicação, este autor nos chama a atenção para a ambigüidade que sustenta a elaboração de experiência e que acontece a partir de dois pólos: o aventurar-se e sair pelo mundo, ou seja, *o viajante*, condição que possibilita uma singularização, e o conhecer sua própria história, no próprio lugar em que se está, ou seja, *o sedentário*, condição que possibilita atualizar o passado e construir o sentimento de pertença coletiva.

Segundo Schmidt,

a experiência reporta a uma elaboração do fluxo do vivido que ocorre, no tempo, pela sedimentação e incorporação constantes do diverso e do plural que compõem a vida de um indivíduo e a narrativa é a forma de expressão afinada com a pluralidade de conteúdos e a constante mutação no tempo características dessa elaboração (1997: 68).

A autora discute que os relatos que um sujeito faz de sua experiência adquirem o estatuto de registro dessa experiência e são, a um só tempo, momentos de elaboração e de transmissão de experiência.

Se a narrativa pode ser considerada, por um lado, como o modo de apresentar uma experiência, ou seja, algo pelo qual já se passou, algo que foi vivenciado e sobre o que se pôde elaborar, e, por outro, como momento do próprio desenrolar da experiência, de elaboração da experiência, ela assume o caráter de forma de comunicação. Narrativa é ação, é forma, é sentido e pode ser acessada em diferentes atos, através de diversos conteúdos. A fim

de tornar isto mais explícito: depoimentos, relatos, histórias de vida são nada mais que atos de uma narrativa que não se deixam aprisionar por estes conteúdos, mas sim, podem se revelar por e através deles.

Dessa maneira, reflito que a construção de um espaço para que profissionais de saúde possam comunicar a experiência da sua prática pode ser um caminho possível para o que busco: compreender o sentido dessa prática, pautada na intervenção no território, visando a articulação disto com um sentido ético e político para esse fazer. Refiro-me a um espaço em que as histórias da prática cotidiana possam ser contadas, as dificuldades da vida diária possam ser comunicadas, as conquistas possam ser faladas, enfim, uma oportunidade para que o sentido do que fazem possa ser dito e re-criado...

Uma metodologia assim proposta acaba se configurando como espaço promotor de experiência. Apresenta-se como uma possibilidade de cuidar de quem cuida, propiciando que esse cuidador reflita sobre sua forma de cuidar, gerando sentido para esse seu fazer. Nessa perspectiva, trata-se de uma pesquisa-ação ou pesquisa interventiva (LÉVY, 2001).

#### **4.2. Enfim, o caminho iluminado?**

O caminho nunca se oferece inteiro ao viajante. Ele se mostra e se constrói na medida em que é trilhado, com base no objetivo que é perseguido. No entanto, mais importante que chegar a um certo lugar é o próprio caminhar. Essa é uma lição rica na produção de uma pesquisa fenomenológica existencial. O pesquisador-viajante não pode se deixar capturar pela ânsia de chegar ou de ter bem determinado o caminho a percorrer; antes, precisa se apropriar bem de cada passo do caminho, de cada aspecto da paisagem. Nesse sentido, tem sido interessante poder perceber como cada ponto da trajetória que vem sendo delineada está intimamente conectado com a questão que me mobilizou inicialmente.

Um aspecto crucial para a investigação, impulsionada a partir de uma questão de pesquisa, é a abordagem escolhida para uma aproximação do fenômeno a ser mais bem compreendido. No meu caso, o fenômeno que desperta o interesse é a ação territorial em saúde através do PSF. A configuração da minha questão me indicou uma alternativa que pareceu interessante para abordar a prática de profissionais de saúde engajados nessa estratégia.

Nessa direção, pensei que, se eu quisesse compreender como esses profissionais encontram sentido ao que fazem, precisaria deles me aproximar, ouvindo-os contar como é sua experiência na lida diária da prática que exercem. Ainda mais, se meu interesse dirige-se a um tipo de prática, como o da ação territorial em saúde através do PSF, e a como ocorre sua realização, tendo como eixo o trabalho em equipe, ou seja, em grupo, imaginei que seria importante criar uma oportunidade de encontro em grupo com esses profissionais. Dessa reflexão, surgiu a idéia de criar uma metodologia que contemplasse a narrativa da experiência desses profissionais via grupo.

Mas, como deveria ser constituído esse grupo? Os meus interlocutores seriam solicitados a historicizar sua experiência, a partir do recorte do trabalho, por meio da narrativa. Pareceu-me apropriado, diante do que pretendo compreender e do lugar onde a minha prática se situou por pouco mais de quatro anos, definir que esses interlocutores fossem **profissionais de saúde pública do município do Cabo de Santo Agostinho - PE, envolvidos na estratégia de ação territorial em saúde a partir do Programa Saúde da Família/Programa Saúde em Casa (PSC).**

Essa definição encaminhou apenas um aspecto do problema, pois esse cenário é complexo, como foi apresentado, constituindo-se de diversos personagens, que poderiam ser contemplados na formação do grupo. Sendo assim, o primeiro critério levado em conta foi o da *exemplariedade* do grupo de pesquisa em relação à constituição do PSC no Cabo de Santo

Agostinho e à existência de equipes com propostas de assessoria, suporte e/ou supervisão ao PSF, considerando *as diferentes formas de inserção* de cada grupo de profissionais.

Dessa forma, o grupo teria que contemplar as seguintes equipes:

- Representatividade da equipe original de PSF
  - 1 médico
  - 1 enfermeiro
  - 1 auxiliar de enfermagem
  - 1 agente comunitário de saúde
  
- Representatividade da equipe de saúde bucal, posteriormente incluída no trabalho de PSF:
  - 1 cirurgião-dentista, 1 técnico de higiene dental **ou** um auxiliar de consultório dentário
  
- Representatividade de equipes com proposta de assessoria, suporte e/ou supervisão ao PSF:
  - 1 profissional da equipe de saúde mental (Projeto Estação Comunidade – PEC)
  - 1 profissional da equipe do Projeto Saúde, Arte, educação (SARTE)
  - 1 profissional da equipe de supervisão do PSC
  - 1 apoiadora clínica

Ainda restava um problema... Como seriam escolhidos esses profissionais? Apenas considerando o contingente de equipes do Programa Saúde em Casa no município, a quantidade de profissionais seria grande. Com a sensação de estar diante de um jogo de quebra-cabeças, comecei a brincar com as peças. Das possibilidades que foram se apresentando, uma pareceu mais viável.

Em relação à representatividade da equipe original de PSF, três critérios foram considerados para a escolha dos profissionais:

- **a área de supervisão em que a equipe se localiza;**
- **o pertencimento a equipes acompanhadas por saúde mental através do Projeto Estação Comunidade;**
- **o tempo de engajamento no Programa Saúde em Casa (ou seja, no PSF do município).**

O município do Cabo de Santo Agostinho é dividido em quatro áreas para operacionalização da supervisão às equipes do PSC, ficando cada uma sob a responsabilidade de uma supervisora ligada à Gerência de Atenção Básica. A escolha da área de supervisão, como critério, respeitaria a lógica da territorialidade, seguida pelo município no tocante à elaboração das políticas e presente nos princípios do próprio PSF. Como existem quatro categorias profissionais na equipe original do PSC, foi considerada a descrição da constituição da equipe de PSF nos documentos oficiais, visto que costuma ser na ordem seguinte: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Dessa forma, o médico seria da área de supervisão I, a enfermeira da área de supervisão II, e assim sucessivamente.

Através de sorteio, foram selecionadas, dentre as categorias profissionais, as duas que teriam acompanhamento de saúde mental, resultando o auxiliar de enfermagem e o agente comunitário de saúde, e as duas que não teriam esse acompanhamento, ou seja, o médico e o enfermeiro. Da mesma forma, foram sorteadas as duas categorias que deveriam ter maior tempo de serviço no PSF do município, tendo, como resultado, sido escolhido o enfermeiro e o auxiliar de enfermagem, e as duas com menor tempo, restando o médico e o agente comunitário de saúde. Cruzando estes resultados, delineou-se a seguinte configuração:

- Médico – de equipe pertencente à área de supervisão I, não acompanhada por saúde mental e com menor tempo de serviço no PSC;

- Enfermeiro – de equipe pertencente à área de supervisão II, não acompanhada por saúde mental e com o maior tempo de serviço no PSC;
- Auxiliar de enfermagem – de equipe pertencente à área de supervisão III, acompanhada por saúde mental e maior tempo de serviço no PSC;
- Agente comunitário de saúde – de equipe pertencente à área de supervisão IV, acompanhada por saúde mental e menor tempo de serviço no PSC.

Em relação à equipe de saúde bucal, foi realizado um sorteio entre as três categorias possíveis: cirurgião-dentista (CD), técnico de higiene dental (THD) e auxiliar de consultório dentário (ACD). Tendo sido selecionado o THD, e como por essa época havia apenas duas das seis equipes de saúde bucal com a inclusão desse profissional, novamente foi realizado um sorteio para a definição. Como a equipe de saúde bucal foi posteriormente incluída à equipe do Programa Saúde da Família, optou-se por compor a representatividade deste grupo com apenas uma categoria profissional.

Enfim, a partir dos critérios acima apresentados, parte do grupo de pesquisa estava virtualmente constituído e, com o suporte da Gerência de Atenção Básica, os profissionais que neles se encaixavam puderam ser identificados.

Em relação aos grupos que realizavam uma atuação sistemática junto às equipes de PSC, como eram menores, foi solicitado a cada grupo que escolhesse um participante para garantir a representatividade da proposta na constituição do grupo de pesquisa. O convite para a participação na pesquisa foi feito, então, a cada um desses profissionais.

Dessa maneira, a constituição do grupo acabou assumindo a característica de um mosaico, pela junção de grupos distintos, mas que se inter-relacionavam por um objetivo comum, qual seja, operacionalizar um trabalho a partir de uma ação territorial em saúde,

tendo o Programa Saúde da Família como eixo. Desse modo, o grupo de pesquisa terminou se caracterizando como segue:

1. 1 médico – M
2. 1 enfermeiro – E
3. 1 auxiliar de enfermagem – AE
4. 1 agente comunitário de saúde – ACS
5. 1 técnico de higiene dental – THD
6. 1 profissional da equipe de saúde mental (Projeto Estação Comunidade) – SM (psiquiatra)
7. 1 profissional da equipe do Projeto SARTE – SAR (assistente social)
8. 1 profissional da equipe de supervisão do PSC – SUP (enfermeira)
9. 1 apoiadora clínica – AC (médica clínica)

A colheita das narrativas dos interlocutores foi delineada de forma a acontecer e contemplar dois momentos, descritos a seguir:

- uma discussão coletiva com 9 profissionais de saúde pública, em que, inicialmente, seria brevemente exposto o problema de pesquisa – buscar compreender o sentido da ação territorial em saúde pública a partir do PSF. Em seguida, seria apresentada a pergunta disparadora: **“Poderiam me contar como tem sido a experiência de vocês na prática dirigida à ação territorial em saúde através do PSF?”**, deixando, a partir daí, que a discussão fluísse. Esse modo foi pensado como um espaço possível para expressão do singular no coletivo. Caso necessário, poderia lançar mão de mais um encontro grupal, ainda nesse primeiro momento, para que todos tivessem a oportunidade de contar sua experiência com este tipo de intervenção em saúde. Ao longo da discussão, estaria atenta para esclarecer o que

fosse dito e, principalmente, para propiciar que os interlocutores pudessem expressar a maneira como compreendem **saúde**.

- uma entrevista individual com os profissionais que participaram do momento coletivo, oferecendo-lhes a oportunidade de acrescentar ou modificar algo, recorrendo-se à seguinte pergunta: **“Em relação ao que foi dito na discussão grupal da prática em saúde, você teria algo a acrescentar?”**. Esse momento se caracterizaria como a possibilidade de autenticação daquilo que foi construído no grupo, podendo constituir-se como oportunidade para pensar o coletivo e expressar o singular.

É importante perceber que esse caminho metodológico permite se evidenciar, ele mesmo, com um caráter interventivo, próprio do modo de agir da prática psicológica clínica. Quero apontar como, na medida em que se abre espaço para que se conte uma experiência, especialmente ao se tratar de um campo tão central na vida do sujeito como o do seu trabalho cotidiano, aí mesmo ocorre a oportunidade para uma elaboração em torno desse fazer.

As discussões no grupo seriam registradas em áudio e vídeo, para que se pudesse identificar o momento de fala de cada um, o que poderia ficar comprometido só com o recurso do áudio. Por outro lado, não ocorrendo essa mesma situação nas entrevistas individuais, elas seriam apenas gravadas em áudio. No momento da realização da discussão grupal, foi prevista a participação de duas outras psicólogas: uma para ser minha parceira na facilitação do grupo e outra para dar o suporte da filmagem.

#### **4.3. O caminho transitado**

Iluminado o caminho, dei continuidade ao trânsito. Para dar vida ao grupo, identificando os profissionais que correspondiam à configuração resultante do processo de

definição de sua composição, contei com o suporte da Gerência de Atenção Básica e de cada grupo que realizava ação conjunta com o Programa Saúde em Casa. Coincidentemente, todos os profissionais do grupo foram do sexo feminino.

Conhecendo os nomes dos profissionais, fiz um contato telefônico com cada um, fazendo o convite para a participação. Tive a preocupação de esclarecer os objetivos da colheita de tais depoimentos, solicitando verbalmente a autorização de cada uma para a sua realização, com o que todas concordaram. Posteriormente, solicitei autorização *por escrito* para a utilização das suas narrativas na confecção dessa dissertação, conforme modelo do anexo A.

O primeiro momento do desenho metodológico aconteceu com a ocorrência de apenas um grupo, com cerca de duas horas e meia de duração. O espaço para a realização do grupo foi gentilmente cedido pela própria Secretaria Executiva de Saúde do município, em uma de suas unidades. A liberação de cada profissional para a participação foi negociada com as chefias imediatas.

Tendo ocorrido o grupo, registrado em áudio e em vídeo, toda a discussão foi transcrita e literalizada<sup>21</sup>, a fim de preparar o texto para o meu diálogo com as narrativas dos profissionais. Um segundo grupo não se mostrou necessário, dada a riqueza da matéria-prima colhida no grupo inicial, mostrando-se suficiente para cumprir os objetivos do trabalho.

Na ação de interpretação que empreendi em relação às narrativas das profissionais, fui me deixando afetar pelos depoimentos *em ação* das minhas interlocutoras e, desse modo, segui moldando a matéria-prima pelas minhas próprias mãos. Nesse sentido, essa compreensão foi se produzindo por meio da construção de uma narrativa própria a partir dos depoimentos dos profissionais. Isto porque, neste modo de compreensão analítica do que foi mostrado pelos participantes, não posso deixar de, novamente, reiterar o destaque do aspecto

---

<sup>21</sup> A literalização se refere ao processo de lapidação das narrativas em estado bruto, ou seja, apenas transcritas tal e qual ocorreram, a fim de facilitar a comunicação do sentido.

relacional entre pesquisado e pesquisador. Assim, enfatizo que me considerei integrante do grupo de discussão, tendo participado das reflexões à medida que me lançava nessa tentativa de compreensão, simultaneamente afetando e sendo afetada, apesar de assumir o compromisso de estar atenta para o trânsito entre o pesquisar e ser também sujeito, característico da condição humana.

As entrevistas individuais ocorreram algum tempo depois do grupo, somente após a finalização do processo de literalização. Este tempo variou para cada interlocutora, conforme a sua disponibilidade para o agendamento da entrevista. No momento de sua ocorrência, disponibilizei uma cópia da discussão grupal literalizada<sup>22</sup>. À medida que as entrevistas iam sendo realizadas, percebi que cada participante se relacionava de modo diferente com aquela matéria-prima. Houve quem fizesse questão de ler por inteiro, outros deram uma passada de olhos. Mas um fenômeno foi comum nas primeiras: durante a leitura, cada um buscava os trechos em que havia as suas falas. Percebendo isto, passei a levar duas opções para as entrevistas seguintes: uma cópia de toda a discussão grupal e outra, com os recortes de fala da participante que eu ia entrevistar. Duas delas me solicitaram enviar por e-mail os trechos correspondentes às suas falas, pela necessidade de maior tempo para analisá-las, de modo que fiz o que foi pedido. No momento da leitura, as interlocutoras tiveram a oportunidade de fazer quaisquer modificações que julgassem necessárias no sentido de melhorar a comunicação do sentido do que haviam dito no grupo.

As entrevistas foram transcritas e literalizadas, encontrando-se integralmente no anexo B. Após a finalização do meu processo de interpretação da discussão grupal, tranchei na mesma trechos das entrevistas individuais que considerei pertinentes ao que estava sendo discutido no grupo. Após a finalização da literalização, enviei uma cópia para cada

---

<sup>22</sup> Exceto no caso da representante da equipe de saúde mental que, por estar prestes a sair de férias, foi entrevistada quando apenas a transcrição estava disponível.

participante de sua entrevista, a fim de que pudessem *autenticar* tais depoimentos, podendo sugerir qualquer modificação na sua forma literalizada.

Brinquei com a minha imaginação... Brinquei com a minha possibilidade de flexibilidade... E fui tentando me acostumar com as brincadeiras que a minha questão jogava comigo. Sei que, enquanto pesquisadora, preciso estar aberta às surpresas, que podem aparecer em qualquer ação de pesquisa... Assim, fui seguindo em busca da minha questão, descobrindo a maneira mais própria de me aproximar dela a cada momento. Estava, assim, lançada, enquanto viajante e sedentária, em um caleidoscópio!

## 5. A QUESTÃO EM AÇÃO

*Porque não há aprendizado sem exposição, às vezes perigosa, ao outro.*

Michel Serres<sup>23</sup>

Passo, agora, a apresentar os depoimentos, do modo como ocorreu sua colheita. Penso que sua mostração seja pertinente, visto ter sido a partir dela que algumas interpretações puderam encaminhar minha compreensão acerca da minha questão. Desse modo, optei por trazer a discussão grupal em sua própria narratividade. Minhas próprias inquietações e interpretações, surgidas a partir de uma tentativa de interlocução com os depoimentos das profissionais, são apresentadas entremeando a discussão grupal. Do mesmo modo que me fiz um convite à produção de sentidos a partir da escuta desses depoimentos, faço ao leitor o convite de co-produzir sentidos ao acompanhar esses relatos de experiência.

A fim de possibilitar a compreensão da leitura e buscar suscitar outros questionamentos, sugiro uma indicação de legenda. Nesse sentido é que outro esclarecimento também precisa ser retomado. As entrevistas, posteriores e individuais, de autenticação do depoimento pelo depoente, foram entrelaçadas com o relato do grupo, na medida em que sugeriam algo a respeito do sujeito ou da temática em questão em determinado momento. Contudo, abro-me à possibilidade de ser surpreendida pelo inesperado de leituras outras, sem distinção de falas de sujeitos específicos, apostando no amálgama entre narrador/ouvinte/leitor.

---

<sup>23</sup> Serres, Michel. **Filosofia mestiça – Le tiers-instruit**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993. p. 15.

**Legenda:****MED** - médico do Programa Saúde da Família**ENF** - enfermeiro do Programa Saúde da Família**AE** - auxiliar de enfermagem do Programa Saúde da Família**ACS** - agente comunitário de saúde do Programa Saúde da Família**THD** - técnico de higiene dental do Programa Saúde da Família**SM** - profissional da equipe de saúde mental**SAR** - profissional da equipe do Projeto Saúde, Arte, Educação**SUP** - profissional da equipe de supervisão do Programa Saúde da Família**AC** - apoiadora clínica do Programa Saúde da Família**F1** - eu mesma, a pesquisadora-pesquisada**F2** - psicóloga que me auxiliou na facilitação do grupo**IN** - trecho da entrevista individual, sendo **N** a ser substituído pela legenda pertinente ao profissional entrevistado*Interpretações, comentários e reflexões da pesquisadora*

Iniciei comunicando ao grupo que duas participantes tinham avisado que se atrasariam, mas, após esperarmos um pouco, fizemos a opção de começar, pela questão do tempo. O grupo começou com uma rodada de apresentação. As pessoas foram dizendo seus nomes, o projeto em que estavam inseridas, a função desempenhada e o lugar onde exerciam sua prática. Após esse momento inicial, introduzi a minha preocupação de pesquisa:

**F1** - Bom... feitas as devidas apresentações... vou contar, para vocês, qual é o meu objeto de pesquisa... Na verdade, eu estou preocupada em compreender essa questão da ação territorial em saúde... que é feita através do Programa Saúde da Família... e que... no Cabo... a gente tem a peculiaridade de chamar Saúde em Casa... Então... esse é o centro da minha preocupação no momento: eu estou querendo compreender como é essa prática, essa ação territorial... É por isso que as pessoas que foram convidadas para estar participando desse grupo... todas... de alguma maneira... estão envolvidas com esse tipo de intervenção... ainda que de formas diferentes... Acho que vocês perceberam... pelas apresentações... que há pessoas que estão diretamente participando das equipes de PSC... há pessoas que chegam para fazer um trabalho conjunto... A idéia é a gente poder estar discutindo essa questão aqui... Na verdade, o que eu gostaria de estar conversando com vocês é justamente o seguinte: **eu queria saber se vocês**

poderiam me contar... como tem sido essa ação territorial em saúde... através do Programa Saúde em Casa... a partir da prática de vocês... Eu gostaria de saber se vocês podem me contar essa prática... nessa ação territorial em saúde... através do Programa Saúde em Casa.

**MED** - Mas de qual visão você está falando? É da parte da assistência psicológica?

**F1** - Olhe... na verdade... a partir da prática cotidiana de vocês... exercida no dia-a-dia... da forma como vocês estão engajados nessa ação territorial em saúde.

**SM** - Aqui no Cabo?

**F1** - Sim... porque eu acho que é onde a prática de cada um está acontecendo... aqui... no município do Cabo.

**SM** - Mas... e eu que trabalho em outros lugares?

**F1** - Ah... você também tem outros empregos...

**SM** - E então... é para se centrar só aqui no Cabo?

**F1** - Sim... Isso mesmo!

*Feita a pergunta disparadora, vem a dúvida de **MED**. Ela questiona de que visão estou falando, de que parte quero saber. Sendo que não perguntei sobre parte específica alguma. Precisava e preciso conhecer a experiência delas na ação territorial em saúde através do PSF. A mim, interessa entrar em con-tato com essa atuação da forma como ela é experienciada por estas profissionais. Será que é em partes que essa atuação é compreendida? Será que é em fragmentos que ela acontece? Será que o olhar está ainda fragmentado, condicionado a ver por segmentos, ignorando a teia de relações em que se situam o próprio homem e o mundo?*

*Mas, ao mesmo tempo, percebo que essa forma de situar-se em relação ao contexto, através de querer saber por qual recorte o meu interesse se dirigia, faz-me pensar que a dúvida de **MED** poderia ser compreendida por algumas possibilidades... ou melhor, por três ou talvez quatro... Afinal, estávamos em grupo, entre várias pessoas... Havia MED, havia eu, havia o grupo e havia as pessoas do grupo... Uma multiplicidade de planos de interpretações possíveis se torna, agora, presentificada, quando me dou conta de como a*

dúvida de **MED** me remeteu exclusivamente a mim... E não é por essa via da afetabilidade que meu estar no mundo com outros pode iniciar esta compreensão?

De qualquer forma, retomemos o começado em primeiro plano: como em mim ressoou a dúvida de **MED**... Percebi depois, quando estava retomando o grupo em minha lembrança, que havia esquecido de usar a palavra "experiência" na pergunta disparadora. Justamente o que mais me importa nesse trabalho é compreender a experiência dessas profissionais na ação territorial em saúde. Mesmo com o esquecimento, que talvez diga de uma dificuldade minha de estar mudando de lugar, me despindo das minhas lentes, para entrar em con-tato com essa experiência, que também faz parte da minha trajetória, imagino que prática remete à experiência. E minha prática durante a realização de cada etapa desse trabalho de pesquisa vem se fazendo por esta experiência de "pesquisadora" em Psicologia Clínica!!!

Falar de uma prática, com propriedade, implica contar uma experiência e, na medida desse contar, uma elaboração dessa experiência acontece, com produção de mais experiência em torno do que foi vivido. É este convite que está sendo feito ao grupo. E, de certa forma, é este convite que faço a mim mesma, enquanto estou me propondo a dialogar com a narrativa dessas profissionais, agora em outro momento, tendo já ocorrido o grupo. Sei e sinto que esta é uma tarefa árdua, porque talvez também eu esteja condicionada a olhar essa experiência apenas de um lugar. Será importante e fundamental que eu transite, ocupando posições diferentes e, mais que isso, perceba o lugar onde eu estiver a cada momento.

Pergunto-me, então, se não poderia ser a dúvida de **MED** um momento de interregno ante a surpresa da tarefa solicitada? Estaria ela (e, quem sabe, pela sua fala, o grupo também) precisando desse "fôlego" para situar-se em relação ao que lhe foi pedido fazer? Afinal, não posso deixar de considerar que se tratava de um grupo de profissionais que compartilham o mesmo espaço de trabalho... Seria interpor uma dúvida para amenizar o espanto de uma situação que demanda exposição de si publicamente?

**ENF** - Na realidade a gente trabalha numa área que é delimitada por micro-área<sup>24</sup>... Então... difere um pouco daquele trabalho do posto tradicional... Lá o trabalho ficava na realidade solto... o paciente vinha e a gente não podia dar continuidade... O nosso trabalho, no PSF, não... a gente tem condições de dar uma seqüência... uma continuidade... A gente não está para trabalhar só com o paciente... e sim o seu coletivo... o paciente... a família... todos que estão envolvidos com aquele paciente... E a nossa visão... pelo menos é assim que a gente trabalha no posto... não é tratar a doença: é estar associando saúde e doença... e a doença que vai ser uma conseqüência... A gente vai sempre procurando promover a saúde desse usuário... Acho que a gente tem um poder muito

---

<sup>24</sup> A depoente se refere à divisão do território coberto pela equipe de Saúde da Família em micro-áreas, de modo que cada agente comunitário de saúde fica responsável por uma delas, operacionalizando a atenção à saúde dispensada pela equipe aos moradores daquela área delimitada.

forte... mas de uma forma mais sólida... E esse trabalho da gente não está tão solto... Tem uma troca e a gente está sempre sabendo do paciente... Na realidade é uma educação continuada que a gente faz, não é?... Nada fica solto... Se você quiser saber de algum paciente, é possível encontrar esse paciente e dar um retorno dele... seja em psiquiatria... seja em obstetria... o que for... Eu tenho como resgatá-lo... e daí orientá-lo... Eu acho que o trabalho da gente no Programa Saúde da Família é dessa forma.

*Chama a minha atenção a forma de **ENF** falar sobre como esse trabalho no PSF tem uma característica diferente. Ela diz que no PSF há condição de se dar continuidade ao trabalho. Através da fala de **ENF**, posso compreender que dar continuidade ao trabalho é garantir que ele ganhe um sentido. Essa compreensão é realçada quando ela fala que o trabalho, agora, no PSF, não fica solto. A partir da possibilidade de acompanhar a situação dos usuários, de poder ter e dar um retorno a eles, o próprio sentido da sua atuação e do seu trabalho parece se delinear. Percebo que, a partir disso, o trabalho ganha para **ENF** uma destinação. É possível saber que ir em direção a algo, ao se realizar uma tarefa, passa também pela percepção dos outros nela envolvidos; ou seja, o rumo do trabalho, neste caso, em saúde, só pode ser tecido nessa aproximação com a população, destinatária dessa ação. E sentido não é mais que isso: destinação, um para onde. Se não existe, o sentido faz falta.*

*Percebo, no entanto, que esse sentido que vai sendo delineado para o trabalho está tributado ao Programa. Para essa profissional, é como se o PSF estivesse dando essa condição para o resgate do sentido de uma prática em saúde. Ainda não acontece um falar de si e da sua situação no programa, enquanto profissional de saúde.*

*Quando **ENF** fala da visão do PSF de tratar não apenas a doença, mas associar saúde e doença, fico com uma inquietação. É como se a referência da doença fosse ainda tão forte, que não é possível trabalhar na lógica da promoção à saúde prioritariamente. O profissional pode até se propor a ter esse tipo de olhar, mas o que se coloca como imperativo é a necessidade de cuidar da queixa, imediata, que os usuários apresentam. Questiono: será que é a doença que vai ser uma consequência na ação real, como ela diz, ou está sendo aberta uma brecha para que se perceba como de fato a ação vem acontecendo no cotidiano? Ou seja, neste trecho da fala dela, que fica meio confuso e turvo, na minha compreensão, percebo a possibilidade de uma indicação de que a doença ainda precisa estar no foco da ação.*

**IENF** – Porque no caso a gente trabalha saúde versus doença... A gente tem que trabalhar fazendo a prevenção, profilaxia... evitando que a doença ocorra... Mas a doença pode vir associada... A gente tem que promover saúde... mas sabendo que esse paciente pode vir

com uma doença associada... e, em cima dessa doença... resgatar ou tirar logo desse momento doente... e passar a um momento sadio.

Ao dizer que sempre se procura promover a saúde do usuário, **ENF** me faz pensar que há uma implicação de responsabilidade no trabalho. É importante que responsabilidade possa ser compreendida como habilidade para responder a esse desafio; responder não como dar conta, mas, sim, como estar empenhado nessa produção de bem-estar dos usuários. Ao destacar esse objetivo de promover a saúde, **ENF** refere o poder do profissional, cuja perspectiva me parece ser a da possibilidade de ação, e não de domínio ou controle.

Ela repete que o trabalho no PSF não está tão solto, dizendo em seguida que existe uma troca, é possível sempre saber do paciente. Isso produz em mim a seguinte compreensão: para **ENF** o sentido do trabalho vem a partir dessa aproximação com o usuário, dessa possibilidade de trocar com esse usuário, não apenas informações em saúde, mas também afeto. Utilizo a palavra afeto na perspectiva de afetação mútua, de mobilização. O con-tato com o outro causa comoção, impacta; a este con-tato, ninguém é imune.

Se o trabalho é caracterizado por **ENF** como educação continuada, leio educação como possibilidade de transformação. No caso, uma transformação que vai ocorrendo de uma forma contínua. O con-tato contínuo permite que a transformação vá acontecendo. A partir dessa aproximação entre profissional e usuário, da presença do profissional na comunidade, os fios de sentido vão sendo fabricados, a rede vai sendo urdida; a rede mesma dessas relações entre o profissional e os usuários. Saúde e educação vão se mostrando como fios de uma mesma trama, com possibilidades de entrelaçamento.

Compreendo, agora, que essas considerações fazem parte do meu plano de compreensão. Pergunto-me: será que para **ENF** essa dimensão da afetação está sendo considerada? Penso isso pelo modo de ela responder a minha pergunta sobre a prática cotidiana. Ela parte para uma espécie de explicação sobre o programa.

**AE** – *E também é uma forma de reeducar o paciente... dentro desse projeto do Saúde da Família que foi instalado... Porque... no caso... a gente trabalha com o preventivo... Quantas doenças não podem ir se instalando?... E o nosso trabalho é reeducar esse paciente para que isso não venha a agravar... A nossa função é preventiva... Porque às vezes o paciente vai para um atendimento e não resolve lá sua questão... a não ser que tenha outras causas... E o nosso trabalho no PSF, não... a gente vai resgatar... a gente vai em busca... mexer também na questão social dele... na prática de higiene... a gente trabalha com tudo isso... A questão... vou dar um exemplo mais simples... do ambiente em si dele... porque, às vezes, o paciente não leva em conta que a escabiose, a verminose, todas essas coisas giram em torno dele... mas existem formas de evitar... Nosso trabalho tem essa função: é preventivo.*

Compreendo, a partir dessa fala de **AE**, a força que o caráter educativo do PSF tem para ela. Ela usa termos como re-educar, trabalhar com o preventivo, e, assim, segue destacando essa função preventiva do PSF. O que ela chama de preventivo se apresenta para mim como uma proposta educativa que é trazida por um programa público de saúde. O PSF traz a possibilidade de uma ação educativa para a comunidade. Os usuários são reconhecidos como educáveis a partir da ação dos profissionais de saúde que trabalham no PSF.

Ela parece se remeter à fala de **ENF**, quando esta se referiu à educação continuada. Percebo que essa função educativa está como um norte, um destino para a ação no PSF. Mesmo enfatizando essa função preventiva, **AE** faz referência à doença com frequência: ela fala de doença, usa nomes de doenças, refere a situação de atendimento. Novamente tenho a impressão de que, embora esse “norte” para onde se caminha dentro dessa prática do PSF pareça estar claro, a doença é que chama para ação, uma vez que é o que está emergente, requisitando atenção emergencial. Pergunto-me se é pertinente considerar que o sentido preventivo é apenas destinação nessa prática no PSF, mas ainda impossível na prática cotidiana.

Quando **AE** diz que o trabalho no PSF permite que o profissional vá em busca de algo, percebo isso como uma mobilização do profissional para um encontro com o usuário e sua condição de existência. O resgate possível é o da própria humanidade do usuário e dele próprio enquanto profissional, a partir desse encontro. Ir em busca é pro-curar. E pro-curar é trabalhar em prol do cuidado. Saúde ou educação?

**MED** - Outra coisa também que o programa resgatou foi o olhar para a família... o médico da família... o profissional de saúde em geral da família... Porque a gente vem de uma prática muito especializada... a especialidade da especialidade da especialidade... e dentro do programa, desde a médica, a enfermeira, a ACS... todos nós... trabalhamos com várias patologias... Além disso, a gente trabalha com o avô, o pai, a mãe... a gente trabalha com a família... Acho que isso é bom porque você acaba criando uma intimidade com o paciente... Você entra na casa deles... eles desenvolvem aquela confiança em você... Eu estou achando muito bom... porque sempre trabalhei em uma área distante da clínica... Eu trabalhava com a parte de imagem: minha formação é radiologia... Quando eu comecei a trabalhar... agora... como médica de família... fiquei encantada com essa experiência.

**SM** – Radiologista ou cardiologista?

**MED** - Radiologista... Tem tudo a ver, não é?

O encantamento de **MED** com essa experiência no PSF é algo que acaba por também me encantar. E me encanta porque ela vem de uma formação e de uma prática em radiologia, que ela considera e verbaliza como sendo distante da “clínica”. E, na fala de **MED**, a clínica me aparece como esse campo que possibilita a aproximação entre pessoas. Compreendo que, para ela, é possível resgatar o encantamento da prática em saúde por meio dessa aproximação, criando abertura para que o sentido dessa prática se teça.

**MED** põe em evidência a idéia de que o PSF rompe, ou busca romper, com a questão da especialidade. O PSF comporta o profissional de saúde da família; nessa perspectiva, um generalista. E se ele é da família, o olhar desse profissional precisa estar voltado para todos. O usuário precisa ser percebido não em um contexto isolado, mas sim, no seu contexto plural. E a partir desse olhar, que exige uma aproximação, um con-tato com as pessoas, algo se cria, que aqui ela aponta como intimidade, desenvolvimento de uma relação de confiança. Ela marca bem isso quando diz: você entra na casa deles. Ou seja, o profissional tem esse aval para estar adentrando a casa das pessoas, o que diz de uma possibilidade de aproximação. Reconheço que me sinto afetada pela percepção da afetação da própria **MED** nesse contato com o outro. Esse grau de presença do profissional na vida dos usuários permite que se constitua uma referência do profissional para aquelas pessoas e deixa também no profissional uma marca. Essa marca, no entanto, ainda não se mostra no dizer de **MED**...

Sabendo que está há pouco tempo no PSF (dois meses), vislumbro uma outra possibilidade de compreensão desse encantamento de **MED** como entusiasmo: entusiasmo com o PSF pelo re-conhecimento das outras possibilidades de atuação que ele traz para ela. Ela própria ainda está se situando na sua relação com o PSF. Pergunto-me: o programa não estaria sendo trazido por **MED** em um nível de idealização?

Após mais uns três meses de experiência, **MED** faz esse relato:

**IMED** – Estou me sentindo mais apaixonada... mais apaixonada... Apesar de que nesse período de lá para cá... sempre acontece... mas acho que isso é em toda profissão, em todo local... você tem coisas que lhe favorecem, coisas que lhe deixam... engrandecida com o trabalho que você está fazendo... como também você tem as suas decepções... você tem as suas privações... (...) Mas, na maior parte do Programa... é o que eu realmente esperava... Era o que eu já sabia que ia gostar... e vinha sentindo falta... (...) ...é uma história que tem um começo, um meio e o final, não é? E o exame, não... Ali você está fazendo um exame que já foi pedido por outra pessoa... e você, muitas vezes, não vai saber o resultado... Você não chega ao final da história... E aqui, não... Aqui eu começo... Eu peço os exames... Eu sei o que aconteceu com ele... A gente faz o tratamento... e a gente tem o retorno... Então, eu acho que era disso que eu sentia falta.

**F1** - Vamos receber as meninas que estão chegando... Sejam bem-vindas! Já deu para ver a filmagem, a gravação... Só para vocês poderem ir se centrando... a gente precisou ir começando pela questão do tempo mesmo... Mas a pergunta que está provocando a discussão aqui é justamente a seguinte: como é a prática de vocês nessa ação territorial em saúde através do PSF? O pedido que eu fiz para o grupo foi que cada um pudesse contar um pouco como tem sido essa prática.

**F2** - E também lembrar que está sendo gravado.

**F1** - No início pedi a permissão para estar registrando isso tanto em áudio quanto em vídeo... Não sei se teria algum problema para vocês que estão chegando? O registro é importante para mim... porque tudo vai ser matéria-prima.

**SM** - Mas elas já estão sendo filmadas!

**F1** - É mesmo! Vamos continuar, então? Sim... **MED**... uma coisa que ia lhe perguntar... Você falou dessa questão do olhar para a família... que é algo que o Programa Saúde da Família traz...

**MED** - Na verdade está resgatando uma coisa que existia há vários anos... mas que foi se perdendo, não é?

**SAR** - *Que era o vínculo...*

**MED** - Era o vínculo... exatamente!

*Quando **MED** havia falado da questão da intimidade que vai se gerando nesse contato do profissional de saúde com o usuário, da confiança que vai sendo tecida a partir dessa aproximação, isso me faz pensar nessa questão da presença do profissional junto com a comunidade de usuários. No curso do grupo, ela acabou sendo interrompida com a chegada de outras duas participantes, em um momento em que ela começava a resgatar sua trajetória. Imagino que talvez um outro rumo pudesse ter sido seguido se um falar de si pudesse ter acontecido.*

*Quando depois ela é pro-vocada a retomar o que estava dizendo, sobre a questão do olhar para a família, ela faz referência ao resgate de algo que existia há vários anos, e que o PSF está pro-movendo; e é **SAR** que dá a isso o nome de vínculo.*

Fico com uma dúvida: o que **MED** disse existir há vários anos e que foi se perdendo, poderia estar situado historicamente em que momento? Não fica claro se **MED** se refere a uma prática em saúde antiga (os antigos médicos da família, por exemplo) ou a um recorte de sua própria história.

Por outro, a palavra **vínculo**, no meu plano de compreensão, comunica uma ambigüidade. É algo que prende — ainda que se possa estar preso por vontade —, que tolhe, que amarra. Mas, ao mesmo tempo, existe um outro caráter: o da aproximação, do estar perto, da presença, do estar presente, do ser referência. Como a discussão está muito inicial, ainda é impossível vislumbrar o sentido em que essa palavra está sendo usada.

**SAR** - *Porque você via não apenas a doença da pessoa, mas também todo o contexto em que ela estava inserida, as condições da casa, de higiene, da família... as condições sociais, econômicas... Então você percebe uma dimensão muito maior... Você não vai simplesmente receber o paciente e dar as orientações: "Olhe, não deixe as crianças assim, pois estão ficando com verme facilmente..." Se você não for na casa e souber que a casa é toda rodeada pelo esgoto, você não vai ter essa consciência... Você vai estar trabalhando de uma forma que não vai atingir... pois não parte do conhecimento, da realidade da pessoa.*

Eu tenho a impressão de que o que se compreende por **vínculo** começa a se mostrar: é a questão da presença do profissional junto aos usuários, essa aproximação, esse con-tato. **SAR** diz de ir na casa dos usuários. Uma outra dimensão da prática do profissional de saúde no PSF é apontada: diz justamente de uma aproximação, que vai permitir uma afetação mútua.

Essa atitude de presença ultrapassa o simplesmente por em ação todos os conhecimentos que se adquiriu na formação de profissional de saúde. Anterior à utilização desses conhecimentos, também úteis e válidos, impõe-se como necessário e fundamental dispor-se a estar-com. Se o profissional não se dispuser a estar-com essa população de usuários, se não se dispuser a compreender a realidade dessas pessoas, muito mais do que apenas conhecer, ter consciência, em um registro racional, o trabalho não vai de fato atingir...

Atingir é a palavra que **SAR** usa, e que compreendo como ter um **impacto**. Mas em que perspectiva esse impacto estaria sendo referido? Já há algumas perspectivas possíveis. Há a perspectiva do programa e dos seus objetivos, que exigem impacto de eficácia e efetividade... há as perspectivas de cada um dos profissionais no grupo... há a minha própria... E eu falo de impacto em termos de alcance de um objetivo: o de produzir potencialidade na vida dessas pessoas, produzir bem-estar.

**MED** - Outra coisa... você tem também que conhecer a personalidade de cada um... de forma que a gente possa ter uma continuidade do trabalho... assim a gente não se perde... A gente acaba conhecendo a personalidade daquela pessoa e fica mais fácil.

*MED fala da importância de conhecer a personalidade de cada um, para que o trabalho se desenvolva de uma forma mais fácil, para que ela não se perca. Será que MED estaria resvalando para uma compreensão de vínculo como estratégia?*

*Outra possibilidade de compreensão seria a de que ter esse conhecimento – e eu diria que mais que conhecer, trata-se de compreender – da personalidade do outro, ou ainda, da realidade do outro, se deixar afetar por essa realidade, por esse outro, que é estrangeiro, que é o estranho... Essa aproximação permite que o trabalho ganhe um sentido, evitando que o profissional se perca. Estar próximo do outro permite que eu me sinta mais segura na minha atuação, porque eu vou estar sabendo do que eu estou fazendo. Esse outro me dá o retorno. Esse outro, que é estranho, que é estrangeiro, que me assusta e me mobiliza, ao mesmo tempo me dá o retorno da minha ação. Eu só vou poder ter alguma possibilidade de impactar com o meu trabalho se eu estiver me situando nessa afetação que pro-voco no outro e que o outro pro-voca em mim.*

**ENF** - Resgatando a cidadania deles também... porque muitos estão perdidos aí... Na realidade, esse trabalho que a gente faz é mais educacional.

*A ênfase no caráter educacional do trabalho mais uma vez é re-tomada por ENF. Há uma comunidade de usuários que não é educada em sua maioria, mas pode vir a ser. É re-conhecida a possibilidade de transformação. Ela re-conhece no seu trabalho em saúde essa possibilidade da ação educativa, que pode ser compreendida como a disponibilidade para se envolver na atenção e cuidado ao usuário, um outro, de maneira a dar um suporte para que ele possa conduzir sua vida adiante.*

*SAR - E eu acho que o vínculo... ele está muito mais presente... porque você, no caso das agentes, tem possibilidade de evitar uma série de outros fatores que poderiam acontecer ou surgir... Mas... pela proximidade... pelo fato de a equipe estar na área... ela consegue identificar para ter uma ação mais preventiva... Então você consegue... mais rapidamente... identificar alguns casos... que normalmente precisariam se agravar para chegar na unidade de saúde... no posto... no hospital.*

*Compreendo, a partir da fala de SAR, que, estando presente na comunidade, o profissional vai ter a possibilidade de compreender aquela realidade, compreender as dificuldades, os ritmos de vida, as necessidades, os desejos das pessoas que ali vivem e com quem ele entra em con-tato.*

Utilizando a palavra vínculo, **SAR** aponta para a dimensão da proximidade e da presença do profissional na comunidade; um laço que não escraviza, mas cria uma referência. A forma como cada um se situa em relação a essa aproximação com a comunidade é peculiar, porque isso tem a ver com a singularidade de cada um. **MED**, um pouco antes, havia dito que conhecer a personalidade de cada um facilita a continuidade do trabalho. Assim ela não se perde. Estando próxima e conhecendo as pessoas, ela não se perde.

Compreendo que, para o profissional, estar presente, próximo ao usuário, permite uma segurança em relação ao seu próprio fazer. Mais que isso, essa aproximação que pode ocorrer nesse tipo de atuação em saúde possibilita que o profissional se ache, se encontre em sua humanidade, no con-tato com o outro. O sentido de prevenção é re-significado pelo aspecto da proximidade. Estando próximo, o profissional pode intervir mais rapidamente diante de alguma necessidade do usuário.

**SUP** - Um vínculo de confiança... que a família passa a dividir com aquela equipe... facilita exatamente essa intervenção... facilita que você consiga trabalhar de forma a mudar um pouco aquela realidade... aquele hábito... São coisas que realmente se tornam íntimas facilitando a intervenção... A credibilidade faz com que elas confiem na sua palavra e procurem adquirir aquele hábito ou seguir aquela orientação.

**ENF** - Faz com que eles passem mesmo a procurar a gente... porque às vezes eles sentem dificuldade... E é fácil procurar esse profissional do Programa Saúde da Família... pela questão da intimidade... eles já conhecem a gente... eles têm aquela confiança na gente e começam a contar a vida toda, abrindo um leque para tudo... E a gente se assusta, pois não esperava isso! E daí a gente vai traçando metas... priorizando... e assim vai ajudando a pessoa a subir degrau por degrau... É muito interessante isso!

**SUP** entra na discussão, trazendo a questão do vínculo, porém enfatizado enquanto estratégia que facilita a realização do trabalho: um vínculo de confiança que facilita a intervenção. Percebo que a fala de **SUP** tem um caráter mais técnico-normativo. Dou-me conta de como o lugar ocupado pode delimitar atitudes e modos de compreensão.

Compreendo que o vínculo vinha sendo tratado, até esse ponto da discussão, principalmente na perspectiva da proximidade e da presença, que se contrapõe à idéia de técnica ou estratégia de intervenção. Da disponibilidade para estar próximo e presente, muitas coisas podem brotar.

Percebo que também eu me apropriei do discurso do vínculo enquanto estratégia de ação em alguns momentos da minha trajetória profissional e estou, na verdade, mudando de lugar e podendo perceber essa questão de uma outra maneira, a partir de outra perspectiva. Estar em um lugar de supervisão, no caso, uma supervisão com caráter

técnico, faz com que a gente esteja sempre buscando métodos e instrumentos que facilitem a intervenção e garantam resultados.

Quando se trata de relação entre homens, porém, a dimensão da técnica não parece ser a mais apropriada. No meu plano de compreensão, estou me dando conta de que é a presença que pode facilitar que algo se produza no sentido de um bem-estar, que assume feições diversas a partir da perspectiva de quem o busca.

**SUP** aponta a relação de confiança, considerando apenas uma via de efeito, que é a de facilitar a incorporação, pelo usuário, da orientação dada pelo profissional. Mas pergunto-me: qual será o impacto dessa confiança depositada para o profissional? Parece-me que há algo da ordem do tecer junto que se configura. Con-fiar é tecer junto. Profissional e usuário se afetam mutuamente. A via é de mão dupla, mas a direção é única (ainda que diversa): a do sentido que é tecido em conjunto, a partir dessa experiência no estar-com. Que técnica seria possível nesse contexto?

O aspecto que mais chama a minha atenção, no que **ENF** diz, é o impacto, o susto para o profissional diante da confiança depositada pela comunidade. Ela traz esse outro plano de compreensão para a questão do vínculo. A partir da fala de **ENF**, considero que você pode até se propor a usar essa aproximação como estratégia, mas isso dificilmente irá funcionar dado que a aproximação pro-voca uma afetação mútua e, assim, transformação no profissional e no usuário. Essa aproximação vai trazer situações que são inéditas, como é próprio da relação entre homens.

Estando presente e aberto para a aproximação, o profissional se depara com o universo existencial do outro, colocado na figura do usuário. Essa proximidade aproxima também o estranho. E aqui não se trataria da questão da alteridade? Diante do estranho, que me é trazido pelo outro, me assusto, sem me dar conta de que essas outras possibilidades de vida, estranhas, estão também disponíveis para mim. Nesse encontro, vem o susto, pelo não-familiar. A aproximação do outro faz com que eu me depare com o estranho em mim; a proximidade aproxima o estranho em mim. Como **ENF** diz, o usuário conta sua vida, abrindo um leque para tudo. Esse leque também se descortina para o profissional enquanto possibilidades. Quem está diante do profissional é um outro, humano, que lhe aponta outras possibilidades da vida humana. Compreendo que no ser-com-outros é impossível escapar da possibilidade do susto, quando ocorre a aproximação.

**MED** - Na verdade é um programa muito bem bolado! Você veja que até a função das ACSs, que ficam responsáveis por micro-áreas... elas moram ali... elas conhecem aquelas pessoas... e assim o acesso fica muito mais fácil... É uma coisa muito bem bolada!

**MED**, fazendo elogio ao programa, aponta a função dos agentes comunitários de saúde (ACSs), que moram na própria comunidade. As ACSs estão continuamente presentes ali. Mas me pergunto: será que o fato de morarem na comunidade garante às ACSs a condição para a criação de uma referência para os moradores dali? Ou algo mais, da ordem de uma atitude, se torna necessário? Dito de outro modo: será que é o programa que garante essas condições para que a aproximação ocorra?

Compreendo que **MED** re-conhece a necessidade de que o profissional seja aceito na comunidade, re-conhecido pelos usuários como referência, para que o seu trabalho possa ser desenvolvido. Para tanto, não seria preciso que o profissional se dispusesse a estar-com, a estar presente na comunidade, colocando-se à disposição dos usuários? Parece-me que essa aproximação é algo que precisa ser tecido em toda a equipe, e não apenas por parte dos profissionais de nível superior e do auxiliar de enfermagem, de quem não se exige ser morador daquela comunidade.

**AC** – Como essa integralidade com a família... que está na base da estrutura do Programa Saúde da Família... nesse sentido da saúde... como permite também avaliar muitas coisas!!!... Porque, por exemplo, às vezes o paciente vem e já começa a conhecer o profissional... a criar esse vínculo... O paciente vem com um problema de hipertensão, um problema de diabete... mas você não está sabendo o que está acontecendo nessa família... e é preciso um diagnóstico definindo o que está acontecendo nessa família... E quando você explora e começa a interrogar o paciente... aí você percebe que essa crise... ou qualquer tipo de doença que se apresente nesse momento... está ligada a outros problemas sociais, culturais, educacionais... A equipe participa não só da parte da saúde... Participa também de outras atividades... Quando o adolescente está fora da escola... não é um problema direto da saúde, mas indiretamente é!... Pois se um adolescente tem problemas mentais... gera um problema de saúde... uma situação desse paciente na família... que vai levar a situações de saúde por estresse, inclusive afetando doenças crônicas... Então eu acho que esse relacionamento da equipe com a comunidade é extremamente importante... não só do ponto de vista da saúde... em tudo! O que acontece: a equipe se converte no conselheiro... no advogado... Às vezes o adolescente tem alguma dificuldade e antes de falar com a mãe, ele vai falar com a médica, com a enfermeira... ele diz que precisa falar com elas... Então é uma coisa muito interessante... O programa, a equipe participa da orientação... Porque às vezes não é uma questão de doença... é apenas uma orientação que você pode dar a esse adolescente, à escola... Esse relacionamento que nós temos agora entre escola e programa facilita atingir o propósito que a gente tem de ver o homem, o paciente como um todo... do ponto de vista não somente biológico... senão do ponto de vista integral, psicossocial.

A integralidade de que fala **AC** me chega como um movimento de implicação necessária do profissional ou da equipe de PSF para situar-se no território de atuação em relação à sua presença e ao con-tato com as pessoas que ali moram. Penso que situação

se refere a uma responsabilidade do profissional para que a ação possa acontecer. Estar neste lugar implica participar, de alguma forma, da vida destas pessoas. Extrapola-se, dessa maneira, o mero exercício de uma profissão. O profissional de saúde está envolvido no cotidiano daquela comunidade e se entranha na trama de relações que ali se desenrola. Integralidade diz de um estar inteiro e autêntico, que possibilitará compreender a complexidade da vida como uma possibilidade de fiar junto, de tecer junto, ele com as outras pessoas, o acontecer daquela comunidade.

Parece-me que o vínculo está posto por **AC** na perspectiva da aproximação, do estar-com, da participação na vida da comunidade. Penso que a palavra vínculo é ainda utilizada por falta de outra que traduza essa dimensão de aproximação e presença. Pela presença, a equipe se torna **referência**. A comunidade sabe que pode contar com a equipe, recorrendo-lhe quando necessário, dela dispondo.

E tornar-se referência não é pouco. Para **AC**, o profissional do PSF pode chegar a ser a primeira escolha do usuário quando este se sente vulnerável e precisa de suporte. E, muitas vezes, pode se tratar da necessidade de uma orientação apenas. Compreendo orientação, nesse contexto, como sugestão de algo a fazer, de um caminho a seguir. Mas a escolha continua sendo do outro.

É interessante que **AC** chega a usar o termo conselheiro. Como o profissional se situa diante dessa multiplicidade de papéis que precisa assumir? Pergunto-me se o profissional, em sua atuação, deixa claro que as rédeas do processo da vida de cada um com quem tem con-tato pertence a cada um. A atitude que **AC** aponta para o profissional de saúde me faz lembrar da atitude clínica: atitude de abertura, de inclinação para o outro, para o sofrimento do outro, atitude de atenção e cuidado. Sendo acolhido por uma tal atitude, o outro tem a oportunidade de parar e refrescar um pouco os seus pés durante a sua caminhada, a fim de se revigorar para seguir adiante, tomando suas decisões.

**F1** - Então parece que essa proposta do Programa Saúde da Família solicita do profissional de saúde uma outra atitude.

**ENF** - Uma forma mais calorosa até... Tirou aquele birô... então eu posso orientar aquele paciente... ou um grupo de pessoas... promover sua saúde... como a gente está fazendo aqui... Eu não estou botando o birô, criando uma separação entre eu e o paciente... A gente faz um grupo e discute... Pode até soltar temas que eles queiram saber e dali eles saem com mais clareza... extremamente orientados no que eles aprenderam... eles sabem fazer tudo o que a gente passou... e não é aquela coisa formal, de eu, o profissional, estar aqui, e o paciente do outro lado: "Sim, senhor.!", "Não, senhor!"... Será que ele entendeu? Provavelmente não... Será que ele se satisfaz?... Não... Será que a gente o escutou?... Não... E dessa outra forma... ele fala, diz o que sente, opina... ele é tratado pelo nome.

Escuto **ENF** caracterizar o tipo de relação que pode ser criada entre o profissional e a comunidade quando ela fala dessa forma mais calorosa. Ela reforça essa questão da aproximação, do estar em con-tato, para que algo possa ser produzido em conjunto, no sentido da promoção de bem-estar.

Porém, fiquei curiosa ao escutá-la dizer que, a partir de uma reunião, de um atendimento, de um grupo, os usuários vão sair extremamente orientados no que eles aprenderam. Fico imaginando que isso ainda resvala para um pretense poder (como controle) do profissional de realmente conseguir indicar um caminho que é certo. Na minha perspectiva, no máximo o profissional vai poder estar dando orientações que têm o caráter de sugestão, mas isso está longe de garantir que aquilo vá ser seguido, de que os usuários vão usar as orientações.

Percebo, no entanto, que o destaque foi dado ao caráter de aproximação, de calor na relação, de informalidade. Essa atitude de aproximação do profissional é o que se mostra no dizer de **ENF**. Isto é indicado como outra forma, que aproxima, que dilui a separação entre o profissional de saúde e o usuário. Compreendo que está implícita uma crítica a um posicionamento comum do profissional de saúde em um lugar de poder e neutralidade. Parece que o PSF facilita essa aproximação do profissional com os usuários, dando a oportunidade para re-significações.

Mas será que é o PSF que facilita essa aproximação? Vou me dando conta de que mergulho no mesmo movimento do grupo de ressaltar as características do PSF, enquanto programa público, de um modo ainda não atravessado pela experiência no trabalho dentro do programa. Essa experiência pode re-velar outros aspectos em relação ao próprio programa, em sua forma viva e possível.

De qualquer modo, **ENF** destaca que o usuário tem como se colocar, dizer o que sente e o que acha desse tipo de prática em saúde. Embora a fala de **ENF** traga a valorização do usuário nesse processo, percebo que também o profissional de saúde se beneficia pela oportunidade de dar um outro sentido ao seu trabalho, a partir dessa aproximação. Como ela já havia dito em outro momento, o trabalho não fica solto. Isso me faz pensar que o con-tato com o outro possibilita ao profissional resgatar o fio para a elaboração do sentido do próprio fazer.

**THD** – *Ele participa.*

**ENF** - Justamente! É um acolhimento... algo caloroso... nada frio.... Eu acho que é mais acolhedor, não é?

**AC** – E outra coisa interessante... como o profissional, pela sua formação... sobretudo as enfermeiras... estão mais ligadas a esse processo do que é a saúde pública... Nós temos um pouco de dificuldade com alguns

médicos... Mas mesmo assim esse programa tem gerado uma transformação... de maneira que o profissional está mudando também... O programa está fazendo com que esse profissional mude... E mude, por exemplo, quando ele vai a uma casa e o paciente diz: “O doutor vindo aqui? A enfermeira vindo aqui e tomando um cafezinho?” Isso causa um impacto muito grande!

*Cada vez mais, à medida que o grupo vai transcorrendo, vai sendo enfatizado esse aspecto da aproximação e da presença do profissional na comunidade. Ainda percebo que esse aspecto é atribuído ao PSF na forma de atuação em saúde que ele possibilita. Percebo que ainda está faltando o atravessamento da experiência de cada um, tornando viva essa possibilidade. O que tem se mostrado na fala desses profissionais é o programa. Pergunto: onde estão os sujeitos, já que sinto falta dessa implicação da subjetividade, dos sujeitos se colocando na sua implicação com o programa, no modo como se situam nessa ação cotidiana?*

*Na fala de **AC**, a questão do impacto para o profissional dessa aproximação é colocada: o profissional de saúde, na experiência da prática no PSF, está tendo a oportunidade de se transformar. O retorno que a comunidade dá, em termos da confiança depositada, da busca da equipe como referência, vai possibilitando a mudança do próprio profissional. Essa transformação acontece a partir do ser-com-outros. Parece-me que **AC** indica que o profissional é afetado pelo impacto da comunidade com a sua presença. Estou falando de afetação mútua, da reverberação das atitudes de um e de outro na vida de um e de outro.*

*Imagino que ser um profissional do PSF parece requisitar essa disponibilidade para estar junto e tecer um sentido, essa abertura para o con-tato para que uma relação de pertença possa ser criada. Não se trataria de uma possibilidade de resgate da condição própria de ser homem, a que se refere a essas relações de presença e de pertença, que vão sendo tecidas na con-vivência? Acolhendo, o profissional é também acolhido; cuidando, ele também é cuidado.*

**MED** - É uma atuação mais humanizada.

**AC** - Exatamente! E o paciente diz: “A doutora vindo aqui!”.

**SUP** - É uma questão até de auto-estima... de se sentirem importantes.

*Ao falar dessa questão da auto-estima dos usuários, **SUP** parece compreender a discussão por um outro prisma, tirando o foco da transformação do profissional para o impacto do programa na comunidade. De novo compreendo isso a partir da consideração*

do lugar que ela ocupa, enquanto supervisora técnica do PSF, e, portanto, da pré-ocupação em garantir a realização do trabalho, da forma correta, de modo a beneficiar a comunidade.

*Focalizando apenas a perspectiva da comunidade, é como se ela percebesse que a aproximação do profissional traz esse benefício a mais: o de contribuir para que os usuários se sintam valorizados e importantes. Isso me faz pensar que há, implicitamente, até mesmo um pré-conceito: a sobre-valorização do profissional em contraposição a uma sub-valorização dos usuários, configurando-se uma relação assimétrica. Afinal, não seria isso um reflexo da nossa formação enquanto profissionais de saúde, cujo caráter é tecnicista, e que nos garante a ilusão de que dominamos e controlamos a situação? Questiono a mim mesma: ter o controle não semeia o caminho para o sentimento de superioridade? E que superioridade seria essa quando precisa desvalorizar o sujeito/mote/sentido de nosso fazer?*

**AC** – E o profissional também está incorporando esse sentido diferente... sem dúvida de uma maneira que para ele o mais gratificante já é a confiança que a comunidade deposita nele... o respeito... a credibilidade... Então é isso: o profissional também vai mudando... O programa faz o profissional mudar porque, na verdade, o profissional brasileiro não está preparado para este tipo de trabalho... Todo mundo sabe disso... Mas, nesse momento, eu posso dizer que os médicos e enfermeiras têm interiorizado isso com muito amor... com muito carinho... e têm correspondido... tanto que às vezes penso que estou em Cuba!... Porque lá a medicina é diferente... Você conhece!... Lá não tem medicina mercantilista... Só há a medicina do Estado... E a gratificação dos médicos, do pessoal da saúde lá é assim... E aqui a gente está conquistando isso... Eu me sinto muito feliz às vezes com equipes aqui do município... porque vão ganhando com a experiência e incorporando esse sentido... mesmo que em realidades muito diferentes! ... Porque não se pode comparar à realidade de lá... Nós, em Cuba, temos apenas 250 famílias sob a responsabilidade de um médico e uma enfermeira... e não existe agente comunitário como aqui... Os agentes comunitários são pessoas que moram na rua e fazem esse trabalho voluntariamente... Então aqui são mil e poucas famílias para uma equipe... de pessoas com outra cultura... Lá a maioria das pessoas são profissionais... E a cultura daqui é diferente... O povo é diferente... E isso interfere com as orientações que os profissionais de saúde dão aos pacientes... Mas, mesmo assim, temos conquistado muito... Eu fico muito feliz quando escuto mulheres que não têm nível cultural falar de um DIU... falar de uma camisinha feminina... Na verdade esse programa promove a saúde e educa a comunidade... E o resultado você vê aqui no nosso município.

*Percebo como **AC** re-toma a idéia da mudança do profissional a partir de sua inserção no PSF. Essa inserção lhe dá a possibilidade de se entranhar na dinâmica da vida na comunidade e se transformar a partir disto. Na sua fala, o programa é enaltecido como o possibilitador das mudanças no profissional. Mas me pergunto: como cada profissional se insere no programa e dá significado a essa prática? Como está sendo incorporado pelo*

*profissional esse sentido diferente? Que sentido é esse? Esse sentido é diferente em contraposição a que?*

*Compreendo que, no con-tato com os usuários, um universo outro se abre para o profissional. Este é re-conhecido nesta relação com a comunidade. Não seria esse re-conhecimento que acaba por se constituir em uma espécie de gratificação para o profissional? Não seria essa uma via através da qual o sentido vai se produzindo para ele? Seria isso que **AC** busca dizer? Contudo, a questão da diferença cultural que apresenta implica numa crítica, até certo ponto, elitista. Em que medida seria apropriado fazer uma comparação de um país, já mais estruturado há algum tempo do ponto de vista de políticas públicas, com outro ainda em estado embrionário tanto na perspectiva do profissional quanto do próprio usuário?*

**IAC** – *A nossa gratificação... em Cuba... é diferente... O sistema de saúde é integralmente gratuito... Não existe a medicina privada... Então, é muito simples que o médico se sinta gratificado justamente por seu paciente estar em perfeitas condições de saúde... (...) É o retorno do nosso trabalho... E nós ficamos felizes quando vemos que nossos pacientes ficam em ótimas condições de saúde... E justamente quando trabalhamos na prevenção... que é o mais importante para nós.*

*Neste ponto, sinto necessidade de atenuar a forte interferência ideológica na fala de **AC**. É fundamental re-conhecer o lugar do qual fala, carregado de crenças e apostas em uma ideologia, de caráter partidário, sobre sujeito e homem. Penso que essa ideologia não pode de forma alguma ser importada e “aplicada” em outra realidade. Sua paixão pelo programa impacta, mas para além dessas considerações, percebo a preciosidade de sua compreensão sobre a riqueza da aproximação entre profissional e usuário e as múltiplas transformações que esta pode produzir. O profissional se transforma, mas também, por meio de sua participação no programa e na vida da comunidade, pode contribuir na transformação de uma realidade. A comunidade pode não ser educada, mas é sempre educável.*

**IAC** – *Eu, às vezes, quando falo com as pessoas que estão trabalhando no Programa Saúde em Casa... eu falo que eles vão se sentir muito orgulhosos num futuro não muito distante... E vão contar aos seus filhos, aos seus netos que eles fizeram a história da saúde no Brasil...*

*Seria esse sentido da transformação mútua, na via da articulação entre saúde e educação, como atenção e cuidado no con-tato com o outro, para que esse outro possa conduzir adiante sua história, um sentido possível para o trabalho, a ser gerado pelo profissional na sua lida diária e incorporado a partir da experiência? Seria esse um indício*

para ser alcançada a prevalência da atitude política a partir de uma ética? Seria essa a via da saúde e educação no âmbito do público?

Na minha compreensão, dizer que o programa promove a saúde e educa a comunidade envolve objetivos voltados a uma lógica de produção de bem-estar, e uma produção de bem-estar que ocorre com o envolvimento do sujeito enquanto ele próprio sendo expressão do coletivo em sua subjetividade: sua própria comunidade. Falar de uma proposta de educar a comunidade implica em dizer da pro-vocação de uma mudança subjetiva e cultural. Saúde e educação vão novamente se mostrando como fios da trama...

**SAR** - Uma coisa que **MED** estava falando e eu acho muito importante: a universidade realmente não preparou os profissionais para trabalharem no PSF... Os cursos de saúde na universidade não têm uma estrutura curricular que permita o trabalho com comunidade... a compreensão de família nos aspectos sociais, econômicos e outras coisas... É isso que **AC** estava falando: os profissionais... a gente... está aprendendo na prática... As pessoas que estão aí na área de saúde estão aprendendo a ir descobrindo a partir do relacionamento, da convivência, do dia-a-dia... E isso é uma coisa importante... mas que traz alguns problemas também... Porque existe uma mudança... Mas você mudar algo que culturalmente você viveu e que faz parte do seu cotidiano é muito difícil... Então, você esbarra em dificuldades... Você tem que criar vínculos... e esses vínculos vão ter um retorno... Se você não tiver cuidado, isso vai prejudicar... porque você fazer vínculo significa você ter mais responsabilidade com a pessoa... Isso traz uma série de outros problemas para a própria equipe... porque juntando isso à demanda... você não vai dar conta de ter essa qualidade que você almeja... que o programa exige... de conversar, de ter o tempo... Você vai conversar... mas já fica pensando na fila que tem... Todo mundo reclama porque está demorando, mas quando chega a vez, quer que o seu atendimento demore... Então imagine isso você tendo que atender 16 pessoas... Vai ficar muito mais complicado!... Então... existe toda uma pressão para que o profissional seja dinâmico... seja uma série de coisas... mas no entanto a estrutura limita: tem um número de fichas e de formulários a preencher... uma série de coisas que não permitem a concretização da filosofia do PSF... principalmente por conta dessa demanda e por conta desses profissionais não terem uma prática em trabalhar com grupos... Então você fica no atendimento individual... você gasta um tempo bem maior do que se você tivesse trabalhando grupos na micro-área: grupos por gênero, por doença, ou por alguma outra classificação... Mas esse é um outro espaço que também requer muito mais do profissional... requer não só a oratória mas também algumas técnicas que possibilitem o envolvimento das pessoas naquele grupo... E é até possível a criação de grupos que por si só vão ser tocados e não vão precisar sempre da figura do profissional... Então, para isso, os profissionais ainda não estão totalmente preparados... A filosofia do PSF é ideal... Nela a gente acredita... A gente acha legal... Mas existem alguns entraves que não permitem a concretização desses objetivos mais gerais.

Pela primeira vez na discussão se abre a possibilidade de críticas ao PSF tal como ele vem ocorrendo. **SAR** traz a questão de que o PSF é um programa ideal, idealizado, e que não se concretiza como tal. Há diversos entraves apontados. Compreendo que ideal é algo

*inatingível. Isto me faz pensar que o programa não foi elaborado considerando como seria de fato estar debaixo do sol, com os pés na lama, ardendo no contato com a realidade nua e dura, lidando com uma população carente em vários aspectos, inclusive de serviços à mão.*

*A questão da formação profissional é abordada por SAR, que concorda ser possível a transformação do profissional a partir da prática, mas não suficiente. Isso faz ressonância em mim, pois acredito que a mudança de atitude não é uma coisa facilmente garantida apenas a partir da prática. A sensação de ir a campo sem o devido preparo pro-voca angústia e insegurança. Esse ponto da discussão me instiga a re-flexão sobre os cursos de formação. O caráter desses cursos dissocia a teoria da prática, justamente em um momento em que se teria das melhores oportunidades para aprender a importância do trânsito entre esses dois aspectos.*

**ISAR** – (...) cada um vai naquilo que aprendeu pessoalmente... Porque a universidade não preparou corretamente para estar trabalhando com comunidade... para estar estabelecendo vínculos, criando estes vínculos... Então, você vai naquilo que você acha... a partir da sua história, de vida mesmo, nas relações com as pessoas... Você dedicou toda a sua vida a estudar, a se isolar, a não manter essas relações mais fortes... Como você vai, de uma hora para outra, ser uma pessoa aberta, ser uma pessoa comunicativa... ter todos os requisitos que são necessários pra você criar esse vínculo? Então, as pessoas geralmente têm... os profissionais têm muito medo de criar este vínculo... e não poder corresponder depois... Então, a demanda vai ser muito grande...

*São muitas coisas expressas por SAR, que me estimulam a re-flexão. Algo que me toca é a indicação de um paradoxo entre a exigência do programa em termos de qualidade – que na verdade se respalda em critérios quantitativos, como o preenchimento de fichas e o atendimento de um número x de pessoas – e a qualidade que é desejada pelo profissional. A qualidade desejada pelo profissional e a exigida pelo programa parecem ser incompatíveis, referentes a ordens diversas de necessidades. Penso que a pressão para funcionar conforme o programado gera angústia, não dando conta de resolver os desafios do cotidiano na ação territorial do PSF. O profissional se angustia porque não consegue imprimir ao seu trabalho a qualidade que deseja, muito menos a que o PSF exige.*

*Mas esse é o meu ponto de vista. Em relação ao plano de SAR (talvez refletindo um movimento do grupo), percebo que, apesar de começar a ex-por as dificuldades do programa, indicando que uma das origens desses entraves pode ser a forma como o programa foi pensado/idealizado, ela acaba reforçando a questão da grande demanda e da formação profissional inadequada. Mas não seria essa a forma possível para se ex-por e*

*ex-por as dificuldades do programa, ou seja, com cautela? Assumir críticas não me parece tarefa fácil... Especialmente se existe uma aposta séria naquilo que se critica. Dou-me conta de que, de certa forma, essa é também a minha posição em relação ao programa!*

*Mas re-tomando meu plano de compreensão... Se é posta uma necessidade de preencher cotas de atendimento e dar conta de inúmeros procedimentos burocráticos, considerando que isso implica em dis-por de tempo, compreendo a dificuldade desses profissionais em dis-por do tempo que lhes cabe, na unidade e na comunidade, para se posicionarem no con-tato com os usuários, dispensando-lhes a atenção e o cuidado de que precisam, naquele momento. Há sempre a pre-ocupação com o tempo, com o número de pessoas que precisam ser atendidas, com os registros que precisam ser feitos. Percebo que não está havendo uma coerência entre os objetivos de prestar uma atenção diferenciada, mais próxima, mais cuidadosa e a operacionalização do trabalho. É isso que escuto **SAR** dizer.*

***SAR** retoma, ainda, a questão do vínculo. Compreendo que vínculo é abordado numa perspectiva de aproximação e de presença, mas ela indica um outro aspecto: a responsabilidade atrelada a essa aproximação. Um ponto destacado por **SAR** é a dificuldade para os profissionais de estabelecerem este vínculo, uma vez que depois não vão estar tendo tempo de corresponder. Como se ela dissesse: "se eu crio vínculo, me torno responsável, não vou poder dar conta depois, e aí?".*

*Compreendo que o profissional precisa de tempo para ouvir e para cuidar da aproximação com a comunidade que o PSF abre como possibilidade. Ele pode até querer estar presente, mas nem sempre isso parece ser possível. Não há tempo para conversa, para cuidar do con-tato. Compreendo que se o vínculo se torna uma condição para o desenvolvimento do trabalho, fica ressaltada a dimensão da técnica. Percebo que é nesta perspectiva que a própria **SAR** alerta para a dificuldade de dar conta da responsabilidade que está atrelada ao vínculo. Penso que é realmente difícil dar conta do vínculo enquanto obrigação.*

*Na minha compreensão, para ser acolhido e se tornar pertencente à comunidade, o profissional precisa estar presente, próximo, para que se possa criar, assim, uma referência. Tratando-se de relações humanas, pergunto-me: é viável lançar mão de uma técnica para essa aproximação? É praticável operacionalizar as relações, a aproximação entre as pessoas? Penso que o fundamental é estar disponível para esse con-tato e ir com tato.*

*Pelo que **SAR** aponta, o profissional nem sempre está dis-ponível para entrar nesse universo. E ainda que esteja, há uma estrutura limitante. Há parâmetros a serem observados, em relação à quantidade de pessoas atendidas, de fichas a preencher e outras coisas. Fico com a impressão de uma mistura confusa nos objetivos do programa, que apregoa uma qualidade na realização do trabalho, mas se apega a dados estatísticos e quantitativos, sendo inábil para perceber uma outra dimensão que o trabalho no PSF traz, impossível de*

quantificar. Parece-me que **SAR** tenta apontar essa outra dimensão... Não se trataria do âmbito das relações humanas propriamente, ao serem assumidas com propriedade pelos profissionais das equipas na aproximação com a comunidade? Dou-me conta de que o programa parece prometer algo nesse âmbito que não pode se efetivar.

**SAR** ocupa o lugar de quem chega para fazer uma ação em conjunto com as equipas de PSF, focalizando o aspecto da promoção à saúde. É justamente ela, que de certa forma não está totalmente submergida na ação cotidiana no PSF, que aponta inicialmente no grupo essas dificuldades todas. Ela, que chega como estrangeira, com uma proposta de atuação conjunta. Ela aponta a existência de uma pressão sobre esse profissional do PSF. Será que ela não estaria sendo a porta voz do grupo? Sua exposição referente a algumas dificuldades do programa abre para o grupo a possibilidade de expressão de como vem acontecendo a ação real, a ação possível no PSF. Percebo que é como se ela tivesse retirado o véu do discurso bonito em relação ao programa – ainda que este tenha sentido ou a isto os profissionais se agarrem para garantir o sentido – tornando possível o desvelamento da ação tal como ela está ocorrendo. O PSF é re-velado como um programa idealizado e não-factível como tal. Isto me faz questionar: para quem está envolvido nesta ação, admitir isto não seria por em questão o próprio sentido do seu fazer, além de abrir questionamentos acerca do caráter ideológico antecipando-se ao real?

**F1** - A gente está abordando algo que é bem interessante... E acho que merece um pouco mais da nossa consideração... Parece haver uma proposta... que, como outras pessoas aqui já falaram, é interessante... exige um posicionamento diferente do profissional... mas ao mesmo tempo... é reconhecido que algumas condições não estão sendo dadas para que o programa aconteça da forma como foi planejado ou como foi proposto... Eu não sei se as pessoas sentem isso ou não na prática... Eu acho que essas questões que **SAR** está trazendo têm referência direta com a prática de quem está no dia-a-dia nas equipas.

**AC** – Acho que o mais importante é a quantidade de famílias... São mil e poucas famílias para cada equipe...

*Diante da minha pontuação, que busca estimular o relato das pessoas que estão na ação cotidiana, nas equipas de PSF, em relação às dificuldades da prática apontadas por **SAR**, **AC** refere a quantidade excessiva de famílias como o principal entrave do PSF. Isso parece tirar de foco a ex-periência dos profissionais que estão nas equipas. Passo a tentar dizer isto de outra forma...*

*Apontar a quantidade de famílias como o problema mais importante é tirar de cena outras questões igualmente importantes. Tenho a impressão de que a fala de **AC** resguarda*

*a crítica ao programa, em sua filosofia, enfatizando só a inexistência de uma cobertura<sup>25</sup> de 100% como o grande problema. Não seria importante pensar na qualidade dessa cobertura? E, mais que isso, pensar a partir de que perspectiva se considera qualidade? E isso implicaria em re-pensar o próprio programa... Para as equipes que já estão aí, na ação cotidiana, não haveria outras questões, além do número excessivo de famílias a serem atendidas, justificando as suas dificuldades? Penso que existem outros aspectos que precisam ser avaliados, em relação à própria natureza e concepção do programa.*

**SUP** – É demais... 1.400, 1.500 famílias.

**AC** – Exatamente!... Para uma equipe! Dessa forma, é necessário dar prioridade às prioridades! Nem todo mundo pode ser visitado como o programa exige... porque o programa exige visitar aquela pessoa em situação crônica... mas também exige que se faça uma visita domiciliar àquela pessoa pelo menos uma vez a cada seis meses... O programa é muito exigente em sua filosofia... Mas na verdade não se pode dar conta... devido a quantidade de famílias.

*Fico me perguntando: o que exatamente **AC** quis dizer com dar prioridade às prioridades? Imagine: se as prioridades do Ministério já elegem um certo número de problemas a serem focalizados, implicando um recorte do real, a fala de **AC** me faz imaginar que, dentre as prioridades, é necessário eleger o que é prioritário. Não seria esse um ponto crítico para a avaliação do programa?*

*Claro que a definição das prioridades para a atenção básica decorreu de dados e critérios epidemiológicos, sendo pertinentes. Então, se não se consegue dar conta nem dessas e torna-se necessário eleger o que é prioritário entre as prioridades, de que qualidade se está falando? O programa acaba se caracterizando como parcial, sem conseguir responder às reais necessidades da população, uma vez que nem sempre essas necessidades vão se encaixar com as prioridades do Ministério. Penso ser necessário estar re-pensando essa questão. Fico com a impressão de um programa que trabalha em cima de focos de incêndio, emergencialmente, remediando situações.*

*Nesse contexto, percebo que **AC** novamente retoma a quantidade de famílias como o grande problema, sem entrar no mérito de críticas ao programa. Seria esse um modo de des-locar o foco da distância entre o idealizado/planejado e o real/factível? Estaria escapando da prevalência da ideologia sobre a necessidade?*

**SM** – Essa questão de prioridade... considerando o que **SAR** falou... a forma como o programa vem acontecendo... eu acho que o programa é um grande avanço, sem dúvida... Para mim, acho que mudou a visão de saúde que a gente tinha... Isso

---

<sup>25</sup> Cobertura aqui se refere a um número de equipes de PSF suficiente para cuidar de toda a população de determinado território.

de que a faculdade não prepara... eu acho que até desprepara a gente para funcionar desse jeito... Acho que ela faz um serviço ao contrário... E eu acho que com essas dificuldades de quantidade de famílias... as dificuldades sócio-econômicas que a gente encontra na comunidade... a construção dessas prioridades não é muito adequada... Eu tenho dúvida em relação a isso... É difícil você avaliar, mas eu acho muito polêmica essa questão da definição das prioridades... hanseníase, tuberculose, hipertensão... Acaba sendo um contra-senso... porque é o Programa Saúde da Família... mas acaba-se esfacelando a pessoa em várias patologias... Na verdade, não é nem saúde... são várias doenças... E assim, a saúde mental também... Mas eu acho que... falando da questão da saúde mental no território... a gente teve um grande avanço... Pela minha experiência de trabalhar no território em saúde mental... quer dizer, acho que aqui em Pernambuco só tem Camaragibe, Cabo e agora Recife também, tentando fazer esse trabalho... Mas é um ganho incontestável e que faz muita diferença!... E a gente sente na pele essa questão de estar junto das equipes do Saúde em Casa e perceber a dificuldade que é conciliar a rotina delas com a questão da saúde mental... Ou a equipe realmente veste a camisa e assume isso... já que não é uma determinação ministerial... não está dentro das doenças elegíveis... ou senão a coisa tende a ir para trás em vez de progredir... Mas eu acho que é uma coisa muito difícil... não é tão simples definir... Mas penso que é por aí.

*SM* recorre à fala de *AC*, que havia mencionado a questão das prioridades ministeriais para o PSF, e faz uma outra abordagem da questão. Ela refere a formação profissional ofertada pelas universidades, considerada inadequada e deficiente, a quantidade excessiva de famílias e as condições precárias de vida das pessoas, como aspectos que entravam a atuação no PSF, mas não se furta a ir além, fazendo uma crítica ao próprio programa. Assim, *SM* critica a eleição de prioridades para atuação do PSF. Sua crítica vai fazendo ressonância na minha compreensão, como tento expressar a seguir...

A própria terminologia Programa Saúde da Família, como *SM* indica, está distorcida pela prática real. Compreendo que "Saúde da Família" dá a idéia de algo que se abre para a complexidade da existência, do processo saúde-doença, e que vai muito além do comportamento das doenças na sociedade. Isso implica a própria compreensão de cada pessoa em relação à vida, em relação à saúde e à doença. Então, um programa que se debruça sobre a saúde da família se coloca na complexidade do real, envolvendo o processo saúde-doença que acontece nas pessoas, entre pessoas. Apesar desse nome, que faz imaginar uma abrangência muito maior em termos de atuação, o que se percebe é que, na prática, há uma focalização/orientação para determinados tipos de problemas. Penso que, quando se faz essa orientação, não se consegue dar conta de um olhar integral. Eu percebo que essa crítica que *SM* faz é muito pertinente, abordando a necessidade de se refletir em relação ao próprio programa, à sua pertinência, ao menos à pertinência da forma como ele vem acontecendo. Concordo que acaba sendo mesmo um contra-senso, como *SM* diz.

Realmente me mobiliza essa pontuação crítica feita por *SM* à construção de prioridades pelo Ministério da Saúde para a atuação do PSF. As prioridades definidas parecem suplantam algo que é da ordem da experiência dos profissionais no território. É possível que outros aspectos se mostrem como prioritários nesse con-tato com a população.

Será possível se centrar apenas nas prioridades? E, na realidade, de que prioridades se trata? Do Programa, do Ministério, da ideologia, da saúde, da doença? Enquanto isso, a prioridade do usuário e o sentido do seu adoecer e de seu cuidado nem estão sendo vistos, quanto mais ouvidos...

Considerando o que **SM** diz, acaba sendo um programa que não é de saúde da família, que não possibilita, de fato, esse olhar para a família, essa intervenção mais ampla. O olhar continua para o indivíduo e suas queixas, suas doenças presentes, que exigem uma intervenção imediata e remediativa. Pergunto-me: que caráter de promoção à saúde está sendo possível, na ação do Programa Saúde da Família, quando a prática real parece ainda se centrar em um modelo curativo e emergencial?

Quando **SM** fala da dificuldade de conciliar a rotina das equipes de PSF com a saúde mental, percebo que, se ainda é necessário falar de "saúdes", compreendo que isto pode se dever ao fato de que a prática do setor saúde é ainda fragmentada, especializada, mesmo tendo proposta interdisciplinar. Tecer essa integração é tarefa tão complexa quanto a de estar vivo e ser gente.

É interessante notar que **SM**, como **SAR**, também é "estrangeira":

**ISM** – ... eu sou técnica em Saúde Mental, trabalho na ponta... Mas, o discurso da gente, meu e de **SAR**, é mais teórico, não é? E o das meninas é muito mais prático... Aí, dá essa discrepância... Porque eu acho que o PSF... o PSC, no caso... é mais sobrecarregado do que a gente... com certeza... Eu acho que está mais no caldeirão da coisa.

Ambas chegam às equipes de PSF com uma proposta de atuação conjunta. **SM**, no caso, focaliza a questão da saúde mental. No grupo, chama a atenção o fato de ter sido justamente ela a pessoa a continuar indicando as dificuldades da ação real cotidiana das equipes.

**SAR** - Nessa estrutura está implicado um outro detalhe que impede de objetivamente colocar em prática o programa... Seria a própria compreensão que a comunidade tem daquele equipamento... As pessoas ainda acham que aquilo é um posto de saúde... e que deveria ser um hospital... Pode perguntar a qualquer pessoa... Porque todo mundo solicita ambulância... ou um cardiologista... ou um pediatra 24 horas... Então, o desejo das pessoas é que haja assistência à saúde de caráter hospitalar o mais próximo possível... Não precisa... Mas para eles precisa... porque é um espaço que eles imaginam ser mais próximo da sua casa... que realmente no seu universo compreenda a saúde... Não adianta ter um médico que só encaminha... Mas é assim... na concepção da maioria das pessoas... que ainda não compreendem o que a gente acredita que é o PSF... ainda não têm a noção exata do que seja o PSF... E, além disso, a unidade de PSF é o equipamento público, social, que hoje em dia está mais próximo... mais próximo do que a escola... mais próximo do que um hospital... então, termina sendo o foco principal das críticas, da ansiedade, da falta de estrutura, saneamento...

*Assim tudo recai sobre a unidade... porque é o profissional que está lá pertinho... representando o poder público.*

**SM** – E tem o problema da criminalidade.

**SAR** – *Exatamente, da segurança pública...*

**SAR** traz um ponto fundamental: a compreensão da população em relação ao programa. Para ela, o não conhecimento da população sobre a proposta do programa é colocado como um entrave para o seu bom funcionamento. Parece-me que mais uma vez se desvia a discussão de uma crítica mais direcionada ao próprio programa. Seria um modo de esfriar os ânimos do grupo, depois do que considero uma entrada incisiva e crítica de **SM** na própria concepção do programa?

Considero que é improdutivo esperar que a comunidade prontamente compreenda a proposta do PSF. É um programa que vem com outros objetivos, exigindo uma aproximação com a comunidade no sentido de discutir a atenção à saúde que eles desejam e a que eles conhecem, articulando com essa outra perspectiva que é trazida pelo PSF. Não haveria um diálogo importante e incansável a ser travado aqui? Penso ser natural a comunidade se relacionar com o PSF a partir do que eles têm como referência da rede de saúde tradicional. Sendo o momento de transição de modelos, essa compreensão mútua – entre equipe do PSF e comunidade de usuários – ocorre de modo complexo.

Se o PSF tem uma proposta diferente do que as pessoas conhecem em termos de serviços de saúde, se ele traz uma ênfase na promoção à saúde, a população por seu lado, carente de recursos diversos, necessita de assistência imediata para suas doenças. É também real o fato de que muitos dos problemas levados para as equipes têm uma origem sócio-econômica que precisa ser considerada. Antes da oportunidade de se criar uma referência específica em saúde, já é claro para a população que aquele é um recurso do poder público. A equipe, sendo referência para a população, passa a receber todo tipo de cobrança da população. Nesse contexto, pode ocorrer de ela se retrair, ao invés de aproveitar e já promover uma re-educação, exatamente pela possibilidade de con-tato, presença e “vínculo”.

Questiono: O que de fato é a noção exata do que seja o PSF, como pretende **SAR**? Quem é “dono” do programa? Quem o criou, quem o executa ou quem dele vem fazendo uso? Não seria a compreensão do PSF algo que está lançado em produção contínua? Parece-me que a sua idealização, a sua formatação não garante a sua efetivação conformada. Ele foi pensado de uma forma ideal, representa avanços na prática em saúde,

mas já podem ser identificados vários buracos<sup>26</sup>, que começaram a ser apontados até este ponto da discussão do grupo.

Se havia essa proposta diferenciada do PSF, a comunidade precisava ter sido trabalhada, escutada, ou melhor, educada dentro desta outra perspectiva de trabalho em saúde. Ou, então, isso precisaria ir acontecendo simultaneamente à implantação do trabalho. Pergunto-me: não estariam também os profissionais repetindo um modelo conhecido/tradicional na prática do PSF? Não estaria o PSF se tornando uma re-petição de modelo, uma vez que a necessidade do cotidiano pede que se recorra a uma atuação familiar, pois, para o profissional, essa outra proposta de aproximação real com a população e suas mazelas amedronta, causa estranheza? Por outro lado, também para os usuários o desejo é de uma resposta imediata aos seus problemas, sob a forma de atenção à saúde.

Pergunto-me: não parece estar se instalando uma situação delicada, gerada pela implantação de um programa público sem o devido cuidado com todas as etapas necessárias e a consideração da realidade sócio-cultural das comunidades?

**SM** – Hoje eu estava participando da capacitação em Recife e um médico contou que estava ameaçado de seqüestro no Ibura... Eu não sei se teria coragem de enfrentar uma situação dessa...

Estar lançado no território envolve riscos, inclusive à própria segurança. A importância da disponibilidade para assumir o lugar de profissional de saúde em equipe de PSF está ressaltada na fala de **SM**. Considero que a disponibilidade para se colocar à mão da comunidade, compondo a equipe de um serviço disponível enquanto utensílio para a população, ex-posto aos perigos da vida na área, geralmente carente e por vezes violenta, torna-se um critério fundamental para a escolha deste profissional.

Além do mais, ao se expressar a intensidade da possível violência a que se expõe esse profissional nesta nova proposta, não quereria dizer-se da estranheza do contato com o real cotidiano onde e da forma como ele de fato se apresenta, sem a “asepsia” dos postos de saúde e ambulatórios no que diz respeito ao modo do viver do usuário?

**SAR** – Então, a equipe fica muito exposta a essa pressão da comunidade... que não vê outro canal para estar expressando esse descontentamento... “Porque minha rua não é calçada?”... Assim, quando o ACS chega na casa das pessoas... escuta muito mais coisas que não têm a ver diretamente com o seu trabalho... Porque em saúde estão envolvidos todos os aspectos... mas não compete ao ACS calçar rua, conseguir comida, melhorar água... Mas a equipe de PSF é a única que está junto... que está chegando na casa... Então, a

<sup>26</sup> Lembrando Guimarães Rosas (1968, **Tutaméia**, Rio de Janeiro: José Olympio): Um menino vendo pescadores consertando suas redes, diz ao pai: “Olha, estão costurando buracos!!!”

*comunidade vai reclamar a quem? Claro que as pessoas vão reclamar a quem é pago pela prefeitura.*

**SAR** indica que, além das pressões próprias do trabalho em saúde que precisa ser realizado, a equipe vira alvo da pressão da comunidade em relação a todas as queixas e insatisfações decorrentes das falhas e descasos das políticas públicas. Isso ocorre pelo fato de o PSF ser identificado como um programa público, do governo, que vai até o sujeito/cidadão, propondo-se a ouvi-lo e cuidá-lo.

*Como lidar com essa situação? Será que de fato não compete à equipe se envolver nesses questionamentos e reivindicações, como **SAR** indica? A compreensão que se tem atualmente de saúde extrapola o modelo biológico, englobando aspectos diversos, inclusive sociais e políticos. As queixas de que **SAR** se serve para exemplificar o que está querendo dizer se referem à condição de vida das pessoas: calçamento de rua, saneamento, acesso à alimentação. Até que ponto a equipe precisa se implicar nestas questões? Até que ponto ela pode se isentar de estar implicada nestas questões?*

*De qualquer maneira, a equipe é re-presentante do poder público, sendo isto parte de sua condição de existência. Além disto, ela está próxima da comunidade e está à mão para que a população dela se sirva. Tornando-se referência, será mesmo pro-curada pelos usuários, para queixas diversas referentes ao seu sofrimento como existente. Saúde não diz respeito ao bem-estar?*

*Possivelmente nas consultas, nas visitas domiciliares, nos grupos de orientação, outras necessidades e carências poderão se mostrar travestidas de queixas somáticas. Esse apelo de melhoria da condição de vida chega à equipe de PSF de diversos modos. Nesse contexto, com que saúde, que bem-estar, que qualidade de vida a equipe está comprometida? Como se posiciona?*

**IMED** – (...) Por exemplo, tem paciente que no início chegou aqui... para conhecer... para sentir... e de lá para cá, eu estou conhecendo o paciente... Ou seja, são pacientes que chegam aqui sem doença alguma... patologia física alguma... Assim, a consulta é só para conversar... só para desabafar.

**SM** – Acho que não compete entre aspas... Quando a gente vai para o conceito da OMS, saúde é bem-estar bio-psico-social... Sendo assim, outros organismos deviam estar juntos também... Mas acho que quando a gente fala do bem-estar, entra a questão do saneamento e tantas outras coisas... Acho que existe a questão do papel político da equipe de saúde... de poder estar fomentando essa discussão... de correr atrás... de articular com outras Secretarias... Isso não é um papel exclusivo da Saúde... Acho que o problema que **SAR** está falando é esse mesmo: por ser o organismo público mais próximo da comunidade, a unidade de PSF acaba se sobrecarregando.

**SM** traz uma compreensão do papel político da equipe de saúde, que a compromete inclusive na consideração e tentativa de resolução das dificuldades de ordem

prática da comunidade, que remetem às outras políticas públicas. Havendo o compromisso com o bem-estar, e sendo bem-estar pensado no panorama de condição de vida, a equipe de saúde precisaria estar envolvida com essas questões, da forma como compreendo **SM**.

Percebo que o adjetivo **político** usado por **SM** remete a um posicionamento diante das dificuldades apresentadas pela população em relação à precariedade do seu modo de vida. A equipe é afetada e pro-vocada pela comunidade de usuários a dar resoluções. **SM** aponta que, para a equipe, é impossível se furtar a esse compromisso – que eu considero como ético e político – mas, ao mesmo tempo, indica que é impraticável dar conta destes desafios sem articulação com outros setores responsáveis pelas políticas públicas.

Isto me faz pensar que esse modelo parece trazer um duplo desafio: a integração no setor saúde e a articulação deste com outros setores das políticas públicas. Encarar este desafio requer uma aproximação com a população, no sentido de também responsabilizar os usuários, ou seja, de mobilizá-los a pro-curar soluções para as suas dificuldades, lançando mão dos recursos das políticas públicas. E, assim, o desafio do profissional da equipe de PSF se agiganta cada vez mais, não podendo ser desconsiderado um elemento educativo e conscientizador. Pergunto-me: um dos méritos deste programa público não seria o de abrir a possibilidade para uma apropriação de um sentido de cidadania, tanto para os profissionais quanto para a população que faz uso do PSF?

**SAR** – Um outro problema que recai muito é que... além do número de famílias... além dessa pressão toda... existe a história de não haver... hoje em dia... uma participação comunitária mais ativa... A participação comunitária está muito subjugada a uma série de coisas... de organização comunitária... A gente avalia que há décadas as pessoas se reuniam, se mobilizavam... Atualmente você não pode nem questionar muito... senão você é demitido... Então, isso acaba desmobilizando cada vez mais as pessoas... e cada um fica mesmo por si... Isso enfraquece muito... A equipe não consegue dar conta de estar também mobilizando a comunidade para que ela reivindique água, esgoto, saneamento básico, educação... Então, a equipe de saúde é posta em uma situação em que a ela cabe mobilizar... porque ela é que está próxima da comunidade... Teoricamente deveria... mas não consegue por conta da grande demanda... E justamente por estar tão próxima da comunidade é que a equipe termina também sendo palco de várias outras demandas... da área de educação, da infra-estrutura, por exemplo... Quando se quer alguma coisa, as agentes são solicitadas por estarem mais próximas da comunidade... Quando se trata de organizar o conselho local, seja de habitação, seja de saúde... então se mobiliza a equipe de saúde, porque está mais próxima... Quando se quer fazer divulgação de algum serviço da prefeitura, aciona-se a equipe do PSF, pois ela está mais próxima... O PSF acaba sendo um caminho por onde as outras políticas vão entrando na comunidade.

A partir da fala de **SAR**, fico com a impressão de que a equipe de PSF, além de sobrecarregada, está enfraquecida enquanto grupo. Quando ela fala de uma participação

comunitária atual menos ativa e subjugada a vários fatores, isto não serviria tanto para comunidade quanto para a própria equipe? Sendo assim, torna-se difícil para a equipe assumir esse papel de articuladora da comunidade. Considerando a grande demanda, isso fica impraticável, apesar de **SAR** admitir, agora, que essa articulação e mobilização da comunidade constituem “teoricamente” papel da equipe de saúde.

A sobrecarga que pesa sobre a equipe de PSF agora é destacada por **SAR** em referência ao fato de ela ser palco de várias outras demandas. Por ser o aparato público mais próximo à população, a equipe acaba sendo utilizada para ações de responsabilidade de vários setores das políticas públicas, além da saúde. Mesmo dizendo de uma integração no mínimo interessante, torna-se fundamental re-fletir sobre como essas solicitações chegam para as equipes de PSF e como esses profissionais se sentem e são estimulados para a realização dessas ações.

**MED** - Mas eu acho que isso já está sendo incrementado... Já estão sendo criados uns conselhos por micro-área... Por exemplo: de cada micro-área minha eu tenho duas pacientes, duas pessoas da comunidade... Então, no dia da reunião elas estão ali presentes... inclusive são titulares e elas gostam desse nome... Elas vão para a reunião... a gente se reúne e vai o próprio presidente do conselho de saúde... e ali elas passam as dificuldades da comunidade para a gente... dificuldades não só da área de saúde... Elas comunicam tudo... de assalto, as dificuldades de água, de saneamento básico...

**MED**, sendo integrante de equipe de PSF, entra na discussão chamando a atenção para o incremento da participação comunitária, através da formação dos conselhos locais de saúde, que são mecanismos para garantir que os usuários avaliem, opinem e deliberem sobre a condução da política de saúde.

Apesar de estar sendo abordada na discussão a questão do papel político da equipe de PSF, em se tratando do envolvimento com questões que extrapolam o cuidado à saúde (biológica), ela não se detém nisto. Este aspecto me chama a atenção. **MED** reconhece essa dimensão, faz referência a sua participação nas reuniões do conselho, em que se discute questões sociais diversas. No entanto, sua posição em relação à condução destas dificuldades é omitida. Imagino que o “tudo” que é comunicado nestas reuniões do conselho afeta a equipe e requer um posicionamento.

**SM** – Eu continuo achando que é o papel... Agora eu penso que não é o papel sozinho... nem deixa de ser o papel porque tem que dar conta da demanda... porque tem muita gente para atender, muita família, muito usuário... Eu acho que é papel da equipe estar articulando educação, saúde, conselho... envolvendo todas as questões... sendo que isso é difícil.

**SM** re-afirma sua compreensão de que cabe à equipe de PSF esse papel de articulação para buscar responder a queixas que envolvem outros setores públicos também. Compreendo que a equipe é apontada como um dos atores nessa busca de produção de bem-estar. A grande demanda, palavra utilizada para se referir à quantidade de pessoas para atender, mesmo constituindo um obstáculo, não inviabiliza que esse papel seja assumido, na opinião de **SM**.

Compreendo que se torna impossível, para a equipe, escapar da consideração desses fatores sociais, que marcam a vida das pessoas naquele território. Mais que considerar, percebo a necessidade de agir. Essa ação está longe de ser algo formatado. Falo de ação como produção, a partir do encontro com os outros. A equipe precisa assumir esse papel de produtora de bem-estar, com a compreensão de que esse bem-estar envolve todas as dimensões de vida de um ser humano e varia de acordo com a perspectiva de cada um. Ser profissional de saúde que se lança nesse tipo de ação territorial, requer um olhar que acolha a diversidade e a multiplicidade de ser gente.

**SAR** - Eu estou colocando como se fosse uma demanda a mais, uma sobrecarga a mais... É o papel... faz parte... só que a equipe não consegue assumir esse papel... porque ela está sendo o alvo... não tem tempo para processar todos essas atribuições... por conta da demanda.

**SAR** admite como papel da equipe a articulação de outros recursos das políticas públicas e de mobilização da comunidade, mas sua fala traz alguns aspectos cruciais, que possivelmente re-fletem, ou seja, fazem aparecer a situação das equipes em relação a este ponto. Ainda que seja papel, a equipe não consegue assumir. Estando pressionada na ação cotidiana pelas várias atribuições, isso chega como uma sobrecarga, algo a mais. Percebo que, na visão de **SAR**, as equipes estão longe de incorporar esse papel político, de se posicionarem de modo a agirem para além da assistência imediata.

Parece que só está sendo possível dar conta do emergencial, das queixas somáticas. Só está sendo possível oferecer atenção básica ao efeito, à doença. É impraticável para a equipe cuidar da urgência, no sentido de buscar ouvir o grito emudecido pela brutalidade da existência cotidiana, da angústia própria do existir, da origem do sofrimento, que acaba se marcando no corpo para poder ser alvo de alguma atenção. Ir além do cuidado emergencial, remediativo parece estar impraticável para estas equipes. Ou então, não está podendo se constituir como atenção diante das outras demandas. Então, como será possível trabalhar no viés da produção da promoção de saúde?

**IMED** - (...) A gente recebeu... da Secretaria de Saúde... esse panfletozinho escrito: "Como diferenciar uma urgência de um atendimento ambulatorial"... Porque, pela Secretaria de Saúde, a gente tem um número x de pacientes que são atendidos com consulta marcada...

por turno... Só que esse número sempre extrapola... por conta de urgência... Só que essas urgências... entre aspas... alguns casos são de urgência... e tem outros que realmente não são urgência... Então, a gente tem que orientar os pacientes em relação a isso... ou seja... o que eles consideram como urgência aqui... Você veja que eles colocam pacientes com crise de asma... crianças com diarreia com mais de dez episódios por dia... febre acima de 38... Então, a gente tem que fazer uma verdadeira triagem... (...) Se é urgência, aí a gente atende... A gente atende os que estão marcados e vai encaixando as urgências... de acordo com a disponibilidade, vai encaixando esses pacientes da urgência... e eles vão sendo atendidos.

*Fico com a impressão de que o programa está funcionando como uma bomba-relógio. Ou uma panela de pressão. Em estado de ebulição. O estouro pode vir a qualquer momento. Ou as pequenas explosões já podem estar acontecendo diariamente. Os incêndios são apagados no cotidiano, mas a origem não está sendo cuidada. Isto me faz pensar que os profissionais precisam ser cuidados, precisam da oportunidade de re-fletir sobre sua prática e re-direcionar sua ação, em um sentido mais produtivo e apropriado. Cuidando deles, por tabela, se pro-move um cuidado à comunidade. A equipe está ardendo neste fogo da ação cotidiana. Esta poderia estar sendo curtida, saboreada, mas, na verdade, parece estar gerando tensão e mais angústia, possivelmente em doses mais fortes que as já próprias do existir. Nessa fala, por exemplo, o que estaria sendo compreendido por **urgência**? Sabem eles, e a Secretaria, distingui-la de **emergência**? Considerar esses aspectos diminuiria a angústia? Contudo, sem dúvida refletir e aclarar já poderia ser um acolhimento e cuidado ao sofrimento do profissional...*

**AC** – Eu queria dizer uma coisa muito importante... É um detalhe que não se pode esquecer... A gente está trabalhando muito nessa articulação com as regionais I, II, III e IV<sup>27</sup>... Mas uma coisa importante é que nem todo mundo na comunidade está consciente do que é o Programa Saúde em Casa... Muitos de nós... e talvez as pessoas das outras secretarias... que também atuam na comunidade... ainda não conhecem a proposta do Programa Saúde em Casa... Mas vamos chegar ao que a gente quer.

**F1** – Está em processo.

**AC** – Está em processo... lógico... Mas houve uma ocasião em que eu escutava um companheiro, membro do Conselho de Saúde... ele começou a falar do programa... Naquela época, tínhamos um outro secretário de saúde e ele me levou naquela reunião... Eu expliquei o que era o programa, a filosofia do programa... E além

<sup>27</sup> A depoente se refere à setorialização do município em 4 regionais, a partir da qual se organizam todas as ações das políticas públicas. Há uma diretriz de governo para ações intersetoriais, envolvendo todas as secretarias municipais em planejamentos articulados.

disso questionei que havia muitos companheiros que, ao invés de se aproximarem das equipes, do que estava acontecendo... só faziam criticar... Porque às vezes, infelizmente, não se pode dar conta de tudo... Mas eu acho que estamos em um processo positivo... de quem também está tentando entender o programa... está tomando isso como referência e se integrando mais ao Programa... Porque na verdade, não somente a comunidade não compreende... mas também muitas pessoas de outras secretarias e de outros níveis... também acontece de essas pessoas não terem clareza quando estão falando de Saúde da Família...

**SAR** - *É um trabalho de formiguinha.*

**AC** - Mas, a gente chega lá!

*Na minha perspectiva, AC reforça a idéia de que falta uma compreensão das pessoas, não apenas da comunidade, mas também de outros setores das políticas públicas e mesmo de pessoas do setor saúde, em relação ao programa. Não estaria neste seu dizer a defesa de um programa muito bem elaborado, cujo avanço está atrapalhado por alguns aspectos externos, como a falta de compreensão de sua filosofia? Novamente uma exacerbação ideológica sobre o real?*

*Percebo que a partir da compreensão e avaliação da ação possível podem ser percebidas ou abertas brechas para que essa mesma ação seja investida de outras possibilidades... O PSF já saiu da ordem das idéias, está sendo posto em prática, as equipes estão já debaixo do sol, com os pés na ação cotidiana. Neste ponto, não seria importante que a ação real fosse considerada, para que o programa pudesse ter continuidade, aproximando-se mais do objetivo de produzir bem-estar para a comunidade de usuários, desprendendo-se de um modo remediativo-emergencial, sendo conduzido pelas mãos não só dos seus elaboradores e gestores, mas também por quem está fazendo o programa na prática e pelos próprios usuários? Não seria necessário abrir espaço para uma elaboração da experiência que já se teceu, de modo que novos caminhos possam se mostrar?*

*Continuo meus questionamentos... Não estaria o grupo com dificuldade de encarar as problemáticas até aqui apontadas, que, do meu ponto de vista, parecem re-fletir a necessidade de re-pensar o programa? Afinal, re-significar uma prática é caminho tortuoso e cheio de espinhos... Implica em abrir mão de representações, geralmente tão bem arrumadas, em prol de um con-tato com a realidade de um modo mais próprio.*

**SM** - É um trabalho de formiguinha que tem resultados!... Eu vim para o colegiado da Secretaria... do qual eu nunca tinha participado... e fiquei impressionada com os indicadores... O indicador da mortalidade infantil, por exemplo, teve uma boa redução... Eu realmente fiquei impressionada com algumas coisas.

**F1** - Isso aponta que algo está acontecendo... algo está se modificando.

**SM** – Inclusive o indicador de saúde mental, referente às internações psiquiátricas, foi muito palpável... É muito significativa a questão da redução da internação... que chama a atenção... e é também por conta desse trabalho.

**MED** – E a quantidade de criancinhas menores de um ano que morriam de diarreia antigamente? Hoje em dia... Veja a mudança!

**AC** – A mortalidade está em 18, abaixo dos parâmetros estabelecidos pelo Estado... A taxa de mortalidade infantil é um indicador, reconhecido pela OMS e pela OPAS<sup>28</sup>, que mede internacionalmente o estado de desenvolvimento de um país, estado ou município... É feito um trabalho muito sério aqui no município!... Esse trabalho engloba pré-natal de qualidade, atendimento prioritário a crianças menores de 1 ano, puericultura, incentivo ao aleitamento materno, discussão de óbitos de menores de 1 ano com as equipes de PSF, articulação com profissionais de hospitais e maternidades do município... Quando uma criança menor de um ano fica doente, a supervisora é mobilizada... todo mundo na secretaria se mobiliza... além da equipe, todo mundo vai lá... o menino vai ser avaliado por um médico... eu vou de novo avaliar essa criança e o resultado...

**SUP** – ... é satisfatório.

*Neste trecho, o grupo traz a indicação dos resultados positivos da ação territorial em saúde através do PSF. Esse movimento não estaria apontando uma necessidade do grupo de re-afirmar a importância e pertinência do PSF, a partir dos resultados que proporciona? Percebo que é como se quisessem dizer que, apesar das dificuldades e entraves, resultados são alcançados. Isso me faz pensar que recorrer a resultados "concretos" pode ser algo que auxilia na apropriação de um sentido para a ação desenvolvida.*

*O acontecimento desse momento no grupo, nesse ponto da discussão, me faz refletir sobre a possibilidade de o grupo estar buscando, através de ex-posição desses resultados aliviar, antes de poder seguir considerando as dificuldades do PSF, tal como ele vem ocorrendo.*

*Os indicadores referidos se baseiam em critérios estatísticos. São as medidas utilizadas para conduzir a política. Considero que são importantes e, especialmente quando bons, impressionam. Mas me parece que não aliviam a pressão de quem está no dia-a-dia da ação, exceto pelo fato de garantir alguma satisfação pela conquista de resultados.*

**ENF** - Eu penso o PSF como uma porta de entrada de tudo... Se o usuário quer reclamar da educação, ele não vai à Secretaria de Educação... ele vai no postinho reclamar com a gente... Então, nós somos uma porta de entrada... E nós temos que ser políticos... Se nós não formos

---

<sup>28</sup> OMS é a sigla da Organização Mundial de Saúde e OPAS, da Organização Pan-Americana de Saúde.

políticos, a gente não vai fazer nada... E tem que ter essa intersectorialidade... as outras secretarias precisam atuar... Não somente os profissionais da área de saúde têm que ser sensibilizados quanto ao programa... mas também todos os profissionais, todas as secretarias, seja a Cultura, seja a Educação... Tudo! Porque, senão, não vai funcionar... E a portinha somos nós.

*Tenho a impressão de que essa fala de ENF estava sendo represada até então... Percebo que ela vem resgatar um ponto que estava sendo discutido há algumas linhas atrás, quando senti a ausência de uma colocação de profissionais pertencentes a equipes de PSF. Esse ponto dizia respeito à sobrecarga das equipes por representarem o poder público, sendo o aparato mais próximo da população, e ao papel "políticos" das equipes.*

*Tento compreender o sentido de **porta** para ENF. Porta é por onde tudo entra, tudo chega. Para ter contato com o interior, é preciso passar pela porta. Ser porta é ser passagem. A porta está dis-ponível para ser transpassada por todos e por tudo. Desde que aberta.*

*ENF confirma que a equipe de PSF é essa porta, e acaba sendo alvo de todas as queixas e necessidades da população. Acaba sendo a porta de entrada não apenas do sistema de saúde, mas de tudo que se refere à política pública.*

*Como responder a isso? Sendo políticos? O termo é usado mais uma vez na discussão grupal. Dessa vez por uma profissional que está efetivamente na equipe de PSF, diariamente envolvida na ação territorial em saúde, em um determinado território. Na sua fala, ser político me dá a compreensão de ter jogo de cintura, de ser articulador, de se posicionar diante das situações que surgem, de ter flexibilidade, de ser e estar comprometido com o seu fazer e sua implicação coletiva.*

**IENF** – *Articular... Na realidade a gente tem que saber articular tudo o que vier naquele momento... Não temos uma resposta pronta... A gente tem que parar... observar o que está acontecendo ali... e dali tentar discernir, desviar aquele caminho... e procurar uma solução... Então, isso é saber ser político... nesse momento...*

*Parece-me que, de forma alguma, ser "político", em situações de pressão, implica em omissão como forma de evitar a tensão entre o possível e o pretendido. É como encontrar um modo de sobrevivência frente ao conflito constante. Mas seria somente isso "ser político" – agir politicamente no sentido estrito do termo, e não no uso corrente da linguagem? O profissional de PSF está ex-posto no posto, na área, na casa das pessoas que visita, no con-tato com os usuários. Não é só o usuário que se ex-põe para o profissional de saúde. E isso não é estar-com, ser-com-outros?*

*Vou me dando conta de um aspecto, ainda sem certeza, e por isto coloco na forma de pergunta: não estaria o sujeito se mostrando pela primeira vez na discussão? Por trás do*

*programa, existem sujeitos elaborando uma ação e eu não estava conseguindo percebê-los. Ou será que eles não estavam podendo se mostrar? O discurso sempre vinha enfatizando o programa... Mas, e quem faz a ação? Quem torna o programa real... da forma como ele se faz possível?*

*Refliço: o PSF coloca o profissional em uma situação de ex-posição peculiar. Como porta de entrada. Ilusão achar que é apenas porta de entrada da saúde: a casa é bem maior, ou seja, todo o sistema público. E o problema é que essa casa não está acolhendo a contento. Então, o que chegam são reclamações diversas. Por isso o apelo à intersectorialidade. **ENF** con-clama para a ação intersectorial, para o envolvimento de todos os setores das políticas públicas na ação comunitária, além da própria saúde como um todo.*

**F1** - *Você está falando que, na verdade, quem está na equipe do Programa Saúde da Família está na porta de entrada... Muita coisa chega ali e você não vai poder sair... E como é isso na prática?*

**ENF** - *É um pouco estressante... porque tem de tudo... Você tem que estar com a cabecinha fresquinha para raciocinar em relação a tudo que vem... E vem tudo à tona... Você tem que parar... ir organizando... pedindo ajuda às outras Secretarias... É importante que aqui no município o gestor tenha essa visão... Mas se o gestor não tiver essa visão... a gente não vai funcionar... Então, aqui no município, a gente observa que existe essa visão... Na escala hierárquica, lá em cima, quem está no topo está ajudando a gente... e a gente tem como solucionar dessa forma... Se você me perguntar se eu consigo resolver tudo, a resposta é não... Mas a gente vai dando um pontinho de luz para ele conseguir resolver... Se não dá... não cabe mais à gente... vou jogar para outra Secretaria... Daí vai articulando, até chegar a uma solução... É formiguinha mesmo... É uma corrente que não pode se partir... Se partir, não tem mais como salvar... aí se perde... a confiança se perde... "Eu não vou... porque ela não me ajudou... ela não conseguiu resolver..."... Todo mundo precisa estar de mãos dadas e com o mesmo objetivo... Acho que não é só a Saúde que tem que ter essa visão... É o coletivo, não é? O nosso trabalho não é coletivo? Então, todo mundo tem que ser sensibilizado para isso: o Hospital, os profissionais que estão lá precisam também ter essa humanização no acolhimento desse paciente que chega... É um negócio muito mais complexo!*

*Percebo que **ENF** passa a comunicar o estresse que é estar como porta de entrada de um sistema público. A equipe está ex-posta a tudo. E é fundamental parar, organizar, para dar encaminhamento à ação. Compreendo isso como um dar-se conta, enquanto equipe de saúde, do que lhe cabe e do que extrapola sua competência e espectro de atuação.*

*Diante da enormidade da tarefa, **ENF** destaca que a continuidade da ação não está só nas mãos da equipe do PSF. Muitas necessidades exigem o envolvimento de outras*

Secretarias, sendo fundamental o respaldo do grupo gestor da saúde. Ela pro-voca: o trabalho não é coletivo? A equipe de PSF é mostrada na sua fala como espécie de catalisadora das queixas e necessidades da população, as quais remetem a outros setores públicos.

Qual seria a responsabilidade do profissional de saúde envolvido neste trabalho? **ENF** parece resgatar a discussão em torno do papel do profissional do PSF, assumindo a posição de que cabe à equipe a responsabilidade enquanto articuladora, no sentido de tentar responder a estas queixas. A partir desse envolvimento, a confiança da comunidade na equipe vai sendo tecida. Isto me faz pensar na questão da presença da equipe na comunidade, estando próxima, agindo de modo pertinente e continuado. Por esta via, não estaria ficando mais clara a ação política, e não o papel político, dos profissionais do PSF? Não seria ela a dimensão de um elo de uma rede.... buracos atados por fios?

**SM** – Eu estava pensando nisso antes de você fazer essa pergunta... É um preço muito alto que o profissional paga por isso tudo... Porque ele não tem uma supervisão... um momento de poder discutir essas coisas... No máximo, o que pode fazer é compartilhar com a equipe e com as supervisoras... Mas eu acho que é tanto problema para resolver com as supervisoras... que os próprios problemas pessoais... da sobrecarga de trabalho... não são trabalhados... Acho que acaba sendo uma coisa complicada.

**F1** – Eu acho que você está falando de supervisão em uma outra perspectiva, não é?... Porque já existe uma supervisão do Programa Saúde em Casa... Acho que isso precisa ficar claro.

**SM** – Estou mesmo falando de um outro tipo de supervisão.

Após **ENF** começar a dizer, enquanto profissional pertencente a uma equipe de PSF, sobre a prática cotidiana e as pressões a que está ex-posta, **SM** se adianta e faz essa pontuação em torno da supervisão. Percebo que é como se ela estivesse se apropriando da angústia desses profissionais das equipes de PSF, podendo perceber e apontar o sofrimento deles, tendo a possibilidade de indicar a necessidade de um olhar diferenciado para essa questão.

A supervisão de que fala diz de outra perspectiva: a de garantir aos profissionais um espaço para a elaboração das angústias geradas no trabalho cotidiano, clareando o caminho para que a ação aconteça de modo menos estressante. Ela se refere ao cuidado com a dimensão pessoal do profissional e com os efeitos da sobrecarga de trabalho na sua vida.

Essa pontuação abre brecha para que eu pense na necessidade e importância de uma supervisão que garanta um espaço para que a prática seja re-visitada pelos profissionais, re-tomada do modo como pode ser re-cordada, e, assim, re-elaborada. Não

*seria esse um modo a partir do qual um sentido pode ser fiado para a prática? Talvez um sentido que faça sentido e que seja sentido por esses profissionais...*

*Vou me dando conta de que o fio do "sujeito social" está sendo puxado... Talvez o grupo esteja começando a se permitir entrar mais no mérito dessa prática, cuja narrativa foi solicitada por esta pesquisa... Uma prática que é fabricada no dia-a-dia por humanos e entre humanos...*

**SUP** – Mas... na verdade... é dada a eles essa autonomia... Eles têm dentro da agenda um momento de reunião administrativa... em que são exatamente colocadas essas problemáticas... Isso é importantíssimo... Os agentes de saúde... que estão no dia-a-dia bem mais próximos da comunidade... podem se colocar... E é um momento em que eles discutem as prioridades... porque... na verdade... são vários problemas... mas a gente trabalha com as prioridades... Nesse momento de discussão... quando eles realmente não conseguem resolver algo... então eles buscam a supervisão... a Secretária... e a gente passa a dar todo o suporte... Mas eles têm essa autonomia... Exatamente o que **SM** falou... em relação à sobrecarga... A função da supervisora vai além de estar dentro da equipe... Então... eles têm essa autonomia... essa liberdade... até mesmo porque eles estão muito mais inteirados do que nós... que temos a responsabilidade por áreas, por vários setores... É difícil a gente conseguir... Estou há quatro meses como supervisora e vou dizer... não tenho o domínio de como seja o PSC das comunidades que acompanho por inteiro... porque são várias áreas... A gente tem noção de como é o trabalho... de como é a comunidade... Há umas mais fáceis de trabalhar... em outras existe uma certa dificuldade... Mas isso é importante: essa interação que eles têm dentro da equipe... para certas resoluções que precisam ser tomadas.

*Será que **SUP** está falando de supervisão na mesma perspectiva que **SM** apontou? Ela destaca a autonomia que é dada às equipes de PSF para que possam discutir as problemáticas do cotidiano. Será que isso não estaria indo na contra-mão do que **SM** busca indicar quando ressalta a importância da supervisão? Se o sentido de supervisão apontado por **SM** é o de pro-mover um espaço de escuta às equipes, para atenuar o estresse do trabalho, quando **SUP** diz de uma autonomia das equipes, ainda por cima concedida, reflito que faltou uma compreensão desta outra perspectiva de supervisão que **SM** traz. Seria novamente a dimensão técnica prevalecendo sobre a prática?*

**ISUP** – Eu acho até que não entendi o que **SM** tinha falado.

*Na minha compreensão, o que **SM** parece apontar é a necessidade de um cuidado a estes profissionais, que se sobrecarregam na lida diária. Um espaço para partilhar a angústia de precisar definir problemas prioritários para sua intervenção, excluindo tantos outros. Um espaço para elaborar as dificuldades no relacionamento com a comunidade.*

*Um espaço para trabalhar as próprias relações de equipe. Como **SM** se posiciona diante da percepção desse sofrimento dos profissionais do PSF e da necessidade de dele cuidar?*

**ISM** – Eu acho que não é responsabilidade da saúde mental... Eu acho que é responsabilidade do programa... Isso é uma coisa que toda equipe... Aliás, tudo o que for dito em equipe, tem que ter a supervisão... Não é só Saúde da Família... Na Secretaria, em todos os lugares, tem que ter uma supervisão... Só que as pessoas não se dão conta disso... Aí é difícil! Nem sabem o que é... quando a gente propõe... eles já pensam em outra supervisão... Mas... a Saúde Mental fazer uma coisa dessa é muito complicado... Não dá! Não é só questão de não ter perna... É a questão do lugar que ocupa... Não é adequado fazer isso... (...) Primeiro eu acho que a gente já chega como especialista... já tem um saber que a equipe não tem... A gente vai passar de especialista detentor de um poder, de um saber, e além de tudo, terapeuta? Supervisionar a prática, ou as relações, fica uma coisa muito... onipotente... É coisa demais, não é? Poder demais... A idéia é que a gente possa estar de igual pra igual, profissional para profissional, só compartilhando... Eu acho que é muito complicado.

*Imagino que para a mediação desses entraves, torna-se fundamental um trabalho diferenciado com a equipe, com os profissionais. Será que quem cuida também não requer cuidado para poder levar adiante sua tarefa? Será que o espaço de reunião administrativa, apesar de fundamental, se caracteriza como o espaço primordial para esse cuidado?*

*Sigo questionando: não estaria a visão expressa por **SUP** se centrando apenas na realização do trabalho da equipe para a comunidade? Sua fala não estaria perpassada por uma preocupação apenas com o produto do trabalho? Tento me expressar de outro modo: o foco parece ser o cuidado que a equipe precisa prestar à comunidade, sem uma atenção ao cuidado de que ela própria necessita para poder cuidar. Tecnicismo como cuidado?*

**ISUP** – Pela questão de a gente estar sempre nessa correria, na rotina de várias atividades... E no momento que a gente está com a equipe, a gente vê muito a parte prática, não é? E eles mostraram ali também aquele lado emocional... do resultado positivo... do incentivo deles para a busca daquela melhoria na comunidade... A gente sabe que é importante... mas a gente vê muito outro lado... a consulta... aquela parte realmente de supervisão... que é uma parte prática... Mas também essa outra é importante... E a gente muitas vezes não tem tempo de escutar um depoimento dos profissionais como foi escutado... E eu acho que... apesar de serem representantes... eu acredito que é uma visão geral... que as pessoas têm o mesmo sentimento.

*Penso que é complicado perceber as questões a partir de uma única perspectiva, pois a realidade é multifacetada. Ao mesmo tempo, compreendo a dificuldade de mudar de perspectiva quando se está ocupando um certo lugar. Será que somente o lugar de “estrangeiro” de **SM** é que lhe permite perceber o sofrimento e a necessidade de bem-estar da equipe?*

**SM** – Mas quando eu falo em supervisão é no sentido clínico... Isso de existir uma pessoa de fora que possa estar mediando essas angústias.

**SUP** – Sim... eu entendi.

**SM** – Não se trata de ir resolvendo os problemas práticos do dia-a-dia... Falo de uma supervisão com a função de mediar o estresse que o trabalho no PSC envolve... pois não é fácil... A gente como equipe de saúde mental também passa por isso... Como a gente já tem um domínio maior... a gente em equipe consegue dar uma vazão aqui, uma vazão ali... Mas a equipe de saúde mental também sempre careceu de uma supervisão... Eu acho que a equipe de PSF também.

**SUP** – Ser um profissional do PSC vai além de ser enfermeira, de ser médico, de ser ACS... Você passa a ser psicólogo... você passa a ser tantas coisas... E é isso que você está abordando... Realmente você é um... Vai além da sua própria função e você não tem um suporte... você não tem uma preparação para isso.

**SM** – É uma sobrecarga muito grande... e você não tem o seu cuidado pessoal... digamos: pessoal institucional.

*Neste trecho da conversa, segue a discussão entre **SM** e **SUP** sobre supervisão. **SM** tenta comunicar o sentido da supervisão que considera necessária para a equipe de PSF. Percebo que para **SUP** é difícil compreender esse outro sentido. Não seria pelo fato de que, para ela, supervisão está ligada a uma outra representação? Acredito ser importante lembrar que ela exerce no programa a função de supervisora... Por fim, será que ela se deixa afetar por outras possibilidades para o sentido de supervisão, quando re-conhece o lugar plural ocupado pelo profissional do PSF e a falta de preparo para isto? **SUP**, fazendo parte da equipe e sendo responsável pelo seu gerenciamento, não estaria também precisando de cuidados mais pertinentes para garantir seu trabalho? Como ajudá-la a não se sentir tão pressionada por ser elo do Programa entre os que estão abaixo e acima dela? Não estaria ela também pressionada por demandas nem sempre explícitas, como as da comunidade?*

**MED** – É o bom senso de cada um, não é? Cada um naquele momento vai agir e orientar o paciente de uma forma diferente... Então, a gente não tem uma formação... Eu acho que é o bom senso de cada um que age naquele momento.

**MED** dá um outro direcionamento à discussão, focalizando a relação do profissional com a comunidade. Fala da necessidade de um apelo ao bom senso nessa atuação. Pergunto-me: como deverá ela se sentir nesse contato com os usuários, no plano da ação cotidiana? Ela não aborda este ponto. E, assim, percebo que ela acaba sem entrar no mérito da questão que vinha sendo discutida: o cuidado ao cuidador. Colocando-se na posição de especialista, assume-se acima de qualquer necessidade de cuidado e de se permitir ser cuidada. Seria isto próprio de sua formação médica, ou seria de si mesma enquanto sujeito?

**SM** – E os conflitos na equipe também... pois os conflitos surgem... de ACS com o médico, de enfermeira com auxiliar etc.

**THD** – É preciso saber trabalhar em equipe... Tem que saber manejar tudo isso.

**ENF** - É difícil...

**SAR** – Porque inclusive eles estão muito expostos... Além de ser uma relação de trabalho com outros... com outros grupos... a equipe está trabalhando com problemáticas... diretamente com problemas... problemas não só da unidade, de estrutura... mas, principalmente, das pessoas que chegam... Então, você saber se administrar diante das relações de trabalho já é difícil... imagine diante de uma demanda de várias pessoas chegando com vários problemas... e você não ter a resposta... porque você não vai ter algumas respostas... Então, já se torna muito mais complicado!... E, principalmente, porque algumas equipes conseguem criar o vínculo necessário com a comunidade muito bem... mas outras não.... Quer dizer... no trabalho que a gente desenvolve, a gente acredita que saúde não é só assistência... prevenção... mas, principalmente, promoção... Se a gente chegasse nesse nível de promoção que o SUS recomenda, a gente teria uma diminuição enorme da assistência e da prevenção... Mas por que a gente não consegue realmente dar conta da promoção à saúde? Porque um dos aspectos mais elementares e fundamentais é que a equipe tenha um vínculo forte com a comunidade... Como é que a gente desenvolve qualquer atividade de grupo e não chega ninguém?... Quer dizer... chegam poucas pessoas... são poucas pessoas que participam do dia-a-dia da equipe... Então, você identifica que a equipe não tem um vínculo forte com a comunidade... não conhece as pessoas a fundo ou não está totalmente inserida na comunidade... porque não sabe quem são as peças fundamentais... Existe um diagnóstico que a gente faz com as equipes que se chama diagrama de relacionamentos... Nesse diagrama a gente elenca os atores sociais que estão presentes na comunidade... Então a gente vai identificando: há o senhor padeiro... há uma farmácia...

*há uma escola... Algumas equipes elencaram tão poucos atores... tendo outros tantos... Mas a equipe, no seu limite, não consegue ver esses atores... Porque para desenvolver o trabalho a equipe não pode estar sozinha... Precisa da ajuda da escola, porque a estrutura da unidade não tem espaço para desenvolver nenhuma atividade educativa... Então, é necessário o apoio da escola... o apoio da igreja... e de uma série de outros equipamentos que vão dar o suporte necessário... Porque, sem isso, a gente não consegue desenvolver muitas atividades, principalmente educativas... E a gente vê que muitos ainda não conseguem ter esse vínculo com a comunidade... de ter uma entrada na escola... de ter uma entrada em outros equipamentos... em outros espaços.*

**SAR** vem novamente reforçando a situação de ex-posição das equipes de PSF pela natureza do trabalho que fazem e as pressões a ele associadas. Sua fala me faz pensar que ela concorda com a necessidade de cuidado para com esses profissionais. Mas, ao mesmo tempo, resvala para outros aspectos...

**SAR** ex-põe algumas limitações da atuação no PSF. Destaca, por exemplo, a dificuldade de por em andamento a promoção à saúde, como contraponto à assistência e prevenção. Em sua fala, a promoção à saúde é posta como destinação, ainda impossível na prática. Na tentativa de justificar essa dificuldade, ela acaba re-tomando a questão do vínculo, no sentido de aproximação, referência e presença da equipe na comunidade: aponta que algumas equipes não conseguem estabelecer essa aproximação com a comunidade e, por isso, sua atuação se restringe aos espaços das suas próprias ilhas.

*Mas de que se trata propriamente a promoção à saúde? Como cada profissional a compreende? Não se trataria de uma prática a ser inventada cotidianamente?*

**ISAR** – (...) um médico novo chegou... e veio me perguntar “O que é educação em saúde?”... Aí eu tentei explicar... Tentei... mas, realmente, não existe uma literatura sobre isso... É muito vasto isso de promoção à saúde... Faz parte da composição do SUS... uma série de coisas... Mas que você não tem na prática descrito o que é que se tem que fazer em relação à promoção à saúde nas unidades de saúde em casa, não é?

*Dizer dessa dificuldade de por em prática a promoção à saúde não seria por em questão o próprio programa, tal como ele foi idealizado? **SAR** parece estar apontando outros sérios buracos no programa, que merecem consideração urgente. Não seria esse um ponto que respalda a importância de espaços de reflexão sobre essa prática que está se dando? Penso que é fundamentalmente dessa prática que está sendo construída que podem brotar as possibilidades para um PSF em ação mais próximo do que se deseja.*

*Pergunto-me: quando **SAR** começa dizendo que os profissionais estão ex-postos, não se trataria também da ex-posição pelo fato de estarem pondo em prática um programa*

*que parece prometer mais do que tem condição de fazer, ao menos do modo como vem ocorrendo?*

**SM** – Mas ainda há uma outra questão, além disso... Às vezes fico pensando, a partir do trabalho lá na Estação<sup>29</sup>, na questão cultural aqui do Cabo... Eu fico impressionada... Como eu trabalhei em Olinda, em Recife... trabalhando aqui no Cabo, percebo como os usuários são diferentes... como eles são menos reivindicadores... menos conscientes... mais acanhados... Eu acho que, culturalmente, o pessoal é mais.... Então, eu não sei até que ponto também é dificuldade da equipe... Acho que existe equipe que realmente não consegue ter esse vínculo e há também algumas comunidades que são muito difíceis.

**SAR** – *Um as comunidades são bem mais fáceis de estar estimulando e outras muito difíceis... Então não se consegue promover nenhuma atividade.*

**SM** – As pessoas não se percebem como atores nesse processo.

**ENF** - Eu acho que tem um outro problema... Se a equipe não tiver um bom relacionamento entre si... com certeza ela não vai ter na comunidade... porque o reflexo da minha comunidade é o espelho da minha equipe... A minha equipe foi homenageada no dia 7 de setembro... teve o desfile e saiu a ala do Programa Saúde em Casa do Rosário... Eu me emocionei bastante... Quer dizer, eu não fui pedir nada... O pessoal da escola nos procura mais do que nós a eles... Quando a gente quer fazer alguma coisa... organizar algo... não estou sozinha... é a equipe que corre... e vai todo mundo... até que está pronto... tudo está organizado... Mas se a equipe não tiver essa relação legal, não vai funcionar.

**SM** – Eu acho que acontece tanto a questão da comunidade quanto a da equipe... E no caso de comunidades difíceis, às vezes, a equipe não sabe lidar com isso... Às vezes recorre ao tradicional... quer fazer aquela palestra na sala de espera... E existem outras formas de poder se chegar... de saber ouvir... que é difícil, não é?... Às vezes a gente está fazendo uma assembléia... algum fórum... alguma coisa... e pergunta: “E então, minha gente?” E todo mundo fica calado... “E então, vamos ver?!”... “É isso mesmo, a senhora esgotou, é a senhora que sabe.”... Então fica aquela coisa.

*Em relação à questão da aproximação com a comunidade, de modo que a equipe possa se fazer presente e, daí, se tornar referência para a mesma, duas situações são apontadas em contraponto à colocação de SAR. Tanto a equipe pode ter essa dificuldade, inclusive no aspecto do relacionamento interpessoal, quanto algumas comunidades podem ter resistência a essa entrada da equipe. Não estaria o grupo se apropriando da necessidade de considerar os diversos aspectos da relação entre humanos, sempre tão complexa, para que se possa compreender qualquer processo no âmbito da ação? Nem só*

---

<sup>29</sup> A depoente se refere ao Núcleo de Atenção à Saúde Mental Estação Cidadania, serviço diário de atenção em saúde mental para portadores de transtornos psíquicos adultos do Cabo de Santo Agostinho.

*a equipe, nem só a comunidade... Percebo uma compreensão do grupo, que vai sendo urdida, na direção da intersubjetividade humana. Estamos tratando de sujeitos sociais, que estão juntos para dizer de como estão se situando em relação ao seu fazer... Um fazer para o qual não há um saber prévio que dê conta...*

*"Porque o reflexo da minha comunidade é o espelho da minha equipe". Essa frase de ENF, da qual tive uma compreensão muito além da lógica (até pelo fato da formulação ter parecido, à primeira vista, meio estranha para mim...), traz essa dimensão do total entrelaçamento entre esses dois grupos de atores: equipe e comunidade. Não se trataria aqui da afetação mútua? Um reflete o outro, um está refletido no outro, um traz o outro, um se regula pelo outro... O estabelecimento ou não de uma referência só pode se dar nesse contexto da aproximação e da dinâmica de relacionamento.*

**ENF** - No meu caso, eu não trabalho só... Sou eu, uma médica, uma dentista, uma THD, 10 agentes e uma auxiliar de enfermagem... Se a gente quiser fazer alguma coisa, eu terei que chamar todo mundo para participar e interagir... É diferente de um hospital... onde eu faço meu serviço, fico lá, assino meu ponto e pronto... No PSF, não... Tem que ser realmente todo mundo... expressando a sua opinião... botando o seu dedinho e somando: será que assim dá?... a opinião dela foi legal?... será que dá para fazer?... E aí a gente vai juntando... Quando vai ver... o trabalho está feito!

**SAR** - *Isso é o que muita gente ainda não aprendeu: a trabalhar em equipe.*

**ENF** - Porque é difícil.

**SAR** - *É muito difícil... Porque exige uma série de coisas... que se você pelo menos não teve na universidade... ou não teve na escola... principalmente na educação familiar... você vai ter grandes problemas de relacionamento na equipe... Você vai acabar chegando, fazendo seu trabalho e indo embora... não criando nenhum vínculo no próprio ambiente de trabalho... Isso acontece.*

*Percebo que agora está mais fácil falar de uma compreensão grupal que vai se elaborando... A afinação das relações entre os profissionais da equipe, em outros momentos apontada, neste trecho é enfocada como primordial, ao mesmo tempo em que se reconhece essa ação em equipe como difícil. Será que o grupo está falando de algo mais senão da ação entre homens que se propõem, ou precisam se propor, a realizar um trabalho em conjunto destinado para algo/alguém? O grupo parece indicar que a aproximação com a comunidade estaria relacionada diretamente com esta con-vivência em equipe.*

**ENF** - Uma necessidade que eu sinto... como profissional... é desse trabalho com o profissional da ponta... Eu acho que nós também precisamos ser trabalhados... sensibilizados... ter garantido

aquele momento lá de... Eu tenho minha saúde para preservar... Eu tenho que ter esse meu momento... Será que está sendo realizado? Será que eu sou uma maquinazinha que nunca vou me quebrar?... nunca vou ficar doente?... nunca vou estar triste?... nunca vou estar deprimida?... Será que hoje eu estou legal? Então eu acho que falta também se tocar o profissional... acolher o profissional.

*Pergunto-me: será que não estaria, na fala de ENF, a ex-pressão da angústia do grupo? A angústia que se ex-pressa nesse apelo ao cuidado... Um grito mudo que ganha voz nesse pedido de um espaço para ser escutado... Compreendo, nessa fala de ENF, o desejo de ser cuidada enquanto profissional e de ser re-conhecida também em sua dimensão humana, com todas as suas possibilidades, dentre elas, a fragilidade.*

**F1** - Tem duas coisas... que foram apontadas aqui... e me chamaram a atenção: uma envolve a questão da formação... muitas pessoas falaram da questão do preparo... enfatizando que a universidade... não só a universidade, mas enfim, os meios, os aparatos todos de ensino... não preparam para este tipo de trabalho... E existe ainda a questão da saúde de quem está fazendo esse tipo de trabalho... que é outra coisa que está sendo bastante apontada... e agora **ENF** resgata... E, então, eu volto para aquela minha pergunta: como é isso no dia-a-dia? E aproveito também para dizer que algumas pessoas estão ainda caladinhas... só ouvindo... e certamente têm uma experiência muito rica para trazer...

**AC** – Você fala da questão da integração da comunidade com a equipe?

*A minha pontuação não teria ficado clara? Ou a pergunta de AC estaria indicando a necessidade de aliviar um pouco a tensão em um momento em que o grupo começa mesmo a mergulhar no universo da sua experiência na prática da ação no PSF?*

**F1** - Falo da questão do próprio profissional... Como ele está se sentindo?... Você mesma falou dos vários aspectos envolvidos na questão da saúde... O profissional não coloca aquela roupinha do técnico de saúde para lidar com toda essa problemática... Ele também tem suas dificuldades... a questão da equipe que foi trazida no tocante aos relacionamentos interpessoais... Acho que isso se relaciona um pouco com o que **SM** falou... sobre a questão da supervisão em uma outra perspectiva... com uma proposta de oferecer um espaço para que o profissional possa estar se cuidando.

**SM** – Parece que essa não é uma preocupação, determinação ou um caminho do Ministério da Saúde em relação ao Programa Saúde da Família em uma dimensão mais macro... Parece que não se acena muito para isso... Pelo menos

atualmente eu não conheço pensamento ou idéia alguma que trate dessa parte... Eu acho que se os cuidados existem... devem ser das gestões isoladamente... Mas não há aceno para esse tipo de preocupação... É o que eu acho... Não sei... Isso é uma coisa que estou supondo pelo que eu conheço do PSF... Agora acho que o meu analista já sabe do Programa do Cabo inteiro, para frente e para trás... porque eu vivo falando para ele do estresse do trabalho... de tudo.

*SM re-toma o fio da questão, dizendo da ausência de estratégias para cuidar do profissional de saúde. Ao falar do seu analista, parece reforçar a importância desse espaço para elaboração da experiência do trabalho, fonte de estresse, na sua compreensão. Ao mesmo tempo, parece legitimar meu apontamento, em contraposição à tentativa de AC em desviar o foco da questão. Pela fala de SM torna-se evidente que a preocupação dos gestores técnicos e ministeriais é com o programa e suas diretrizes e não com o profissional que põe o PSF em ação, podendo, assim, comunicar uma ação concreta de política pública.*

**F2** – Deixe-me fazer uma pontuação... Pelo pouco que eu estou compreendendo do trabalho de **F1** e do que eu posso ajudar aqui, eu gostaria de passar para vocês o que estou vendo... Eu queria dizer que vocês começaram um discurso falando do PSF... Claro, a partir da prática... A partir dessa prática... vocês explanaram bem esse programa e como vocês estão tão motivados... E houve uma mudança nessa fala a partir do momento em que ela começou a utilizar o “eu”... E eu acho que é isso que **F1** quer dentro dessa discussão toda: a partir dessa experiência... o que a gente pode de fato comunicar... até para ampliar essa noção de ação em PSF e tudo o mais, futuramente... E eu acho que a equipe pode contribuir muito no momento em que muda o tom... Ao invés de falar do Programa, falar do eu... eu mesmo: eu faço isso, eu faço aquilo... ou eu penso assim... eu sinto isso... Não sei se eu estou sendo clara no meu discurso... Mas, por exemplo, a equipe mudou um tom aqui... Inclusive, quando as pessoas falavam aqui, diziam “você quando faz isso, você quando faz aquilo”... Claro que ela estava falando a partir dessa prática... Mas aí a gente mudou... a gente tirou o você e colocou o eu... Isso para mim é muito importante... porque é o sentido de experiência mesmo... do conhecimento do Programa... mas tendo uma experiência nesse Programa... Acho que é isso que **F1** talvez queira realçar mais aqui... Dentro desse conhecimento que você tem do que seja o Programa e dentro da tua prática, qual o sentido dessa experiência?... Experiência mesmo... independentemente desse conhecimento maior e até supervisionado que a gente tem... dessa informação que é dada do que seja o Programa... Não sei se eu estou clara para vocês... Então, parece que a equipe, nesse momento, está começando a utilizar o eu... independentemente das informações acerca do Programa e dessa prática que vocês têm... Está complicado?

*Re-lendo este trecho da intervenção de F2, fico com a sensação de que ela tentou garantir que o grupo engrenasse na elaboração da experiência da prática no PSF, uma vez*

que essa havia sido a minha solicitação. Acho que o grupo vinha já fazendo esse movimento naturalmente, ainda que com cautela, na direção de se ex-por, em primeira pessoa, nessa ação territorial em saúde. Tarefa penosa. Daí, talvez, o movimento cauteloso do grupo... que a fala de **AC** poderia conduzir novamente para ex-por o Programa e não os profissionais em ação e com sua experiência.

**SAR** – Não... Eu até identifiquei... quando **F1** falou... que queria conhecer como você, enquanto inserido nesse Programa, está sentindo... eu também pensei... Mas a gente iniciou querendo dizer o que era o PSF... querendo contextualizar... explicar um modelo que a gente pensa, que a gente imagina... Depois a gente começou a construir as dificuldades... que não está acontecendo assim por n e n motivos... E eu acho interessante a gente começar a dizer dessas dificuldades... E a partir dessas dificuldades cada um vai estar expressando o que sente mais... como está vendo... e, daqui, a gente fazer a relação com o que já foi falado... E acho foi importante essa construção... que você identificou... em que se passou a falar "eu".

Na minha compreensão, **SAR** expressa o movimento do grupo com propriedade. Talvez pelo fato de ela ter sido, até esse ponto, uma das principais porta-vozes do grupo? Compreendo que ela teve a possibilidade de abrir brechas na discussão para que se saísse da ex-posição do modelo do Programa Saúde da Família para a comunicação da ação real, tal como vem sendo possível.

Re-lembro que **SAR**, assim como **SM**, ocupam lugares diferentes de quem está efetivamente dentro das equipes de PSF. Elas chegam junto às equipes e suas realidades de trabalho com a proposta de uma ação conjunta. Isto me leva a pensar que o fato de não estar integralmente inserido na dinâmica de trabalho em um determinado contexto, tendo a possibilidade de circular, permite o distanciamento (necessário e desejável?) para uma compreensão diferente da ação realizada. Não seria também interessante considerar a possibilidade de ser, de certa forma, mais fácil, para **SAR** e **SM**, ex-por as dificuldades, por não pertencer, efetivamente, às equipes de PSF? Por outro lado, não posso deixar de considerar uma fala anterior de **SM**, quando comentou como a equipe de saúde mental também sente essa necessidade de cuidar de si, o que busca dar conta em espaços coletivos de discussão. Nesse sentido, não creio que suas pontuações sejam somente por estar "estrangeira" ao campo do PSF.

**F2** – Independentemente dessa informação que a gente tem... é claro que todos falaram da sua própria experiência... mas vamos entrar mais nesse sentido bem singular... que é o nosso... dentro dessa experiência que é essa prática clínica... Não sei se eu estou sendo clara... E a equipe começou a fazer isso no momento em que ela utilizou o "eu"... "Eu sinto isso, eu faço isso"... Porque até então vocês estavam falando do você, do Programa, do isso, daquilo... Então quanto mais a gente entrar nesse sentido de experiência nosso... a gente vai

favorecer o Programa... e talvez favorecer que se atinja o objetivo que **F1** quer aqui... que é conhecer melhor essa prática de vocês.

*Penso que essa leitura do grupo trazida por **F2** entra em sintonia com a minha compreensão do movimento inicial do grupo. O PSF estava sendo apresentado, sem que fosse possível perceber a implicação da subjetividade de quem o está construindo na prática: os profissionais, que estão tendo a oportunidade de se expressar nessa discussão, além dos próprios usuários, que são trazidos a essa discussão a partir desses profissionais de saúde, numa espécie de jogo de espelhos.*

**F1** - Mas parece que é uma construção mesmo, não é? Eu fico bem tranqüila... porque eu acho que quando as pessoas são provocadas a falar de alguma coisa... parece ser um caminho natural esse de você começar falando em um âmbito mais macro... e, aí, acho que naturalmente vai acontecendo de as pessoas irem se colocando... É tanto que a gente chegou na saúde do profissional: "Sim, e eu que estou ali, como porta de entrada, recebendo tudo quanto é de demanda e precisando articular, como estou me sentindo?". Acho que essa construção está indo por um caminho bem interessante.

**SAR** - *Foi a partir disso que eu pensei... quando eu coloquei a história da promoção... eu estava me referindo mais ao trabalho que eu desenvolvo... que nós desenvolvemos... eu falo em nós porque são mais duas na equipe... então a gente sempre vai nos cantos e costuma dizer "nós"... Mas eu... é porque não sou só eu.*

**F2** - Se a gente muda o pronome... parece que mudam as coisas... e vem por aí... A partir desse momento... seria importante a gente realçar o "eu": "eu faço, eu sinto, eu penso assim, eu vejo assim"... para enfatizar melhor essa experiência.

**SAR** - *Quando eu estava colocando essa questão da promoção... o que eu... o que a gente identifica... eu vou dizer a gente porque é o costume... a gente identifica realmente a dificuldade do profissional... como **F1** estava falando... Do profissional é exigida uma série de questões... A própria filosofia do PSF exige muitas coisas que a gente não aprendeu... e na prática a gente vai se virando... Mas como fazer a equipe cair no lado mais profissional de cada um?... Como fazer para que o profissional possa fazer isso melhor?... Então a gente tem uma série de angústias... e passa por uma série de coisas... porque somos cobrados para estar fazendo o profissional se envolver nisso... mas não temos suporte... A gente sabe que educação... não é de uma hora para outra que você vai passar... na verdade não é nem passar para uma pessoa... mas fazer com que o outro compreenda que uma atividade com grupos é muito mais vantajosa do que atender individualmente... Se com grupos a pessoa não tem habilidade, afinidade... ela vai morrer de medo... Por isso que a gente... o SARTE... a gente chega nas equipes e todo mundo morre de medo... Se é para falar em público...*

*apresentar uma peça.... ninguém quer... Cai muito no medo de estar sendo exposto... de estar tendo a possibilidade de errar... de alguém criticar... de uma série de coisas.... Um exemplo que aconteceu... na caminhada... a gente promove uma caminhada no centro do Cabo... que abrange Torrinha, Alto da Bela Vista I e II... Então os usuários dessas unidades descem lá para o CAIC... a gente faz um aquecimento e caminha durante uma hora com eles... A idéia era o SARTE aos poucos estar saindo dessa caminhada... para os agentes irem assumindo... Mas aconteceu que a comunidade começou a meter o pau... E diziam: "Ah, agente? não sabe de nada não..." "Quem vai caminhar com a gente? A gente quer o doutor, quer a pessoa que fez faculdade"... Assim, desconsideraram a possibilidade de uma pessoa da comunidade ter esse conhecimento... E os agentes ficaram tão angustiados e tão deprimidos com isso que desistiram da caminhada... porque ouviam críticas... ouviam uma série de coisas... que lógico, vão ferir... Então isso já bloqueia uma atividade que ele está desenvolvendo... por conta do trabalho que não é feito com a equipe.*

***SAR** puxa um fio que tem permeado toda a discussão, na minha compreensão: a angústia dos profissionais nessa ação territorial em saúde. Ela fala da dificuldade do profissional de se situar nessa prática, que se constitui um desafio. Em seu dizer, percebo que é como se ela compreendesse a angústia do profissional das equipes de PSF, com quem ela trabalha em conjunto, ao mesmo tempo em que ex-põe sua própria dificuldade na realização do seu trabalho, ou seja, sua própria angústia enquanto profissional. Pergunto-me: não é como se ela estivesse dizendo do quão difícil é chegar perto dessas equipes, dado que sua equipe, o SARTE, é, de certa forma, estrangeira naquele grupo do PSF? Não se trataria aqui da possibilidade de uma aproximação na qual um vínculo pode se estabelecer – ou não?*

***ISAR** – A gente está aqui para ir realmente naquela loucura dos papéis... e estar sempre dando resultados numéricos? Ou a gente está aqui por outros objetivos? Eu acho que isso me fez refletir... Porque o SARTE é como se fosse responsável por estar mexendo nessa estrutura com os profissionais da unidade... e a gente também precisa ser mexido... para também refletir sobre a maneira que a gente está trabalhando... a metodologia que a gente está utilizando para fazer com que os outros reflitam e possam mudar de estratégia.*

*Vou me apercebendo de que, em outro plano, estou diante de uma relação, enquanto possibilidade, parecida com a existente entre a equipe de PSF e a comunidade do seu território. Parece ir se travando um jogo de espelhos. Há os profissionais do PSF, há os profissionais que chegam para propor uma ação conjunta, há as supervisoras, há a comunidade. Todos esses planos vão se cruzando. A fala de um parece trazer, por implicação, todos os outros planos.*

*É interessante que **SAR** diz ser cobrada para fazer com que o profissional do PSF se envolva com a promoção à saúde, mas que não há suporte para isso. Sinto como se ela*

*estivesse apontando sua própria angústia por não poder dar conta desse trabalho. Pergunto-me: de que suporte ela está falando? É possível que ela esteja se referindo ao fato de que para desenvolver o seu trabalho junto ao PSF é necessário que essa equipe de PSF esteja sendo cuidada em outros aspectos? Necessário que essa equipe de PSF seja, talvez, mais escutada, mais amparada, para que possa seguir adiante em sua trajetória de equipe de saúde e, assim, estar mais aberta a outras aproximações, inclusive a do SARTE? Ou estaria ela se referindo a um suporte necessário intra e inter equipes para uma articulação maior nas ações construtoras do PSF no campo real e cotidiano?*

**ACS** – Já gera até um trauma para a gente... Porque eu mesma... com dois meses no Programa já queria sair... Já estava dizendo às minhas colegas: “Não agüento, vou sair”... Porque foi muita pressão... Foi pressão para entregar a ficha ... Foi pressão da comunidade... porque já vinha outra agente de saúde antes de mim... Uma moradora da comunidade disse, na minha cara, assim: “Ah, minha filha, você vai fazer é muito para conquistar o seu lugar no meu coração, porque meu coração é de Joana<sup>30</sup>.”... Já fiquei assim... E minha coordenadora dizia que tal dia iria querer as fichas A prontas... Então ela telefonava: “Já estão prontas as fichas A?”... Eu respondia: “Ai, ainda não, tal dia você vem pegar.”... Ao que ela definia: “Olhe, só vou dar até esse dia!”... Aí pronto!... Era muita pressão... muita coisa!... E eu como não sabia quase de nada... Não fui para uma capacitação... não sabia de coisa alguma mesmo... Eu pensava: “Ah, não! Eu vou entregar, eu vou entregar”... Até que parece que, um dia, Deus iluminou a cabeça da minha supervisora e ela fez uma capacitação com a equipe... Então se mostrou realmente o que estava acontecendo... porque a equipe estava ficando assim... uma estava com raiva da médica... E o SARTE... que fez um trabalho lá com a gente... viu isso... que a nossa equipe estava meio distanciada... Mas isso não só por causa da equipe, mas da supervisão... Desculpe dizer, mas minha supervisora... ela sabe fazer pressão mesmo... Eu morro de medo dela... Porque uma agente de saúde tem que entregar o encaminhamento... uma agente de saúde tem que tirar o prontuário da família quando algum membro for se consultar... Se a supervisora chegar no posto às 9:00 e vir a gente... ela já pergunta: “Por que não está na área?”... Então a gente já fica... Eu morro de medo dela... Não sei se as demais pessoas da equipe sentem a mesma coisa... mas eu mesma tenho medo.

*A ex-pressão da pressão no trabalho sentida por ACS me deixa aliviada. Ela se coloca a partir de sua própria perspectiva, como sujeito em sofrimento diante dos desafios da ação. É uma pressão que vem de todos os lados: da supervisão, da comunidade, da própria equipe. É a primeira vez que ela diz algo na discussão, e já inaugura seu dizer expressando sua angústia por estar ocupando o seu lugar. Essa angústia decorrente da ação no PSF é con-firmada na entrevista individual:*

**IACS** – Depois que eu entrei no programa... que eu fiquei aqueles três meses estressada... foi que realmente vi... Ser agente de saúde é barra... Tem que ter responsabilidade... Tem que

---

<sup>30</sup> Esse nome é fictício.

saber ouvir também... e ficar calada... Porque a gente chega numa casa e a pessoa fica... contando a vida... Aí a gente tem que ter aquela conduta de o que vê, deixar lá... o que escutar, não contar a ninguém... Então foi que eu realmente vi... o peso.

*A sua demora em se colocar na discussão e o fato de, ao fazê-lo, ter já esse modo direto de falar da sua angústia na experiência no PSF me faz pensar que essa fala vinha já sendo contida. No momento individual, após ter tido a chance de refletir sobre a discussão grupal, ela indica a fertilidade de momentos como aquele de pro-vocar novas compreensões e até mudança de atitude:*

**IACS** – (...) eu falei que minha supervisora pegou muito no meu pé... Mas ela pega no pé porque já foi cobrada... e tem que cobrar a gente... E, no caso, se ela está cobrando e a gente está se sentindo ruim, eu pensei o seguinte... Eu acho que se ela está me cobrando e eu estou achando ruim é porque eu não estou fazendo o meu trabalho direito... Aí, foi a partir desse tempo... que eu comecei a pensar em como é que eu estava trabalhando realmente... Aí foi que eu comecei a aceitá-la do jeito que ela cobra... no caso, do jeito que ela faz o trabalho dela... Porque se ela tem aquele jeito... eu também tinha que adaptar um jeito pra mim... Pelo jeito que eu estou fazendo agora, eu estou me sentindo bem melhor... Depois que eu analisei direito... quem realmente estava mais no caminho de ser uma profissional de saúde... aí foi que agarrei com unhas e dentes... e achei que o que ela fez... todas as cobranças... foi porque eu acho que eu não estava... aberta pro trabalho... E... analisando... é melhor.

*A partir do seu dizer no grupo, questiono: será que ela tenta expressar que o seu sofrimento se deve em alguma medida ao não cuidado com a equipe? Tive a impressão de que **ACS** não teve a oportunidade de ser cuidada ao se engajar no PSF, ao mesmo tempo em que sua equipe também parecia necessitar de um suporte. De qualquer modo, intensifica-se, nesse momento, a necessidade de uma expressão por cuidado, mais diretamente comunicada pela equipe de frente, em contraposição ao trabalho da equipe de bastidores e de planejamento. Contrapõe-se, aqui, uma frase do início do grupo, referente à diferença entre o profissional de birô e do PSF.*

**ENF** - Agora tem aquela questão... a supervisão dá autonomia... Eu trabalho sob pressão... Mas eu não sou parafuso... eu não sou rosca... Então, se eu trabalho sob pressão... eu vou produzir um reflexo negativo no meu atendimento... na minha comunidade... Eu acho que também é necessário ver esse profissional num ângulo melhor... diferente... Ele é também um ser humano... que tem sensibilidade... Eu estou sendo até ousada... até espetando... mas eu acho que tem que trabalhar

um pouquinho isso com a gente.... Por que? Tem gente desestimulada... a querer desistir do Programa... a querer partir para outro município.

**SUP** - Eu acho que vai muito da forma como isso é cobrado... Porque cada um sabe a sua responsabilidade... sabe que tem realmente que procurar trabalhar em cima daquele objetivo... Agora a forma como as coisas... às vezes... são cobradas... é que é o diferencial... Passar para você, **ENF**, que realmente você tem que atingir tal meta é a minha função... e você tem a responsabilidade de assumir isso... Então você tem que realmente saber conduzir... Acho que vai um pouco de cada um.

**ENF** - Não é porque você está aqui na minha frente, **SUP**... Não é demagogia... Eu já tive a experiência com outra supervisora e aconteceu uma coisa muito chata... Eu estava presente em um momento em que existiam queixas, queixas, queixas e queixas... e todas as enfermeiras se reuniram e decidiram que iriam conversar com a gerente do Programa... porque aquilo não estava dando certo... E eu não sei o que danado aconteceu... mas isso acabou vazando de uma forma deturpada... passaram para a gerente do programa outra concepção do que ia acontecer... Porque a gente se reuniu dizendo assim: "Vamos primeiro falar com a gerente... Ora!... se ela é a gerente... então temos que começar por ela... passar as dificuldades que a gente está sentindo... e daí, chamar a supervisora para passar o que está acontecendo... Se for o caso, na mesma hora, conversamos com todas juntas... com todo mundo..."... E o negócio misturou, desandou foi tudo... E até hoje há um clima diferente... eu não vou negar... O clima é meio turbulento... Hoje ela não supervisiona mais a minha equipe... Assim, estou com **SUP**... mas tive a experiência e não vou negar: é meio dolorosa... E isso deixa a gente... A gente estressa os agentes... Quando sua enfermeira lhe cobra... não é porque ela está estressada... com raiva de você... é porque ela já foi alfinetada... Então, qual é o meu reflexo?... A carga que eu recebi... Se foi carga negativa, eu vou passar carga negativa... Então, nem eu vou saber cobrar... eu vou começar a detonar nos outros... E o agente vai dizer: "Calma, que é isso?"... Então quando você vai ver... eu já tinha recebido uma bronca... Mas o que os agentes têm a ver com isso?... Aí começa uma confusão.

*Será que a perspectiva humana está podendo finalmente se expressar com mais contundência? Na fala de **ENF**, há uma dimensão de angústia que me chama a atenção... Pelas metáforas utilizadas (não ser rosca ou parafuso), ela tenta nomear como vem se sentindo nessa prática. À medida que ela re-conhece essa possibilidade em sua prática, a partir das pressões sentidas, há já a elaboração de que este não precisa ser o caminho. Referindo a autonomia dada pela supervisão e, logo em seguida, as pressões sofridas no cotidiano, **ENF** não estaria querendo apontar a necessidade de um outro tipo de cuidado para o profissional, que possa reconhecê-lo e resgatá-lo em sua humanidade?*

*De novo é referido um movimento em cascata: a forma como a supervisão lida com o profissional de PSF interfere na forma como este lida com a equipe e isto pode se mostrar na forma como esta equipe se relaciona com o próprio trabalho e se põe na relação com a*

comunidade. Novamente me dou conta da complexidade de relações que são estabelecidas nesta ação territorial e de como isto está sendo trazido para essa discussão no dizer de cada um. Pergunto-me se essa ação reflexa que se coloca enquanto possibilidade não estaria me sinalizando na direção de outra possibilidade: o efeito multiplicador de atitudes.

O fio puxado por **SUP** apenas diz respeito à forma de cobrar e indicar as metas a serem atingidas para as equipes. Reflito: sinto como se fosse quase impossível para ela, no momento, escutar o apelo a um outro tipo de cuidado para o profissional, que me parece ser feito por **ENF**. Seria sua tecnicidade ou a cobrança dos planejadores de birô que a impede de ouvir os apelos de seus supervisionandos?

**ACS** – Eu mesma ficava tão estressada que ficava doente constantemente... Lá no posto mesmo meu apelido era manhosa... porque eu pegava uma gripe e ficava arreada... toda desconsolada num canto... E a supervisora no telefone: “E as fichas? E as fichas?”.

**F1** – Você está há quanto tempo no Programa?

**ACS** – Oito meses.

**F1** – Quer dizer que com dois meses pensou em deixar... mas já está há oito.

**ACS** – Já estou há oito... mas porque a equipe me deu aquela força e as pessoas na área foram me aceitando... Se fosse pela Coordenação... eu acho que eu já estaria no fim da linha.

*Penso que a angústia acaba se marcando no corpo como modo de expressão. Não seria essa uma estratégia para se manter “funcionando” na equipe? Essa possibilidade me faz refletir sobre a falta de legitimidade para o sofrimento psíquico diante das pressões em ambientes de trabalho. De alguma forma, esse sofrimento precisa se marcar no corpo para ser escutado. Ao mesmo tempo, comunica abertamente como ocorrem atitudes de profissionais do sistema para a manutenção de seu estresse, sem a mínima escuta ao seu sofrimento. Ao inverso, continuam cobrando e intensificando a “insanidade” e a “doença” da equipe.*

**F2** – Eu tenho uma pergunta: O problema seria a cota... ou a forma de cobrar essa cota?

**ACS** – Eu acho que seria a forma de cobrar a cota.

**F2** – Quer dizer que a cota em si não é problema para atingir?

**ENF** - É um problema também atingir... porque a gente não consegue desenvolver o trabalho por alguns outros problemas externos... que vêm afetar a equipe.

**F2** – A equipe é obrigada a atingir a meta...

**ENF** - Justo! Eu posso estar de férias nesse momento... no meu caso, passei um tempo de licença gestação... Então isso refletiu em uma queda... oscilou o meu marcador quanto à atividade de enfermeira naquela equipe... Mas acho que o ponto maior é como cobrar... Eu acho que eu tenho realmente algo a cumprir ali... eu tenho que trabalhar com seriedade... eu sei das minhas responsabilidades... eu tenho que estar aberta a escutar... Agora eu acho que nenhum ser humano sabe escutar crítica de forma agressiva... Porque acho que você tem que chegar e dizer: “Olhe, o negócio não é assim, vamos conversar, vamos sentar”... E, então, vou perceber que estou fazendo da maneira errada... E vou pedir ajuda... eu acho que eu vou ser humilde para pedir ajuda se eu reconhecer que não sei fazer algo... “**SUP**, me ajuda... Não sei fazer isso...”...Como aconteceu na questão do SIS-PRE-NATAL<sup>31</sup>... Eu estava fora... de licença... e aconteceu o cadastramento das gestantes... Foi uma confusão no posto!... E eu não tive receio de dizer o que eu não sabia fazer... Mas como isso vai ser cobrado... eu acho que isso bloqueia o ser humano... E só quem sabe o que passa na cabecinha de cada um é cada um mesmo... Então eu tenho que pensar muito quando eu vou falar com você... Cada um ali tem uma forma de agir... Eu não posso falar do mesmo jeito com todos.

**SUP** – É... E eu acho que até o fato de você se sentir à vontade de chegar para mim... e falar: “Eu não sei.”... é porque eu dei essa abertura... Se eu não tivesse passado para ela a segurança de que no momento em que ela precisar de mim... eu estarei ali... sem críticas... entendendo... ela não se chegaria a mim.... Então, eu acho que essa é uma visão que a gente precisa ter como supervisora.

*Parece que, além das metas de atendimentos a serem atingidas, existe, principalmente, o problema do modo como as equipes são cobradas para isto, como colocado por **ACS** e **ENF**. A primeira sente a forma de cobrar como a principal dificuldade, enquanto **ENF** pondera que tanto a própria cota quanto o modo de cobrança funcionam como pressões para a equipe, ainda que ela também aponte a forma de cobrar como ponto chave.*

*Acho interessante como, neste plano de compreensão das duas, o modo de relação da supervisão e a da coordenação do PSF com as equipes ganha posição de destaque. Questiono: será que o que estão querendo dizer é que o mais fundamental, independentemente das obrigações diárias enquanto profissionais do PSF, é esse con-tato das instâncias gestoras e de supervisão com esses profissionais das equipes, ou melhor, o*

---

<sup>31</sup> A depoente se refere ao sistema de informações do Ministério da Saúde relativo ao acompanhamento da realização de pré-natal no SUS.

modo como esse con-tato acontece? Ainda mais: será que o que estão apontando é que se torna indispensável resgatar o cuidado com elas, profissionais de saúde, humanas, por não serem meras executoras de tarefas, maquinazinhas, roscas ou parafusos? E mais: será que o que apontam não serve para todos os planos de compreensão que estão se entrecruzando neste trabalho? Todos são homens em ação, independentemente dos lugares ocupados...

Tudo isso me faz novamente pensar na dificuldade de mudar de lugar e poder reconhecer as outras perspectivas possíveis de compreensão, dentre as que estão no jogo de espelhos a partir dos outros envolvidos na ação. Mas, esse é justamente o ponto de estrangulamento, talvez, do Programa, pois **SUP** faz questão de assinalar sua postura compreensiva e não cobrativa. Será natural na equipe de supervisoras essa atitude de compreensão? Parece haver uma manutenção de posturas a serem adotadas pela coordenação, em função da cobrança de metas, mas não há discussão sobre a plausibilidade e a naturalidade de atitudes sem modelos. Mais uma vez a técnica prevalecendo sobre a ação real?

**SAR** - Agora você imagine a pressão... Pressão da pressão da pressão da pressão... chega no agente... Então o SARTE chega... Isto é experiência minha, na prática!... O objetivo do SARTE é promover atividades educativas em saúde... Você vai chegar na equipe para que a equipe tenha a possibilidade de estar desenvolvendo atividades de educação em saúde... Mas a equipe está toda descompensada... Vai ser o quê?... Por isso que a nossa proposta é encarada por boa parte dos profissionais como uma atividade a mais... Eles comentam: "Ih, já vem..."... "Eta, vai fazer grupo..."... "Eta, vai fazer teatro"... Então, isso não chega como uma coisa legal de arte... que pode estar mudando, mexendo e desenvolvendo coisas em você... Pelo contrário, chega como mais uma atribuição... mais uma obrigação.

**F1** - Se chega como mais uma... então talvez seja porque a prática cotidiana já é pesada...

**SAR** - É problema!... Todo mundo já fica meio assim... Então, o que a gente faz?... Primeiro tem que trabalhar alguns aspectos com a equipe... conhecer a equipe... ver as relações de poder... Às vezes as agentes nem falam, porque a médica fala mais... ou, então, a médica não fala e tem uma agente que fala mais... uma pessoa sempre passa e não deixa os outros falarem... Então existe uma série de coisas que você percebe... uma está bem afastada da outra porque está com raiva... porque a enfermeira exigiu uma coisa e não exigiu legal... porque já foi exigida de outra forma... Então, você já entra na equipe para trabalhar essas relações... Então, as ações que deveriam ser iniciadas logo, acabam para segundo plano... porque a qualidade, a saúde mental da equipe está toda comprometida... Como é que a gente vai trabalhar com grupos se a equipe não está se sentindo um grupo?

**SAR** ex-põe sua dificuldade no trabalho que realiza. Do modo que fala, percebo que ela re-conhece sua posição de "estrangeira", por estar chegando às equipes com uma proposta de trabalho diferenciada da prática cotidiana destas. E chega para se deparar com uma equipe que não está disponível. A própria **SAR** aponta que as equipes, imersas em seu universo de trabalho, não estão disponíveis para a proposta, percebida como uma atribuição a mais.

Será que se trata da falta de disponibilidade por um simples não querer? Algo fundamental é apontado por ela: as equipes são encontradas "des-compensadas", o seu modo de relacionamento não parece saudável, a sua saúde mental está comprometida. Isto vai me ajudando na reflexão... Que qualquer outra ação é possível introduzir ou propor a estas equipes, se sua necessidade premente parece ser a de atenção? Considero que seria possível imaginar que a disponibilidade possível é já exercida no con-tato com a comunidade... Pergunto-me de que modo a equipe do SARTE se posiciona diante da percepção do sofrimento destas equipes.

Vou me dando conta, como em tantos outros momentos ao longo da tentativa de diálogo com essa discussão grupal, do quão difícil é os humanos poderem estar abertos para o encontro com o outro, na perspectiva de se deixarem afetar pelo que o outro traz em experiência, para poder compreender e, daí, vislumbrar, em conjunto, brechas para que a ação aconteça.

**SUP** - Gente... eu só quero pedir desculpas... porque agora eu tenho uma reunião às 16:00, em Pontezinha.... Vejo que esse é um momento muito legal... Vim com muito estresse, porque eu tinha mil outras coisas... eu passei para **F1**... Mas foi muito positivo! Eu tenho certeza que coisas ótimas serão geradas disso aqui.

**F1** - Vai ter o próximo grupo...

**SUP** - Eu espero que eu realmente possa vir... porque é muito produtivo.... Até para mim... escutar o profissional... escutar como ele realmente está se sentindo... É bem importante... Tenho certeza que você vai tirar muita coisa boa desses momentos.

**F1** - Nós, não é?

**SUP** - Nós!... Na verdade, acho que cada um vai sair daqui com um pouco mais.

**F2** - A gente está dando nome ao fazer.

**SUP** – Isso... exatamente! Então, licença... Tchau! (Sai também **AC**, que já havia avisado a mim particularmente que precisaria sair junto com **SUP**)

*Pela necessidade de sair antes do final, **SUP** acabou naturalmente dando um retorno em relação a como percebeu esse momento. Se ela re-conhece que teve a oportunidade de escutar como o profissional de PSF, que ela supervisiona, está se sentindo na prática, penso que algo importante já aconteceu, em termos de reflexão, para ela. De algum modo, ela parece ter sido afetada pela experiência de participação no grupo.*

**SM** – Isso que **SAR** estava falando... Eu estava me lembrando exatamente da saúde mental... Não é nem só quando a gente chega nas equipes... Às vezes também ligam para a gente para pedir socorro nesse sentido... Eu fico pensando que quando a gente trabalha no PSC... não é o papel da gente... entre aspas... estar trabalhando com essas questões... Mas aí a gente acaba trabalhando... E eu fico pensando por que não se investe em algo que garanta esse espaço às equipes.

***SAR** – Porque este é o primeiro ponto que você precisa para trabalhar com as coisas... Se você vai trabalhar qualquer outra coisa que não está dando certo na unidade... para desenvolver qualquer outra coisa ou resolver o problema, você vai ter que ir para o que está causando este problema... Então você acaba tendo que parar mesmo... pensar... repensar... antes disso, desenvolver ou melhorar a auto-estima das pessoas... para poder desenvolver algum trabalho... Tanto é que eu chegava em algumas unidades e... porque eu elogiava alguma coisa... as pessoas diziam: "Ih, que falsidade!"... Porque nunca recebiam elogios... E agente comunitário de saúde já sofre nesse sol quente... Eu fui com um uma vez fazer uma visita e eu disse: "Vocês deveriam ganhar bônus..." E ele respondeu: "Pois é..." Fica todo mundo assim meio descrente... Ninguém acredita quando você faz um elogio... porque a auto-estima está lá embaixo.*

A colocação anterior de **SAR** fez eco para **SM**, que também ocupa um lugar peculiar em relação às equipes de PSF. **SM** refere escutar o grito de socorro das equipes, solicitando auxílio para poderem seguir adiante como equipes. Pela sua fala, percebo que a equipe de saúde mental acaba se tornando referência para estar junto nesse processo em alguns casos. E não se trataria do mesmo aspecto em relação à equipe do SARTE?

Ambas as equipes, do SARTE e de saúde mental, pelas colocações de suas messageiras nessa discussão, podem se sentir pegadas de surpresa na ação. O plano é um, mas a realidade chama para outra forma de atuação. A demanda que se apresenta nas equipes tem outras caras. Pergunto-me: não seria possível fazer essa mesma leitura na relação da equipe com os usuários? O PSF não teria princípios de atuação claros que se tornam obtusos e impraticáveis na ação cotidiana, ou seja, não seria um plano bonito que na prática está se mostrando cheio de buracos? A realidade nas comunidades parece demandar um outro tipo de atenção. Não seriam também as equipes de PSF pegadas de surpresa em relação às solicitações da população?

A partir da fala de **SAR**, reflito... Ir às origens do problema que se apresenta: não seria este o grande apelo e a grande dificuldade que vêm se mostrando, nos vários planos de atuação e de compreensão, apresentados nessa discussão? Vou me apropriando da sensação de que esse grupo está dizendo que a preocupação maior, em todos os níveis, está em torno dos efeitos do investimento, em detrimento de um olhar para a forma da ação, para o modo de relacionamento entre os atores diversos envolvidos, para os humanos envolvidos na ação. Quais as suas necessidades? Quais as suas angústias? Como estão se situando neste território? Como estão elaborando – ou não – a experiência desse fazer?

**SAR** traz agora a questão da auto-estima, não dos usuários, mas da equipe. Ao que percebo, a ênfase está no agente comunitário de saúde. Não estaria ela usando a palavra auto-estima para tentar dizer da necessidade de valorização, que não parte só do “eu”, mas de um re-conhecimento de todos nos espaços em que se transita? Fico intrigada com o pulo dado por ela da percepção das dificuldades de relacionamento entre os componentes da equipe para o ponto da auto-estima. Talvez mais adiante isso possa se mostrar de modo mais claro.

**F2** – Essa é a tua prática? Esse é o seu momento?

**SAR** – Qual?

**F2** – ... a experiência que tu estás tendo hoje nesse fazer?

**MED** - Você sente isso no dia-a-dia?

**SAR** – Não... eu sinto na relação... Porque a gente chega para desenvolver coisas legais... mas a gente encontra as pessoas em um momento péssimo... Houve um trabalho de teatro que foi muito bem feito... Elogiei bastante... e as meninas disseram: “Olhe sua falsidade!”... Isso porque não estavam acostumadas a receber elogios... não acreditavam em mim... achavam que eu era falsa porque eu estava dizendo aquilo... E eu acho que não... Eu acho que se a gente chegava sorrindo... já marcava uma diferença... E as pessoas estranham porque... se chega da Secretaria... é algum problema... Se está ali é porque tem algum problema... Eles já imaginam: “Querem que a gente faça alguma coisa.”... E a gente diz: “Não, a gente está aqui para ajudar vocês no trabalho.”... E eles ficam desconfiando... achando que dali para frente vai surgir mais alguma coisa... que a gente vai querer se aproveitar deles... Porque eles estão acostumados a receber muito isso.

**F1** – Eu gostaria exatamente de pedir... a quem efetivamente está nas equipes de PSF... que pudesse falar um pouco disso que **SAR** está trazendo...

Como é que vocês sentem isso?... Como é na prática?... É assim mesmo ou é diferente?

**ENF** - Eu sinto uma necessidade de estímulos e de reconhecimento... Você tem que fazer... E eu procuro fazer... eu procuro me dedicar... fazer o melhor.... Se eu não estou conseguindo... eu vou buscar outros colegas que já fizeram ou já viveram esse desafio... e eles me dizem como é que eu faço... Mas quando termina... não vem sinal algum de reconhecimento... Então você olha para trás e fica imaginando se valeu à pena fazer todo o esforço... Sempre fica a interrogação... A minha supervisora... quando chegou para se apresentar no posto... ela já é a minha terceira supervisora na realidade... eu disse a ela: "Eu gosto de ser criticada, mas também gosto de elogio."... Ela disse: "Não se preocupe que eu vou lhe elogiar"... Porque eu acho que todo mundo gosta de ter o seu trabalho reconhecido... de ser notada... de saber que o que está fazendo é visto como produtivo... como útil... ser lembrada!... Mas não lembrar... não dizer nada... dá uma angústia... e você se sente vazio... Vem aquele questionamento: "Será que vale à pena? O que estou fazendo vale a pena? Será que vai ser produtivo?"... Acho que... pelo menos eu... como ser humano... eu gosto de ser estimulada... eu gosto de receber elogios... Gosto também de desafios... com críticas... mas também com elogios... Eu sou desse jeito: se ninguém me disser nada, eu paro... Eu não sei trabalhar assim... pois fico achando que não estou fazendo nada... que o que estou fazendo não está dando nenhum reflexo... E acho que isto está faltando no município... É o que eu sinto... Para você ver... meus agentes de saúde foram para Brasília... fazer peça de teatro... Eles se queixam demais: "Ah, antigamente tinha esse estímulo para gente... A gente foi para Brasília... apresentar uma peça! Levando teatro do Cabo... E agora não tem mais isso."... Como ajudar? Não tem como ajudar... porque eu dependo também de outras pessoas para poder incentivar isso... dar recursos... materiais... Algumas pessoas dizem: "Não, a ponta<sup>32</sup> também é um veículo."... Nem sempre só a ponta é um veículo... nem sempre minha fala é um veículo... Eu preciso de outras coisas... de outros subsídios... Eu sinto essa necessidade... Então vem aquela questão de estar desestimulado... principalmente os agentes de saúde que estão desde o início do Programa aqui... Porque eles trabalhavam tudo isso... essa dinâmica... trabalhavam teatro... eles faziam tudo isso... E hoje em dia... falta.

*Percebo que o aspecto da auto-estima abordado por **SAR** vai se mostrando com outra perspectiva a partir da fala de **ENF**. Trata-se da necessidade do re-conhecimento enquanto profissional e humano. E penso que há várias maneiras desse re-conhecimento se apresentar. Ser vista e lembrada, para além do programa: não seria esse o grito dessa profissional? Sendo questionada sobre suas reflexões após o acontecimento do grupo, **ENF** comenta:*

---

<sup>32</sup> A depoente se refere ao nível correspondente à ação dos profissionais de saúde no contato com a população de usuários.

**IENTF** – Venho questionando realmente até que ponto eu sou útil aqui... e até que ponto eu sou valorizada... os dois lados... Será que eu estou servindo realmente a essa comunidade? E será que eu também estou sendo vista como uma boa profissional? Eu estou sendo reconhecida? O meu trabalho está sendo valioso? Eu comecei a interrogar esses dois pontos.

*Sinto a necessidade de questionar de que modo vem sendo estabelecida essa relação das instâncias gestoras da Secretaria de Saúde com os profissionais da ponta, que concretizam o trabalho em saúde para a população. Tanto tem se falado de pressão, de cobrança, de metas a atingir... E tanto tem se falado da necessidade de melhor cuidar desses profissionais... Quais seriam as perspectivas para que um modo diferente de aproximação entre esses vários personagens da vida real pudesse acontecer? Esse é o meu questionamento, uma vez que é com esta necessidade que estou me deparando, enquanto busco escutar esses profissionais comunicando sua ação. Propus-me a escutar essa experiência, e a partir desse contar, escuto lamentos. Não seriam lamentos que há tempos urgiam ser escutados? É muito dolorosa a sensação do desamparo. Em muitos desses dizeres, também me encontro, enquanto profissional de saúde. Mas, agora, estou em trânsito.*

**F1** – E as outras pessoas? Eu acho que é interessante mesmo a gente poder estar escutando todas que estão aqui... Quando eu fiz a provocação no início... com a pergunta... minha intenção era ouvir de cada um... O fato de ser em grupo não isenta cada um de participar... Não é porque é em grupo que um fala mais e o outro deixa de falar... É importante que cada um possa estar se colocando... Acho que falamos muitas coisas que... pelo menos do meu ponto de vista... provocam... mexem...

**AE** – *Porque é muito difícil... Eu sinto que minha parte... como auxiliar de enfermagem... é uma carga muito grande... Porque a gente fica ali logo na porta de entrada... a gente recebe tudo... Como ENF disse: elogio nunca entrou... mas reclamação todo dia entra... de todos os lados entra... Outra coisa é que costuma haver uma falha muito grande da coordenação em relação ao auxiliar: às vezes ela chega na unidade... se a enfermeira estiver na frente ela fala... e esquece do auxiliar de enfermagem... esquece de dar um bom dia, um boa tarde... Age como se a gente não existisse, sabe?... Isso me desestimula muito como auxiliar de enfermagem... Está certo que na equipe cada um tem o seu papel... cada um com um papel importante... mas o auxiliar de enfermagem recebe muita carga... Eu acho que é muita carga... Quando a equipe costuma ajudar... o nosso dia de trabalho fica mais fácil... mas, quando não... fica difícil... Porque... como auxiliar de enfermagem... a gente tem que fazer tudo ao mesmo tempo... A gente recebe o paciente... da maneira que ele vem... ele pode vir calmo, agitado ou agressivo... Às vezes, a gente não pode nem dar a devida atenção... porque é*

*gente esperando para vacinar, para aferir pressão, ver temperatura... tirar prontuário, guardar os prontuários... tudo isso... Às vezes, a médica está de um lado, pede um prontuário... ou, então, a enfermeira está do outro lado... Isso foi muito trabalhado na nossa equipe... Hoje a equipe procura ajudar da maneira que dá... as meninas me ajudam muito... Mas teve uma época em que eu pensava: "O que estou fazendo aqui?"... Porque eu chegava em casa realmente estressada... Não dava conta das minhas filhas... do meu trabalho em casa... porque às vezes já chegava cansada... tanta coisa na minha mente... Às vezes, eu vinha tão cansada... que tentava dizer alguma coisa... mas não tinha tempo... chegava já saturada... Às vezes, chegava à noite e mal dava tempo tomar banho e dormir... Às vezes, eu chegava... dormia e nem via nada... Outras vezes, eu chegava e as minhas filhas já estavam dormindo... Sempre acontecia isso... Com o meu marido era a mesma coisa... Porque o trabalho é muito turbulento... Acho muito turbulento... porque o paciente... quando chega... não quer saber se você tem problema... se você está bem... ele quer resolver o problema dele... Claro que somos humanos... temos nossas dificuldades... Mas lá na Secretaria... quando chega uma reclamação... não se quer saber como é que você está... Eles querem só tentar resolver... querem garantir que o paciente chegue e seja atendido... Não querem nem saber como foi aquilo... o que aconteceu de fato... Primeiramente, o paciente diz logo que quem fez foi a menina da frente... Não pergunta nem o nome... e eu levo logo a rebordosa.*

**F1** - E a menina da frente é você... a auxiliar...

Difícil? Expor-se realmente é difícil. Tanto que o grupo precisou de um bom tempo para se render ao desafio, resgatar de volta as suas subjetividades... e poder falar do sentimento de estar envolvido nesse tipo de ação... apesar e além do programa. Pergunto-me o quanto essa abertura de comunicação maior dos profissionais da ponta teria a ver com a saída de **SUP** e de **AC** do grupo. Na ausência de profissionais a quem se tem que responder e por quem se é cobrado, parece ter se apresentado uma possibilidade de expressão àqueles profissionais que, como **AE**, permaneciam na escuta de como o Programa devia ser, sem "autorização" para contar suas experiências totalmente diferentes do planejado e sem abertura para discussão. Seria isso?

Deixar de ser percebido, re-conhecido, valorizado, enquanto humano e profissional: uma queixa de **AE**. A sobrecarga, a turbulência, a cobrança da Secretaria para atender bem, independentemente de qualquer coisa: mais queixas. A dificuldade de dar conta da vida fora do trabalho: outra queixa. No caso do **AE**, a peculiaridade de fazer a recepção dos usuários na unidade, além de tantas outras atribuições. Reflito: não estou diante de um depoimento de loucura no trabalho? Loucura como falta de sentido. Ela mesma diz ter pensado várias vezes o que estava fazendo ali afinal. Loucura talvez seja um exagero, mas **sofrimento** sem dúvida...

**IAE** – Depois que eu fiz uma auto-análise... Até mesmo agora... eu achei interessante... lendo essa discussão... No final, a gente só fala de estresse, estresse, problema, estresse, problema, problema e estresse... Não tem nada assim concreto... Às vezes, dá a impressão de que você não está fazendo nada... Só que você estava num ponto que já sufocou, sabe?

*Há brechas para a construção de um sentido em meio a essa roda-viva? No próprio relato de **AE**, é apontada uma possibilidade: o suporte da equipe. De que se trata isso senão da aproximação para o cuidado do outro? Do que se trata senão de um olhar e ouvir o outro, de um acolhimento e da saúde do trabalhador?*

**F2** – Deixe-me ver se entendo... É bom porque eu estou fora do Programa e eu tenho uma série de dúvidas... Então, a turbulência é por conta da quantidade de coisas que têm que ser feitas... e também pela quantidade de reclamações que chegam?

**AE** – *É... porque no caso da auxiliar de enfermagem... ela tem que fazer muita coisa ao mesmo tempo.*

**F2** – Então isso lhe agonia?

**AE** – *Agonia porque a gente é só... e a gente não pode fazer tudo ao mesmo tempo... A gente procura fazer o melhor... mas às vezes a gente não consegue.*

**MED** – Porque eu acho que o ideal... na minha visão... porque eu estou há dois meses só no Programa... eu acho que é ter uma recepcionista... Uma recepcionista exclusivamente para esta função... Porque ela... enquanto auxiliar de enfermagem... está na recepção, mas quem faz a vacina é ela... quem afere uma pressão é ela... e outras coisas..

**ACS** – Lá na minha equipe a gente conversa muito com a auxiliar de enfermagem. E a gente sempre toca nessa tecla: “Você vai morrer estressada.”... “Você está muito estressada, mulher. Pára um pouquinho.”... A gente fica insistindo para que se coloque uma atendente... Mas só que houve uma reunião em que perguntaram: “Vocês querem uma atendente ou querem que aumente o salário de vocês?”... Claro que a gente pediu para aumentar o salário.

**ENF** – Foi apenas uma proposta... não saiu disso.

**AE** – *Não, mas já foi proposto de fato... Não se trata da troca pela questão de aumento... Disseram que estavam providenciando uma recepcionista... mas até agora não chegou.*

**ENF** - E a recepcionista poderia ser um agente de saúde... que deveria ser desvinculado dessa função passando a ser recepcionista... Só que a forma de contrato não daria garantia em relação à parte financeira... aí eles ficaram com medo e preferiram continuar como agente de saúde... Mas... de fato... todo mundo tem uma carga grande... mas a da auxiliar de fato é enorme... porque ela está de frente para tudo.

**F1** - É quem está na frente, quem recebe tudo... Se o PSF é a porta de entrada, a auxiliar é a porta mesmo.

*É interessante perceber uma movimentação de algumas pessoas desse grupo, se não de solidariedade, ao menos de re-conhecimento da sobrecarga ainda maior no caso da AE. Isso me faz pensar que o lamento pôde ser ouvido no grupo. E não seria pelo fato de, na experiência do dia-a-dia, todos perceberem, em suas equipes, essa situação da auxiliar de enfermagem, ainda que com outras personagens assumindo esse papel? Vou me dando conta de como o singular pode reverberar no plural quando ganha ex-pressão.*

*E quanto ao re-conhecimento pela coordenação, quanto à possibilidade de reverter um pouco essa carga pela introdução de uma recepcionista, foi uma situação que em que os profissionais de várias categorias foram colocados na berlinda, com a proposta de uma "escolha de Sofia": salário maior, como valorização, em lugar da sobrecarga de trabalho, ou rebaixamento da categoria como desmérito, sob alegação de contenção de despesa e manutenção do orçamento.*

**AE** – *Em cada turno são 16 fichas... Hoje mesmo... que é dia de atender hipertenso... a médica só atende 16 pacientes... Porque com hipertensão... ela não tem ainda muita prática nessa área... Então não posso encaixar extra... a não ser uma coisa muito grave que apareça... Eu vou... Falo com ela: "Doutora, a paciente está assim, assim"... Mas ela responde: "Não, não encaixe mais ninguém"... Ela diz que não pode mais... O que eu vou dizer?... Vou dizer para procurar outro setor, o 24 Horas<sup>33</sup>? Aí o 24 Horas manda de volta para o posto... Como é que a gente fica?*

**F2** – O posto não tem vaga...

**ENF** - Mas quem é que diz que não tem vaga? Ela... a auxiliar!

**SAR** – *Você vê que a responsabilidade fica para aquela pessoa que comunicou... Então se você está lá escondidinha na sala e pede: "Diz que eu não estou"... Quem vai dizer que o médico não está?... Quem que vai ouvir do usuário: "Ah, isso não presta."?*

---

<sup>33</sup> A AE se refere à Policlínica Jamaci de Medeiros, na qual funciona um setor de pronto-atendimento 24 horas.

**AE** – E, às vezes, até acontece de o paciente ser muito insistente e dizer: "Vou esperar para falar com ela."... Ela disse a mim lá dentro que não podia atender... Mas quando ela sai da sala, a mãe começa a falar... ela, às vezes, atende... A gente perde a credibilidade com isso aí... Muitas vezes o paciente chega... e é só a questão de uma palavrinha para resolver... Às vezes, ele até chega angustiado... e seria o caso de a gente tentar conversar com ele... pois, às vezes, é até uma coisa que a gente pode resolver... Mas a gente não tem tempo... A gente diz: "Espera aí... que eu vou fazer isso."... Mas então... como a pessoa está ansiosa para resolver aquilo... acaba indo embora.

**ENF** - Ou... então... o profissional pode dizer: "Eu não disse a você que não ia atender? Por que você não mandou ele ir embora?".

Percebo que é posta em questão a sintonia da equipe, pois da atitude de cada um depende a credibilidade do grupo por parte dos usuários. Não é a partir da atitude da própria equipe que ela pode ir se tornando uma referência naquela comunidade? Então, parece que esses atropelos de relacionamento e de comunicação na equipe podem interferir na relação desta com a comunidade. E essa responsabilidade recai sempre para o profissional da ponta, que, além da sobrecarga própria, tem o dever de aliviar aquele de categoria superior na hierarquia profissional, interpondo-se e recebendo os choques como estando na posição de "leão de chácara", sem o devido preparo emocional e físico para tanto, visto não ser essa sua atribuição devida no programa.

A fala de **AE** me faz ter uma dimensão da correria do cotidiano, que muitas vezes impede atitudes simples que poderiam responder à situação de alguns usuários que aparecem na unidade. Em uma reflexão após a discussão grupal, **AE** diz:

**IAE** – (...) E até hoje eu estou trabalhando mais nessa parte... de parar... deixar até algumas coisas para fazer depois... para fazer essa abordagem ao paciente... Sentar com ele, cara a cara... Conversar com ele... Isso, às vezes, vale mais do que chegar à doutora e dizer "Doutora, aqui é consulta."... E, muitas vezes, nem é... Toma o espaço da doutora... ocupa uma vaga a mais... Às vezes, a gente vê que chegam pessoas com necessidade de serem vistas realmente pelo médico... Mas outras, com esse apoio... ele sai satisfeito... A gente pode ajudar alguém... É muito interessante isso aí também... Estou visando essa parte do meu eu aqui na frente... E está sendo muito gratificante para mim.

Um momento de atenção, uma escuta e algum tipo de orientação já supriria a necessidade em alguns casos. Se não há tempo para isso, que atenção à população está sendo possível? Mais uma vez, a impressão de que o atendimento às situações de emergência é o que parece estar sendo possível na ação de um programa com o caráter de promoção à saúde. Interessante eu me referir à **emergência** e não à **urgência**...

**AE** – Pronto, tem mais essa!... Ontem mesmo... não sei se essa paciente vai para a Secretaria de Saúde... É difícil... Foi assim: a enfermeira me pediu combinar uma visita com essa mãe... Só que a enfermeira trocou o horário... ia fazer visita à tarde mas foi de manhã... Só que quando a mãe chegou lá no posto... não disse que a enfermeira iria visitar... disse que a médica mandou vir porque queria olhar os meninos... Aí eu fiz minha parte... peguei o prontuário... peguei os dois meninos dela... e levei à médica: "Doutora, essa paciente veio porque a senhora disse que ia dar uma olhada nos dois meninos dela."... A médica respondeu: "Eu mandei dar uma olhada?"... Eu disse: "Então, doutora, vá lá na frente e explique para ela."... A mãe soltou os cachorros lá na frente! Disse que ia na Secretaria... ia entregar o posto... que a menina... no caso eu... não quis atender... Eu disse: "Não, minha querida. Eu sou auxiliar de enfermagem. Eu pago caro o meu COREN, mas é bem pequena a função dele.". A usuária insistiu: "Mas eu vou lá assim mesmo!"... Eu ainda retruquei: "Minha senhora, eu não posso fazer a função da médica".

**ENF** - É uma estratégia que a comunidade utiliza... essa de denunciar... A comunidade diz assim: "Eu vou denunciar, eu vou para a Secretaria, vou falar de você."... em tom de ameaça.

**F2** – Os nossos pacientes também<sup>34</sup>.

**SAR** – Você vai procurar a instância superior para dizer que não foi bem atendido... E o que estressa bastante a equipe é que... quando os usuários chegam lá na Secretaria... revoltadíssimos... dizendo que foram mal atendidos.... quem está na Secretaria, quem ouve a história... vai lá na equipe... e como é que vai?... Vai perguntar a versão da equipe ou vai logo acusando: Por que não atendeu?... Geralmente, vai logo colocando todos os bichos.

**ENF** - Então chega e diz: "Tem que atender."... Mas você avaliou... explicou que não tinha como fazer aquilo.

**MED** - Acho que também vai do bom senso... Apesar do pouco tempo que estou no Programa... o que eu tenho percebido é o seguinte: eu tenho a minha quantidade x de fichas marcadas... Não sei se estou muito boazinha porque eu estou ainda no início... Eu tenho aberto realmente espaço a muitas fichas extras... Mas por conta também da época do ano... com tanta chuva... em que tem aparecido muita criança com crise de asma, muita virose, muita gripe... Agora existem aqueles casos que você percebe... principalmente quando está direto... as ACS's vão me passando: "Doutora, cuidado! Porque essa paciente é aquela que só vem aqui sem ficha marcada."... Tem aquelas que você já conhece... que realmente não são casos para ficha extra.

<sup>34</sup> A facilitadora se refere aos pacientes que atende no Ambulatório de Psicologia no Centro de Saúde onde trabalha.

**ENF** - Sabe o que eu faço?... Eu marco logo no prontuário: "O usuário chegou em horário errado e não esperou a consulta."... Quando volta... eu digo logo: "Ah, foi você!"... Aí a pessoa fica mais calma.

**MED** - Já teve paciente que dentro de um espaço de dois meses... apareceu quatro vezes... sem estar marcada... e não era nada de urgência... Quer dizer, é costume dela... é mau costume de fazer isso... Então, eu atendi a primeira vez e já fiquei sintonizada naquilo... na segunda vez eu já orientei... Aí sim, é quando eu falo: "Diga que tem que marcar a ficha."... Não é uma urgência, não está em crise de asma...

**AE** - *E às vezes eles chegam e dizem para gente uma coisa... e quando entra na sala é outra... Então eu converso com a doutora... peço que veja o que ela veio resolver... Ou uma coisa ou outra... Se for uma coisa que dá... Eu já orientei a médica... porque lá na unidade onde eu trabalho... tem muito disso... A doutora também... às vezes, ela chega de bom humor... bem calminha... e atende todo mundo... Mas tem dia que ela não atende.*

**MED** - Não... e tem dia que a gente realmente acaba mais cedo... e estando ali... não custa nada... Eu acho que tudo vai do bom senso... Você tem que contar com o bom senso para discriminar: isso é uma emergência... isso é uma necessidade... já isso não é... isso é a paciente que tem esse costume de vir aqui sem necessidade... Cada caso é um caso.

**F1** - Sabe o que está me ocorrendo?... Parece que o tal do vínculo... do qual a gente começou falando... não é algo fácil de estabelecer, não é?... É importante, mas parece que nesse dia-a-dia, nessa lida... se torna algo bem delicado.

**ENF** - E o usuário às vezes vem de encontro com a gente... aquela pessoa que você acha que lhe apoiava... de repente, explode... Eu aprendi a ter algumas armas... tipo escrever no prontuário as pessoas que fazem escândalo no posto... Lá a gente tem uma rotina: eu e a médica só atendemos com o cartão da criança... Se não trouxe, então eu registro... Da outra vez, ela não trouxe de novo... Eu já tenho essa forma de me acobertar... de me assegurar diante dessa paciente... Por que ela vai dizer sabe o que lá na rua?: "Isso é palhaçada dela. É a primeira vez que eu vim sem cartão, eu sempre venho com o cartão!"... E não é verdade... Vai me denunciar na Secretaria... Mas quando chegarem lá e pegarem o prontuário... vai estar lá escritinho que uma, duas, três vezes, ela veio para ser atendida sem o cartão... no caso... Então... tem que ficar articulando... O que eu faço?... Tenho aquela preocupação... para não me prejudicar e ter uma resposta que venha a satisfazer aquele paciente... Quem está escutando percebe que eles gritam... para acabar a sua imagem, começam a falar alto... Eu digo: "Cala a boca! Se você fala alto, eu também vou falar.

Vamos falar baixinho.”... Então, tudo isso eu estou descobrindo que... com o tempo a gente vai moldando.

**MED** – Essa é uma parte do estresse, viu?... É que muitas coisas a gente tem realmente... até para se proteger... a gente tem que notificar, escrever... Por exemplo, eu tenho uma paciente que é diabética... ela está com o dedo do pé necrosado... tem indicação para se cuidar, para amputar o dedo... Mas ela é rebelde ao tratamento, à medicação, ao curativo... ela é rebelde a tudo... E a família encobre... Eu digo que ela tem que fazer isso, mas ela não faz... Então eu faço como **ENF** disse: eu escrevo tudo... A gente tem que escrever tudo... porque é uma segurança que a gente tem.

**SM** – A sensação que dá é de que vocês estão espremidos... entre a Secretaria e a comunidade.

*Vou percebendo outros fios na trama. Compreendo que a relação com a comunidade se desenrola de forma nem sempre tranqüila. O grupo indica que existem estratégias dos usuários para facilitarem o atendimento, dentre as quais manipular sobre a gravidade da situação ou a própria ameaça de denunciar o profissional à Secretaria de Saúde por mau atendimento. Por outro lado, também os profissionais usam estratégias para se respaldarem: começam a observar os usuários e suas características de comportamento, anotam no prontuário as situações específicas. Fico com a impressão do estabelecimento de um clima de tensão e ameaça mútua entre a equipe e a comunidade, posto enquanto possibilidade dessa aproximação entre esses dois pólos. Ou seria como o possível de estabelecer frente às carências e desmandos que por vezes ocorrem nos serviços públicos em geral? Afinal, mesmo com a ameaça de levar à Secretaria um não atendimento ou a estratégia de escrever no prontuário a atuação do paciente, na realidade o “patrão” não dá a cara para bater nem se apresenta diretamente a ninguém.... O empregador é um enorme fantasma que vem sempre se representando por alguém que não é nem quem manda nem quem decide... Público torna-se, assim, praticamente sinônimo de ser de ninguém.*

*Como distinguir as situações de usuários que necessitam de uma intervenção emergencial daqueles que apenas manipulam na tentativa de conseguir uma consulta? Porém, percebendo por outro ângulo, o fato de o usuário recorrer à equipe de saúde já não indica a necessidade de algum tipo de cuidado, ainda que seja de outra ordem, não necessariamente a da doença orgânica? Talvez também no caso dos usuários a angústia da vida precise se marcar, de algum modo, no corpo para obter alguma chance de expressão. Lembro de depoimentos, colhidos com usuários de um ambulatório público de saúde, que mostravam como as condições de vida eram significativas para o seu sofrimento*

como adoecimento, referindo-se a como era importante serem ouvidos e acolhidos em suas “dores”, mais do que serem atendidos sob o ponto de vista físico. Era tão importante que até iam a pé para poder ter aquele momento de atenção, pois não tinham dinheiro para a condução ou para a comida<sup>35</sup>.

Chama a minha atenção o modo como os profissionais questionam a postura da Secretaria de Saúde nos casos de denúncia de mau atendimento. Eles parecem comunicar uma falta de cuidado com a equipe em tais situações. Seria isso um pouco na lógica de mercado de que a razão é sempre do freguês? A sensação de **SM** de que a equipe de PSF está espremida entre a comunidade e a secretaria torna-se também a minha sensação, enquanto vou me apropriando dessa discussão nesse outro momento. E, então, me questiono: algo não está fora da ordem?

**SAR** – E isso que **FI** colocou de vínculo... e a questão que eu falei antes do medo desse vínculo... Porque parece que é uma relação de muito medo do que possa acontecer e de muita proteção... Cada um está se protegendo, de um lado e de outro... Então, qualquer coisa... é como se.. A relação é de dar e receber... É como se você estivesse sempre nas mãos dos usuários... e sempre com medo do que ele possa fazer... E ele também, com qualquer coisa, já não é mais seu amigo... E a gente sabe que uma coisa boa para ser divulgada, demora, duas pessoas divulgam... agora, quando é ruim, sai no jornal, vai muito mais rápido... Então o vínculo é tão difícil de ser construído... e com qualquer coisa se rompe, porque a gente não vai ter tempo de cuidar desse vínculo, não vai ter tempo de fortalecê-lo... Então... o que eu sinto é que existe esse medo da equipe de se aproximar tanto da comunidade e sofrer a rebordosa... E a equipe tenta criar estratégias para não estar tão próxima da comunidade... Tanto é que as agentes comunitárias... algumas que moram na área e tudo... não se sentem parte da comunidade... Sentem-se diferentes, muito diferentes... não por parte do profissional, mas o quanto a comunidade exige que elas sejam uma série de coisas... que elas não conseguem se aproximar... nem tanto da equipe nem da comunidade... Aí fica o conflito.

**ENF** - Eu faço uma outra leitura... Eu acho que quanto mais eu estou próxima da comunidade... eu também tenho como reivindicar deles, brigar com eles... Porque se eu não tenho essa intimidade... eles chegam lá e dizem: “Eu quero ser atendido agora!”... aquilo e aquilo outro... Se eu não conhecer quem é aquela figurinha, eu vou ficar com medo... Só sabendo de quem se trata, eu vou lá questionar com ele também... Eu acho o vínculo importante.

**SAR** – Com certeza... É isso, o vínculo é importante! Eu estou dizendo que na maioria das vezes as pessoas não fazem o vínculo com medo.

**ENF** - Mas eu prefiro fazer... porque eu vou saber com quem estou lidando.

---

<sup>35</sup> SANTANA, Ana Maria (2001) A experiência do usuário como via de re-significação das práticas psicológicas na rede pública de saúde. Dissertação de Mestrado. UNICAP.

**ACS** – O critério para ser uma ACS é que ela more na comunidade... que ela conheça a comunidade... já por causa desse vínculo, não é?

**MED** - Ela sabe o jeito de cada um, mas é difícil lidar.

**F1** - Como é esse lidar que é difícil na prática do dia-a-dia?

**AE** – *É mais isso de ir na base do diálogo... da equipe com a comunidade... Porque às vezes a gente não consegue obter tudo que eles querem... Realmente é difícil... porque a comunidade cobra muito da gente... e a gente não tem retorno... Como uma vez mesmo, aconteceu o seguinte: havia uma rua que precisava mesmo ser asfaltada, em uma área carente... a gente lutou para tentar melhorar isso... para colocar saneamento básico, ajeitar... Já estavam confiando na gente... A gente envolveu as outras Secretarias... O pessoal foi lá... viu a situação... prometeu que ia resolver... Depois que passou o período de campanha política, eles fizeram uma rua em cima... botaram um banquinho de praça... e onde precisava, nem chegou perto... Aí a comunidade justamente veio cobrar da gente: "Está vendo? Você disse para votar no prefeito, porque ele ia fazer isso, fazer aquilo... E ficou aí"... Realmente era uma situação crítica... Fica difícil.*

Do modo como percebo, o vínculo é retomado na discussão a partir de outra perspectiva. **SAR** aborda o medo da equipe de estabelecer vínculo e parece compreender isto a partir da falta de tempo para cuidar dessa aproximação no dia-a-dia, de fortalecer o vínculo. Então, a equipe acaba se afastando. Compreendo esse depoimento de **SAR** da seguinte forma: é como se a equipe buscasse se preservar desse con-tato, sendo o menos parcial possível, tentando apenas dar conta da tarefa. Mas de que se trata mesmo essa tarefa de ser profissional do PSF? Será possível escapar a essa aproximação com a comunidade?

Isto reverbera em mim de forma preocupante. Como está sendo compreendida essa questão do vínculo por esses profissionais? Esse ponto tem atravessado a discussão desde praticamente o início e tem uma relação fundamental com o modo como o profissional se situa no seu campo de atuação. Fico com a sensação que estamos falando de homens com medo de homens.

**ENF** faz um contraponto, falando da importância do vínculo como uma forma de o profissional saber com quem está lidando na comunidade. Pergunto-me: isto não soa como se o vínculo aqui estivesse sendo referido como uma estratégia de defesa do profissional? Na perspectiva dela, se os usuários são conhecidos, tem-se mais condições de questioná-los, de enfrentá-los. Mas será dessa ordem a ação (entre homens) que se estabelece nesse território? Do enfrentamento, da ameaça? Diante das cobranças da comunidade, como reagir?

A **AE** responde que o lidar tem que ser na base do diálogo. Por diálogo, compreendo que ela quer dizer comunicação. Como está acontecendo essa comunicação entre equipe e comunidade? Que oportunidades esses profissionais estão tendo de refletir sobre essa comunicação? Penso que uma vez na área, a equipe não pode escapar desse con-tato. Será possível responder com meras estratégias?

Dou-me conta, re-lendo este trecho da fala de **AE**, de que para a equipe é praticamente inevitável entrar em con-tato com a vida, em seus aspectos plurais, e as reivindicações da comunidade, como é o caso do calçamento da tal rua. Pergunto-me: uma vez no território, há como definir o que cabe e o que não cabe à equipe de saúde? Será possível, à equipe, esquivar-se das problemáticas, sejam elas de qualquer ordem, que surgem no con-tato com essas pessoas da comunidade? Esse lidar é difícil, é complexo: escuto essas profissionais me dizerem em coro.

**ACS** – E ser agente de saúde é também muita carga... Porque esse negócio mesmo de rua... de onde é que a gente pode partir para lutar para uma rua ser calçada?... Na minha comunidade mesmo existe agente de saúde, existe agente ambiental e agente de onda limpa... Eu já perguntei duas vezes à supervisora: “Para que serve o agente de endemias e o agente ambiental?”... Porque o agente de saúde vai nas casas... explicar como é importante não ficar acumulando água sem tampar porque tem o risco de criar o mosquito da dengue... A gente fala sobre várias coisas... E o da endemia?... Faz o que?... Só vai ali, bota aquele remedinho e pronto?... Não fala mais nada?... É uma sobrecarga muito grande... E agora estão no pé da gente para irmos nas escolas fazer palestra sobre saúde bucal... Pois, se o dentista de lá do PSC<sup>36</sup>, as folgas que ele tem, corre para escola... E a gente vai fazer o que na escola, se o dentista vive direto lá na escola, dando palestra?... O que o agente de saúde vai fazer?... Está falando da saúde? Está... a saúde da boca... Mas o que a gente pode fazer se o dentista já está indo, as folgas que tem ele vai embora e não dá espaço para gente?... É tudo assim... É muita carga, é carga mesmo!

*Penso que cabe, neste ponto, uma reflexão sobre o lugar ocupado pelos agentes comunitários de saúde neste programa. Estes profissionais são incorporados às equipes de PSF com a incumbência de serem uma espécie de ponte entre a equipe de saúde e a comunidade. Eles são os que mais freqüentemente estão de fato na rua, indo às casas das pessoas na comunidade e, conseqüentemente, recebendo em primeira mão as queixas, as pressões, as reclamações; são eles que escutam as insatisfações e precisam dar um jeito de encontrar argumentos para que a equipe não perca a credibilidade da comunidade. Isso além das exigências do próprio programa...*

*Assim, os agentes comunitários de saúde ocupam um lugar estratégico, o que deve gerar bastante ansiedade. Há um sofrimento expresso na fala de **ACS**. Em decorrência disto, penso que um olhar especial precisa ser lançado a estes profissionais.*

---

<sup>36</sup> PSC é a sigla para Programa Saúde em Casa, como é chamado no Cabo o Programa Saúde da Família (PSF).

**F1** - Mas eu não estou entendendo essa questão da saúde bucal... Como é que fica isso para você?... Há uma necessidade de o agente de saúde fazer procedimentos de saúde bucal?

**ACS** - Eu acho que não há necessidade... porque o dentista está sempre ali na escola... Ele olha para gente e diz: "É então, meninas, vão quando para escola?"... Combinamos o dia... Quando a gente pensa em ir... ele já foi na frente.

**F1** - Então é por que não tem espaço?... Aí deixa que eu passe para a saúde bucal...

***THD** - Eu acho que aí tem algo mal dividido... Porque a prevenção de saúde bucal ficou para os ACSs, sim... Isso porque a Secretaria não achou viável arcar com THD, com dentista para estar dando palestras... coisa que os ACSs podem desenvolver... Para eles, o custo é mais barato... E o dentista é para estar no consultório fazendo a parte curativa daquelas demandas... que já é enorme... Porque é um dentista para atender as duas equipes de PSF... O médico só atende uma equipe... Não tem condições... A demanda é enorme.*

**F1** - Não é só o dentista... É a equipe de saúde bucal para duas equipes de PSC, não é?

**ENF** - A equipe de saúde bucal vai atender 2.400 famílias.

*Acho muito interessante a referência da **THD** ao dentista, e também ao médico. Pelo seu discurso, tenho a impressão de que estes são considerados personagens principais nesse cenário, ao menos a partir da sua perspectiva. Pergunto-me: como fica a equipe? Como está sendo construída a experiência de ser equipe nesta ação territorial em saúde?*

*Isto me leva a refletir sobre as relações de poder presentes na dinâmica de trabalho desses profissionais. Pergunto-me: como cada membro da equipe está se re-conhecendo e sendo re-conhecido em sua importância? Compreendo que esse é um fio da trama que não pode ser menosprezado.*

*Neste sentido, considero pertinente resgatar a idéia da **THD** de que há algo mal dividido no trabalho relativo à saúde bucal partindo do relato da experiência de **ACS** na sua equipe. Arrisco-me a dizer que essa "má divisão" talvez reflita uma dificuldade de tecer em conjunto essa ação territorial que, necessariamente, ocorre a várias mãos.*

**MED** - Fizeram seleção de dentistas... Mas até agora não foram chamados?

**THD** – *Foram... Existem seis dentistas atendendo 12 equipes de PSC... Mas só que o Ministério agora aprovou outra lei que está para ser um dentista para cada equipe... Mas é aquela coisa... o Cabo é que vai ter que arcar com isso... O município diz que ainda não tem condições de arcar com um dentista para cada equipe de PSC... Pode ser que no futuro... sei lá... em 2010... isso venha a acontecer... Seis dentistas já estão atuando... cobrindo 12 equipes de Saúde da Família.*

**F1** – Como é que é essa prática?... Como é que tem sido essa experiência nessa equipe de saúde bucal... que atende a duas equipes do Programa Saúde em Casa?

**THD** – *O consultório é montado em uma unidade de PSC e a outra fica próxima... A gente tem a marcação... de manhã atende a equipe sede e, à tarde, a outra equipe... A gente trabalha para morrer e não vai dar conta nunca... Porque são cerca de 1380 famílias em cada equipe... são quase 3000 famílias para um dentista dar conta... Quando vem uma pessoa, não tem um dente só para fazer... tem três, quatro dentes... Quando chega, você faz um exame clínico hoje, são três dentes para fazer... Quando aquele paciente chega com três meses, tem cinco... Eu não sei como é que vai ser isso... É uma loucura! Aí a gente necessita da participação dos ACS's... para ir às escolas.*

**MED** - E os consultórios não estão em todos os postos no Cabo?

**SAR** – Não... Um serve para o outro.

**ENF** - Lá no São Francisco tem duas equipes de Saúde Bucal... porque lá existem quatro equipes de PSC.

**MED** - Tem muito problema a se enfrentar... Era para ter um consultório dentário para cada equipe de PSF... Mas é o custo.

**THD** – *Não sei... Eu espero que melhore... Estamos trabalhando para isso.*

**F1** – Você está falando de uma forma que parece que está sufocada mesmo.

**THD** – *É uma loucura! Os pacientes não conseguem fichas... porque a gente não dá conta... a demanda é muito grande... e o trabalho dentário é muito lento... Em 10, 20 minutos você não restaura o dente... Você passa cerca de 40 minutos com o paciente... Tem ainda a criança... que você tem que conversar e leva mais trabalho... Não é como um atendimento médico... que em 15, 20 minutos você resolve... Se for uma dor de dente, você não vai*

*resolver o problema dele em 10 minutos... É diferente do trabalho do médico... O usuário diz: "Doutora, eu quero que a senhora dê uma olhadinha na minha menina..." A médica vai, olha a menina e na mesma hora ele sai satisfeito... E com o dentista é diferente... O paciente tem que sentar na cadeira e você precisa passar 40 minutos, uma hora com ele, para ele sair satisfeito.*

**F1** - Você está falando só do dentista... E o THD?

**THD** - *O THD é o suporte do dentista... o que o dentista atende, passa para a gente... porque é um trabalho conjunto... Existem duas cadeiras no consultório... Então o dentista abre a cavidade e passa o paciente para a outra cadeira... e existe o atendente também... que fica auxiliando o THD e o dentista para o serviço ir mais rápido... O atendente é o ACD... Então a gente tem que também dar suporte ao outro posto... participar das reuniões do outro posto... ver quantas pessoas atendeu... qual é a meta... Porque há a quantidade de pessoas que tem que atender durante o dia... e tem que atender aquela quantidade de pessoas.*

**F1** - E dá para atender?

**THD** - *Dá... na medida do possível... e atender mais a urgência, que sempre aparece... Porque é uma carência muito grande de dentista... Se você botar 10 pessoas, cada pessoa tem pelo menos um dente para obturar...*

**AE** - *E a área que você atua é a mais carente, não é?*

**THD** - *Você conhece... É muito carente.*

**AE** - *Por isso também que o trabalho dela é sufocante.*

**THD** - *É sufocante!*

A **THD** vai expressando a peculiaridade do trabalho da equipe de saúde bucal. Há uma carga a mais, uma vez que a equipe fica como referência para duas áreas de PSC, devendo cobrir, portanto, o dobro da população atendida por uma equipe de PSC. Posso perceber que, para ela, é impossível dar conta de cobrir toda essa população. No seu próprio dizer, mesmo que se trabalhe até morrer, não se dará conta. Para mim, a **THD** expressa a exaustão e o sufoco resultante de seu empenho no trabalho cotidiano. Este vai sendo realizado na medida do possível, considerando-se as prioridades pelo seu caráter de emergência. Na entrevista individual, ela relata que diante do sufoco diário:

**ITHD** – A gente relaxa, não é? Porque a gente vê muita gente precisando... É uma carência muito grande de dentista... Porque dentista não é como o médico... que atende e acabou... Tratamento dentário é demorado... A pessoa tem que vir várias vezes para concluir o tratamento... E se ele não for incentivado, ele não vem mais... Só vem naquele dia que o dente está doendo... (...) A comunidade está gostando do serviço... Se fizer alguma coisa que eles não gostam... se a restauração cair... eles vêm e reclamam... É um direito deles, de vir aqui reclamar... Não é como naquele tempo que o dentista só vinha na outra semana... Se fizer e ficar doendo, no mesmo dia eles voltam... porque sabem que a gente está aqui pra atender... É isso.

*Penso que é esta tal “medida do possível” que precisa ser escutada a partir do relato da experiência destes trabalhadores em saúde, para que as políticas públicas de saúde possam ser conduzidas adiante com maior pertinência e propriedade. Aqueles cujas mãos perfilam a ação na prática não podem ser considerados meros executores.*

*Considero interessante destacar que **THD** não conseguiu falar de imediato sobre esse sufoco que é sua prática cotidiana. Quando indagada a respeito desta experiência, de início ela se reporta a uma descrição de como essa prática ocorre. Reflito que não é simples se expor e contar sua experiência de envolvimento em uma ação de saúde que parece sugar o profissional por inteiro. Além do mais, sendo essa profissional, assim como **ACS** e **AE**, a porta de entrada do Programa, mas tendo suas ações limitadas pela sua posição enquanto técnica de saúde, e não na mesma posição profissional reconhecida de saúde (médicos, enfermeiros, etc.), são elas as que mais sentem a ineficiência do Programa na prática. Creio ser difícil falar e comentar quando se é o alvo mais fácil dessa cadeia de ações nas equipes de PSF.*

**SAR** – *E o trabalho do THD é preparar o paciente para sofrer a obturação?*

**THD** – *O trabalho do THD é dar palestra... é ajudar o dentista: o dentista abre a cavidade do dente e o THD entulha o material... faz a escultura... faz profilaxia... faz aplicação de flúor... de selante... orienta o paciente quanto à higiene bucal, à alimentação...*

**SAR** – *Complementa alguns serviços do dentista, não é isso?*

**F2** – *Você preenche a cavidade?*

**THD** – *Preencho a cavidade... O dentista abre... o paciente já passa para outra cadeira para eu preencher a cavidade.*

**MED** - Quem termina é você?

**THD** - *Eu.*

**F2** - Quem é que molda?... É você?

**SM** - Ele começa e você termina.

**THD** - *Ele só faz o preparo da cavidade... Ele abre o dente... Então eu coloco a platina ou a resina, dependendo da necessidade da pessoa... E se só for para fazer tártaro... ele já passa para mim... se só for para aplicar flúor, ele também passa para mim e já vai atendendo outra pessoa.*

**SM** - Acho que ela tem mais trabalho que o dentista.

**F2** - Daqui a pouco...ela abre a cavidade.

**F1** - E o trabalho preventivo?

**THD** - *O trabalho preventivo fica com a ACD e com a gente também... Quando a mãe vai levar a criança para fazer puericultura... estamos ali explicando à mãe o que tem que ser feito antes de nascer o dentinho e outras coisas.*

**SM** - O que é ACD?

**THD** - *Existe o THD... que é o técnico de higiene dental e o ACD... que é o atendente de consultório dental.*

**ACS** - Quanto à questão de ir para escola... eu não estava criticando... Eu apenas estava dizendo que o dentista... na minha área... já cobre as escolas... não tem nem espaço para as ACSs... É por isso que eu disse que não é necessário a gente ir.

**THD** - *Já na minha área a gente não cobre... porque nós não temos tempo... Temos que ter ajuda do agente comunitário de saúde mesmo... Não vamos estar numa escola quando o usuário está aqui precisando de atendimento.*

**F1** - Parece que a gente tem realidades bem diferentes nessas duas áreas.

**THD** - *Lá é muito carente mesmo! Muito carente mesmo!... É muito trabalho... muito trabalho que a gente faz....*

**F2** – Como é que você está se sentindo?

*THD – Eu amei esse trabalho... porque eu sempre gostei disso... eu gosto de trabalhar com a pessoa, com o social da pessoa.*

*Considero impressionante essa capacidade que o próprio profissional tem de dar sentido ao que faz, de imprimir uma direção à ação que está construindo cotidianamente.*

**ITHD** – Para o profissional é mais gratificante... Porque a gente está aqui todo dia e o serviço que a gente faz... tem que fazer bem feito... Porque eles sabem onde cobrar... Sabem que você está aqui o dia todo... Não é mais aquele profissional que chegou, atendeu duas horas, foi embora e só vem na outra semana consultar... Eles sabem que a gente está aqui a semana inteira... Sabem que qualquer coisa que acontecer, eles podem voltar e reclamar... O profissional também vai ter retorno daquele paciente... Se a gente marcou uma consulta e ele não foi, o agente comunitário de saúde vai na casa saber por que ele não foi tirar o raio-x... por que ele não voltou com o exame... Antes ficava tudo perdido... Agora é tudo controlado... A gente pode trabalhar melhor diante dessa pessoa.

*Apesar do sufoco, da sobrecarga, das cobranças, das pressões, algo de significativo se resgata a cada dia para que o trabalho seja continuado e possa transformar o mundo, para que a ação continue ocorrendo, pois estar entre humanos é próprio de ser humano, é constitutivo. E ação brota necessariamente deste convívio. Acredito que, via de regra, a opção por trabalhar em uma área tal como a da saúde indica uma disponibilidade para estar-com. Ainda assim, penso que isto é algo de que se necessita cuidar continuamente.*

**F1** – Como é isso de trabalhar com o social da pessoa?

**MED** – Parece ser uma característica do profissional da saúde... Você já notou?

**F1** – Qual?

**MED** – A da paixão... do gosto pelo trabalho... Eu acho que é uma característica do profissional da saúde... Toda profissão, é lógico... Eu sou da opinião de que a pessoa deve trabalhar realmente naquilo que gosta... Porque você acordar todos os dias... e sair de casa para ir trabalhar no hospital... se você não gosta da área de saúde... não adianta... Então eu acho que é por isso... também... que tem tantas desilusões... porque você vai com aquele amor... com aquela paixão com a qual você nasceu mesmo... Não é todo mundo que se identifica com a área de saúde... E para o

trabalho em comunidade, então... que é uma coisa em que você se envolve mais.. à qual você se dedica mais... e envolve essa parte da paixão... E quanto mais paixão... mais desilusão... não é?

**MED** está há pouco tempo no programa e indica algo que me parece importante: ao falar da paixão que o profissional de saúde sente – ou precisaria sentir? – pelo que faz, ela margeia uma séria discussão em relação ao perfil do profissional de saúde. Em sua fala, aponta que o trabalho em comunidade, ou seja, essa ação territorial em saúde, que é o tema em questão, requer ainda mais acentuadamente essa característica da paixão. Ela tenta justificar isso ao dizer que esse tipo de trabalho é algo que envolve mais o profissional. Vem à minha mente a imagem de uma teia envolvendo esse profissional, da qual não se pode escapar facilmente. Com essa imagem, estou querendo comunicar um sentido de intensa afetação pelo trabalho. Penso que há fios dessa teia que são elaborados pelo próprio profissional.

Pergunto-me: de que ordem é esse envolvimento maior que o trabalho na comunidade possibilita ou requer? Penso nas tramas daquele território, em que o profissional se torna progressivamente mais e mais envolvido. Tramas que enredam e que exigem posicionamentos. Um envolvimento do qual não se escapa, exceto sob pena de realizar um trabalho mecanicamente.

Continuam os meus questionamentos: será que uma ação tal como a do PSF inviabiliza um envolvimento des-apassionado? Sendo verdade que a paixão é uma marca desse profissional – resguardando-se o cuidado com generalizações –, de que modo as ilusões/desilusões podem ser processadas e transformadas em motor para re-direcionamentos críticos desse programa, no sentido de uma real aproximação com os objetivos pretendidos? Penso que encontrar esse modo é algo que somente poderá ser realizado pelo trabalho das mãos e pela prática cotidiana de todos os envolvidos nesta ação.

**AE** - *Eu acho que o ponto central disso aí é a falta de reconhecimento... Se a gente tivesse um reconhecimento melhor... talvez o nosso trabalho fosse melhor ainda... Porque existe muita coisa... muitos pontos que vêm da parte superior... da Secretaria de Saúde... que desestimulam muito a gente... A gente quer, às vezes, dar um passo a mais e não consegue... Há tanta cobrança no meio... A gente fica realmente desestimulado.*

**SAR** - *Interessante como os níveis são muito parecidos... Por exemplo: você diz que está muito estressado... muito sobrecarregado... Se você for perguntar à supervisão... ela também vai dizer isso... Se você for perguntar à secretária de saúde... ela também vai dizer isso... Se você for perguntar ao prefeito... ele também vai dizer isso... E geralmente a gente se remete sempre ao que está em cima... como se ele tivesse a capacidade de resolver tudo... Pode-se dizer: "Não há um*

dentista para cada equipe de PSC porque não há vontade política.”... E... na verdade... na esfera em que você estiver... você vai estar sempre pressionado por uma série de fatores que vão mesmo lhe impossibilitar de trabalhar... Eu acredito que ninguém na Secretaria quer que os auxiliares, os agentes, os médicos, as enfermeiras sofram... ou que tenham uma condição de trabalho péssima na unidade... Gostariam que cada unidade tivesse ar-condicionado... tivesse uma sala ampla... Eu acho que o desejo deles é esse também... Mas existem dificuldades... Um exemplo bem concreto... A gente estava falando sobre reconhecimento... Uma vez a secretária do PSC... que sempre tem muito papel... muita coisa para fazer... e não consegue dar conta... Uma vez eu a ouvi dizendo que tinha chegado um malote bem arrumadinho, bem bonitinho do PSC... Às vezes vem tudo caindo... Mas este estava muito organizado... Ela disse: “Está vendo? Eu adoro essa equipe... Já traz tudo arrumadinho... tudo organizado. Que pessoal bom... arretado mesmo!”... Então eu disse: “Ligue para dizer isso.”... Mas aí foram aparecendo outros afazeres... Ela não teve tempo de ligar para a unidade e dizer: “Parabéns, vocês fazem um trabalho legal!”... Porque não deu tempo... chegou tanta coisa... Eu acho que é porque a gente não dá prioridade... A gente gostaria muito de receber... Mas será que a gente está dando?... Se chega um agente... fazendo uma coisa legal... você elogiou naquele momento?... Nesse ponto as relações são muito difíceis... Outro exemplo: foi o dia da enfermeira recentemente... Eu fui perguntar a uma das supervisoras: “E aí, preparou alguma coisa para o pessoal?”... Então ela respondeu: “Não, nem recebi um parabéns.”... Ela já se colocou na posição de enfermeira... e não como supervisora... e estava também sentindo falta de que alguém chegasse e elogiasse o trabalho da supervisão... o trabalho da enfermeira.

**F2** – Está muito clara para mim a necessidade que **SAR** tem de elogios... de referências em relação ao teu fazer clínico... dentro dessa tua experiência... Como isso está muito claro no teu discurso!... E também no de **ENF**... no sentido de uma referência, de uma necessidade de...

**F1** – É a questão do reconhecimento mesmo.

**F2** – Reconhecimento!... Era essa a palavra que eu queria.

**MED** – Mas justamente por elas terem amor ao que fazem... Eu acho que é isso... Elas fazem com vontade... Até o modo de falar indica essa vontade... Se eu faço gostando do que estou fazendo... então eu quero algum tipo de reconhecimento.

**SAR** – Eu estou falando muito disso... porque é o que eu mais identifico... e é o que prejudica mais o meu trabalho... Não é nem uma questão pessoal... mas que interfere no pessoal... Porque eu não atinjo as metas do projeto porque as pessoas estão com baixa auto-estima... Então as pessoas sempre têm o seguinte discurso: “Não sou reconhecida.”... Se você analisar quem está na coordenação da pessoa que está dizendo isso... a coordenadora também está nesse nível de

*estresse... precisando de reconhecimento... No fim, todo mundo da Secretaria está precisando de reconhecimento... Qual o movimento que eu imagino que a gente poderia promover?... E é isso que a gente está tentando fazer no Colegiado... que abrange o nível central da Secretaria... Estar revendo mesmo essa questão... Se todo mundo está querendo elogio... então vamos começar cada um se dando elogio para a gente mudar essa história... Porque está todo mundo com essa mesma dificuldade.*

**ACS** – Então quer dizer que a gente tem que elogiar a minha supervisora?

**SAR** - *Ela sente falta.*

*No grupo começa a se ex-pressar, de modo mais livre, o sofrimento implicado no trabalho e na ação cotidiana empreendidos por todos. Neste ponto, tal sofrimento se expressa como falta de re-conhecimento ao que se faz, falta de elogio pelo trabalho realizado. De algum modo, essa necessidade de um olhar que confirme e re-conheça o que se constrói se apresenta. É possível que esses trabalhadores elaborem, por si próprios, sentido para o que fazem, mas isso não isenta os departamentos responsáveis pela condução da política de saúde em todos os níveis – ou melhor, os sujeitos que estão lotados nestes departamentos – de buscar construir estratégias para que esse sentido se elabore continuamente, na direção de uma ação condizente com os objetivos propostos de promoção à saúde que o programa traz.*

*Ao que percebo dessa discussão, é possível que os próprios objetivos do Programa precisem ser revistos, partindo da consideração da ação possível, que vem sendo concretizada cotidianamente. Penso que é, principalmente, junto a e com esses profissionais, ouvindo sua experiência da prática cotidiana, que as estratégias para a continuidade do Programa devam ser elaboradas, ou co-elaboradas. Esse convite a espaços de reflexão sobre a própria prática pode ser uma forma de reconhecer esses profissionais.*

*É **SAR** que chama a atenção para o fato de que essa dificuldade gerada pela falta de re-conhecimento está em todos os níveis, mas que geralmente só se enxerga o nível em que se está trabalhando. Ela é uma profissional que tem esse trânsito entre a Secretaria e a ponta. Na verdade, esse grupo de discussão permitiu uma representatividade de alguns desses níveis indicados por **SAR**. Infelizmente **SUP** e **AC** não puderam ficar para continuar a discussão. Reflito que o que **SAR** aponta é que o sofrimento perpassa todos os níveis. Se este sofrimento atinge um alto ponto de tensão, o trabalho se torna cada vez mais complicado.*

*Parece haver uma dificuldade de encontro entre esses profissionais que estão na lida diária. Assim, penso que há uma necessidade de um fio que re-costure essas práticas na prática. O discurso de integração não parece dar conta de fazer essa costura. É pela*

*própria práxis que esse discurso tem possibilidade de se tornar real, de criar realidade, considerando-se a ação que está sendo possível no momento. Esse fio é tecido no estar-com, na convivência, na ação. Todos precisam se sentir partícipes da história que se delinea, na perspectiva da co-responsabilidade.*

**SM** – A impressão que eu tenho é a seguinte: eu estava pensando na minha trajetória aqui no Cabo... Nesses cinco anos eu já lidei com três ou quatro gestões... e é nítida a mudança por que passa não só a supervisão... como a própria Secretaria de Saúde... E a gente sente isso na pele... a ponto de eu estar desestimulada... Do ano passado para cá eu tive vontade de sair daqui muitas vezes... É o mesmo sentimento que **AE** e **ACS** têm... Eu não estou me sentindo valorizada... Eu estou achando que o meu trabalho não está valendo à pena... E a gente sente isso na pele... Aí eu acho que não é a questão de a Secretaria não querer que o trabalho aconteça... Eu acho que ela quer... Mas é a questão do entendimento das prioridades... talvez... ou do entendimento de como fazer determinadas coisas.

**ENF** - Talvez no aspecto de planejamento das ações.

**SM** – Não... Eu acho que isso vem da Secretaria e acaba atingindo a gente... É necessário que a gente... enquanto equipe... entenda como prioridade a necessidade de parar, sentar... definir que não vai haver atendimento pela necessidade de sentar e discutir algum problema... E a Secretaria parece que tem uma dificuldade de compreender algumas coisas nesse nível... a tal ponto que se a gente for parar uma tarde para poder discutir os problemas... pode chegar alguém e questionar... Eu acho que tem essas nuanças.

**SAR** - *É o que você falou... Na equipe ninguém consegue parar para estar discutindo, conversando, se integrando mais... E isso acontece também na Secretaria... Ninguém tem tempo de parar... e se elogiar... de se dizer alguma coisa... Eu estou falando que eu identifico isso como um problema generalizado... A gente sofre muito... quer muito... Mas a gente não está sabendo dar prioridade à relevância que isso tem... de elogiar mesmo... Eu fiquei passada porque a secretária do PSC não conseguiu ligar para elogiar a equipe... E eu queria que ela ligasse e dissesse isso... porque iria fazer uma pessoa se sentir bem... Provavelmente a enfermeira que recebesse esse aviso iria repassar para as agentes... Mesmo que essa informação pudesse ocasionar um efeito em pequena escala... mas seria uma coisa legal... você receber um telefonema de alguém dizendo que o seu trabalho é bom... Não seria legal?... Mas se perdeu... E a gente faz isso... No dia-a-dia a gente faz também... É só uma crítica que eu costumo construir em mim: será que eu estou fazendo também?... Porque a gente nunca percebe dessa forma... Pelo fato de estar sentindo falta... a gente esquece também de dar... de elogiar o outro.*

**SM** – Acho que esses atropelos da Secretaria são uma consequência... e não uma causa.

**SAR** - *É uma consequência de parar e ver o outro...*

**F1** - *É uma consequência de não parar...*

**SAR** - *Sim... De não parar e não ter prioridade nas relações...*

**SM** - *Nessas comunicações...*

**ENF** - *E falta um melhor planejamento... Vou dar um exemplo que aconteceu comigo ontem... Ligaram para o meu posto às duas horas da tarde e disseram: "Vai haver uma capacitação no auditório do CAIC e é preciso avisar a todos os agentes de saúde. Agora tem um problema: não foi definido ainda o passe..." Então, respondi: "E eu tenho outro problema: eu tenho 10 agentes... Desses 10, 6 são de engenho e eu não tenho como comunicar. Como é que eu vou avisar para irem a essa capacitação amanhã às 8 horas da manhã? Estão sabendo disso agora?"... E ouvi o retorno: "Não, na verdade passou batido!"... Imaginem! Duas horas da tarde para avisar... E não foram todos os 10... O passe deles chegou apenas hoje... Então, isso é ruim para a gente... A informação já chega atrasada... Como é que eu vou avisar?... De vez em quando acontece capacitação... algum evento... e avisam de manhã para eu sair à tarde... Como eu vou avisar à comunidade?... Como vou avisar àquelas pessoas que estão para ser atendidas?... Depois eu chego no posto e escuto: "Ah, a senhora não estava ontem, não foi?"... e, então, vou explicar: "Não é que eu não estivesse. Eu não faltei. Eu estava aqui e fui comunicada de última hora que tinha que sair para um evento..." Eu acho que é questão de planejamento mesmo.*

**SAR** - *E, às vezes, a gente até tem planejamento e não consegue os recursos... Por exemplo... Você falou dos vales... É um dos maiores estresses... porque o pessoal que resolve isso também tem bronca com a Secretaria de Recursos Humanos... E o passe vem de lá... Sabe quando as meninas programaram isso? Em março... Pediram o vale de maio em março e não chegou a tempo... Chegou em abril grande parte para ser trocada... Então é uma escala...*

*Falta de prioridade para as relações? Para as comunicações? Falta de melhor planejamento? Falta de tempo para parar e discutir os problemas da prática? Boa intenção, porém falta de entendimento das prioridades? O problema é das equipes ou da Secretaria? Arrisco acrescentar: ou do Governo Estadual? Ou do Ministério da Saúde?*

*Considero ser sempre interessante buscar identificar na perspectiva de quem/que se está dizendo algo, ou ainda, de que lugar se está falando. O campo da atenção à saúde é complexo, envolvendo diversos autores e atores. Os gestores atuais podem já ter sido trabalhadores da ponta um dia, ou vice-versa. Será que adianta tenta identificar "culpados"? Não seria mais produtivo – ou mais criativo – exercer a habilidade de transitar, de perceber os vários lugares, de confrontar ação real/possível com ação desejada/idealizada em conjunto, todos, autores e atores? Em certa extensão, não seriam todos autores? Penso que ação que acontece "pode ter" sempre um caráter autoral. Há, via de regra, uma marca da subjetividade de quem a realiza impressa ali.*

*Percebo que há uma dicotomia instalada: de um lado, os que elaboram e conduzem a política, de outro, os que a executam. Penso que isso traz prejuízos para a invenção e re-invenção da prática, que se fazem necessárias continuamente, diante dos desafios que a realidade, sempre mutante, apresenta a cada dia. Escuto o grupo dizer que, na verdade, todos estão sofrendo...*

*Compreendo que há investimento. Porém, a ação que se está elaborando não corresponde aos desejos de quem nela se envolve, nem aos de quem a planejou, nem aos da comunidade. A dificuldade de encontro entre os profissionais envolvidos, tanto os gestores quanto os trabalhadores que estão na lida diária na comunidade, interfere no andamento do programa. Penso também que há uma dificuldade nesse con-tato diário com os usuários. A questão é que, nesse cenário do con-tato com a comunidade, particularmente, é que se delinea o programa em sua face real/possível. E, assim, algo segue fora dos trilhos.*

**F1** – Eu acho que você está querendo chamar atenção para o fato de que essa dificuldade de comunicação está acontecendo em níveis diversos... Na verdade... quando você está ali... naquela instância... você não consegue parar para pensar nisso... Acontece que para você o impacto é aquele... e você não entende muito o porquê.

**SM** – Eu acho que é a coisa da equipe também... Isso que eu estava chamando a atenção quando a gente conversava sobre a questão da comunicação... Quando se fala assim: “Ah, eu disse isso para o usuário e o médico vai e diz outra coisa...” Essa afinação do discurso... que todos precisam ter... e fechar junto com a mesma definição... Isso é difícil... Eu acho bem complicado.

**SAR** – *Isso remete a vários outros problemas... quando a equipe não está unida no mesmo objetivo...*

**SM** – Por outro lado... quando a equipe não tem também um respaldo da Secretaria... tudo se complica... A sensação que eu estou hoje é de que vocês estão espremidos entre a Secretaria e a comunidade.

**ENF** - É como uma sanfona.

**SM** – Porque parece que você não tem uma retaguarda... que dê um suporte para lidar com a comunidade... Parece que é algo que está desgastando muito.

*Quantas reflexões possíveis a partir desse trecho! Mostro as que me surgiram neste instante, em que me sinto densamente entrosada com a discussão, totalmente implicada e tão intrigada quanto o grupo parece estar...*

O sentimento dos profissionais do PSF pôde ser expresso por **SM** de modo muito próprio. Ela se posiciona como alguém que se põe a analisar o processo, parecendo se reconhecer fora do mesmo: "... vocês estão espremidos entre a Secretaria e a comunidade". É a segunda vez que ela utiliza esta ex-pressão no grupo. Considero que isto traduz como deve ser a situação dos profissionais que estão nas equipes de PSF. Basta lembrar das expressões que têm sido utilizadas, com certa freqüência, até este ponto da discussão grupal: pressões, cobranças, ameaças, estresse, medo, falta de re-conhecimento. E, desta vez, **ENF** confirma esse sentimento, usando outra metáfora: é como uma sanfona. Tento lembrar de uma sanfona sendo posta em movimento: um estica e puxa, um puxa-encolhe, um resfolegar contínuo. Ainda assim, produz belos sons... a depender da forma como for tocada.

Apesar de **SM** filtrar bem essa sensação, algo me chamou a atenção. É como se a equipe de saúde mental fizesse um esforço para não se deixar implicar nessa questão. E me indago: como a equipe de saúde mental se posiciona diante desse sofrimento das equipes de PSF, com as quais ela entra em contato? Há como escapar disso? Há como se isentar dessa afetação? É possível apenas remeter à Secretaria a necessidade desse cuidado às equipes de PSF? Uma vez implicada nessa ação territorial, há como a equipe de saúde mental se furtar a pensar e também efetivar algum tipo de cuidado nessa direção?

Para essas indagações, não tenho resposta. Mas considero a importância de fazê-las. Mesmo sem respostas, penso que, da mesma forma como imagino que as equipes de PSF não podem escapar de ouvir e se posicionar em sua ação cotidiana diante do sofrimento expresso pelas pessoas da comunidade, às quais elas se destinam a prestar um serviço em saúde, também a equipe de saúde mental passa a ter uma responsabilidade séria, uma vez tendo entrado em contato com o sofrimento expresso pelos profissionais do PSF. Mas elas mesmas não enfrentam um outro lado dessa mesma política de saúde, ocasionando-lhes medo, estresse, des-cuidado, falta de re-conhecimento, sofrimento, cobrança? E mais uma vez se apresenta a mesma outra velha questão com novo olhar: como cuidar do cuidador?

**ENF** - Nós tínhamos logo no início aqui... eu ainda peguei algumas... as reuniões mensais... todo mês tinha uma reunião com todos os membros das equipes de todos os PSC's... Então era um momento em que a gente se encontrava... se revia... conversava... Quando eu voltei da minha licença gestação... eu disse à médica que trabalha comigo: "Não estou no Cabo... Quem é aquela? Quem é aquele?"... Eu não sei mais quem é quem... não conheço mais ninguém... Do dia que eu entrei aqui até hoje... muita gente que entrou comigo, saiu... Então... para mim... é como se eu fosse a estranha... E essas reuniões acabaram... Um educador popular vinha... fazia trabalhos de grupo conosco... fazia dinâmicas... relaxava a gente... Isso acabou.. As reuniões existem... por micro-área... São boas... porque com um número menor, dá para solucionar mais os problemas...

expor mais o que está acontecendo... e a resolução é bem mais fácil.... Mas a gente também sente... eu sinto a necessidade de estar tocando o meu colega de trabalho... E eu nem sei mais quem trabalha comigo... Às vezes estou em um lugar e alguém diz: "Eu trabalho no Cabo..."... E eu nunca tinha visto aquela pessoa... Então, esse momento era tão bom, tão valioso... Eu acho que era produtivo para nós, enquanto profissionais... Era o dia todo... A gente se ausentava da unidade, relaxava, trocava idéias... Agora desapareceu... E quando tem a reunião mensal... é hoje... não é hoje... é amanhã... e aí termina não sendo... E quando é, é furada... Só dá problema: o marcador disso, o marcador daquilo... Será que estou trabalhando por qualidade ou por quantidade?... O marcador tem que estar, o marcador tem que estar... E esse marcador tem que estar com qualidade?... Então eu sinto necessidade também dessa outra reunião... porque era muito importante para mim como profissional... Eu gostava de estar com o pessoal que trabalha com a gente... de estar revendo o grupo.

**SAR** - *Como é diferente, não é?... Porque eu já ouvi algumas pessoas dizendo totalmente diferente do que você falou... que essas reuniões eram desgastantes e desnecessárias.*

**ENF** - São pessoas que não gostam de trabalhar e por isso fugiam.

**SAR** - *Alguns diziam: "É o dia mais chato..."... Várias figuras diziam isso: "Para que encontrar todo mundo?... Que besteira... A gente acaba não discutindo nada... É melhor no pequeno grupo... que dá para resolver os casos... Aqui todo mundo fica na fantasia... fica criando brincadeira sem graça".*

**ENF** - Na reunião grande... a mensal... o que eu acho valioso é esse trocar... esse contato da gente enquanto profissional.

**F1** - A possibilidade realmente de partilhar.

**SAR** - *E algumas pessoas não querem isso...*

**ENF** - É... e desopilar... porque a gente desopilava ali... Na hora do almoço, era todo mundo junto... Quer dizer: isso é gostoso... E uma reunião pequena... por micro-área... para resolver de fato... Agora acabou essa reunião... Agora é mais reunião mesmo... só para resolver problema.

**F1** - O problema é só a reunião ou o caráter da reunião?... Parece que você está falando de duas coisas distintas.

**ENF** - A reunião mensal fazia as duas coisas: ela promovia esse contato... o educador popular aparecia lá... trabalhava conosco... geralmente pela manhã... e à tarde, a gente ia resolver os problemas... De fato... para resolver os problemas... ficava muito universal... porque são muitas equipes e todo mundo falando seus problemas... Aí sempre escapava algo... Então se resolveu

enxugar essas reuniões por micro-área... No caso eu sou da Regional 2 e a minha é área de praia... São quatro equipes e fica mais fácil resolver os problemas... Mas aquele outro momento partiu... Então, se a gente quase não tinha... eu não tenho mais...

**SM** – E nada impede que pela manhã se tenha um momento com todo mundo... e à tarde, cada um vá para a reunião da sua micro-área.

**ENF** - Não é gostoso rever os nossos colegas?... Eu sinto essa necessidade... eu gosto... Minha vida está muito corrida... Eu saio daqui e vou trabalhar em outro local... na escola... Chego da escola e vou dar uma de dona de casa e mãe... São três jornadas... E o meu momento de estar com os colegas de trabalho... que é interessante... acabou.

***ENF** indica a sua necessidade de partilhar outros momentos com os colegas de trabalho, voltados para um relaxamento, um con-tato mais informal e entrosamento do grupo. Fala isso a partir de experiências em reuniões com esse caráter, que não mais acontecem no programa. Diante do contraponto de **SAR**, de que alguns profissionais reclamavam desse tipo de reunião, por as considerarem "desgastantes e desnecessárias", **ENF** mantém firme sua opinião de que tais momentos eram fundamentais, e se alguns não gostavam, não tinham um compromisso com o trabalho.*

*Deixadas essas divergências à parte, penso ser importante ponderar o sentido dessa reivindicação de **ENF**. De que ela está sentindo falta realmente? Reflito que, pelo que ela diz, as reuniões que por ora acontecem têm o objetivo de discutir o andamento do programa, a realização das atividades, o cumprimento das metas. Sem conseguir escapar da dicotomia quantidade versus qualidade, nas tais reuniões parece se enfatizar a quantidade, representada, principalmente, pelos marcadores, que indicam como o programa está progredindo. Pergunto-me: e os sujeitos que tornam possível que todos os procedimentos sejam realizados? E os sujeitos, que não são simples máquinas a re-produzir atitudes para produzir determinados resultados? E os sujeitos? Como estão? Estão sendo vistos? Estão sendo re-conhecidos?*

*Compreendo que o re-conhecimento público do próprio programa depende do re-conhecimento desses sujeitos em ação no território. Acontece que esses sujeitos, estando lançados na ação territorial em saúde, sob a égide de um programa público cuja promessa é produzir bem-estar para a população, ex-pressam um mal-estar, apresentam um lamento, que precisa ser escutado. Quando **ENF** diz que sente falta de estar com os colegas, compreendo isso como a necessidade da construção de um sentido coletivo, ou ainda, de um sentido de coletividade na realização desta ação.*

**F1** - Eu tinha uma pergunta para fazer para vocês... Acho que a gente já discutiu bastante... Mas diante de tudo que a gente conversou aqui hoje... o que é saúde, afinal?... Que compreensão é essa de saúde que a gente

tem?... Eu lembro que **ENF** no início falou que o PSF traz essa articulação saúde e doença... muda o foco para a saúde e tal... Que compreensão é essa?... Mas isso a partir da referência da prática do dia-a-dia mesmo... Não a coisa teórica... **SM** até falou da OMS... do estado de bem-estar... Mas que compreensão é essa que a gente tem de saúde... a partir desse lugar que a gente está ocupando... dessa prática que a gente faz?

**SAR** - *Acho que é a possibilidade de promover espaços em que a gente possa falar mais sobre coisas saudáveis....*

**F1** - E o que são coisas saudáveis?

**SAR** - *Não são doenças... Porque a gente fala de saúde... mas deveria chamar de doença... Se perguntassem: "Você trabalha onde?"... Diríamos: "Na área de doença..."... Porque a gente não trabalha com a promoção à saúde... A gente trabalha muito mais no estágio da doença... com a doença instalada... Que bom se a gente pudesse promover espaços onde as pessoas pudessem ter possibilidade de se sentirem bem... de estarem bem... Mas como fazer isso se a gente está numa área mais restrita... e a gente não pode proporcionar emprego, moradia, habitação?... Tudo isso faz parte da saúde... A gente não pode nunca conseguir promover saúde se o outro não tiver emprego, moradia, educação, saneamento básico... Se essa pessoa não tiver isso, a gente não consegue.*

*Que complexo campo, tão cheio de contradições! **SAR** inicialmente tenta "explicar" saúde por oposição à doença, mas acaba indicando que esse não é bem o caminho... Não é essa saúde idealizada, com ausência de doença, que é possível pro-mover nessa ação territorial. Há tantas variáveis envolvidas no processo saúde-doença. E, de novo, pergunto-me: há como o profissional de saúde, especialmente o que está envolvido na ação territorial, em con-tato com as pessoas em sua existência crua, com a condição dessa existência, isentar-se de considerar todas essas variáveis no cotidiano de sua ação? Considerá-las para agir...*

*Parece-me que as possibilidades de bem-estar precisam ser encontradas em conjunto: profissionais e usuários. Há uma dimensão ética e política nesse agir: o profissional é solicitado a se posicionar, a buscar saídas em co-laboração com a própria comunidade. Trata-se de ação e, portanto, tem essa afetação mútua como motor para qualquer possibilidade de transformação. As questões são re-validadas: se as pessoas estão doentes, e não apenas organicamente, de que promoção á saúde é possível falar? Mover a saúde em prol de que? Saúde na perspectiva de quem? Que prática em saúde é interessante inventar? Como devem se cruzar os fios da saúde e da educação nessa complexa rede?*

**F1** - Então parece que a gente está num campo bem complicado... Se for como **SAR** está falando... Se a pessoa não tem trabalho, saneamento, não sei que... e aí?

**SM** - Eu estava pensando... Eu estava dando essa capacitação... falando sobre saúde e doença... normal e patológico... Eu estava pensando aqui... Eu comecei a capacitação falando de sofrimento... que é inerente ao ser humano... Eu acho que o conceito de saúde que tenho na cabeça é você manter ou lidar com o sofrimento de uma forma que ele seja trabalhável... ou seja suportável no dia-a-dia... Porque todo mundo vai sofrer... seja sofrimento corporal... mental... de doença como hipertensão, diabete etc... seja doença da alma... ou quem não está com doença também... Acho que você conseguir lidar com esse sofrimento no dia-a-dia... de uma forma que ele possa ser trabalhado... ser escutado... e ser... Não sei se estou me fazendo entender... Saber que ele existe já é um passo.

**MED** - E todos têm problemas... A questão é você saber como você vai poder conviver com isso... Você não pode querer viver num mundo sem problema... sem doença... sem nada... Todo mundo tem problema... Mas o grande problema é saber como viver.

**ENF** - Acho que você tocou corretamente... Porque se você for pelo conceito da Organização Mundial de Saúde... e os componentes para estar bem de saúde... eu sou a primeira a dizer que não tenho saúde.

**MED** - Será que é possível?

**SM** - Se for considerar esse conceito e a média... o conceito de normalidade e patológico é a média... pela média está todo mundo doente, então.

**ENF**- Então acho que é você saber se auto-conhecer nas dificuldades... você saber trabalhar nas dificuldades... que todo mundo têm... Mas saúde...

**ACS** - É porque saúde na realidade inclui o corpo, a mente e o coração... tudo... O coração do lado mais emocional...

**MED** - ... a saúde física e mental...

*É muito interessante como o grupo vai tecendo a compreensão de saúde e doença, ao mesmo tempo em que vai sinalizando o quão idealizada é a concepção corrente de saúde que se tem. Saber como lidar com o sofrimento, com o problema, com a dificuldade: eis o que indica que um comportamento saudável para o grupo.*

**F1** - **ACS**, você falou um pouco que saúde tem a ver com o corpo, o coração e a mente...

**ACS** - Eu acho isso... Porque se você tiver um problema emocional... você não vai ficar bem de saúde... No caso... se eu brigo com o meu marido... eu não vou chegar no meu trabalho e me relacionar bem com todo mundo... eu não vou poder separar uma coisa da outra... Eu mesma, quando estou doente, não faço nada.

**F1** - Como daquela vez da gripe... que você contou para a gente?

**ACS** - E o estresse também!

**MED** - Mas é o aprendizado... o amadurecimento que vem com o passar dos anos... e você vai aprendendo a doutrinar isso direitinho.

*Mais uma vez se apresenta um fio que tem permeado toda essa trama: aprendizado. Este se relaciona com educação. E, afinal, qual o objetivo desta?! Como se dá, na prática, o entrelaçamento entre saúde e educação? Que tapeçarias esses fios podem formar? Que tapeçarias já vêm formando? Como os profissionais se situam diante dessa encruzilhada saúde e educação? Parece haver objetivos que se encontram nos processos desses dois campos, desses dois fios. Que tipos de costureiros temos sido nós?*

*Saber lidar com as dificuldades é indicado pelo grupo como algo que se aprende. Essa sabedoria parece ser considerada como sinal de saúde ou de ser saudável... Parece que, no dizer do grupo, isso também vale para os profissionais, e não apenas para a comunidade. Esses profissionais estão refletindo sobre o próprio sentido de saúde para eles.*

**F1** - Alguém mais quer falar dessa compreensão de saúde?... De que saúde a gente está falando, afinal?... Que campo é esse de prática mesmo?

**AE** - *Acho que é mais como ela falou: aprender a lidar com o seu problema... porque ele sempre vai surgir... por mais que você não procure, ele sempre vem... Tem que tentar andar em linha reta... porque ele está sempre nos rodeando... É difícil.*

**F1** - Andar em linha reta?

**AE** - *A gente, no caso... O problema está sempre nos rodeando... está sempre vindo... Então se você não procurar andar em linha reta... tentar resolver... resolver, não... lidar com ele... resolver um... diminuir o outro... a gente vai estar doente para frente.*

**MED** - Acho que ela está querendo dizer que a gente deve estar indo em frente... e não estar retrocedendo... batendo sempre na mesma tecla.

**F2** - Seguir...

**F1** - Ir adiante...

**AE** - *Tem gente que não quer pular para a frente... tem que terminar aquilo mesmo... E isso dificulta muito.*

**F2** - Então... para você... saúde é movimento?

**AE** - *Sim.*

**F1** - E para melhor... não é?

**AE** - *Para melhor... com certeza.*

**F2** - Por que pode dar ré... não é?

**MED** - Pode dar ré... Por isso que estou dizendo... para frente... Para frente é que se anda.

**AE** - *É como o pessoal diz: o que leva a gente para frente é a topada... não é?*

**MED** - A pessoa amadurece mais quando tem uma alegria ou uma tristeza?

**AE** - *Eu acho que com a tristeza.*

**SAR** - *Essa é uma reflexão filosófica sobre o que é a dor...*

**MED** - Parece que isso é do ser humano... como **SM** disse: o sofrimento é próprio do ser humano... Parece que o amadurecimento vem mais de uma dificuldade que você passa... do que de um momento fácil... uma felicidade... algo assim.

**F1** - Quando você fala de amadurecimento... eu fiquei aqui com uma questão: Existe um lugar para chegar?... Por que quando se fala de amadurecimento...

dá a impressão de que algo está acontecendo e que há um lugar ideal para chegar... Existe esse lugar para chegar?

**F2** – Que a gente está verde e...

**MED** – Existe... Acho que amadurecimento é você... Porque há certas coisas a que você dá muita importância... e você vê que ali não há motivo para você dar aquela importância... você se estressar tanto por aquilo... Isso é um exemplo.

*Pro-vocada por mim em relação à existência de um estado ideal para chegar em termos de "amadurecimento", MED mantém sua opinião de que sim, há esse lugar. No entanto, ao tentar dizer como seria isso, acaba deixando em aberto. E fica mesmo a idéia de movimento, de fluidez diante dos obstáculos que surgem na caminhada.*

**F1** – Isso tem a ver com saúde?

**MED** – Lógico, saúde mental.

**SM** – O estresse pode gerar uma gastrite.

**AE** – *Eu tenho uma amiga que é casada há cinco anos... e ela só vivia em atribulação com o marido... muita briga... aquela agonia... Só que a gente conversava com ela e dizia: "Se você for brigar toda vez que seu marido for beber... se você for discutir... você vai ter uma hipertensão... uma diabete... um enfarte... Você vai morrer... e ele vai ficar aí... Porque ele está aí... se ele acha melhor ficar fumando, bebendo, namorando... e você está se acabando... você morre e ele fica... Se você passar a ver esse problema de outra forma, dar menos importância... você vai ganhar mais dias de vida... vai passar a olhar para o lado... vai procurar uma profissão... vai trabalhar... vai se divertir... e ele vai ver que você mudou... que não está dando mais importância ao que ele está fazendo..."... Aí nesse momento ela passou a viver mais... Porque ela não estava vivendo por si... ela estava vivendo por ele... Com o tempo... durou mais ou menos uns três anos... ele reconheceu que ela não estava dando mais importância... E hoje ela está aí... é nova... Quem morreu foi ele... Se ela tivesse continuado daquela forma... quem iria morrer era ela.*

**SAR** – *Eu acho que a saúde seria um caminho onde cada um encontra seu bem-estar... de diversas formas... é o bem-estar... A gente fala em moradia, educação... A gente entende que existe um mínimo do mínimo que cada ser humano deveria ter... Mas você percebe... pelas diferenças das pessoas... você percebe que alguém é feliz sendo pobre... tendo uma casinha... mas limpinha... ou como quer que seja... ela é feliz... Se ali ela está se sentindo bem... se sentindo*

realizada... sentindo que está conseguindo ter relações com as pessoas... ser feliz... então aquilo para ela é saúde... Muito embora para outra pessoa aquilo seja extrema miséria... extrema pobreza... Acho que é o espaço que você constrói... o caminho que você constrói para alcançar o bem-estar.

**F1** - Que é singular.

**SAR** - Isso... exatamente! Cada um constrói o seu... Cada um tem uma forma de enxergar o seu... Não é dando uma palestra que você vai atingir todo mundo... que todo mundo vai seguir aquilo... A gente compreende a felicidade a partir do nosso ponto de vista... Então a gente acha que a felicidade é assim... aí se o outro não está... a gente já diz que ele não é feliz.

**AE** - *Mas numa palestra que você faz... sempre foge uma palavra que para ele pode ser importante... ele pesca... Então ele já pode ir atrás de um caminho.*

**SAR** - E que para cada um tem um momento.

**AE** - *Às vezes basta uma palavra ali... para ele acordar.*

**SAR** - Se tiver na sua perspectiva de bem-estar... se alcançar um bem-estar...

Neste trecho, apresenta-se um aspecto que considero muito importante: o re-conhecimento da existência de perspectivas singulares de bem-estar. Penso que o profissional de saúde precisa estar atento para re-conhecer estas formas peculiares de cada um se situar no mundo e na vida. Diante da proposta de pro-mover saúde, isso se torna fundamental, uma vez que as pessoas não vão simplesmente por em prática as orientações dadas pela equipe de saúde. No território, acontece, continuamente, uma confrontação de saberes e perspectivas diversas em relação à própria vida. Os ganhos só se mostrarão a partir do empenho constante de todos os envolvidos no desenvolvimento da habilidade para a comunicação. Dessa contínua troca, podem surgir outros modos, quiçá mais "saudáveis", de estar no mundo.

**F1** - A **THD** gostaria de falar alguma coisa em relação a sua compreensão de saúde?

**THD** - *Não... Acho que já foi colocado tudo que tinha de ser colocado... Acho também que saúde é a pessoa ter acesso aos serviços de saúde... e ter esclarecimento para viver bem... Às vezes, ele está com um problema... mas está sem saber como resolver... Então ele tem que estar esclarecido para acordar... para atingir seu objetivo.*

**F1** - Bom... Eu acho que por hoje é isso!... Eu gostaria de agradecer mesmo vocês terem aceitado esse convite... Não termina por aqui... Por isso eu falei que por hoje é isso... Eu vou entrar em contato com vocês em outros momentos... Não sei exatamente dizer a previsão... Mas eu vou estar precisando conversar com cada um... E aí vocês vão ter a chance de acrescentar alguma coisa... Não tem tanto essa preocupação... Acho que dá para parar por aqui... E é isso... Não sei como é que foi para vocês estar participando... Não sei se alguém quer se colocar... A gente vai voltar a ter um outro momento em grupo também... Mas aí... para a condução dessa história... eu vou fazer um contato com cada um... A gente vê.

**SAR** - *Cada um poderia rapidamente fazer uma avaliação do que achou... para a gente finalizar... É uma sugestão.*

**F1** - O que vocês acham?

**ACS** - Sobre esse momento?... Eu achei um aprendizado... um conhecimento que a gente teve com as outras pessoas... ouvindo as opiniões... Foi muito bom.

**ENF** - Foi produtivo.

**SAR** - *Para mim... serviu muito para... estar analisando mesmo uma prática da gente... A gente desenvolve tantas coisas e não analisa como está se sentindo... Não analisa... Apesar de estar assim... é uma oportunidade de a gente estar refletindo mais... Acho que em um próximo encontro a gente pode trazer muito mais elementos... porque a gente não estava pensando diretamente na prática... Mas a gente já pode trazer muitos elementos... e estar apontando como está a nossa prática... não só o que a gente conhece... mas o que a gente está vivendo.*

**SM** - Eu acho que é um momento de reflexão... porque... principalmente quando você pára... você fica pensativa... quero dizer... pensando em fazer uma revisão da sua prática... Esses contatos que a gente não tem... não só de PSC para PSC... mas dos profissionais de saúde... Acho que vale à pena o encontro.

**MED** - A gente percebe que as outras pessoas... que trabalham na mesma área... têm as mesmas dificuldades... As reclamações são basicamente as mesmas.

**SM** - Tanto é que eu nem falei muito... eu estava pensando... da minha prática em saúde mental no território... Falei da prática no território... Mas acaba que dá no mesmo... entre aspas.

**F2** - Eu gostaria de dizer que estou do lado de fora... Mas eu estou encantada com vocês, mesmo... A impressão que eu tenho é que o Cabo é uma cidade muito feliz de tê-las... E a

vontade que eu tenho mesmo de sair do ambulatório e de atuar junto... Agora eu quero dar uma dica... Eu acho que esse trabalho que **F1** está propondo é muito importante... porque está partindo da experiência... do sentido desse fazer que está em vocês... e a partir daí talvez ampliar essa forma de fazer e de compreender... Mas estou encantada com a equipe... Acho que cada um aqui passou muito... e, principalmente, a paixão de fazer o que está fazendo... mesmo de uma forma agoniada, estressada, sem elogios... Mas eu acho que isso é fazer saúde... Eu queria dizer isso para vocês... Minha experiência não tem muito a ver com isso... Claro que a gente encontra muita gente apaixonada... e eu sou uma pessoa apaixonadíssima... Mas aqui acho que todo mundo é apaixonado.

**MED** - Mas é o que eu estava falando naquela hora... Além de o profissional da área de saúde ser apaixonado... a grande maioria... ser apaixonado pelo que faz... eu acho que quando começa a trabalhar em comunidade... junto com a comunidade... nesse programa... aí é peculiar... Você que vem para o Programa... Tinha uma colega quando eu vim que queria trabalhar aqui também... e quando ela viu como funcionava o esquema... ela não quis... porque não é para ela... É uma coisa peculiar... É diferente... É um trabalho de saúde diferente.

**F2** - É uma tessitura... É a partir do que está vivendo... De fato o que fazer e o como fazer, talvez você não saiba... e a partir da experiência vivida... você começa a tecer essa ação.

**F1** - Foi bem falada aqui a questão de que é uma prática que se constrói na medida em que é feita... Vamos lá! Então aguardem contato... e muito obrigada mesmo.

*Afinal, o fim desse momento de grupo... Porém, um fim que aponta tantas outras possibilidades de continuação... e no sentido de ação contínua. Na percepção das participantes, valeu o encontro, pela oportunidade de refletir sobre a prática, de ouvir as opiniões e sentimentos dos colegas de trabalho. Essa discussão grupal parece ter se revelado como um momento de aprendizado, uma experiência em que se teve a chance de refletir e elaborar sobre a ação cotidiana. Compreendo que o próprio grupo apresentou uma disponibilidade – ou mesmo necessidade – para elaborar sobre esse fazer que se constrói no dia-a-dia.*

**ISAR** – É essa história que eu estava comentando... de você se envolver... às vezes tanto... que é necessário alguém de fora lhe perguntar sobre determinadas práticas... para você se tocar e rever algumas práticas que você vem desenvolvendo...

**IAE** – Eu comecei a trabalhar bem melhor de lá pra cá... Para mim, foi interessante... E foi através daquele momento... daquele dia do primeiro grupo... que eu passei... a acordar... Eu estava meio atribulada e até um pouco desorientada por conta do dia-a-dia... Mas, graças a Deus, eu estou no trabalho mesmo muito bem melhor, sabe?

*Do modo como percebo essa discussão grupal, tendo participado da mesma em tão distintos momentos e processos, penso que ela se caracterizou como um ato de intervenção. Não parece ter se tratado de uma simples colheita de material para a realização de uma pesquisa. A partir da metodologia proposta, algo ocorreu em termos de aproximação entre as participantes e de elaboração de experiência, que me preenche de um sentimento de responsabilidade ainda maior no instante em que apresento como essa discussão reverberou em mim.*

*Assim, sigo a trajetória. Marcada, na pele e na alma, pela experiência de (co)produzir cada etapa deste trabalho de pesquisa, sinto que é uma parte de minha própria vida que por meio dele sintetizo e apresento, na perspectiva de que possa fazer sentido para os que o lerem. Vislumbrando já algumas paisagens adiante, prossigo...*

## 6. TERRA À VISTA?!

*Porque a vida, a vida, a vida,  
a vida só é possível reinventada.*

Cecília Meireles<sup>37</sup>

Penso que a realização de pesquisas vislumbra, como um dos seus objetivos principais, compreender determinados fenômenos para que possa haver intervenções. O que é intervir senão buscar dar novas destinações a algo, interferir no seu rumo, empreender mudanças, imprimir outros sentidos, armar e desarmar velhas/novas tramas?

Ao iniciar este trabalho de pesquisa, eu buscava compreender o sentido que profissionais envolvidos na ação territorial em saúde, através do Programa Saúde da Família (PSF), davam a sua prática. Sentido, aqui, refere-se a destinação, rumo, não indicando algo unidirecional e único. Acreditando que o sentido orienta a ação, surgindo ao que se faz, a atenção à saúde com qualidade pode brotar de uma práxis com caráter ético (cuidado de si e do outro) e político (promoção de bem-estar).

Essa pesquisa foi gestada sem a intenção/preensão de que os depoimentos de profissionais de saúde colhidos pudessem ser generalizados à prática na ação territorial em saúde no PSF. Isto se deve especialmente ao fato de se tratar de uma pesquisa orientada por uma atitude fenomenológica existencial, qualitativa em sua condição mesma de existência e, portanto, despreocupada com a representação do todo de uma experiência com caráter universal.

Contudo, acredito que a singularidade de uma experiência se interrelaciona, de algum modo, à experiência de outros envolvidos no mesmo tipo ou campo de prática. O grupo de colaboradores desta pesquisa, constituído aleatoriamente, tornou possível a expressão da singularidade de várias experiências de sujeitos engajados, ainda que de formas diferentes, ao

---

<sup>37</sup> Trecho do poema **Reinvenção** [In: MEIRELES, Cecília. **Melhores poemas** / seleção Maria Fernanda. 11. ed. São Paulo: Global, 1999.]

PSF. Foi interessante perceber que se produziu uma compreensão coletiva em relação a este programa, tal como ele vem se configurando na prática, uma vez que o dizer de um ganhava eco no dizer dos outros participantes. É em virtude desta percepção que me sinto à vontade para tecer algumas considerações finais no tange à proposta deste trabalho, a partir da interpretação das narrativas destes profissionais.

Como objetivo geral, busquei através desta pesquisa problematizar as possibilidades de um sentido ético e político da ação territorial como intervenção em saúde pública, partindo dos relatos dos profissionais em relação a essa prática. A questão de estudo, posta em ação principalmente através do grupo e das entrevistas individuais, re-velou essa problematização continuamente. Penso que refletir sobre uma prática é refletir sobre o sentido que está se configurando e sendo produzido, neste caso em particular, coletivamente.

Sendo assim, compreendo que a experiência desse grupo, ainda que singular, possa produzir ressonância para outros profissionais que atuam no complexo campo da atenção à saúde. Nesta perspectiva, apresento estas considerações, delineadas a partir do meu envolvimento nesta pesquisa, atravessando cada uma das etapas de sua produção. Tais considerações brotaram particularmente diante e dentro da *questão em ação*, em que pude, enquanto pesquisadora/clínica/psicóloga, me situar na discussão da prática com atores/autores da ação territorial em saúde. Nesse sentido, apontam para a viabilidade de um sentido da ação territorial em saúde, ou, talvez, da ação em saúde, voltado para o cuidado do outro, perpassando o cuidado do próprio profissional (eixo ético), e para a promoção de bem-estar, estando o profissional bem situado em relação ao contexto em que atua (eixo político).

O **vínculo com a comunidade**, ressaltado como um aspecto fundamental na atuação das equipes de PSF, se re-velou paulatinamente ao longo da discussão grupal, assumindo diversas configurações. Percebo que, talvez, vínculo não seja a palavra mais ex-pressiva para traduzir a relação de aproximação e presença, por meio da qual o profissional envolvido no

PSF pode se constituir como referência na comunidade em que trabalha. Compreendo que, nessa perspectiva, tecnicizar o vínculo é imponderável, pois ser-com-outros, con-viver é algo próprio da condição humana. A aproximação pode ou não produzir laços; não há uma forma de garantir isso.

Estar próximo da comunidade possibilita que se delineie uma relação de pertencimento do profissional naquela trama de relações, que vai sendo tecida na con-vivência. O vínculo, em sua ambigüidade, encanta ao mesmo tempo em que aprisiona. Caso se torne mera estratégia de trabalho, penso que tende a aprisionar. Tanto os profissionais quanto a comunidade se tornam enredados nesta relação que pode se constituir. A aproximação pode pro-mover uma relação de con-fiança, sem que se possa usar isso como técnica. A partir do relato do grupo, compreendi que ainda que se pretenda usar o vínculo como estratégia, a possibilidade de *susto/perplexidade* está presente nesta relação que se constrói, particularmente por ser uma relação entre humanos. Existe um retorno do usuário, uma con-fiança depositada, a tal ponto que impacta o profissional, que provoca mudança, exigindo do mesmo que se situe nessa relação.

A dinâmica dos diversos sentidos associados à palavra vínculo perpassa toda a discussão do grupo. Entretanto, parece se impor o que é da ordem da ação cotidiana: o vínculo de que as colaboradoras da pesquisa falam, na maior parte das vezes, se refere a essa presença do profissional na comunidade, no con-tato com os usuários, que possibilita que ele seja tido como referência, a partir da criação de uma relação de con-fiança, de tessitura conjunta. De qualquer forma, ainda se percebe em alguns momentos a compreensão do vínculo como uma necessidade em termos de estratégia, tal como posto nas diretrizes oficiais do programa.

Compreendo que, inserido nessa teia de relações, o profissional estranha e se estranha no con-tato com os usuários. É um universo outro que se descortina para ele. O profissional é re-conhecido nesta relação com o usuário. Este re-conhecimento acaba por se constituir em

uma espécie de gratificação. Penso no jogo dinâmico do ser-com-outros, que implica essa necessidade de re-conhecimento mútuo. Eu re-conheço e constituo o outro na mesma medida em que ele me re-conhece e me constitui. Isto fascina e assusta, simultaneamente. Aqui se trata da **alteridade** enquanto acontecimento. A alteridade é constitutiva do si próprio, como aponta Figueiredo (1998), e a noção de acontecimento a partir de que pode ser compreendida se refere à *“ruptura na trama das representações e das rotinas”* (p.66). Sendo assim, a alteridade é algo que irrompe e pega de assalto. O outro, na verdade, me mostra outras possibilidades de mim mesmo e isso pode assustar. Sendo constitutiva da subjetividade, a alteridade emerge a cada encontro entre seres humanos, em cada um desses seres. O encontro traz possibilidade de transformação para quem dele participa uma vez que, através dele, a multiplicidade constitutiva do ser humano tem a oportunidade de se apresentar. Penso que qualquer prática no campo da atenção à saúde, em que está envolvida diretamente a ação entre humanos, deva se alimentar da multiplicidade e da alteridade, fenômenos próprios da condição de ser homem.

Estando ali, se fazendo disponível para esse con-tato, o profissional cria a possibilidade de ser incluído naquele grupo. O sentimento de **pertença** vem a partir da legitimidade que o outro vai lhe conferir. Uma vez conquistado isso, o próprio trabalho vai se desenrolar de uma maneira mais natural. O profissional vai poder, inclusive, dar sugestões mais pertinentes, que possam fazer sentido para os usuários na condução de suas histórias.

Considerando essas questões, compreendo que os usuários precisam ser percebidos como estando implicados neste processo, uma vez que não estão isentos de responsabilidade. Esta responsabilidade está posta na perspectiva da **co-laboração do usuário** com a equipe de saúde. Sendo participante desse processo, o usuário terá condição de re-conhecer o programa como algo que produz benefícios, ou bem-estar. O re-conhecimento público do programa

acontece a partir dos usuários. Sem esse re-conhecimento, dificilmente o sentido irá ser tecido, inclusive para os próprios profissionais de saúde.

Entretanto, no dizer do grupo, pude perceber as dificuldades dos profissionais na relação com os usuários. Em alguns trechos da discussão, mostra-se essa possibilidade da instalação de um clima de tensão entre a equipe e a população, de ameaça mútua, de medo do que o outro possa fazer. De um lado, a comunidade ameaça denunciar por mau atendimento; de outro, o profissional se protege como pode: registra no prontuário, impõe limite, indica que algumas pessoas da comunidade fazem um uso inadequado do PSF, tendo maus hábitos. O território é também um campo possível de guerra... Esse cenário aponta a dificuldade de um efetivo encontro desses atores/autores no sentido da construção de uma ação coletiva de fato. A compreensão disso precisa ser perpassada pela análise do contexto sócio-histórico-político do nosso país, destacando os modos de produção de subjetividade que aqui se geraram. Que grau de possibilidade de negociações, de diálogo têm os nossos sujeitos sociais? Nossa cultura se marcou historicamente por relações de autoridade e submissão. Ação conjunta, portanto, é um aprendizado contínuo para todos os envolvidos. É dessa produção coletiva que poderá surgir o sentido próprio do que necessita ser um serviço *público e a construção de sua política apropriada*.

Penso ser importante considerar que a população tem expectativas em relação a qualquer serviço de saúde, naturalmente pautadas em um modelo de atuação tradicional. Em geral, o que se espera é atenção imediata, consultas do médico, prescrição de medicação. Como as equipes darão conta de imprimir uma outra forma de trabalho, baseada na promoção à saúde? A pressão da comunidade para funcionar de uma determinada maneira não deve ser fácil de tolerar. Disto se conclui que o PSF está sendo gerado no seio desse contato da equipe de saúde com a comunidade e precisa desse envolvimento da comunidade no delineamento de seu funcionamento.

A implantação do PSF deve englobar um processo continuado de aproximação e conversação com a população a ser atendida por determinada equipe. Uma implantação verticalizada poderá pro-vocar um enorme descompasso entre as expectativas dos usuários, das equipes de PSF e dos núcleos gestores. Este é um dos componentes de um risco real: as equipes atuando por um modelo/modo convencional, sem conseguir implementar o que se preconiza como programa para uma equipe de PSF. Estranhamente, as unidades de PSF acabam se assemelhando a unidades tradicionais de saúde: filas para marcação, predominância de atendimentos na própria unidade, ênfase no “modelo” assistencial-curativo e tantas outras características. Parece que este descompasso está imperando na **ação real** do PSF, tal como relatado pelo grupo escutado. Mas a ação dentro do PSF pôs em marcha um processo inexorável e incontestável: os profissionais de saúde estão, de fato, bem mais próximos da comunidade (ao menos em termos físicos) e durante um tempo maior. Há necessidade de se permitirem as mudanças e arranjos que a própria experiência está mostrando na prática.

Se a comunidade não está con-juntamente construindo o PSF, no sentido de uma ação mais direcionada à produção de bem-estar, isto re-vela que não houve uma pre-ocupação mais específica para contemplar esse aspecto durante a fase de implantação do programa. É importante atentar que atualmente se vive um momento de expansão do PSF em todo o país. O contexto se caracteriza, portanto, como de transição. A população ainda convive tanto com unidades tradicionais, prestando serviço de atenção básica, muitas vezes junto com a oferta de especialidades (Psiquiatria, Dermatologia, Neurologia e outras), quanto com unidades de PSF, que pretendem dar conta da atenção básica. Penso que se faz urgente a necessidade de incorporar não apenas a pré-ocupação, mas a execução de estratégias de aproximação com a comunidade, antes da implantação das equipes e, obviamente, continuar esse processo de conversação ao longo da existência para implementação da equipe naquela comunidade. Um

PSF caracterizado por uma ação mais próxima do que se deseja, significando efetivamente uma reversão do “modelo” assistencial em saúde, não ocorre sem essa aproximação profícua da equipe com os usuários que serão atendidos pelo programa. Esse aspecto contemplaria mais apropriadamente a diretriz do *controle social*, presente na política do SUS, referente à participação democrática da comunidade no direcionamento e na avaliação contínua dos serviços de saúde como política pública.

Na proposta do PSF, penso que é imponderável assumir uma função assistencialista, porém, a possibilidade disso acontecer como única ação é real. Assim, não me parece impertinência referir que a ação real está se con-formando desse modo. Pode haver uma sutil, porém significativa, diferença nos modos de aproximação entre equipe e usuários: a equipe de PSF pode estimular uma relação de *dependência* ou se tornar *referência* para os usuários. Compreendo que a equipe de PSF precisa assumir esse papel de referência, servindo como suporte em momentos em que o usuário sinta necessidade de refrescar os pés na caminhada da sua vida, mas sem des-cuidar que ser referência é manter-se apenas como “uma pousada” durante esse caminhar do usuário, e não seu suporte constante.

Entretanto, parece que a ação real no PSF, real no sentido de possível, é a voltada para a emergência, a remediação, a atenção imediata. Como o “modelo” curativo parece ainda se impor de modo predominante, a atenção básica empreendida está direcionada para o efeito da não-saúde, para a queixa (emergência), e não para a causa, para o que origina, para a demanda (urgência). Há que se considerar que, via de regra, essa é a solicitação, ao menos aparente, da população. O que se percebe, a partir disto, é que há uma dissonância entre o PSF oficial – o das diretrizes e objetivos claramente postos nos documentos do Ministério da Saúde, e o oficioso – o que se desenvolve cotidianamente na ação dessas equipes.

Que **promoção à saúde** é possível nesse contexto? Falar de saúde apenas, dar as informações necessárias, sem que se esteja conectado com a realidade dessas pessoas, poderá

garantir ao profissional a *ilusão* de uma missão cumprida. No entanto, a aproximação e o encontro com a população terão sido relegados a segundo plano. Enquanto profissional, posso me situar de diferentes maneiras diante do con-tato com a comunidade de usuários: – ou me dispondo a uma abertura para compreender essa realidade, para me deixar afetar por ela e daí inventar e produzir as formas e as estratégias possíveis, junto com essas pessoas, para que algo em termos de produção de vida ocorra; – ou fazendo de conta que pro-movo saúde. Acredito que a intervenção do profissional de saúde não pode se caracterizar como pertinente se não houver essa disponibilidade para estar próximo e se deixar afetar pela condição existencial das pessoas com as quais entra em con-tato.

Compreendo que para pro-mover bem-estar é necessário que o profissional se mova do lugar de suposto saber/poder e encontre outros referências de vida, de saúde, de pessoa, que façam parte do cotidiano daquela população de que se dispõe a *cuidar*. Isso se caracteriza como um desafio diário, particularmente para o profissional de nível superior, uma vez que a própria população pode reforçar esse lugar privilegiado e pertinente. Ir ao encontro do outro e se afetar pela estranheza, que também lhe é própria e o habita, é o que vai abrir possibilidade para que o trabalho desse profissional crie e descubra sentido, um sentido pertinentemente cravado na con-vivência e enraizado na prática cotidiana.

A criação de **sentido para o trabalho** se gera na medida em que é possível ter um retorno da ação realizada no con-tato contínuo com o usuário. O con-tato com o outro possibilita ao profissional que resgate o fio para a elaboração do sentido do próprio fazer. Sentido esse para um fazer ancorado numa atitude *ética*, atravessada pela dimensão do cuidado, e *política*, pela dimensão da ação e responsabilidade para com a produção coletiva de bem-estar.

Nessa produção de sentido para o fazer, acredito que se implica o **cuidar de quem cuida**. A ação entre homens só pode ser cuidada pelos próprios homens. Eles próprios são

criadores da ação – não meramente executada, mas fabricada – e, portanto, os únicos que podem lhe garantir algum sentido.

Penso que solicitar das equipes que assumam a responsabilidade sanitária, envolvendo uma atitude de cuidado em relação a todas as necessidades que brotam a partir do momento em que se situam na comunidade, remete à percepção de que essas equipes vão precisar de um suporte para que possam se re-conhecer e firmar, com propriedade, no terreno em que vão agir. Que tipo de suporte, de que modo? Penso que podem ser vários, contanto que extrapolem a busca de garantir um trabalho feito com precisão. Um modo que vá além de uma supervisão com caráter técnico, pois se trata da con-vivência entre humanos. Daí tudo pode emergir... Como diziam os navegadores antigos, não há precisão na vida, como na navegação. De fato, a realidade mostra que existir não é exato. Não há técnica, por melhor e mais correta que seja, que responda à imprevisibilidade, marca constante da existência humana, mesmo que não se perceba ou deseje.

A garantia de espaços para reflexão em torno do fazer minimiza o risco de uma prática automatizada, robotizada, essencialmente *técnica*. Escapar desse automatismo do fazer constitui, ao meu ver, um desafio a ser enfrentado cotidianamente por todos que *agem*, em seus processos de trabalho, no con-tato com outros humanos, no sentido de garantir a estes um cuidado, seja de que ordem for. Nesta problematização está implicada a discussão em torno da supervisão de equipes de trabalho, sejam elas as do campo da saúde ou da educação. Afinal, como pensar em bem-estar sem a ação do mover-se adiante?

O **sentido de supervisão** também se transmutou ao longo da discussão. Não pareceu haver uma con-sonância em relação a qual deve ser o caráter de uma supervisão. Claramente se fez referência a uma supervisão de caráter técnico, com o objetivo de garantir a execução correta de uma tarefa, o que costuma ser o sentido usual para essa palavra e, mais que isso, para práticas nessa área. Nessa perspectiva, supervisão acaba se ligando, assim, à cobrança de

atitudes e produção. Contudo, também foi apontado um outro sentido importante, relacionado com o cuidado pessoal de quem atua, estando envolvido na prática cotidiana. Nessa perspectiva, penso que a reflexão sobre a prática exercida e sobre o envolvimento de cada um nesta ação está implicada. A partir da disposição em cuidar da prática, considero importante pensar sobre esses sentidos de supervisão, os tipos de supervisão possíveis, os tipos desejados, as formas de garantir algum modo de supervisão e, ainda, sobre os atores responsáveis pela supervisão.

Na perspectiva de supervisão, enquanto cuidado em relação à prática e aos próprios profissionais de saúde, que se entregam em uma relação de suporte/ajuda ao outro, considero que qualquer estratégia de supervisão demandaria resguardar a oportunidade para a narrativa da experiência de estar engajado na ação, produzindo-a com as próprias mãos e subjetividades. É neste sentido que retomo o sentido da supervisão de apoio psicológico anteriormente citado neste trabalho (MORATO, 1999; BACCHI, 1999), como espaço de narrativa e elaboração de experiência entre o fazer e o agir.

Neste ponto da trajetória, há um aspecto curioso a considerar, do qual não poderei me furtar diante das pro-vocações feitas por mim mesma no momento de interlocução com a narrativa grupal. De que modo profissionais, que chegam para desenvolver ações conjuntas com as equipes de PSF – como é o caso da representante do Projeto Saúde, Arte, Educação (SARTE) e a da equipe de Saúde Mental –, podem se situar diante da necessidade ex-presa pelos profissionais das equipes por cuidado? Será que o con-tato com essas equipes, por não estarem no dia-a-dia envolvidos nessa ação, não poderia se configurar como momentos de supervisão, nessa perspectiva de abrir espaço para as narrativas dos profissionais, para o conto de uma prática, para poder traduzir o que está para ser dito? Penso que, minimamente, cabe a estas equipes do SARTE e de SAÚDE MENTAL relatar o sofrimento que escutam desses

profissionais – porque escutam, de fato, pelo que foi comunicado no grupo – à Secretaria de Saúde, além de buscar co-laborar na construção de estratégias para pro-mover esse cuidado.

Penso que também se apresenta a perspectiva do papel (ou seria da atitude, de acordo com o que venho apresentando?) da equipe de supervisão do Programa Saúde em Casa, além do posicionamento da Secretaria de Saúde, diante do *grito* dessas equipes de PSF por cuidado. Percebo, até mesmo por minha própria experiência de atuação no campo da saúde pública, que este não é um ponto simples. Contudo, por isso mesmo precisa ser enfrentado, tornando-se objeto de reflexão contínua, especialmente com o envolvimento de quem está compondo estas equipes e de quem está atuando conjuntamente com as mesmas.

Nessa preocupação de cuidado ao cuidador, também se insere a questão da **formação profissional**. Enfatiza-se a importância da reformulação crítica dos cursos de graduação pelos profissionais, talvez apontando para uma necessidade de introduzir a reflexão em torno de uma prática plural. Compreendo que, por mais bem elaborada que seja uma grade curricular, e passos nessa direção são fundamentais, a tônica da formação precisa ser a do limite da atuação. Nem o saber nem a prática dão conta de suprir as necessidades por intervenções reais apropriadas, ainda que se considere o campo da prática sempre como da ordem do imprevisível, do inusitado, pois essa é uma marca da vida. O saber nem o fazer podem garantir o controle da realidade em todas as suas facetas, e a formação profissional precisaria deixar claro que o controle é impraticável, é simples ilusão. O preparo necessário não pode ser compreendido como a habilitação plena para dar conta de tudo que surge na prática, no campo do real, a partir de receitas prescritas em manuais.

Em se tratando de cursos de formação universitária em saúde, urge a reformulação crítica das grades curriculares, com disciplinas mais voltadas para a realidade sócio-econômica-cultural do Brasil. Em sua maioria, é neste chão que os profissionais que saem da universidade exercerão sua prática. Sendo assim, torna-se fundamental que comecem a se

apropriar das características e necessidades da população que aqui vive, com a perspectiva das reais possibilidades e limites de sua intervenção. Os profissionais que hoje se formam estão pouco ou nada familiarizados e/ou preparados para atuação no contexto das políticas públicas. Esse desconhecimento lhes obstrui oportunidades de trabalho neste campo, ou, se as conseguem, podem acabar por dar andamento a uma prática dissonante com as reais necessidades da realidade dos usuários do sistema público. Penso que um dos grandes problemas do PSF atualmente se localiza no perfil de alguns profissionais, que estão a desempenhar seus papéis de modo ainda centrado no “modelo” curativo. Assim, ao mesmo tempo em que se deve *cuidar* de quem está se graduando, muita atenção deve ser dispensada ao aprimoramento dos que já estão atuando.

Este questionamento também se dirige aos cursos técnicos de formação de auxiliar/técnico de enfermagem. No caso dos agentes comunitários de saúde (ACSs), há que se prestar atenção às capacitações realizadas. Esses profissionais devem ser alvo de investimentos contínuos, uma vez que são os da “linha de frente”, estando mais tempo em contato com os usuários, dialogando, orientando, dando informações. Considero imprescindível garantir espaços para reflexão em relação à prática, além de cursos sobre aspectos mais do que somente técnicos do trabalho. Os ACSs, em particular, transitam mais frequentemente na comunidade, fazendo parte do cotidiano das famílias da área, convidados que são a entrarem em suas casas e partilhar de sua intimidade. Isso precisa ser bem cuidado para poder ser criada uma ambiência pertinente em seu processo de apropriação do trabalho.

O grupo de discussão re-velou inúmeras **críticas ao PSF**, da forma como ele vem acontecendo. Um dos pontos críticos se refere à formatação das prioridades para a ação, baseada principalmente em critérios epidemiológicos e estatísticos. Isso me parece importante para qualquer programa público de saúde, mas penso que não podem ser os únicos balizadores da prática situada no contexto da saúde pública.

É importante perceber que a imagem do PSF, passada para o próprio profissional e para a população, é a de um programa que vai além do usualmente conhecido, no sentido de seu diferencial como promotor de um con-tato, ou seja, do encontro entre o profissional e a população, permitindo e estimulando essa aproximação, que educa, que produz bem-estar. Entretanto, esses aspectos parecem ficar apenas no nível da aspiração, sendo distorcidos quando se trata da prática real.

Posso pensar que tais contradições se relacionam com o fato de o PSF ser um programa elaborado em gabinete governamental, enquanto um programa de saúde pública como uma política para ação, ou seja, como política pública. Posto atualmente como programa diretor da organização da assistência à saúde no SUS, mostra-se extremamente coerente, bem sistematizado, com objetivos claros. Contudo, o seu teste está acontecendo na prática, sendo justamente nesse campo do real e do possível que estão sendo re-veladas e apontadas as suas limitações e/ou distorções. Considero que o programa traz possibilidades reais e efetivas de intervenções na vida das comunidades, que podem produzir um bem-estar, mas algo está entravado...

Percebo que essa proposta do PSF traz vários aspectos ainda na forma muito mais de idéias, ou melhor, ideais. Parece haver uma dicotomia entre os *autores* do programa, ou seja, os que o elaboraram e acertaram os detalhes finais da “cartilha” para a sua execução, e os *atores*, ou seja, os que estão efetivamente na lida cotidiana da ação territorial em saúde, em contato contínuo com os usuários do sistema. Ali, no campo da ação territorial em saúde, se apresentam dores, cores, odores e horrores. Ali, o programa tem sua viabilidade posta à prova. Percebo que a compreensão em torno da proposta precisa ser construída e discutida a partir desse embate cotidiano: de como a ação no PSF vem ocorrendo e se fazendo, da forma possível, envolvendo gestores, executores e usuários. Todos, em alguma medida, precisam se assumir como autores e atores dessa produção coletiva.

Para falar de resultados, considero ser crucial ir além de indicadores, baseados em critérios apenas estatísticos. Essa costuma ser a linguagem utilizada quando se pretende implementar um processo avaliativo no campo da saúde. E as cobranças costumam vir também nesta lógica. Ainda não se lança mão, na ação cotidiana, de recursos de avaliação, para o processo de construção, que abordem aspectos qualitativos. Novamente entra em cena a dicotomia entre quantidade e qualidade. Compreendo que, muitas vezes, para se falar de qualidade, os pressupostos são respaldados em aspectos quantitativos. Questiono se um precisa necessariamente excluir o outro. O fato é que se vive em uma ditadura da quantidade como eficiência e/ou eficácia, e a justificativa disto pode ser extrapolada a uma conjuntura sócio-cultural.

Essa discussão pode ser iluminada com base no panorama do ideário neoliberal, predominante no cenário da contemporaneidade. Schmidt (2003) aponta a preponderância da política econômica sobre a política social como um aspecto desse ideário. O financiamento para a área da saúde, um braço vital da política social, padece da escravidão aos marcadores e indicadores e do achatamento de recursos. A lógica de financiamento é toda baseada em produtividade e aspectos quantitativos. Assim, o montante de recursos destinados a cada município depende do número de equipes de PSF instaladas e da produção dessas equipes, produção esta baseada nas prioridades determinadas pelo Ministério da Saúde. Nesse contexto, penso ser natural a compreensão de que é prioritário atender a totalidade de usuários hipertensos naquele território específico, em detrimento muitas vezes de uma qualidade do momento especial do con-tato com e entre cada um. No entanto, a qualidade desse atendimento não deixa de, também, de ser exigida.

Uma reflexão que se impõe: o SUS traz uma proposta democrática, de acesso igualitário e universal aos serviços de saúde, estando, portanto, na contra-mão da proposta neoliberal que se consolida no país (?) e no mundo, de caráter claramente excludente. É muito

delicado construir esse SUS “sonhado” com escassez de recursos, com a preponderância da lógica econômica e de mercado, que se impõe tão fortemente. O PSF, por exemplo, é um programa popular que tenta sobreviver em uma sociedade capitalista. E os riscos de distorção são inúmeros, porque esse é um paradoxo fundamental. Há aspectos do seu funcionamento, especialmente no que tange à lógica de financiamento, que se contrapõem à sua proposta de programa popular, voltado à promoção à saúde. Existe uma cobrança de produtividade técnica em nível federal, demandando do município um jogo de flexibilidade para dar conta de cumprir os parâmetros e garantir, ao mesmo tempo, qualidade no atendimento à população.

Enfim, considerando a repercussão desses aspectos na ação cotidiana dos profissionais de saúde pública, percebo que todos *sofrem* com essa dicotomia entre qualidade e quantidade, e entre ideal e real. E o trabalho acaba saindo prejudicado, uma vez que termina sem ser avaliado e re-conhecido de modo pertinente e apropriado. Aqui uma questão: o sofrimento próprio do trabalho... Se os profissionais dizem de falta de sentido no trabalho, do que, de fato, dizem? De atos ou de ações? De qualquer modo, está instaurada uma crise na realidade real do PSF: crise como ausência de sentido, promovendo sofrimento ou (pasmem!) mal-estar, impregnado que está por contradições tanto técnicas quanto ideológicas.

Esse sofrimento foi expresso nas linhas e entrelinhas do grupo de discussão. Esses atores da ação territorial em saúde perfilam essa ação com suas próprias mãos e, assim, imprimem uma marca autoral no que é produzido. São também autores desse programa, escrito cotidianamente. Por estarem, dia-a-dia no con-tato com a comunidade, são tocados pela experiência dos usuários e fazem sua própria experiência. Há uma expectativa em relação à prática que desenvolvem, ou melhor, há diversas expectativas, por vezes antagônicas, em relação a sua atuação. Estão em jogo suas próprias expectativas, as expectativas da Secretaria de Saúde, as expectativas do Ministério da Saúde, as expectativas dos colegas da rede de saúde e/ou de serviços públicos, as expectativas dos usuários, as expectativas do ideário de

uma posição político-partidária como governo. Como podem se situar diante disso? Como cuidar do sentido? Penso que essas perguntas devem ecoar na cabeça (e nos corações) de todos os envolvidos com essa ação territorial em saúde. Obviamente, não há respostas prontas. Há tão somente a necessidade de resgatar ou produzir continuamente sentido para o que se faz, tendo clareza de onde se quer, e de como é possível, chegar.

Em relação à ex-pressão desse mal-estar no grupo de pesquisa, considere notória a maior facilidade de comunicação desse sentido de sofrimento, por parte dos profissionais envolvidos nessa ação territorial em saúde, após a saída da profissional da equipe de supervisão e da apoiadora clínica do Programa Saúde em Casa. Ou seja, após a retirada do grupo representante das instâncias gestoras, foi possível uma maior abertura para se ex-por e ex-por essa ação da ordem real, mostrando-se diferente/dissonante da proposta oficial. Penso que isto pode refletir a necessidade de serem revistos os modos de relação entre os profissionais envolvidos na efetivação de ações públicas de saúde, independentemente da instância que ocupam ou representam.

Grandes desafios estão postos para as equipes de PSF, que estão efetivamente no calor da ação cotidiana. Penso que não se trata da mera definição do **papel das equipes**. Torna-se fundamental uma reflexão contínua sobre essa prática. A situação na ação é construída ao longo da trajetória. Como falar de atitudes saudáveis para alguém que mora à beira de um esgoto, por exemplo? Ou que não tem água potável em casa? Como se situar diante da situação de extrema pobreza de grande parte dos usuários atendidos? Como se posicionar diante da violência presente nos contextos de vida com os quais os profissionais se deparam, e dos quais podem ser, inclusive, vítimas? De que modo articular os outros setores das políticas públicas? Esse programa ex-põe ainda mais as situações absurdas de miséria de grande parcela do povo brasileiro. Como o profissional poderá deixar de se posicionar em relação a

estas questões? Como poderá fazer o seu trabalho em saúde sem estar atento a todas essas dimensões concretas da vida das pessoas que são por ele atendidas?

Vou me dando conta de que vislumbrar terra à vista pode não significar certezas. Pelo contrário, pode traduzir – ou transportar – mais e mais questionamentos em relação ao ponto de partida. Entretanto, isso não significa a impossibilidade de elaborar considerações pertinentes em relação ao tema em questão, a partir dos dados construídos/colhidos. O lugar de onde observo o cenário é, já, outro. E alguns questionamentos meus, do início desta trajetória, se re-velaram nos depoimentos dos profissionais envolvidos nessa ação territorial. Não me furto, assim a prosseguir. Enxergo, ainda, outras paisagens.

Tenho a impressão de que a **compreensão de saúde** precisa ser radicalmente assumida como sendo integral e dinâmica nessa prática diária no território. No entanto, percebo a indicação de que a compreensão do profissional a respeito de saúde e doença – e aqui me incluo –, ao se engajar na ação propriamente, ainda não é suficientemente abrangente para acolher a multiplicidade e complexidade da experiência humana. Também não cabe que continue sendo puramente centrada em modelos biológicos, organicistas. O período é de transição e de abertura para a necessidade de olhares complexos, interdisciplinares, sem resvalar para a ilusão de totalitarismo explicativo ou interventivo. A experiência humana é complexa e não há disciplina que possa tomá-la por inteiro a partir de um modelo explicativo, nem mesmo articulação de ciências que possa dizer do *sentido* dessa experiência. De qualquer forma, está posta a necessidade do con-tato, do estar-com, entre profissionais e destes com a comunidade.

Há, entretanto, um ponto de discussão em relação à **interdisciplinaridade**, que de certo modo se tornou consenso quanto a ser a forma mais indicada para se realizar um trabalho de atenção à saúde. Isto pelo cruzamento e transversalidade de vários olhares diante

da complexidade do fenômeno humano que a prática interdisciplinar possibilita. O fato é que tal modo ainda constitui um desafio na prática cotidiana em saúde.

No caso do PSF, em que se constitui uma equipe para dar conta da ação territorial em saúde, há muita dificuldade na sintonia dos profissionais que integram as equipes, e ainda dos que chegam para realizar uma ação conjunta. O que se percebe é que facilmente o trabalho pode se tornar apenas multidisciplinar, com o usuário passando pelo circuito agente comunitário-enfermeiro-médico-auxiliar de enfermagem, sem que haja realmente uma apropriação da equipe em relação à sua situação-problema e dinâmica de vida. Considero importante considerar, ainda, as relações de poder que podem se estabelecer, gerando falta de sintonia na atuação da equipe. Na equipe, todos os profissionais têm poder, de ordens diferentes. O profissional de nível superior, pela própria questão da formação, que costuma se impor. Os ACSs, pelo intenso conhecimento que têm da área e por suas relações com a comunidade. O auxiliar de enfermagem estaria no “entre”? Esta equipe precisa estar muito harmonizada para ser legitimada na e pela comunidade que atende. Penso na importância de se lançar um olhar contínuo sobre este aspecto das relações interpessoais nas equipes de trabalho, pois esta poderia ser a passagem/trânsito para uma real ação interdisciplinar e não multi ou pluri profissional.

A segmentação da saúde parece ainda ser regra na prática; sua integração surge, apenas, como destinação. O que pode ter sido uma estratégia operacional, para dar conta da atenção à saúde – e aqui me refiro à criação dos diversos departamentos, programas e/ou divisões da saúde pública: bucal, mental, DST/AIDS, da mulher, atenção básica e outros –, acabou por gerar um problema de difícil solução. Na verdade, difícil é a tarefa de re-atar as pontas, de seguir re-tecendo essa prática em saúde, ou, para ser mais condizente com a ação real, a prática no campo das políticas públicas.

Na ação territorial em saúde, a partir do PSF, cujo sentido se buscou compreender nesta pesquisa, um aspecto se sobressaiu: **a articulação entre saúde e educação**. A compreensão do grupo re-velou uma prática em saúde que se propõe educativa. Algo em termos de mudança de comportamento dos usuários atendidos é vislumbrado pelos profissionais envolvidos nesta ação. Mudança de comportamento na direção de práticas mais saudáveis. Saúde e educação se misturam nessa ação territorial em saúde. Ainda assim, percebo que a perspectiva educativa do programa se situa principalmente em um nível de aspiração. A ação possível, como já foi contundentemente pontuado, tem se situado na ordem da assistência imediata, da atenção remediativa à queixa. Há pouco tempo e, talvez, preparo dos profissionais, para incorporar práticas educativas na ação cotidiana.

Especificamente em relação ao aspecto educativo, percebo que a atuação dos profissionais resvala para a transmissão de informações ou regras para uma vida saudável, sem uma consideração do contexto de vida desses usuários. O conhecimento da realidade dessas pessoas pode acontecer mais facilmente, pela lógica de funcionamento das equipes de PSF, que estão lotadas na própria comunidade. Entretanto, isto não garante que a prática exercida estará pautada nessa condição de realidade.

Nesse sentido, considero pertinente a proposta de Campos (2003), de reconhecer que a gestão e as práticas profissionais nos sistemas de saúde têm um potencial, não apenas terapêutico, mas também pedagógico, uma vez que podem modificar sujeitos e padrões dominantes de subjetividade. O método de co-gestão nomeado Paidéia – noção grega que indica a formação integral do ser humano – sugerido por este autor e posto em prática em Campinas-SP, propõe *“reorientar as práticas de saúde voltando-as para ampliar a*

*capacidade de análise e de co-gestão dos Sujeitos*” (p.16). Em alguma medida, não se trata das possibilidades de articulação entre educação e saúde?<sup>38</sup> Ainda segundo este autor,

co-produzir Sujeitos, com capacidade de análise e de co-gestão das próprias vidas e das instituições, é coisa para humanos. Todo dia, toda hora, fazemos isso; alguma coisa entre a constituição de pessoas dependentes ou autônomas. A clínica, a saúde pública, a gestão produzem modos de ser. É uma constatação empírica (CAMPOS, 2003: 16).

A partir de todas essas considerações, uma questão central se impõe em relação ao PSF: quais as suas possibilidades de destinação? Novamente, penso que não há resposta pronta para esta questão. Sendo uma estratégia relativamente recente no campo público da assistência à saúde, e tendo um objetivo maior extremamente ousado, o de reverter a lógica do “modelo de atenção à saúde”, enfatizando a promoção à saúde, o PSF ainda está longe de ser *óbvio* para todos os envolvidos nessa rede de saúde, ou melhor, nessa rede pública de serviços. Volto a enfatizar a importância de se considerar o momento atual como de transição de “modelos” assistenciais para co-produzidos, e, portanto, a necessidade de tolerância<sup>39</sup> histórica, tolerância com a história e com nós mesmos, protagonistas em trânsito da história.

A compreensão do “modelo” proposto precisa ser incorporada por gestores, profissionais da saúde, profissionais de outros campos das políticas públicas e pela comunidade. Acredito que compreensão e incorporação não se veiculam de modo verticalizado, por portarias, decretos ou leis. A tradição normativa da saúde pública não tem dado conta de organizar por si só o funcionamento do sistema público de saúde. Tanto que se percebe facilmente a discrepância entre “modelos” propostos, com base no ideal, e a ação concreta, a exemplo do Programa Saúde da Família. Há que se produzir sentido para uma atitude (ética) para a ação (política) e isto demanda atenção e cuidado, como é e se faz como história humana: transitar pela humanidade do homem.

---

<sup>38</sup> Importante ressaltar um recentíssimo estudo, orientado pela Dra. Vera Cury, na PUCCAMP, a respeito das reais possibilidades desse programa de Campos e suas contradições internas na prática, à semelhança do PSF. Os dados ainda não são passíveis de referenciar.

<sup>39</sup> Do latim *tolerare*, dizendo respeito a *carregar/conduzir adiante*.

São sujeitos sociais/históricos que põem em funcionamento esse sistema de saúde, assim como todos os dispositivos (negócios/concordância) referentes ao con-viver entre homens. Certamente, isso não ocorre a partir *meramente* da ativação de sistemas operacionais, como no caso de máquinas. Na situação da saúde pública, trata-se de humanos elaborando propostas para cuidar de humanos, de humanos cuidando de humanos. O grande “alvo”/*destinação* é construir um “modelo”/*modo* “assistencial”/*cuidador* que responda às necessidades de promoção de bem-estar para todos os envolvidos, inclusive os profissionais que prestam o serviço. Assim, quero tornar explícito que mais do que a incorporação de um ideal, todo esse processo refere-se à construção de um modo de cuidar, não como uma política pública simplesmente, mas como um agir politicamente referente ao privado do homem: sua humanidade.

Compreendo que não é coerente buscar implementar um programa público de saúde, voltado para fora, para o bem coletivo, esquecendo esse público interno, ou seja, os profissionais/atores que põem em prática o programa, dis-pondo-se numa ação para uma destinação. Há uma questão ética implicada neste programa de política pública: o cuidar do outro não prescinde desse cuidar de si. Não adianta criar um belo programa com a proposta de alinhar o público às custas de desfiar o privado. O programa não acontece de modo interessante se não há esse cuidado com as equipes, com os profissionais em geral envolvidos nessa ação. Ética/atitude própria, privada (e não ideal), está implicada na política/ação para uma destinação/sentido/programa.

Ao longo da construção dessa pesquisa percebi que qualquer programa de política pública, para ser pertinente e apropriado ao coletivo, e assim público, precisa de muito mais que uma formatação cuidadosa em termos de seus objetivos e proposta metodológica. Isso porque a realidade não é formatada, os profissionais não são formatados e, muito menos, a população de que se pretende cuidar. Nesse sentido, reafirmo a idéia de que no campo da

saúde, um *território* de encontro entre sujeitos, precisa-se de muito mais que *simplesmente de* técnicas de trabalho. A dis-ponibilidade/inclinação para essa contínua construção e reflexão é oxigênio para manter a vitalidade da ação.

E o território, afinal? Limite? Fronteira? Passagem? Miragem? Perímetro? Prospecção? Onde se pisa? E qual a terra à vista? Aqui, foi apresentado o roteiro *realizado* de uma viagem, ou ainda, uma proposta *experienciada* de cartografia de uma ação territorial em saúde... Uma, dentre várias outras possíveis... Em trânsito pelo PSF, meu trajeto se configurou do modo como foi apresentado... perfilado/tematizado/matizado ao longo do próprio caminho.

E ao longo desse trajeto, fui me deixando *tatuar* por cada experiência, por cada encontro, por cada reflexão. Aprendi, experiencialmente, a importância do transitar, sendo mensageira, mudando de lugar, afetando com a minha experiência e me deixando afetar pela experiência do outro. Do transitar, aprende-se a re-conhecer a importância da tolerância para com as diferenças, diluindo-se em alguma proporção a dicotomia entre o individual e o coletivo, hermeneuticamente (ao modo de Hermes) a promover trânsito entre comunicações estrangeiras. Assim, por meio desta cartografia, apresento, na verdade, um convite à reflexão e à produção, para que novas práticas, inventadas e reinventadas – só assim possíveis, como a vida da poetisa – possam ser vividas e contadas.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Fernando M. Aconselhamento psicológico numa visão fenomenológico-existencial: cuidar de ser. In: MORATO, Henriette T. P. (org.) **Aconselhamento psicológico centrado na pessoa: novos desafios**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. p. 45-59.

AMARANTE, Paulo (coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

ANDRADE, Ângela N.; ARAÚJO, Maristela D. Paradoxo das políticas públicas: programa de saúde da família. In: TRINDADE, Z. A.; ANDRADE, A. N. **Psicologia e saúde: um campo em construção**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p.73-87.

ARENDT, Hannah. **A condição humana**. 10. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001.

BACCHI, Carolina. Supervisão de apoio psicológico: espaço intersubjetivo de formação e capacitação de profissionais de saúde e educação. In: MORATO, Henriette T. P. (org.). **Aconselhamento psicológico centrado na pessoa: novos desafios**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. p. 205-217.

BARUS-MICHEL, Jacqueline. Intervir enfrentando os paradoxos da organização e os recuos do ideal. In: ARAÚJO, José Newton Garcia; CARRETEIRO, Teresa Cristina (orgs.). **Cenários sociais e abordagem clínica**. São Paulo: Escuta; Belo Horizonte: FUMEC, 2001. p. 171-185.

BENJAMIN, Walter. O narrador: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov. In: BENJAMIN, Walter. **Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura**. São Paulo: Brasiliense, 1985. Obras Escolhidas, v. 1.

BRASIL. **Constituição [da] República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. Art. 196.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 19 set. 1990.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 dez. 1990.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Norma operacional básica do Sistema Único de Saúde – NOB-SUS 01/96. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 6 nov 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual para a organização da atenção básica**. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: Departamento de Atenção Básica, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 95**, Norma operacional de assistência à saúde – NOAS. Brasília: Gabinete do Ministro, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação da implementação do Programa saúde da Família em dez grandes centros: síntese dos principais resultados**. Brasília: Secretaria de Políticas Públicas, Departamento da Atenção Básica, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde, Área Técnica de saúde Mental, Conselho Nacional de Saúde, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **II Encontro nacional do fórum de coordenadores de saúde mental**. Brasília: Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação Geral de Saúde Mental, 2003.

CABO DE SANTO AGOSTINHO. **Estratégia para implantação e desenvolvimento das ações de saúde bucal no Programa Saúde em Casa**. Cabo de Santo Agostinho: Secretaria de Saúde, Divisão de Saúde Bucal, 2001.

CABO DE SANTO AGOSTINHO. **Projeto Saúde, Arte, Educação**. Cabo de Santo Agostinho: Secretaria de Saúde, Programa Saúde em Casa, 2002.

CABRAL, Barbara et al. Estação Comunidade. In: LANCETTI et al. **Saúde mental e saúde da família**. São Paulo: HUCITEC, 2000. p. 137-153. Coleção Saúde Loucura, nº 7.

CAMPOS, Gastão W. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

CAMPOS, Gastão W. **Saúde Paidéia**. São Paulo: HUCITEC, 2003. Coleção Saúde em Debate, nº 150.

CHAUÍ, Marilena. Público, Privado, Despotismo. In: NOVAES, Adauto (org.). **Ética**. São Paulo: Companhia das Letras; Secretaria Municipal de Cultura, 1992. p. 345-390.

CRITELLI, Dulce M. O des-enraizamento da existência. In: DICHTCHEKEMAN, Maria Fernanda (org.). **Vida e morte: ensaios fenomenológicos**. São Paulo: Companhia Ilimitada, 1988. p. 67-85.

CRITELLI, Dulce M. **Analítica do sentido: uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica**. São Paulo: EDUC; Brasiliense, 1996.

FERREIRA, Aurélio B. de H. **Novo dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FIGUEIREDO, Luís Cláudio. **Revisitando as psicologias: da epistemologia à ética nas práticas e discursos psicológicos**. São Paulo: EDUC; Petrópolis: Vozes, 1995.

FIGUEIREDO, Luís Cláudio. A questão da alteridade nos processos de subjetivação. In: KOLTAI, Caterina (org.). **O estrangeiro**. São Paulo: Escuta; FAPESP, 1998. p. 61-75.

GADAMER, Hans Georg. Ethos e ética (MacIntyre y otros). In: GADAMER, H-G. **Los caminos de Heidegger**. Barcelona: Herder, 2002. p. 73-82.

GUATTARI, Felix; ROLNIK, Suely. **Micropolítica: cartografias do desejo**. Rio de Janeiro: Vozes, 1986.

HEIDEGGER, Martin. **Serenidade**. Lisboa: Instituto Piaget, 1959. Coleção Pensamento e Filosofia.

HEIDEGGER, Martin. A questão da técnica. In: HEIDEGGER, Martin. **Ensaio e conferências**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 11-38.

HUISMAN, Denis. **Dicionário dos filósofos**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LANCETTI, Antônio et al. **Saúde mental e saúde da família**. São Paulo: HUCITEC, 2001. Coleção Saúde Loucura, nº 7.

LÉVY, André. **Ciências clínicas e organizações sociais: sentido e crise do sentido**. Belo Horizonte: Autêntica; FUMEC, 2001.

MENDES, Eugênio Vilaça. A descentralização como processo social. In: KALIL, Maria Eunice X. (org.) **Saúde mental e cidadania no contexto dos sistemas locais de saúde**. São Paulo: HUCITEC; Salvador: Cooperação Italiana em Saúde, 1991. p. 65-74. Coleção Saúde Loucura.

MICHELAZZO, José Carlos. Heidegger e a questão da técnica moderna. In: CASTRO, D.S.P. et al (org.) **Fenomenologia e análise do existir**. São Paulo: Universidade Metodista de São Paulo; SOBRAPHE, 2000. p. 97-116.

MORATO, Henriette T. P. **Eu-supervisão: em cena uma ação buscando significado sentido**. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo, São Paulo, 1989. 266 p.

MORATO, Henriette T. P. Aconselhamento psicológico: uma passagem para a transdisciplinaridade. In: MORATO, Henriette T. P. (org.). **Aconselhamento psicológico centrado na pessoa: novos desafios**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. p. 61-88.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Declaração de Alma Ata. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**, URSS, 1978. In: **Revista da Promoção da Saúde**. Brasília, ano 1, n. 1, 1999. p. 35-36.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo – saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra, 2001. 173p.

ROCHA, Zeferino. A reformulação da teoria freudiana da angústia. In: ROCHA, Zeferino. **Os destinos da angústia na psicanálise freudiana**. São Paulo: Escuta, 2000. p. 150-162.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1996.

SCHMIDT, Maria Luisa Sandoval. Identidade, pluralidade e diferença: notas sobre psicologia social. **Boletim de Psicologia**, São Paulo, v. 47, n. 106, p. 57-72, 1997.

SCHMIDT, Maria Luisa Sandoval. Políticas públicas e saúde mental. In: TRINDADE, Z. A.; ANDRADE, A. N. **Psicologia e saúde: um campo em construção**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 55-71.

SÉVIGNY, Robert. Abordagem Clínica nas Ciências Humanas. In: ARAÚJO, José N. G.; CARRETEIRO, Tereza C. (orgs.). **Cenários sociais e abordagem clínica**. São Paulo: Escuta; Belo Horizonte: FUMEC, 2001. p. 15-33.

SPINK, Mary Jane P. Psicologia da saúde: a estruturação de um novo campo de saber. In: CAMPOS, Florianita C. B. (org.). **Psicologia e saúde: repensando práticas**. São Paulo: HUCITEC, 1992. p. 11-23.

**WEBSTER'S New Collegiate Dictionary**. Springfield: C&C Merriam, 1974.

YUNES, João. Entrevista. **Revista da Promoção da Saúde**. Brasília, ano 1, n. 1, p. 6-8, 1999.

# **ANEXOS**

**ANEXO A****TERMO DE CONSENTIMENTO DOS SUJEITOS COLABORADORES DA  
PESQUISA DE MESTRADO**

Tendo sido convidada a participar como colaboradora da pesquisa de mestrado de Barbara Eleonora Bezerra Cabral, na condição de interlocutora, eu,

\_\_\_\_\_ /

(nome completo)

permito que a mesma recorra aos meus depoimentos, colhidos em dois momentos – discussão grupal e entrevista individual –, para a elaboração de sua dissertação de mestrado, podendo utilizá-los na íntegra e/ou na forma de fragmentos. Refiro que tais depoimentos foram apresentados a mim após o processo de transcrição/ literalização, de modo que eu pude confirmá-los ou fazer as alterações que julguei necessárias.

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura

## ANEXO B - Entrevistas Individuais<sup>1</sup>

### Legenda:

**P** – pesquisadora

### PRIMEIRA ENTREVISTA – PROFISSIONAL DA EQUIPE DE SAÚDE MENTAL (SM)

**P** – Queria saber se... em relação ao que foi dito... naquela discussão grupal da prática de saúde... você teria algo a acrescentar.

**SM** – Não, eu acho que ficou assim... é... particularmente a questão da saúde mental... que estava falando naquele dia... não sei se eu me envolvi na questão do grupo e... tentando centrar mais na questão do PSC... mas assim... acho que, no final das contas, a prática é um pouco parecida... ou ao menos as ideologias... E uma coisa que me chamou atenção, no grupo, foi aquela coisa... de ter começado de uma forma bem teórica... Eu não sei se é pertinente estar falando aqui do que achei do grupo?

**P** – Você fica à vontade.

**SM** – Aí... Assim, teórica e maravilhosa, não é? E depois foi que as dificuldades começaram a sair... começou a sair a realidade... uns mais, uns menos... Mas, acho que o perfil de saúde mental tem umas peculiaridades que... Não sei... Eu acho que é muita coisa pra colocar aqui.

**P** – Mas você gostaria de acrescentar algo... dando pinceladas mesmo?

**SM** – Agora não me vem à cabeça... Mas vá perguntando... se de repente...

**P** – Você falou, por exemplo, na questão da assessoria... que saúde mental tem uma proposta de assessoria às equipes de PSF... Como é isso? Como tem sido esta experiência?

**SM** - Está num processo de mudança, você sabe... Mas... a idéia é que possa ser dado um suporte para as equipes e... que possa estar acompanhando e capacitando e levando a refletir... que as equipes possam refletir sobre o papel delas e, ampliando isso para a questão de saúde mental... Não é só a questão técnica... de qual o melhor remédio, qual o diagnóstico e etc... E, assim, a idéia de estar sempre por perto, dando essa retaguarda... de uma forma mais dinâmica, digamos assim... Essa é a proposta que está caminhando pra ser hoje... Na verdade, era uma coisa mais sistemática com cada equipe antes... Fica uma coisa engraçada, eu falando isso para você, não é, Bárbara?

**P** – É... Mas aí... no grupo tu também falaste que é difícil casar essa rotina da Saúde Mental com a rotina do Saúde da Família... apesar de que acho que é um caminho viável... Tu lembra que tu colocaste dessa forma? Que às vezes fica complicado casar essas rotinas?

**SM** – Difícil para a Saúde Mental ou para o Saúde da Família?

---

<sup>1</sup> Os trechos em destaque correspondem aos que foram trançados com a discussão grupal no Capítulo 5 - “A questão em ação”.

**P** – Acho que você falou em relação ao Saúde da Família... pelas atribuições que ele já tem... essa coisa toda... Como é que poderia ser, então? Como é que dá para a Saúde Mental chegar e fazer a proposta desse suporte, como você está falando?

**SM** - Eu não sei nem se é a questão da Saúde Mental em si... Eu acho que é a reformulação da Saúde da Família... Porque eu não sei nem se é o ideal... se essa coisa que a gerente do PSC fala de que "tudo é com a gente, tudo é com a gente"... se realmente está sendo tudo com o PSF... se tudo está sendo depositado no PSF... ou se a coisa está sendo mal feita, mal formulada, não é? Mas eu acho que tinha que ter uma mudança de base mesmo no PSF... de o programa poder ser de saúde da família mesmo... de poder levar a pessoa, a família... Agora não sei se isso é uma coisa ideal demais... Não sei se dá pra fazer isso na prática... porque as pessoas não conseguem... E do jeito que está construído não tem como... Aí eu acho que...

**P** – Quais são as dificuldades para que a coisa realmente se efetive nesse sentido, de cuidar da saúde da família?

**SM** – Primeiro eu acho que é a questão da obrigação, de cumprir aquela cota... tantos meninos pra pesar, tantos meninos pra não sei que, pra não sei que... E, assim, aquela obrigação acaba viciando a pessoa naquilo... de modo que ela pode até ter tempo pra fazer outras coisas, mas acaba que só aquilo é o que ela tem que fazer, entre aspas... Por exemplo, a gente sabe... muitos pacientes da gente, de Saúde Mental, não recebem visita, nenhuma vez... nunca receberam visita do PSF... Isso não é por falta de tempo... Isso é por puro vício de prática... Eu acho que como ele está formatado, leva a isso também... Sem contar também a questão do preconceito com saúde mental e tal... Mas aí tem outras pessoas também que não têm problemas de saúde mental, têm outros problemas e também não recebem visita do agente de saúde... Qual foi a pergunta mesmo?... Sim! Além dessa questão da formação, tem também a coisa real... que é a quantidade de gente... 1200 famílias, 1300 famílias é realmente uma coisa inviável... Mas eu acho que, às vezes, as pessoas se pegam muito com isso, também, para congelar e não fazer mais nada... E eu acho que a própria formação acadêmica... que aquela menina (SAR) bateu muito... isso é fundamental... Hoje está caminhando pra isso... mas vai fazer diferença também... Depois de muito tempo vai ajudar o profissional a ter esse entendimento do que é o programa... porque muita gente chega para trabalhar e não sabe o que é... Só depois... com a prática... dependendo da boa vontade profissional... é que vai entrar no embalo da coisa.

**P** – Outra coisa... que tu trouxeste também no grupo... foi isso da supervisão para as equipes de Saúde da Família... E a gente discutiu que é supervisão numa outra perspectiva... que não essa que a supervisão do PSC faz... As pessoas, pelo menos na minha compreensão, demoraram a entender do que é que tu estavas falando...

**SM** – E porque eles não têm a prática do termo.

**P** – E como seria isso? De quem seria a responsabilidade? Porque parece que para a Saúde Mental vem essa demanda... algumas vezes... Isso foi outra coisa que você colocou no grupo.

**SM** – Eu acho que não é responsabilidade da saúde mental... Eu acho que é responsabilidade do programa... Isso é uma coisa que toda equipe... Aliás, tudo o que for dito em equipe, tem que ter a supervisão... Não é só Saúde da Família... Na Secretaria, em todos os lugares, tem que ter uma supervisão... Só que as pessoas não se dão conta disso... Aí é difícil! Nem sabem o que é... quando a gente propõe... eles já pensam em outra supervisão... Mas... a Saúde Mental fazer uma coisa dessa é muito complicado... Não dá! Não é só questão de não ter perna... É a questão do lugar que ocupa... Não é adequado fazer isso... Mas... a supervisão que existe hoje, se fosse bem treinada... talvez pudesse... Porque existe essa proposta... mas ela não consegue de jeito nenhum... Não sei se é pela sobrecarga de trabalho... ou se é realmente pela forma de enxergar as coisas para fazer.

**P** – E você acha que essa supervisão poderia assumir um outro caráter e ajudar nessa questão do relacionamento interpessoal na equipe...

**SM** – Isso pensando na forma econômica de funcionar... e não ideal.

**P** – E quando você fala que não é adequado Saúde Mental fazer isso, por que?

**SM** – Primeiro eu acho que a gente já chega como especialista... já tem um saber que a equipe não tem... A gente vai passar de especialista detentor de um poder, de um saber, e além de tudo, terapeuta? Supervisionar a prática, ou as relações, fica uma coisa muito... onipotente... É coisa demais, não é? Poder demais... A idéia é que a gente possa estar de igual pra igual, profissional para profissional, só compartilhando... Eu acho que é muito complicado.

**P** – Pronto! Eu acho que era isso. Tem mais alguma coisa a dizer?

**SM** – Não, Barbara.

**P** – Pronto. Há uma possibilidade de um outro grupo, mas aí é coisa que a gente ainda está vendo.

(...)

**SM** - ... eu sou técnica em Saúde Mental, trabalho na ponta... Mas, o discurso da gente, meu e de **SAR**, é mais teórico, não é? E o das meninas é muito mais prático... Aí, dá essa discrepância... Porque eu acho que o PSF... o PSC, no caso... é mais sobrecarregado do que a gente... com certeza... Eu acho que está mais no caldeirão da coisa.

**P** - São muitas frentes de trabalho pra eles... Porque a gente chega com um olhar bem... o **SARTE** com o da promoção à saúde... e a Saúde Mental com o da saúde mental... É um viés, quer queira, quer não... E eles estão sendo chamados para um monte de coisa... convocados pra responder a muitas demandas.

**SM** – É... Eu acho que o problema é esse... É porque eles ficam respondendo uma demanda enquadrada... e não conseguem ter uma prática mais geral.

**P** - E aquilo que tu falaste também dos pacotes ministeriais... Tem que cuidar dos portadores de hipertensão, dos portadores de diabetes e não sei que... Fica uma coisa muito fragmentada e você acaba perdendo a dimensão da família mesmo.

**SM** - Pois é, o Programa de Saúde da Família é o programa de doença dos indivíduos.

## SEGUNDA ENTREVISTA – TÉCNICA DE HIGIENE DENTAL DO PSF (THD)

**P** – Quería saber de você o seguinte: em relação à discussão grupal que a gente teve... sobre a prática de saúde... você teria algo a acrescentar?

**THD** - Diante disso que está escrito?

**P** – Considerando isso que está escrito e considerando a sua participação naquele dia no grupo.

**THD** – Eu acho que não... É isso aí mesmo que eu coloquei... tudo a respeito do programa... que a gente conversou.

**P** – Sim, tudo em relação à discussão... Porque a gente tocou em muitos pontos, na verdade.

**THD** – É... Eu acho que depois que passou a existir o programa, as pessoas ficaram... não mais inteligentes do que são... ficaram mais espertas, mais atentas à saúde, mais cuidadosas... Antes ficavam em casa, com dor de dente ou qualquer outro problema... Não sabiam a quem recorrer... Agora existe um posto perto para qualquer coisa... Essa senhora que chegou há pouco: “Quería um remédio para febre porque meu filho está com febre.”... E antes era tudo comprar... Agora, tudo eles correm para o posto... Se o cachorro morde, se o rato arranha ou morde... Porque eles ficaram mais esclarecidos... Também por causa dos agentes de saúde... que orientam sobre a saúde... orientam também até sobre a limpeza da casa das pessoas... Quando vem pra o dentista, a gente orienta a escovar os dentes, cortar as unhas... A gente está sempre informando... “Ele não escovou os dentes, não foi mãe? Da próxima vez que vier, escove os dentes.”... Porque eles iam pra o dentista, do jeito que fosse... Voltava, porque o dentista não se preocupava em informar nada... “É qual?”... Abria a boca... “É para arrancar o dente? É esse mesmo?” Hoje informamos assim: “Mãe, esse dente não precisa ser extraído... Existe o tratamento de endodontia aqui no centro do Cabo.”... A gente tem... A gente faz canal de pré-molar a pré-molar... Só não faz esse de molar... Ainda tem mãe que não quer porque pensa que o dente de canal vai doer... e vai ter que arrancar o dente... E não é assim... Orientamos essa mãe: “Se você quiser, vá tirar em outro posto, porque aqui, não. Existe tratamento para isso.”... E ele termina aceitando, conversando direitinho... Estamos conseguindo mudar o pensamento da população a respeito da saúde mental...

**P** – Você acha que o Programa Saúde da Família tem provocado essa mudança nos atos da população...

**THD** – Com certeza.

**P** – E para o profissional que está desempenhando, executando esse programa?

**THD** – Para o profissional é mais gratificante... Porque a gente está aqui todo dia e o serviço que a gente faz... tem que fazer bem feito... Porque eles sabem onde cobrar... Sabem que você está aqui o dia todo... Não é mais aquele profissional que chegou, atendeu duas horas, foi embora e só vem na outra semana consultar... Eles sabem que a gente está aqui a

semana inteira... Sabem que qualquer coisa que acontecer, eles podem voltar e reclamar... O profissional também vai ter retorno daquele paciente... Se a gente marcou uma consulta e ele não foi, o agente comunitário de saúde vai na casa saber por que ele não foi tirar o raio-x... por que ele não voltou com o exame... Antes ficava tudo perdido... Agora é tudo controlado... A gente pode trabalhar melhor diante dessa pessoa.

**P** – Depois daquela nossa discussão, você pensou mais algumas coisas... depois que saiu daquele encontro?

**THD** – Não, é tudo isso mesmo, Barbara... que a gente vê todo dia... É tudo sempre a mesma coisa... E cada dia que passa a gente também vai aprendendo, não é? Por que a gente vê... Trabalhamos com pessoas muito humildes que chegam até a pensar que eu estou fazer um favor... Mas é obrigação da gente atender bem, do jeito que a gente queria que fossemos atendidos.

**P** – Ok! Então, é isso! Está certo? Em relação a esta parte escrita, você disse que queria fazer uma observação, não é? Parece que tinha a ver com a endodontia.

**THD** – Foi. Porque quem faz endodontia é o profissional especialista na área.

(...)

**P** – Você disse também que queria reparar aquela questão... de que nem tudo que o dentista atende repassa pra o THD, não é isso?

**THD** – É... Exodontias, suturas, tartarectomias... Tudo isso é responsabilidade da dentista.

(...)

**P** – Deixa eu te perguntar uma coisa... E aquele sufoco que tu passaste pra gente no dia da nossa conversa, lembra? “É um sufoco, é sufocante!”... Como é que está isso?

**THD** – A gente relaxa, não é? Porque a gente vê muita gente precisando... É uma carência muito grande de dentista... Porque dentista não é como o médico... que atende e acabou... Tratamento dentário é demorado... A pessoa tem que vir várias vezes para concluir o tratamento... E se ele não for incentivado, ele não vem mais... Só vem naquele dia que o dente está doendo... Geralmente, quando as garotas vêm, querem logo fazer os dentes da frente... porque os dentes de trás ninguém vê... Isso é o que elas dizem... O que a gente faz? Faz primeiro os de trás... Porque se fizer os da frente elas não vêm mais, a gente já sabe... Quando as mães têm muitas crianças pequenas em casa, a dentista arranja um espaçozinho para marcar... aumenta mais um... Gestantes, hipertensos, diabéticos e deficientes físicos não pegam fichas... São agendados conforme a necessidade de cada um... Vamos tentando resolver o problema... O dentista não está desde o começo em que montou essa equipe... Veio ter agora, em março do ano passado... Quer dizer, ficou muito tempo descoberto... Veja quantos anos tem a equipe da família e não tem dentista, não é? Eles tinham que ir lá pro 24 horas... Depois que souberam que tem dentista, todo mundo está procurando.

**P** – Então, o sufoco é compensado... porque você tem certeza que está... de fato... prestando algum serviço.

**THD** – A comunidade está gostando do serviço... Se fizer alguma coisa que eles não gostam... se a restauração cair... eles vêm e reclamam... É um direito deles, de vir aqui reclamar... Não é como naquele tempo que o dentista só vinha na outra semana... Se fizer e ficar doendo, no mesmo dia eles voltam... porque sabem que a gente está aqui pra atender... É isso.

(...)

**P** – Em relação à tarefa do dentista e do THD?

**THD** – O paciente quando chega é atendido ou por mim ou pela ACD... A gente faz a ficha e o paciente entra... A dentista vai ver a necessidade dele... o que ele veio fazer... Se for para extrair o dente, ela vai extrair, vai suturar e ele vai embora... sendo orientado em relação aos cuidados... para não sangrar... Ela sempre orienta... Se for para obturar, ela vai anestésiar, abrir a cavidade, limpar... e vai passar pra THD fechar o dente... Ela é quem diz o material que vai colocar... Quando eu termino de fechar o dente, chamo a dentista para ela dar uma olhadinha... para ver se está tudo ok... Se for pra fazer limpeza, ela é quem faz de tártaro... Se for profilaxia, é o THD que faz... E se for para selante, o THD faz também... E isso tudo ela também faz, se a atendente não estiver... Porque eu a auxilio... Quando for no dia da folga e aí ela faz tudo... Ela também dá palestra com a gente... Vamos para as escolas dar palestra... Se for dia que não tem atendimento... ou se faltar água, alguma coisa... pronto... vamos todos para palestra nas escolas... A gente faz escovação... procedimento coletivo... A dentista participa de tudo.

**P** – Sobra tempo para parte de prevenção, ou fica mais no curativo mesmo?

**THD** – Fica mais no curativo mesmo.

**P** – A realidade ainda é essa, não é?

**THD** – É essa... Quando o equipo do THD está em manutenção, o que a gente faz? A dentista fica com a ACD, abre e fecha... faz tudo... E eu vou com a agente de saúde para a escola... Fazemos uma agenda das escolas que iremos visitar naquela semana... Escola particular, no dia 6 de agosto, de manhã e tarde... Escovação com flúor e aplicar vídeo... É o videozinho de Dr. Dentuço... explicando às crianças como escovar os dentes... a hora de comer... usar fio dental... Quando for na outra semana... vamos vai para outra escola...

**P** – Mas isso porque a cadeira está quebrada?

**THD** – Não... Estamos sempre fazendo procedimento coletivo... porque prevenção ainda é o melhor negócio... Se faltar água, fazemos sempre procedimento coletivo... Nunca ficamos sem fazer nada... Sempre tem alguma coisa pra fazer... Enquanto os pacientes estão esperando para serem atendidos, estamos dando orientação... Temos um livrinho que a gente dá orientação... Temos uma arcada grande... com a qual ensinamos as crianças a escovar os dentes... Damos palestras sobre higiene bucal para crianças, jovens e adultos...

Orientamos sobre a importância de manter os dentes saudáveis... sobre o uso do flúor, que é um elemento importante no fortalecimento e proteção das estruturas dentais...

**P** – Ok.

### TERCEIRA ENTREVISTA – AUXILIAR DE ENFERMAGEM DO PSF (AE)

**P** – Então, é o seguinte... Eu gostaria de saber se você teria algo a acrescentar... em relação à discussão sobre prática de saúde que a gente teve naquele dia... Você gostaria de acrescentar algo... ou de modificar algo que foi dito?

**AE** – Eu queria acrescentar... Pela nossa atribuição do dia-a-dia... como é muita gente... e, como foi já relatado, nós, auxiliares de enfermagem, somos a porta de entrada para tudo... As pessoas, antes de chegarem ao consultório, têm de passar pela gente... Uma parte importante... que eu passei a analisar... é que a gente não tem aquele apoio da família... Às vezes, o paciente vem desesperado em busca de médico... Mas, às vezes, só uma orientaçãozinha... passar a conversar mais com ele... entender um pouco o problema dele, sabe? Só a palavra amiga... a gente podendo ter o espaço de dar atenção a ele... vale mais do que uma própria medicação... Às vezes, ele chega em casa atribulado, aperreado, como muitos chegam aperreado... O pouco espaço de que eu posso dispor... qualquer palavrinha... eles saem muito satisfeitos... Isso pra mim está sendo muito gratificante! Porque eu vejo comigo mesmo que eu posso... além da minha atribuição... analisar o problema dos outros... até que ponto eu posso chegar nessa família... Porque a gente sabe que a necessidade hoje em dia é muito grande... As carências, as questões sociais são muito atribuladas... Mas, às vezes, naquele momento de aflição, a palavra amiga... Eu acho que o apoio também faz parte... Muitos vêm buscar apoio... Às vezes, a gente... ali na frente... não tem tempo nem de olhar pra o rosto... Imagine fazer este apoio!

**P** – Foi um pouco isso que tu refletiste depois daquela discussão que a gente teve?

**AE** – Foi. E até hoje eu estou trabalhando mais nessa parte... de parar... deixar até algumas coisas pra fazer depois... para fazer essa abordagem ao paciente... Sentar com ele, cara a cara... Conversar com ele... Isso, às vezes, vale mais do que chegar à doutora e dizer "Doutora, aqui é consulta..." E, muitas vezes, nem é... Toma o espaço da doutora... ocupa uma vaga a mais... Às vezes, a gente vê que chegam pessoas com necessidade de serem vistas realmente pelo médico... Mas outras, com esse apoio... ele sai satisfeito... A gente pode ajudar alguém... É muito interessante isso aí também... Estou visando essa parte do meu eu aqui na frente... E está sendo muito gratificante para mim.

**P** – Então é isso, por enquanto. Está bom?

(...)

**AE** – ... Até na minha casa mesmo... Eu estava assim... chegava cansada... A pessoa chega, às vezes, à noite... Às vezes, saía daqui e ia para o plantão... Vinha para aqui, chegava muito cansada, com sono... E eu disse "Meu Deus, se eu não for parar para dar atenção também às minhas meninas, eu vou perder a adolescência delas... eu vou perder o que elas têm de mais importante..." Às vezes elas chegam: "Mainha, vou falar isso e isso..." Até o convívio, o dia-a-dia... de mãe e filha, sabe? Eu estava perdendo... Mas, graças a Deus,

Jesus, parou... Tive que parar... Ele veio e me orientou que não é assim que eu tenho que agir... Eu tenho que também escutar as minhas filhas porque elas precisam de mim... e eu tanto preciso delas... E até o convívio com as minhas filhas melhorou, sabe? Depois, justamente, que eu pensei... A gente relatando os conflitos da vida, essas queixas, as atribuições... A gente se esquece, a gente fica cega... Mas eu estava revisando bem esse meu outro lado... que eu tinha capacidade de fazer isso... E até hoje...

**P** – Então, parece que tu estás relatando tanto uma melhoria na tua forma de se relacionar com o trabalho e com os usuários que chegam aqui... como também em casa, com tua família...

**AE** – Em casa foi ótimo... Foi bom... Depois que eu fiz uma auto-análise... Até mesmo agora... eu achei interessante... lendo essa discussão... No final, a gente só fala de estresse, estresse, problema, estresse, problema, problema e estresse... Não tem nada assim concreto... Às vezes, dá a impressão de que você não está fazendo nada... Só que você estava num ponto que já sufocou, sabe? Aí eu disse "Oxe, não é assim dessa forma!"... Pronto, aquele dia mesmo que eu te encontrei no meio da rua... Aí eu imaginei: "Barbara vai pensar que eu só falo em estresse, dinheiro isso e aquilo outro."... Eu disse "Não é assim! As pessoas não vão querer falar comigo, porque eu sou estressada."... Aí eu fico analisando direitinho... e pedindo a Deus paciência... Às vezes tem que ter muita paciência... A gente é bem capaz... Às vezes eu digo "Ai, meu Deus, será que eu tenho essa paciência toda?"... Mas em oração vou pedindo a ele... para poder ver o outro lado da moeda... Porque eu estava visando só um lado.

**P** – Qual é o outro lado da moeda?

**AE** – Agora está sendo ótimo... Esse lado que eu estou buscando... mais paciência... Eu estou compreendendo mais os usuários... e até o pessoal da equipe mesmo... Estou me dando bem... Porque você fica na frente... Chega um, chega outro, chega outro... Às vezes, até chega alguém da equipe... mas você já está tão estressado que você não quer nem ouvir... Eu nunca senti dificuldade com eles... Mas só pelo dia-a-dia... Tem dia que é bonzinho... Tem dia que é mais atribulado... cansativo... Mas, sempre que eu posso, eu converso com eles... Eles vêm com seus problemas... e a gente conversa, discute, sabe? Está sendo interessante esse lado... Em casa também está sendo ótimo... porque eu estou paciente... estou resgatando as minhas filhas... Antes eu estava deixando solto... logo adolescente... você não pode deixar solto... Aí, agora, eu as estou buscando.

**P** – Essas reflexões vieram a partir de que?

**AE** – A partir de quando eu tive aquele momento com o grupo... Depois daquela primeira reunião que a gente teve... Eu não sei porque... A gente estava... eu estava naquele momento... assim... Foi num dia de terça-feira, se não me engano...

**P** – Eu não lembro o dia agora.

**AE** – Eu acho que foi... terça-feira... Aí é o dia de hipertensos, dos idosos... Tem que ter mais paciência... Aí chega a pessoa... Você já está agitada, agoniada... Aí, depois que eu comecei no grupo... é como se fosse um desabafo... Eu tinha que analisar uma coisa... que não só tinha o meu trabalho... Não só tinha isso... Jesus não me deu essa missão só pra isso... Deu para eu também levar um pouco de amor, um pouco de paciência... dar um pouco mais de mim... de forma a conhecê-los... e até evangelizá-los, se preciso... **Eu comecei a trabalhar bem melhor de lá pra cá... Para mim, foi interessante... E foi através daquele momento... daquele dia do primeiro grupo... que eu passei... a acordar... Eu estava meio atribulada e até um pouco desorientada por conta do dia-a-dia... Mas, graças a Deus, eu estou no trabalho mesmo muito bem melhor, sabe?**

**P** – Ok... Engraçado que naquele dia estava todo mundo um pouco...

**AE** – Estressado!

**P** – Estressado... tanto é que isso está aqui escrito, não é?

**AE** – Está! Isso que eu estava olhando... Como eu disse a você... a mesma situação da enfermeira está batendo com a da auxiliar, não é? É como se fosse o momento do desabafo... das atribuições... Porque realmente é uma carga que a gente tem... Muita gente, principalmente o pessoal da comunidade... só visa o posto como... Foi passado para ele como se ele tivesse direito de manhã, de tarde e de noite... Não passaram realmente o que é o PSC... dentro do Programa... para ele o que era... até que ponto poderia chegar, não é isso? Aí às vezes ele acha que tem direito de usar e abusar... Mas só que a gente não trabalha dessa forma... A gente trabalha para procurar levar o melhor possível... Mas só que hoje...

**P** – Tem limites também, não é?

**AE** – Tem limites... E muitos abusam muito desse limite que a gente tem... A gente não tinha hora pra almoçar... não tinha hora pra largar... Eles queriam que a gente começasse às 7:30, com as marcações... Mas não existe... A gente tem que cumprir horário... A gente tem que ter horário para comer, para sair, para chegar... Tudo isso é limitado ali... Só que a gente estava dando mais do que a gente podia... Porque várias e várias vezes aqui eu tinha que almoçar às duas, três horas da tarde... por causa do atendimento... Estava sendo muito atribulado mesmo! Mas depois a gente parou... eu levei um pouco do que eu passei... O enfermeiro também ficou curioso... estava querendo saber... Aí fui passando... E falei "É, a gente tem que parar, refletir, até melhorar, não é?".

**P** – Do que você passou?...

**AE** – Daquele momento ali.

**P** – Ah, daquela discussão...

**AE** – Da discussão.

**P** – Certo.

**AE** – Então, ele fez assim: "Mas tu foste só jogar tua bomba lá?"... Eu disse "É!"... Porque realmente não só fui eu... todo mundo estava estressado... Teve uma parte mesmo que a THD disse que tem que atender a todos... mas não é assim... A pessoa pode atender a todos, mas tudo dentro dos seus limites... Mas, graças a Deus, melhorou muito viu.

**P** – Beleza.

#### QUARTA ENTREVISTA – PROFISSIONAL DO PROJETO SAÚDE, ARTE, EDUCAÇÃO (SAR)

**P** – Em relação à discussão grupal que a gente teve... sobre a prática em saúde... você teria algo a acrescentar ou a modificar?

**SAR** – Eu não me lembro completamente de tudo o que a gente conversou... Eu acho que não foi suficiente para a gente se aprofundar em algumas questões mais diretas... Porque, em alguns momentos, uma pessoa ia pra um lado, depois, resgatava ou ia para o outro... A gente acabou... só no final... colocando alguns problemas reais... de conciliar a teoria com a prática... Ou, então, de não pensar essa teoria na prática... de não estar sempre repensando a teoria... Às vezes, você vai para as atividades diárias... aprende ou tem que preencher determinadas coisas... e não reflete sobre aquilo que você está fazendo... para saber... para avaliar se aquilo realmente está indo em direção a algum lugar ou não.

**P** – É... Isso foi realmente bem apontado na discussão... E você também falou bastante da questão do vínculo...

**SAR** – É.

**P** – Lembra disso? Eu lembro que você falou que algumas equipes não fazem o vínculo com receio... E aí eu queria que você pudesse falar um pouquinho mais disso... dessa questão do vínculo.

**SAR** – Eu estava até falando hoje de manhã... e até conversando com outras pessoas... que a gente só se dá conta quando é questionado sobre determinadas coisas... Por exemplo, um médico novo chegou... e veio me perguntar “O que é educação em saúde?”... Aí eu tentei explicar... Tentei... mas, realmente, não existe uma literatura sobre isso... É muito vasto isso de promoção à saúde... Faz parte da composição do SUS... uma série de coisas... Mas que você não tem na prática descrito o que é que se tem que fazer em relação à promoção à saúde nas unidades de saúde em casa, não é? Então, cada um... é o que eu estava dizendo... cada um vai naquilo que aprendeu pessoalmente... Porque a universidade não preparou corretamente para estar trabalhando com comunidade... para estar estabelecendo vínculos, criando estes vínculos... Então, você vai naquilo que você acha... a partir da sua história, de vida mesmo, nas relações com as pessoas... Você dedicou toda a sua vida a estudar, a se isolar, a não manter essas relações mais fortes... Como você vai, de uma hora para outra, ser uma pessoa aberta, ser uma pessoa comunicativa... ter todos os requisitos que são necessários pra você criar esse vínculo? Então, as pessoas geralmente têm... os profissionais têm muito medo de criar este vínculo... e não poder corresponder depois... Então, a demanda vai ser muito grande... Assim, você cria um grupo... chama pessoas para fazer parte de um grupo... mas você, daqui a um tempo, não tem mais condições de acompanhar esse grupo... Mas essas pessoas vão estar lá todo dia: “Cadê? Por que não tem hoje?”... Então, vão estar lhe pressionando... E eu acho que a dificuldade

do profissional em lidar com as pessoas... é que causa medo criar esse vínculo... e enfrentar as pessoas...

**P** – Medo?...

**SAR** – O medo de se expor... Não só de criar esse vínculo... mas de se apresentar diante das pessoas... Porque... geralmente... ou é uma coisa natural as pessoas serem comunicativas... ou com o tempo você vai desenvolvendo... Mas se você não fica ligado diretamente a esse seu desenvolvimento para estar se comunicando com as pessoas... você não tem... Quando você não sabe de um assunto... você tem receio de se expor na frente da pessoa.

**P** – Esse medo estaria um pouco ligado à questão da insegurança também, na tua opinião?

**SAR** – É... Esse medo é praticamente a insegurança do profissional de estar num ambiente que ele está desconhecendo... com pessoas com quem ele ainda não tem um vínculo... E estabelecer esse vínculo vai de alguma forma interferir no seu trabalho diário... Então, eu acho que existe um pouco de insegurança... Nisso, vai deixando para depois, vai desmarcando... Assim, o trabalho em si com grupos, com a comunidade... ou é uma coisa pontual, uma coisa direta... Então, por isso muita gente se prende à palestra... estou falando num trabalho de educação em saúde... se prende à palestra... Porque você domina aquele conteúdo e, então, é mais fácil você tarara tarara tarara... conviver com aquele assunto... despejar tudo o que você entende sobre aquele assunto... do que você enfrentar um monte de pessoas que podem perguntar sobre diversas coisas que, pessoalmente, você não resolveu em você... A gente acompanha alguns casos... Existiam profissionais com receio de falar sobre relação sexual porque... parecia um bicho de sete cabeças para a pessoa... Então, como é que ela vai estar encarando esse fato com um grupo de adolescentes? Como é que ela vai estar lidando com isso? Então, isso causa dor de barriga, medo... uma série de coisas... nas pessoas.

**P** – Na tua prática aqui no Cabo, você identifica pessoas com dificuldade de partir pra esse contato com a comunidade, com os outros?

**SAR** – Isso.

**P** – E tem mais alguma coisa que você pensou depois daquele nosso encontro... que ficou martelando... que chamou mais atenção?

**SAR** – É essa história que eu estava comentando... de você se envolver... às vezes tanto... que é necessário alguém de fora lhe perguntar sobre determinadas práticas... para você se focar e rever algumas práticas que você vem desenvolvendo... A gente tem a agenda dos profissionais da unidade... e nessa agenda existe espaço reservado para trabalho com grupos... Então, a gente chega num primeiro momento e pergunta se tem grupo... Inicialmente todo mundo se defende e diz que tem... "Ah, tem grupo!"... Mas quando a gente vai a fundo procurar... saber que grupo é esse... a gente percebe que é uma reunião, para comunicar ou para entregar remédio ou para... Aquele espaço não é realmente de grupo... Porque as pessoas não sabem... "Ah, eu falei sobre isso"... Mas não partiram da

realidade das pessoas... Não é pelo fato de serem hipertensos que eles vão ter que ouvir necessariamente sempre a mesma coisa... Vai chegar o dia em que não vão mais ao grupo, não é? Na primeira palestra, até que foi... Mas na segunda, se é a mesma coisa, não vão voltar... Então, vão ser outras pessoas diferentes... e nisso você não vai promover nada além daquela informação que você levou naquele dia... Então, acho que quando a gente está entrando nas atividades diárias da unidade... a gente percebe que eles começam a refletir sobre essa prática... "Ah, realmente isso não dá resultado."... "A gente nunca consegue ter o mesmo grupo, toda vez vem pessoas diferentes."... Então, o que é que você está fazendo para prender? A gente brinca muito... Se a gente passa na casa do usuário, de uma mãe... e diz a ela que ela precisa alimentar a criança com no mínimo três meses de aleitamento exclusivo... a agente comunitária de saúde passa lá todos os dias levando essa informação... A mãe diz que vai fazer, mas não faz... Mas basta uma cena da novela da Globo apresentar essa mesma situação... e a mãe dizendo que "Não, são seis meses de aleitamento."... a pessoa automaticamente pensa "Ah, isso é verdade!"... Então, a gente trabalha muito isso... A Globo utiliza outros meios de chamar a atenção da pessoa... Usa todo o cenário... pessoas bonitas... uma série de artifícios mesmo... que não estão explícitos... para convencer a pessoa... E isso a gente precisa aprender... para lidar com as pessoas... A gente precisa saber como é que ela entende as coisas... como é que a gente pode chamar atenção sem ser repetitivo e de formas diferentes... Então, será que, diante de um grupo, o depoimento de uma pessoa que não amamentou aquele tempo e as dificuldades que tiveram... será que uma mãe não vai se tocar mais do que esse seu discurso todos os dias? Então, acho que isso modifica muito a maneira de pensar e do agir profissional... na medida em que você reflete que aquela energia que você está colocando naquilo não está lhe dando retorno... e como você fazer pra mudar e chegar nos seus objetivos... Então aí a gente pára para ver a questão dos objetivos... Quais são os objetivos mesmo? **A gente está aqui para ir realmente naquela loucura dos papéis... e estar sempre dando resultados numéricos? Ou a gente está aqui por outros objetivos? Eu acho que isso me fez refletir... Porque o SARTE é como se fosse responsável por estar mexendo nessa estrutura com os profissionais da unidade... e a gente também precisa ser mexido... para também refletir sobre a maneira que a gente está trabalhando... a metodologia que a gente está utilizando para fazer com que os outros reflitam e possam mudar de estratégia.**

## QUINTA ENTREVISTA – ENFERMEIRA DO PSF (ENF)

**P** – Em relação àquela discussão que a gente teve... sobre a prática de saúde... você teria alguma coisa a acrescentar ou a modificar?

**ENF** – Não... Eu acho que o discurso que eu fiz é realmente o que eu penso... Está tudo ali... como eu planejava... e como eu acho realmente.

**P** – Certo... E depois daquele momento... você chegou a pensar... a refletir alguma coisa mais... provocada pela discussão que a gente teve?

**ENF** – Com certeza! Venho questionando realmente até que ponto eu sou útil aqui... e até que ponto eu sou valorizada... os dois lados... Será que eu estou servindo realmente a essa comunidade? E será que eu também estou sendo vista como uma boa profissional? Eu estou sendo reconhecida? O meu trabalho está sendo valioso? Eu comecei a interrogar esses dois pontos.

**P** – E isso que você falou no grupo... de que a função do PSF é articular saúde e doença? Como é isso? Você lembra? Deixa eu resgatar aqui no papel... que vai ficar mais fácil... Nessa parte que está marcada em laranja... era o que eu queria lhe perguntar.

**ENF** – Porque no caso a gente trabalha saúde versus doença... A gente tem que trabalhar fazendo a prevenção, profilaxia... evitando que a doença ocorra... Mas a doença pode vir associada... A gente tem que promover saúde... mas sabendo que esse paciente pode vir com uma doença associada... e, em cima dessa doença, resgatar ou tirar logo desse momento doente... e passar a um momento sadio.

**P** – E como é isso de promover saúde?

**ENF** – É complicado... Porque segundo a Organização Mundial de Saúde os componentes para estar bem de saúde são muitos... moradia, boa alimentação... e se for por esses componentes, eu sou a primeira a dizer que eu não tenho saúde... Então, é meio complicado a gente promover saúde.

**P** – E é possível?

**ENF** – É possível.

**P** – Teve também um momento que tu falaste... que quem está no PSF, pelo fato de o PSF ser porta de entrada... "quem está no PSF tem que ser político."... O que tu quiseste dizer com isso? Ser político... como é isso de ser político?

**ENF** – Articular... Na realidade a gente tem que saber articular tudo o que vier naquele momento... Não temos uma resposta pronta... A gente tem que parar... observar o que está acontecendo ali... e dali tentar discernir, desviar aquele caminho... e procurar uma solução... Então, isso é saber ser político... nesse momento... Porque a gente trabalha com uma comunidade, que também é politizada... Ela vem, às vezes, até contra a prefeitura... e já vem indagando que o que está faltando é por conta do prefeito... Então, tem que ter esse jogo de cintura, esse jogo político, e saber articular.

**P** – Pronto. Mais alguma coisa que você gostaria de dizer?

**ENF** – Não.

## SEXTA ENTREVISTA – SUPERVISORA DO PSF (SUP)

**P** – Bom, em relação à discussão que a gente teve... sobre a prática em saúde... você teria algo a acrescentar?

**SUP** – Não... Eu acho que cada profissional... dentro da sua função no programa... se colocou até da forma prática, da forma emocional... E eu acredito que ficou bem claro qual o papel de cada um... o que isso está trazendo de positivo, de resultados positivos... para a comunidade, para a saúde do município em si... Eu acho que ficaram bem definidos os papéis de cada um... Apesar de ter chegado atrasada... algumas falas eu perdi... e também não finalizei... Mas pelo contexto que eu acompanhei... Eu acredito que ficou esclarecido pra você o objetivo do trabalho.

**P** – Depois daquele momento, você pensou alguma coisa... alguma reflexão outra foi provocada em você... a partir da participação naquele grupo?

**SUP** – De uma certa... sim... **Pela questão de a gente estará sempre nessa correria, na rotina de várias atividades... E no momento que a gente está com a equipe, a gente vê muito a parte prática, não é? E eles mostraram ali também aquele lado emocional... do resultado positivo... do incentivo deles para a busca daquela melhoria na comunidade... A gente sabe que é importante... mas a gente vê muito outro lado... a consulta... aquela parte realmente de supervisão... que é uma parte prática... Mas também essa outra é importante... E a gente muitas vezes não tem tempo de escutar um depoimento dos profissionais como foi escutado... E eu acho que... apesar de serem representantes... eu acredito que é uma visão geral... que as pessoas têm o mesmo sentimento.**

**P** – Tu achas que foi representativo do que as pessoas costumam sentir... as que estão no programa?

**SUP** – Foi... As pessoas escolhidas... Eu acredito que sim... Até porque eu fui enfermeira de uma unidade de saúde... e a gente sabe que o lado emocional é muito importante... Até mesmo pra você alcançar aqueles objetivos da necessidade da prática... está envolvido também com esse lado emocional... de querer modificar para melhor a vida de pessoas que a gente sabe que vivem em situações difíceis... A saúde pública é voltada para essas pessoas... que englobam vários pontos que devem ser trabalhados... E a gente está conseguindo garantir a saúde de uma forma muito positiva... com resultados brilhantes... Eu acho que é importante você tomar conhecimento... e até colocar como está a realidade hoje de saúde no Município do Cabo... em relação à mortalidade infantil... crianças na escola... o trabalho da saúde mental... e eu acho que várias outras... Você não mais, não é? Você fazia parte...

**P** – Eu fiz parte... Mas o pessoal está dando continuidade.

**SUP** – Com certeza... e que está trazendo resultados muito bons para a saúde toda do município.

**P** – Bom... teve um ponto da tua fala na discussão no grupo... quando a gente estava falando especificamente da questão de supervisão... Não sei se você lembra... que **SM** questionou um pouco... o sentido da supervisão... assim, justamente esse outro lado... da chance de poder estar escutando esse lado que você chama emocional... das angústias mesmo dos profissionais... E aí você falou... não sei se você vai lembrar aqui... que a supervisão dá autonomia...

**SUP** – **Eu acho até que não entendi o que ela tinha falado.**

**P** – Você lembra disso... dessa tua colocação de que a supervisão dá autonomia às equipes?

**SUP** – Lembro.

**P** – Tu poderias falar um pouco mais disso? Como é essa questão?

**SUP** – Posso... Porque a gente, às vezes, se depara com equipes que... qualquer problemática... dentro do grupo mesmo de relacionamento... às vezes até um problema em relação à comunidade... coisas em que não necessariamente a gente tem que intervir... eles já buscam a gente... Eles não sentam lá... “Vamos discutir como a gente poderia trabalhar isso aqui.”... As equipes têm, por mês, três turnos, dois turnos de reunião administrativa... que é exatamente esse momento para eles sentarem... para avaliarem como está sendo o trabalho que eles estão realizando... como está a situação das micro-áreas... de determinadas famílias... o que se pode fazer para planejar alguma coisa para que se possa ajudar essa família... ou um problema que está surgindo na área... Então, eles têm realmente essa autonomia de planejar e executar... Claro que a gente tem aquela participação de escutar... “Está acontecendo isso... A gente planejou isso e isso... Vamos tentar avaliar... A gente está precisando de vocês, disso, disso e disso.”... E de estar dando um suporte que realmente consiga contribuir... Eles, dentro dessa reunião, fazem, discutem todos esses pontos... como também a questão de relacionamento... A gente sabe que trabalhar em equipe não é fácil... Cada um tem o seu jeito, a sua forma de agir... E a gente se depara, às vezes, com equipes em que há um certo desgaste nos relacionamentos... e já puxam logo a gente... Eles acham que a gente é que tem que resolver... Mas eles têm autonomia de sentar, de debater... “Olhe, vamos... o que está acontecendo?”... e tentar resolver... Numa situação em que a gente vê que não têm mais como eles atuarem lá, a gente entra... como supervisora... para dar o apoio... para dar os encaminhamentos a mais que forem necessários... Então, eles têm, sim, essa autonomia de tratar do que é deles... A gente diz até assim... que aquela área é daquela equipe... então, qual o objetivo? Para tratar a saúde como um todo, preventiva, e, quando necessária, curativa e... em casos que a gente sabe que a saúde... a saúde vai além de prevenção de doenças... Tem muito o lado social também, educativo... E a equipe tem essa autonomia de planejar uma melhoria... Planejamento sempre buscando uma melhoria daquela micro-área... Então, isso aí eles têm.

**P** – Pronto... Então, era isso.

**SUP** – Somente?

## SÉTIMA ENTREVISTA – AGENTE COMUNITÁRIA DE SAÚDE (ACS)

**P** – Em relação ao que foi dito naquela nossa discussão grupal... sobre a prática de saúde... você teria algo a acrescentar?

**ACS** – Não.

**P** – Não teria... Depois que a gente... se encontrou, discutiu... porque muitas coisas foram discutidas ali, não é?... Aquele momento te fez refletir em relação a alguma questão da tua prática? Você pensou alguma coisa a mais depois, que deveria ter dito e não disse? Algo desse tipo?

**ACS** – Pensei... No caso era o que eu estava comentando... Que eu falei que minha supervisora pegou muito no meu pé... Mas ela pega no pé porque já foi cobrada... e tem que cobrar a gente... E, no caso, se ela está cobrando e a gente está se sentindo ruim, eu pensei o seguinte... Eu acho que se ela está me cobrando e eu estou achando ruim é porque eu não estou fazendo o meu trabalho direito... Aí, foi a partir desse tempo... que eu comecei a pensar em como é que eu estava trabalhando realmente... Aí foi que eu comecei a aceitá-la do jeito que ela cobra... no caso, do jeito que ela faz o trabalho dela... Porque se ela tem aquele jeito... eu também tinha que adaptar um jeito pra mim... Pelo jeito que eu estou fazendo agora, eu estou me sentindo bem melhor... Depois que eu analisei direito... quem realmente estava mais no caminho de ser uma profissional de saúde... aí foi que agarrei com unhas e dentes... e achei que o que ela fez... todas as cobranças... foi porque eu acho que eu não estava... aberta pro trabalho... E... analisando... é melhor.

**P** – E como é isso de estar aberta para o trabalho?

**ACS** – Porque quando a gente vê... assim, de longe... o que é ser uma agente de saúde... fala assim "Ah, é bom porque não faz nada... Fica só andando de casa em casa e pronto..."... Olhando bem a questão, tem muita responsabilidade... E eu não estava achando aquela responsabilidade... Estava fazendo por fazer... porque ia ter o salário mesmo no final do mês... Aí quando eu olhei... que realmente precisa de muita atenção... precisa agarrar com unhas e dentes... e essas coisas todas... foi aí que eu pensei bem... O que minha supervisora faz é porque ela agarra... ela vai à luta mesmo quando ela quer uma coisa...

**P** – Então tu passaste a perceber... tanto o teu trabalho... quanto também a forma da tua supervisora trabalhar... de uma maneira diferente... E isso foi a partir daquela nossa discussão?

**ACS** – Foi... Porque naquela nossa discussão eu fiquei "Ai, se minha supervisora vê isso... Será que eu falei as coisas certas? Será que eu tinha que ter analisado mais?"... Foi entre esse tempo... que a gente passou... eu fiquei aqui... pensando... deixa eu ver direitinho quem é que está errada... se sou eu ou se é ela... Eu fiquei analisando... Não... Realmente foi eu mesmo... E as meninas até ficam falando "A prova de ser agente de saúde está aí... é **ACS!**"... Porque quando eu estava por fora eu dizia assim: "Ah, ser agente de saúde é muito

bom, não é?"... E as meninas respondiam "Ah, é uma beleza!"... Depois que eu entrei no programa... que eu fiquei aqueles três meses estressada... foi que realmente vi... Ser agente de saúde é barra... Tem que ter responsabilidade... Tem que saber ouvir também... e ficar calada... Porque a gente chega numa casa e a pessoa fica... contando a vida... Aí a gente tem que ter aquela conduta de o que vê, deixar lá... o que escutar não contar a ninguém... Então foi que eu realmente vi... o peso.

**P** – Mas uma coisa também que eu ia te perguntar é o seguinte... Na tua fala ficou marcada essa questão da cobrança... a cobrança das cotas, das fichas... Todas essas coisas que o agente de saúde tem que cumprir... Mas também ficou aquela questão da forma de se cobrar isso... Aí eu queria repetir uma pergunta... que foi até feita lá no grupo: qual que é a questão mesmo? Qual que é a dificuldade? São as cotas que precisam ser cumpridas? Ou é a forma como essas cotas vêm sendo cobradas de vocês?

**ACS** – É a forma como essas cotas vêm sendo cobradas.

**P** – Esse é o pior problema?

**ACS** – Esse é o pior problema.

**P** – E as cotas? Você acha que dá para atingir bem ou também é difícil cumprir?

**ACS** – Dá... dá para atingir, com certeza.

**P** – E qual seria a melhor forma de estar cobrando isso?

**ACS** – Com jeito, não é? Eu acho que... dando mais espaço de tempo... Porque quando vem a cobrança... tem que ser para amanhã... para amanhã não, para ontem... Tendo um espaço de tem: "Olha, tem que dar isso para amanhã!"... "Olha, chegou esse pedido d Secretaria, vocês tem que fazer esse levantamento para entregar na data tal... a essa tal hora."... Seria bem melhor... Mas quando cobra, já cobra com pressa...

**P** – Pronto! Era isso! Tem mais alguma coisa a dizer?

**ACS** – Não.

## OITAVA ENTREVISTA – MÉDICA DO PSF ( MED)

(..)

**MED** – Veja só... A gente recebeu... da Secretaria de Saúde... esse panfletozinho escrito: "Como diferenciar uma urgência de um atendimento ambulatorial"... Porque, pela Secretaria de Saúde, a gente tem um número x de pacientes que são atendidos com consulta marcada... por turno... Só que esse número sempre extrapola... por conta de urgência... Só que essas urgências... entre aspas... alguns casos são de urgência... e tem outros que realmente não são urgência... Então, a gente tem que orientar os pacientes em relação a isso... ou seja... o que eles consideram como urgência aqui... Você veja que eles colocam pacientes com crise de asma... crianças com diarreia com mais de dez episódios por dia... febre acima de 38... Então, a gente tem que fazer uma verdadeira triagem...

**P** – Esses casos considerados urgências devem ser...

**MED** – Se é urgência, aí a gente atende... A gente atende os que estão marcados e vai encaixando as urgências... de acordo com a disponibilidade, vai encaixando esses pacientes da urgência... e eles vão sendo atendidos.

**P** – Então é urgência dentro do esquema de atenção básica.

**MED** – Do programa, exatamente... Entendeu? A gente tem os casos de urgência... Porque, na realidade, a urgência...

**P** – São as prioridades, é isso?

**MED** – É... Porque o programa em si... qual é o intuito do programa? É mais a prevenção das doenças em si... Só que quando a gente vê que existe um hospital de referência... que, no caso aqui do Cabo, é o Mendo Sampaio... que é o hospital de referência das urgências... Só que muitas vezes o paciente está aqui perto... a criança está com febre... a mãe não tem condições de ir levar lá... ou então está em crise de asma e vem fazer nebulização aqui... É uma coisa que não custa nada... a gente fazer esse atendimento... Agora, quando é uma urgência de grande porte... logicamente tem que levar para lá... A gente faz o encaminhamento... ou elas mesmas já sabem... vão direto pra o Mendo Sampaio... Agora existem aquelas urgências... que eu falei pra você agora... que eu até falei aqui... existem pacientes que chegam aqui... que já têm aquele mau costume de chegar aqui... e você aos pouquinhos vai conhecendo... Aquela paciente já é uma paciente que vem aqui sem marcar consulta... Já é costume dela... Então, ela vem aqui quatro, cinco, seis vezes... e você, quando vai analisar, nenhuma delas é urgência de verdade... Por exemplo, chegou uma criança hoje... a mãe chegou com uma criança que há uma semana atrás bateu com a perninha na cama... e estava um pouquinho roxo na perna... Quer dizer, isso não é um caso para eu parar um atendimento que eu estava fazendo aqui... de pacientes que estão marcados já há tempo... para atender... Não é um caso de urgência... "Não,

porque quero saber se quebrou ou se não quebrou!"... Então, qual era o certo? Ela vir aqui para a consulta e eu solicitava o raio-x... Mas sexta-feira a gente tem marcação... Cada posto tem o seu esquema de marcação... Aqui nesse posto... foi feita uma reunião com a comunidade... antes mesmo de eu entrar aqui no programa... e a própria comunidade votou que achava melhor fazer a marcação em um dia só... Existem postos de saúde que marcam de um dia para o outro... Todas as consultas são marcadas de um dia para o outro... Só que nisso... todo dia tinha gente aí na frente... Todo dia se acumulava gente... junto com as pessoas que já iam ser atendidas... e tumultuava muito... Então, a própria comunidade preferiu que fosse determinado um dia na semana para ser feita essa marcação... Aqui a gente faz normalmente nas sextas-feiras, pela manhã cedo... Eles já chegam bem cedinho... Quando a gente começa a atender, a demanda já está realmente toda marcada.

**P** – Certo. E me diz uma coisa... Como você se sente em relação a essa questão das urgências... do que é atendimento ambulatorial dentro do programa? Porque você falou que nunca fica no quantitativo indicado pela Secretaria.

**MED** – É difícil, viu? É difícil porque... não deixa de sobrecarregar... você que está ali atendendo... Outra coisa... os próprios pacientes começam a reclamar... Por exemplo, na semana passada, eu atendi três crianças que estavam com asma ou com febre... Então, era uma urgência que realmente precisa atender... E tinha os pacientes que estavam marcados... Então, você tem que dar um stop ali nos que estão marcados... para atender a urgência... e depois voltar para os que estão marcados... Então, muitas vezes, o pessoal não tem muita flexibilidade, muita paciência para entender... Você tem que conversar: "Olha, espera um pouquinho... É uma criança... É uma urgência..."... A gente atende... Aí, eu alterno, sabe? Eu estou tentando alternar para agradar a gregos e troianos, entendeu? A gente alterna e na medida do possível... Agora, realmente, existe um limite... Eu não posso extrapolar esse limite... Se eu marco, por exemplo, 15... 16 fichas de pacientes marcados... além disso, a gente atende mais umas quatro ou cinco urgências... Mais do que isso não tem como... Se eu perceber que não tem como eu atender... está num limite que ultrapassa a minha capacidade aqui... até de tempo... aí eu faço o encaminhamento e eles vão direto pra unidade de referência... que é o Mendo Sampaio... Mas sempre trabalhando no limite... Não tem folga não.

**P** – Certo. Pode continuar a tua leitura.

(...)

**MED** – O que seria a teoria? A teoria seria: aqui é nível ambulatorial... Seria atendimento com consulta marcada... Urgência fica para o hospital de referência... Mas nunca funciona dessa forma... E você também não pode exigir que seja assim... Como eu disse a você, existem pacientes aqui que, às vezes, eu digo: "Olha, você tem que ir para o Mendo

Sampaio... porque é uma urgência."... "Doutora, eu não tenho dinheiro para a passagem!"... E não tem realmente o dinheiro da passagem... É incrível, não é? Então, realmente são coisas que você tem que ter uma flexibilidade... tem que ter uma triagem realmente... e analisar caso por caso... Cada caso é um caso.

(...)

**P** – Em relação a essa discussão... que você acabou de lembrar agora... que a gente teve sobre a prática em saúde... você teria algo a acrescentar? Ou algo a modificar em relação ao que foi dito?

**MED** – Não, modificar acho que não... No momento, não está vindo nada à minha cabeça.

**P** – Depois daquele momento... você parou para pensar naquela discussão que tinha acontecido? Ela te fez refletir sobre algumas outras questões da tua prática?

**MED** – Ah, com certeza! Qualquer discussão desse tipo... em que cada pessoa tem a sua opinião... você pára pra refletir... E outra coisa... Eu, nessa época, tinha dois meses no programa, eu acho... E agora já faz uns cinco meses mais ou menos... Então, de lá para cá, ocorreram várias outras experiências... e aos pouquinhos, você vai se aprofundando mais... e conhecendo mais o programa... coisas que eu ainda não tinha prática... Mas na essência, realmente, da discussão da gente... é isso aí! Eu não tenho muitos detalhes a acrescentar, não.

**P** – E depois desses meses a mais de experiência... como você tem se sentido nessa função de médica do PSF?

**MED** – Estou me sentindo mais apaixonada... mais apaixonada... Apesar de que nesse período de lá para cá... sempre acontece... mas acho que isso é em toda profissão, em todo local... você tem coisas que lhe favorecem, coisas que lhe deixam... engrandecida com o trabalho que você está fazendo... como também você tem as suas decepções... você tem as suas privações... de coisas que você quer fazer e até por questões... financeiras mesmo... você não tem condições de fazer da forma como você queria... Você quer pedir um exame e não pode... Aos pouquinhos, você tem que ir driblando isso... Mas, na maior parte do Programa... é o que eu realmente esperava... Era o que eu já sabia que ia gostar... e vinha sentindo falta... É como eu disse a você... eu trabalhava com a parte de imagem... Passei 12 anos trabalhando com a parte de imagem... E essa parte de imagem, por mais que você tenha contato, converse com o paciente... que eu sempre gostei muito de conversar com o paciente... mesmo fazendo o exame... eu estava ali fazendo o ultra-som... mas eu estava conversando com ele... Não era: ele entra, senta, faz o exame e vai embora, não... Eu sempre gostei de perguntar por que ele estava fazendo o exame... o que ele sentia... Mas isso eu acho que já era...

**P** – Você passou quanto tempo trabalhando nessa área de radiologia? Foram 12 anos?

**MED** – Quase 12 anos... 11 anos, quase 12... Então, quer dizer, eu já achava que isso era uma falta que eu tinha... da parte clínica mesmo... e isso é que eu estou podendo satisfazer agora.

**P** – Como era a falta? O que faltava? De que você sentia falta?

**MED** – Exatamente isso... de sentar... Porque você quando o paciente vem fazer um exame, principalmente eu que trabalhava com imagem... Por exemplo, eu estou fazendo um exame de ultra-som... e eu tenho 30 pacientes lá fora... então, eu não posso aqui me sentar com você... e fazer... Porque medicina é um raciocínio que você tem que ter... como um detetive... para descobrir a causa... daquela queixa que o paciente está naquele momento... Então, você chega para mim e diz teus sintomas... E, através daquilo, eu começo a raciocinar em cima daquilo... começo a solicitar alguns exames... você traz o resultado... Quer dizer, **é uma história que tem um começo, um meio e o final, não é? E o exame, não... Ali você está fazendo um exame que já foi pedido por outra pessoa... e você, muitas vezes, não vai saber o resultado... Você não chega ao final da história... E aqui, não... Aqui eu começo... Eu peço os exames... Eu sei o que aconteceu com ele... A gente faz o tratamento... e a gente tem o retorno... Então, eu acho que era disso que eu sentia falta.**

**P** – De fazer esse acompanhamento...

**MED** – Da continuidade... Justamente dessa continuidade... Porque eu trabalhei quatro, quase cinco anos no hospital da aeronáutica... E lá eu tinha um pouco dessa parte clínica... porque eu trabalhava lá dentro do hospital... Então, os médicos que solicitavam o exame eram os próprios médicos que trabalhavam dentro do hospital... E eu tinha oportunidade, até nos corredores, de perguntar “Fulano, aquele exame, era aquilo mesmo?”... “A paciente se operou?... Cálculo, vesícula?... A paciente se operou?”... E na clínica, depois eu passei realmente a trabalhar em clínica particular... uma clínica que tinha convênio... Então, era isso... Eu sentia a falta...

**P** – Perdia a chance de ter esse retorno, não é isso?

**MED** – É... e a própria conversa... a própria clínica, realmente... Porque por mais que eu converse ali com o paciente “O que você está sentindo?”... e tudo... mas o meu objetivo é o exame... o meu objetivo não é descobrir o que ele está sentindo... o que eu vou tratar... E outra coisa, também... A gente aqui no programa dá um pouquinho de psicólogo... A gente acaba...

**P** – Como é isso de dar uma de psicólogo?

**MED** – Tem paciente que chega aqui... Pronto! É uma das coisas que a gente, aos pouquinhos, vai se lembrando... que eu disse a você que nesse período de mais três meses... depois daqueles dois meses... a gente vai sentindo... **Por exemplo, tem paciente que no início chegou aqui... para conhecer... para sentir... e de lá para cá, eu estou conhecendo o paciente... Ou seja, são pacientes que chegam aqui sem doença alguma... patologia física alguma... Assim, a consulta é só para conversar... só para desabafar.**

**P** – Marcam ficha pra isso.

**MED** – Marcam ficha, mais de uma vez... Eu não estou dizendo que eu já conheço?... “Opa! dona Maria.”... “Opa! seu José.”... Aí senta aqui... Ele tem aquele horarozinho dele... pois, de qualquer forma, ele marcou a ficha... ele tem o direito de ter aquele horarozinho dele... Mas eu já pedi todos os exames que seriam mais indicados pra o que ele diz que sente... Tudo normal, sabe?! E, no final das contas, a gente vai conversando... e ele sai daqui com a saúde... só por ter desabafado e ter conversado... Aí, isso também é bom... Isso também é gratificante... Como também já tem as injustiças, não é? Por exemplo, teve uma paciente aqui há uns 15 dias atrás... que era uma urgência... Aquelas urgências que realmente... Eu estava em atendimento... e ela chegou dizendo que estava com caroço... que chama de caroço... estava com um furúnculo na nádega... e dizendo que estava com muita dor, muita dor, muita dor... Se a gente for analisar, é o que eu disse a você... a teoria e a prática não batem, não é? Se eu for analisar por aqui, era pra ela ir lá ao hospital de urgência... fazer uma drenagem, uma medicação injetável, uma coisa desse tipo... enfim... Mas eu disse: “Não, bota ela aí, puxa o prontuário, eu vou encaixar.”... Isso foi a primeira vez, a segunda, a terceira... Ela chegou até a fazer Benzetacil... Regrediu o furúnculo dela... Quer dizer, foram feitas as consultas, sem marcar sem nada... Três consultas, que ela veio... uma semana atrás da outra... E, enfim, resolveu o problema dela... A agente de saúde, que é a que fica circulando na área... pois a gente está aqui dentro, não é? Só quando a gente faz a visita domiciliar, sai... Mas as agentes de saúde que estão todos os dias lá no local... Uma ouviu a vizinha dela dizer que ela estava comentando na área: “Como é que a médica era uma médica burra... Porque não pedia nenhum exame de sangue, nem exame de urina, nem de não sei que...”... Duas coisas você vê aí... Veja a injustiça! Primeiro, a gente foi num livrinho... que a gente tem um livrinho aqui onde todo exame que é solicitado, a gente anota... Essa menina aí ela marca... Você viu que ela está com o livrinho aí... a pastinha em que a gente anota... Então, eu tinha solicitado os exames... Ela é que não sabia que eu tinha solicitado porque perdeu o papelzinho... E mesmo que eu não tivesse pedido... era mais do que natural que eu não tivesse pedido... porque ela não veio com consulta marcada... ela veio como urgência para eu tratar de imediato... Porque o que é uma urgência? É você tratar de imediato... aliviar o sintoma que o paciente está naquele momento... no caso, o furúnculo... a dor que ela tinha... E ela tomou o anti-inflamatório... tomou o analgésico... tomou a Benzetacil... tanto que ela ficou boa... Agora, se ela queria fazer os exames de sangue, de urina, de fezes... enfim, fazer um check up ou alguns exames... qual era a dela? Ter marcado uma consulta... Mas mesmo assim, mesmo sem ela ter marcado... Quer dizer, aí sai falando na área: “Ah, a médica é burra... Como é que a médica não pede... uma médica não pede um exame de sangue?” e não sei o que... Aí isso machuca... Tem o lado bom e tem o lado ruim... Mas, na grande maioria, dá para...

**P** – É... E como se lida com isso? Você mesma falou que existem as conquistas, a gratificação... e existem também as frustrações, não é?

**MED** – Aí é que vai a história que eu disse a você do bom senso... Eu acredito que do mesmo jeito que eu, por exemplo, relevei isso... pode ser que tenha algum médico, que estivesse aqui na hora... e tivesse pipocado com isso.

**P** – Lembra que a gente discutiu bastante naquele dia a questão do vínculo com a população? O quanto é uma coisa que precisa ser bem cuidada?

**MED** – É... Exatamente! E é isso que eu... Estou há cinco meses... Espero, com o tempo, aos pouquinhos... ir melhorando isso.

**P** – Então você está identificada com a proposta... está pretendendo...

**MED** – Estou! Não, eu pretendo ficar... Pretendo ficar... Não pretendo sair, não... Não tenho a intenção de sair.

### **NONA ENTREVISTA – APOIADORA CLÍNICA (AC)**

(...)

**AC** – Por exemplo... quando se trata de um problema familiar... mesmo que não seja uma doença... Por exemplo, chega à consulta um paciente com uma crise hipertensiva... Aí, essa crise hipertensiva pode estar associada a ma outra situação x... a um problema situacional... que se apresentou por um adolescente... Não é que o adolescente tenha problemas mentais... Esse adolescente gerou uma situação de crise... A menina está grávida... Ou ele está envolvido em drogas... ou é alcoolismo... O que acontece? Geralmente essa é a média da nossas famílias... Porque este jovem... os pais, às vezes, estão desempregados... Não têm uma escola e não têm um emprego... Então, é importante o trabalho educativo dentro do Programa Saúde em Casa... através dos grupos de convivência que a gente está fazendo... Trabalhar muito essa área... Não só com adolescentes, mas também com a família... Porque quando você vai fazer uma visita domiciliar... nesta visita domiciliar você tem que abranger muitas coisas... Eu acho que é muito importante a atividade educativa que você vai fazer nessa família... nessa família desestruturada... Dentro dessa família, você faz uma dinâmica de grupo... para poder ajudar a esse que tem esse problema... que está gerando uma crise de doença no resto da família.

**P** – Certo. Então vai muito além do problema mental, não é? Pode ser na verdade qualquer tipo de...

**AC** – Não... Não tem nada a ver... Simplesmente um adolescente... só pelo fato de ser adolescente... já é uma pessoa em risco... nessa situação em que vive o Brasil.

(...)

**AC** – Um programa que faça atendimento... acompanhamento a hipertenso... acompanhamento a diabético... Se tu não tens, dentro desse contexto, como prioridade número um, trabalhar com a família... não adianta... Porque pode ser um hipertenso muito bem acompanhado... um diabético muito bem acompanhado... Mas e os problemas sociais que ele tem? Isto é parte nossa também! Porque nós... tendo em conta o conceito de saúde... que é o completo estado físico, social e mental... não só a ausência de doença... aí, se cumpre isso.

(...)

**AC** – Uma coisa muito importante... que não se pode perder de vista... é o vínculo do Programa Saúde em Casa com a escola... As atividades educativas têm que ser combinadas com os professores e com a equipe de Saúde em Casa... Porque se nós não fizermos essa parceria... esse adolescente amanhã terá alguns problemas de conduta... Mas que também, no final, repercutem num problema de saúde... Então, se a função do

Programa, a filosofia é a prevenção, a promoção da saúde... isso está implícito como uma coisa básica.

(...)

**P** – Em relação a tudo que foi dito... sobre a prática em saúde... naquela discussão grupal que você participou... você teria algo a acrescentar?

**AC** – É... Eu, com muito otimismo, falaria que estamos escrevendo uma história de muita qualidade quanto à saúde pública no Brasil... **Eu, às vezes, quando falo com as pessoas que estão trabalhando no Programa Saúde em Casa... eu falo que eles vão se sentir muito orgulhosos num futuro não muito distante... E vão contar aos seus filhos, aos seus netos que eles fizeram a história da saúde no Brasil...** E eu acho que isso fala muito alto... porque, com certeza absoluta, no país, vão ser importantes destaques os indicadores e a redução da mortalidade infantil ... A diminuição dela, ou mesmo a que nós temos aqui, no município... onde temos uma estrutura de trabalho muito bem organizada, muito bem estruturada... e nossos profissionais têm compreendido a importância desse trabalho... E eu acho que a saúde no Brasil vai em ascensão... como esperamos um dia que o Brasil também seja uma potência médica mundial, como é Cuba... Apesar das dificuldades, apesar do bloqueio econômico, Cuba é, hoje, uma potência médica mundial... com indicadores de mortalidade infantil que competem com países, como, por exemplo, Canadá, Estados Unidos e outros países do primeiro mundo... Só isso.

**P** – Depois daquele momento... você parou pra pensar um pouco naquela discussão? Aquela discussão te fez refletir outras coisas em relação à tua prática aqui no Cabo?

**AC** – Eu acho que sim... Eu vejo como todas as autoridades, em diferentes níveis... não só a Saúde... mas a articulação com outras Secretarias e o próprio governo... Nesse caso, o Presidente da República, através de seu ministro da saúde, Humberto Costa, está pensando muito na construção e continuidade do programa naqueles lugares onde ainda não existe... do Programa Saúde da Família como base sólida, como uma porta de entrada... o Cartão SUS... e com resultados positivos... que já estamos vendo em alguns municípios onde existe Programa de Saúde em Casa.

**P** – E tu falaste que a gratificação em Cuba para os profissionais de saúde... é de outra ordem... Como é isso? Eu fiquei com essa curiosidade.

**AC** – **Sim... A nossa gratificação... em Cuba... é diferente... O sistema de saúde é integralmente gratuito... Não existe a medicina privada... Então, é muito simples que o médico se sinta gratificado justamente por seu paciente estar em perfeitas condições de saúde.**

**P** – O retorno do próprio trabalho...

**AC** - É o retorno do nosso trabalho... E nós ficamos felizes quando vemos que nossos pacientes ficam em ótimas condições de saúde... E justamente quando trabalhamos na prevenção... que é o mais importante para nós.

**P** - Jóia!