**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

TRUDE RIBEIRO DA COSTA FRANCESCHINI

**Observação da Relação Mãe-Bebê-Família como uma
ferramenta para o aprendizado da integralidade**

**RIBEIRÃO PRETO
2005**

TRUDE RIBEIRO DA COSTA FRANCESCHINI

**Observação da Relação Mãe-Bebê-Família como uma
ferramenta para o aprendizado da integralidade**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de Pesquisa: Práticas, saberes e políticas de saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Silvana Martins Mishima

Ribeirão Preto
2005

FICHA CATALOGRÁFICA

Franceschini, Trude Ribeiro da Costa

Observação da Relação Mãe-Bebê-Família como uma ferramenta para o aprendizado da integralidade. Ribeirão Preto, 2005.

241 p. : il. ; 30cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientadora: Mishima, Silvana Martins.

1. Observação da Relação Mãe-bebê-família. 2. Integralidade da assistência à saúde 3. Processo ensino aprendizagem.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Trude Ribeiro da Costa Franceschini

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de Pesquisa: Práticas, saberes e políticas de saúde.

Aprovado em: _____

Banca Examinadora

Profª Drª Silvana Martins Mishima _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof Dr Emerson Elias Merhy _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Profª Drª Silvia Matumoto _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

*Dedico este trabalho
aos estudantes e às famílias que,
durante estes anos, se dispuseram,
com tempo, paciência, expondo-se na intimidade de suas vidas,
para Observação da Relação Mãe-Bebê-Família.
Sem vocês, este não teria sido possível.*

Na conclusão de um trabalho, é impossível não reconhecer e ser grato a todos aqueles que partilharam as dificuldades que se apresentaram ao longo, e assim contribuíram, sobretudo para minha formação. Da impossibilidade de nomear a todos, destaco alguns como parceiros-representantes desta jornada, entendendo que o agradecimento nominal é muito maior dentro de mim, ninguém foi esquecido.

Aos meus pais, Rômulo e Conceição Ribeiro da Costa, a herança é imensa. Pai, muita é a saudade, a sua capacidade de doação será sempre lembrada, foi matriz para mim e para muitos, do compromisso para o cuidado. Mamãe, você me ensinou a apreciar do banho frio de cachoeira às belezas construídas pelo homem, espalhadas pelo mundo, e que isto não se faz sem esforço, requer tolerância às infinitas frustrações; e assim, tem sido a “mãe suficientemente boa”, de quem Winnicott falou, para mim e para outros que se dispõem a conviver nesta dimensão

À Beatriz, minha mãe preta, há muito, tornou-se parte da nossa família, passou a ser chamada afetuosamente “vovó Datiz” por nossos filhos e sobrinhos, é colo doce e caloroso, a quem todos recorremos.

Ao Sílvio Antônio, meu marido, meu amor, minha paixão, minha vida ficou mais luminosa desde que você verteu seus olhos sobre mim.

Aos meus filhos, Ana Beatriz e Pedro Augusto, a nossa convivência amorosa é a certeza e recompensa das lutas por um mundo melhor.

À Telma, minha irmã gêmea, companheira de sempre dos momentos construtivos da minha vida; ao meu irmão, Fábio, pelos estímulos confiantes.

Lauralice, Luciana, José Carlos e Antonio Carlos, meus cunhados; Guilherme, Lígia, Amanda, Sara, Bruno, Otávio e Sofia, meus sobrinhos, pelo carinho que nos envolve, torna o viver em família muito prazeroso.

À Suad H. Andrade, minha analista, que me ajudou neste processo de encontrar os caminhos possíveis para as realizações desejadas

À Prof. Dra. Silvana Martins Mishima, a “mestra suficientemente boa”, ainda não descrita, que tem a coragem de ousar por caminhos não percorridos, disponível para aprender e ensinar, é exemplo de mediação para educação permanente, sobretudo pela qualidade amorosa com que realiza esta tarefa.

Adriana Mafra Brienza, são tantos os agradecimentos ... Você chegou para trabalhar, sob minha gerência, aproximou-me de velhos conhecimentos teóricos, e eles tiveram novos significados para mim. Desta convivência privilegiada renasci e venho crescendo coordenadora do trabalho em saúde. Estimulou-me ainda a escrever sobre o trabalho, que me encanta, encorajando-me a sair da satisfação individual para uma produção, da qual esta dissertação é produto, e a construção pessoal agrega confiança para enfrentar novos desafios.

À Prof. Dra Carmen Lúcia Cardoso, pela confiança em mim depositada, oportunidade para iniciar o estágio de Observação de Bebês, sobretudo pela parceria que o tornou a Observação da Relação Mãe-Bebê-Família, vivência de muitas aprendizagens, cenário mediador da nossa amizade.

À Prof. Dra. Catalina Camas Cabrera, ela diz que aprendeu com Germano - nosso amigo, a quem também agradeço - mas tem ensinado a todos nós que “toda forma de amor vale a pena”.

À Prof. Dra Maria Clotilde Rosseti-Ferreira, com quem os encontros datam da minha infância, são marcados e lembrados por fatos significativos. Recentemente, como componente da banca de qualificação fez contribuições importantes para construção deste trabalho, mas anteriormente já havia me provocado para tornar a minha implicação no trabalho em produção epistêmica.

À Prof. Dra Sílvia Matumoto. A sua participação nas várias realizações da minha vida tem uma história de longa data, assim, a escolha do seu nome para banca examinadora deste trabalho, nas diferentes etapas, vem do reconhecimento da sua valiosa contribuição.

Ao Prof. Dr Emerson Elias Merhy, pelas reflexões ao longo dos nossos encontros, que nos ajudam a pensar e nos encorajam para continuar lutando pelo trabalho em saúde; e especialmente, por ter aceitado participar da banca examinadora deste trabalho, com sua agenda tão ocupada.

Ao Prof. Dr Naul Motta de Souza que, na graduação, me mostrou a riqueza de se observar uma criança. À Dra Theodolinda Mestriner Stocche, por ter me apresentado a Observação Psicanalítica de Bebês.

Aos Murilo Moscheta e Alexandre Mantovani, monitores do estágio da ORMBF, pelas contribuições que enriqueceram as supervisões e este trabalho.

Aos estudantes do estágio da ORMBF que disponibilizaram o material de suas observações e avaliações, para que este trabalho pudesse ser realizado, e pelo aprendizado e satisfação proporcionados durante a convivência das supervisões.

Aos amigos Cinira, Nélio e Gilda, que com suas forças, coragens e alegrias têm nos apoiado nas adversidades do trabalho em saúde.

Aos colegas de trabalho André, Andréia, Adriana, Beth, Eliana, Ercilene, Gilda, Helena, Josefina, Izilda, Lourdes, Maria Luiza, Marisa, Marta, Neuza, Pedro, entre tantos outros, que me apoiaram para que a realização deste trabalho fosse possível.

Aos colegas da pós-graduação e funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, que me acolheram afetuosamente.

RESUMO

FRANCESCHINI, Trude Ribeiro da Costa. **Observação da Relação Mãe-Bebê-Família como uma ferramenta para o aprendizado da integralidade.**

A construção do Sistema Único de Saúde trouxe sem dúvida uma melhora do acesso com a ampliação da oferta dos serviços, contudo, ainda há grandes desafios para se alcançar um modelo de assistência eficaz, resolutivo e universal. Necessário se faz promover mudanças na formação profissional de modo a aproximá-la dos princípios do SUS, como a integralidade da assistência, e do conceito ampliado de saúde, entre outros, com o desenvolvimento de competências que dêem conta da complexidade do trabalho em saúde para atenção integral e humanizada à população brasileira. A formação para área da saúde deve ter como objetivos a transformação das práticas profissionais, estruturadas a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de construir o cuidado para as várias dimensões e necessidades em saúde. Assim, esta investigação tem como objetivo analisar uma experiência de aprendizagem do estágio da Observação da Relação Mãe-Bebê-Família (ORMBF) como ferramenta para a constituição de sujeitos competentes para a produção de cuidados, na perspectiva da integralidade da assistência à saúde. O estágio acontece em uma parceria da Faculdade de Ciências e Letras com o Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, ambas da Universidade de São Paulo, para estudantes do 4º e 5º anos da Faculdade de Psicologia. O material empírico se constituiu dos registros de observações de 5 famílias efetuadas durante o ano de 2003, sendo utilizada a análise temática. Na análise do material foi possível a articulação dos núcleos de sentido: preparo para o encontro e postura do observador, a disponibilidade da família para o observador, se deparando com uma realidade diferente – o impacto com o cotidiano das famílias, a comunicação como elemento fundamental para a interação e a construção da interação e do vínculo. Estes núcleos de sentido apontaram para um grande tema: o aprendizado para a interação, na perspectiva da clínica ampliada para atenção integral à saúde. Todos estes elementos da ORMF que compõem o aprendizado para interação, na realidade, identificam o observador participante privilegiado para compreender a complexidade do processo saúde e doença, com responsabilização e vínculo com a família que se propôs conhecer, campo de competência para atenção integral à saúde. Revelam aprendizado pela experiência e, também, novos conteúdos a serem pensados por pensadores implicados com a mudança dos modelos de atenção à saúde e de ensino.

Palavras chave: 1. Observação da Relação Mãe-bebê-família. 2. Integralidade. 3. Ensino aprendizagem..

ABSTRACT

FRANCESCHINI, Trude Ribeiro da Costa. **Observation on the Mother-Infant-Family Relation as a tool for learning about integrity.**

The construction of the Single Health System (SHS) has undoubtedly led to a better access, offering a wider range of services. However, great challenges remain ahead if we want to reach an efficient, problem-solving and universal care model. Professional formation needs to get closer to the principles of the SHS, such as care integrity, and to a broader health concept, among others, developing competencies that are able to handle the complexity of health work, with a view to delivering integral and humanized care to the Brazilian population. Hence, health formation has to aim for the transformation of professional practices, structured on the basis of the problematization of the work process and its capacity to construct care for different health dimensions and needs. Thus, this research aims to analyze a learning experience during a training period in Observation on the Mother-Infant-Family Relation (OMIFR) as a tool for developing competent subjects for care delivery, from the perspective of integral health care. This training period is part of a partnership between the University of São Paulo School of Sciences and Languages and the Ribeirão Preto Medical School Teaching Health Center and directed at 4th and 5th-year students from the School of Psychology. 5 families were observed in 2003. The records of these observations were used as empirical material and were subject to thematic analysis. This analysis revealed the following clusters of meanings: preparation for the meeting and observer's attitude, family's availability for the observer, facing a different reality – the confrontation with the family's daily reality, communication as a basic element for interaction and the construction of interaction and bonding. These clusters pointed towards one large theme: learning for interaction, from the perspective of an expanded clinical practice to provide integral health care. All of these OMIFR elements that constitute learning for interaction actually identify the participant observer, who is in a privileged position to understand the complexity of the sickness and health process, being answerable to and bonding with the family (s)he aimed to get to know, which is a competence area for integral health care. They disclose learning through experience, as well as new contents that should be taken into consideration by thinkers who are committed to changing health care and teaching models.

Key words: 1. Observation of the mother-infant-family relationship. 2. Integrity. 3. Teaching-learning.

RESUMEN

FRANCESCHINI, Trude Ribeiro da Costa. **Observación de la Relación Madre-Bebé-Familia como una herramienta para el aprendizaje de la integralidad.**

La construcción del Sistema Único de Salud trajo sin lugar a dudas, una mejoría del acceso, con la ampliación de la oferta de los servicios, sin embargo, todavía hay grandes desafíos para alcanzar un modelo de asistencia eficaz, resolutivo y universal. Se hace necesario promover mudanzas en la formación profesional aproximándola de los principios del SUS, como integralidad de la atención y del concepto ampliado de salud, entre otros, desarrollando capacitación que de alcance a la complejidad del trabajo en salud para la atención integral y humanizada para la población brasileña. Así, la formación para el área de la salud debe tener como objetivos la transformación de las prácticas profesionales, estructuradas a partir de la problematización del proceso de trabajo y su capacidad de construir el cuidado para las varias dimensiones y necesidades en salud. De este modo, esta investigación tiene por objetivo analizar una experiencia de aprendizaje mediante la realización de una pasantía de Observación de la Relación Madre-Bebé-Familia (ORMBF) como herramienta para la constitución de sujetos competentes para la producción de cuidados, en la perspectiva de la integralidad de la atención a la salud. La pasantía resulta de una colaboración de la Facultad de Ciencias y Letras con el Centro Salud Escuela de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto, ambas de la Universidad de São Paulo, para estudiantes de 4° y 5° año de la Facultad de Psicología. El material empírico fue constituido por los registros de observaciones de 5 familias, efectuadas durante el año de 2003, utilizándose el análisis temático. Durante el análisis del material fue posible la articulación de los núcleos para el sentido: preparación para el encuentro y postura del observador, la disponibilidad de la familia para el observador, deparándose con una realidad diferente - el impacto con el cotidiano de las familias, la comunicación como elemento fundamental para la interacción y la construcción de la interacción y el vínculo. Estos núcleos de sentido apuntaron para un gran tema: el aprendizaje para la interacción, en la perspectiva clínica ampliada para la atención integral de la salud. Todos estos elementos de la ORMF que componen el aprendizaje para la interacción, en realidad, identifican el privilegio del observador participante para comprender la complejidad del proceso salud y enfermedad, con responsabilidad y vínculo con la familia que se propone conocer, campo de competencia para atención integral a la salud. Revelan aprendizaje por la experiencia y, también, nuevos contenidos para ser pensados por pensadores involucrados con la transformación de los modelos de atención a la salud y de la enseñanza.

Palabras claves: 1. Observación de la Relación Madre-bebé-familia. 2. Integralidad. 3. Enseñanza- aprendizaje

Sumário

Apresentação: motivação para o estudo

I. Contextualizando o tema.....	1
1.1. A constituição de atores sociais para o SUS.....	1
1.2. A Clínica como espaço de construção de novos sujeitos.....	6
1.3. A formação dos profissionais de saúde e as necessidades dos serviços de atenção à saúde: uma parceria possível?.....	14
1.4. O estágio de Observação da Relação Mãe-Bebê-Família - ferramenta para produção de sujeitos?.....	22
II. OBJETIVO.....	28
III. PERCURSO DA PESQUISA.....	29
3.1. A opção pela abordagem qualitativa.....	29
3.2. Cenário da pesquisa e as fontes de dados.....	31
3.3. Aspectos éticos da pesquisa.....	33
3.4. Procedimentos de análise dos dados	33
IV. O APRENDIZADO PARA A INTERAÇÃO.....	36
4.1. As famílias e os observadores: os sujeitos da ORMBF.....	36
4.2. Preparo para o encontro e a postura do observador.....	41
4.3. Disponibilidade da família para o observador.....	73
4.4. Deparando-se com uma realidade diferente – o impacto com o cotidiano das famílias.....	97
4.5. A comunicação como elemento fundamental para a interação.....	124
4.5.1. Comunicação demandante.....	125
4.5.2. Comunicação: as necessidades de continência do bebê e a continência para ele.....	157
4.6. A construção da interação e do vínculo.....	183
V. CONCLUINDO	226
VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	229
Anexos.....	239
Anexo 1: Mapa da área do CSE	
Anexo 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	

APRESENTAÇÃO: motivação para o estudo

*“Não se aprende, senhor, na fantasia,
Sonhando, imaginando, ou estudando,
Senão vendo, tratando e pelejando.”*
(Os Lusíadas, Camões)

A busca da produção do conhecimento é sempre mais ampla do que os recorte que faremos para a pesquisa em particular. O processo de investigação tem início a partir de certas dúvidas e inquietações, que são motores para a busca do conhecimento, mas fazem parte da realidade vivenciada pelo sujeito que pretende conhecer. Portanto, o pesquisador não é neutro em suas escolhas, o recorte da realidade a ser investigada carrega seus valores, suas crenças e sua ideologia; mas precisa estar disponível para emergência de “novos sujeitos”:

O sujeito aparece na reflexão sobre si mesmo e conforme um modo de conhecimento intersubjetivo, de sujeito a sujeito, que podemos chamar de compreensão. Contrariamente, ele desaparece no conhecimento determinista, objetivista, reducionista sobre o homem e a sociedade (MORIN, 2001, p.118).

Assim, passo a pontuar algumas marcas importantes para a eleição da experiência do estágio de Observação da Relação Mãe-Bebê-Família na formação/educação permanente de profissionais da área da saúde, como tema de estudo.

São implicações: minha história pessoal, o fato de ser filha e esposa de médicos tem um peso importante para escolha pela Medicina e sobre as opções de prática. Também, a formação profissional na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, baseada em um modelo pedagógico clássico de transmissão de informações compartimentalizadas em especialidades, centrada na teoria científica das doenças, mostrou-se insuficiente para as experiências de trabalho nos diferentes níveis de assistência médica, na supervisão clínica de alunos da área da saúde, bem como para o cargo de gerente/coordenadora de uma Unidade Básica de Saúde que, recentemente, incorporou o Programa de Saúde da Família.

Na dissertação de mestrado de Fortuna (1998), vejo vivências e preocupações que fazem ressonâncias com as minhas:

Penso que essas práticas foram, de uma certa forma, opções profissionais que fui buscando, vindo assim a construir minha carreira ao mesmo tempo em que fui e em que estou sendo por ela construída. Posso dizer que uma inquietação, cada vez mais crescente, foi se formulando durante esses anos de trabalho: por que é tão difícil e desgastante trabalhar em saúde? (FORTUNA, 1998, p.ii)

Por que os conhecimentos técnico-científicos atualmente disponíveis e as várias formações para o trabalho interdisciplinar não produzem mudanças positivas no contexto geral de saúde da população e na vida das pessoas?

A princípio, responsabilizando-me individualmente, procurei nos livros, cursos, grupos de estudos, sanar as “minhas falhas”. A procura por outros saberes, que satisfizessem as minhas necessidades, dirigiu-me à Psicanálise, tanto como experiência pessoal quanto teórica. As transformações foram substanciais:

Há considerável alívio e melhoria no trabalho assistencial, quando o médico pode conhecer, por um lado, os motivos do comportamento do paciente e, por outro, tanto os efeitos que esse comportamento lhe provoca – angústia, raiva, impotência – quanto as defesas que desencadeiam, por exemplo, comportamentos evitativos, consultas rápidas (MARTINS, 2002, p.28).

A clínica, então, dimensionou-se mais resolutiva, mais prazerosa. No entanto, a busca nunca está completa, quanto mais se estuda, mais trabalha, mais se renovam demandas. Vivemos em constante defasagem em relação à atualidade das nossas experiências mal conseguimos arranjar um certo jeito e ele se mostra insuficiente. Nessa incessante desconstrução, muitas vezes perdemos as nossas referências, sentimo-nos fragilizados, recorrendo a defesas estagnizantes. Mas podemos ser despertados para novas linhas de produção.

Interessante foi que, embora trabalhando há tanto tempo no “SUS”, somente neste momento as bases do Sistema Único de Saúde se revelaram como uma rica produção de propostas para um modelo tecno-assistencial

comprometido com o reconhecimento, a priorização e o enfrentamento das diversas necessidades de saúde do indivíduo e da coletividade.

Outras perguntas vão aparecendo ao longo do processo. O Movimento da Reforma Sanitária conseguiu aval jurídico-legal para sua operacionalização, mas por que as mudanças orientadas pelo seu ideário enfrentam tantos obstáculos para se concretizarem na prática? Na contínua procura, encontro co-pensadores compromissados com a implementação do SUS. Assinalam a necessidade de combinar a reforma da estrutura — descentralização, regionalização e hierarquização — com a mudança das pessoas nos seus valores, cultura e ideologias em uma perspectiva que favoreça a constituição de sujeitos coletivos para uma prática clínica e da saúde pública, onde as distâncias entre profissionais e pacientes, entre a equipe e a comunidade, entre os trabalhadores e seus meios de trabalho, sejam menores.

Como promover essas mudanças em uma cultura, onde o conhecimento e as intervenções sobre a saúde e a doença são de domínio médico? Como reordenar a Clínica e a Saúde Pública, ampliando o horizonte e as responsabilidades do olhar clínico, demonstrando que a cura ou a promoção de saúde dependem sempre do meio social e da história psíquica de cada pessoa?

Diante de novas indagações, renovadas procuras, surgem mudanças também no investigador que deseja conhecer, mudar. Nos encontros com outros trabalhadores implicados com a reforma do setor saúde e nos muitos desencontros com outros, apenas comprometidos com a sua própria situação social e econômica, emerge não um novo desejo, por quanto ele já estava lá sendo exercido há tão longo tempo quanto a assistência; mas a possibilidade de pensar a formação/ educação permanente dos profissionais da saúde, na prática dos serviços, no cotidiano da comunidade.

Sabendo que a doença é percebida a partir de normas socialmente construídas, que a saúde pressupõe a capacidade de utilização de recursos naturais ou socialmente construídos para lidar com a dor, sofrimento e morte, como valorizar para o aluno em formação, para o profissional em atividade, essa função essencial para Clínica, além da medicalização da doença?

Não desconsiderando as determinações sócio-históricas para a hegemonia do modelo médico, especializado e hospitalar, são significativas, para mim, outras considerações: o “objeto” das nossas ações de saúde é o outro, semelhante nas suas alegrias e realizações e também nas suas tristezas, dificuldades e finitude. Portanto, o processo de trabalho em saúde compreende a tecnologia das relações intersubjetivas. Sua importância para a clínica não pode ser internalizada pela transmissão de informações; faz-se necessário que, do impacto da experiência do encontro, possa emergir uma reflexão que re-signifique a prática, em suas finalidades e estratégias.

Nesta direção, o método de Observação Psicanalítica de Bebês, utilizado na especialização de psico-terapeutas infantis, revelou-se como um referencial de ensino-aprendizagem para esta dimensão da clínica. Adaptado com outros conhecimentos, que não só os da Psicanálise, passou a ser oferecido como estágio para alunos dos últimos anos de um curso universitário de Psicologia¹, como Observação da Relação Mãe-Bebê-Família (ORMBF).

Entre as propostas e as mudanças há um longo caminho ser percorrido. Todas têm suas potencialidades reformadoras desde que, na prática, possam estar sendo permanentemente pensadas. Assim, a motivação para o mestrado vem do desejo de sistematizar e analisar esta experiência em estudo, no intuito de que a produção de conhecimento, daí decorrente, possa reverter para formação / capacitação de profissionais da saúde no modelo proposto pelo SUS.

Emerson E. Merhy escreveu-me em dedicatória, no seu livro *Saúde - a cartografia do trabalho vivo: Fazer do nosso trabalho vivo em ato uma arma militante em defesa da vida deve ser um objetivo do nosso agir cotidiano*. Assim seja!

Assim, em um primeiro momento, contextualizar o tema pretendeu trazer os princípios filosóficos e indissociáveis do SUS na sua potência de movimento em direção à cidadania, mas refletindo sobre as dificuldades de implementação no cotidiano dos serviços de saúde. Para, então, apresentarmos o recorte eleito como objeto da presente investigação, assim como o pressuposto e o objetivo da mesma.

¹ O estágio da Observação da Relação Mãe-Bebê-Família iniciou-se em 1998, a partir da proposta da Prof. Dra Carmen Lúcia Cardoso de que os alunos do curso de Psicologia da Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo aprendessem sobre o desenvolvimento infantil durante as consultas de Pediatria do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da mesma universidade.

Posteriormente apresentamos o relato do percurso da pesquisa, iniciando com uma justificativa da opção pela abordagem qualitativa, para, depois, apresentar como acontece o estágio da ORMBF, delimitando-o como campo de estudo para o objetivo proposto. A seguir discorremos sobre os procedimentos para análise de dados.

Na análise dos dados colhidos do estágio ORMBF, identificamos os núcleos de sentido, que compuseram um grande grupo temático, buscando compreendê-los como ferramenta para aprendizagem da integralidade, relacionando-os ao pressuposto previamente definido e ao referencial teórico apresentado.

Na conclusão, fizemos uma síntese sobre as questões levantadas durante a análise, entendendo-a, não conclusiva, acabada, mas como pensamentos a procura de outros pensadores, que possam contribuir com a permanente investigação para a melhoria da assistência integral à saúde, pretendida pelo SUS.

I. CONTEXTUALIZANDO O TEMA

*“Saúde em produção é produção de imaginário,
de simbólico capaz de introduzir diferença
no jeito de andar a vida,
de se constituir sujeito na vida e no mundo.”
(Cinira Fortuna)*

*“... a verdade é a incógnita que,
sendo desconhecida,
nos faz pensar,
e nos fazendo pensar,
nos mantém vivos e esperanças.”
(Bion)*

1.1. A constituição de atores sociais para o SUS.

O processo de democratização mundial possibilitou que, da emergência de novos sujeitos, demandas antes reprimidas pudessem ser explicitadas como expressão dos diferentes interesses presentes nas distintas sociedades. No Brasil, os vários movimentos sociais ansiaram por novas formas de exercício da política capazes de reverter a desigualdade social, resultante das políticas econômicas de alta concentração de renda, no regime autoritário.

Assim, o movimento da Reforma Sanitária Brasileira constituiu-se como uma das vertentes de luta pela democracia e pela conquista dos direitos sociais no país. O projeto criticou o modelo prevalente baseado no crescimento do setor privado financiado pelo setor público, que levou à falência, deterioração, ineficiência e crise do sistema público de saúde. Sustentou-se em uma conceitualização de saúde ampliada, relacionada às condições de vida como moradia, saneamento, alimentação, condições de trabalho, educação e lazer. Ou seja, os cuidados à saúde ultrapassam o atendimento à doença, ampliam-se para a prevenção e melhoramento das condições de vida.

As políticas resultantes, consubstanciadas na Constituição Federal de 1988, procuraram organizar a saúde pela criação de um Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990. Os princípios fundamentais do SUS, doutrinários ou

éticos expressam os valores que a sociedade definiu como ideais para a área da saúde. A universalidade ou direito universal à saúde rompe com o modelo anterior, no qual a garantia de atenção estava condicionada à participação no mercado de trabalho e a contribuições prévias. A integralidade ou atendimento integral à saúde prevê que a articulação de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, melhore efetivamente a qualidade de vida da população. Com a equidade se reconhecem diferenças existentes das necessidades de saúde, seja entre os indivíduos ou entre as diversas comunidades, promove-se então ações diferenciadas.

Através dos princípios organizacionais ou operativos tornar-se-ão efetivos os objetivos últimos do SUS. A descentralização das ações e serviços de saúde, com ênfase para os municípios, a regionalização e a hierarquização entendem que um sistema assim organizado permitiria maior participação de todos os interessados na formulação da política e na implantação de serviços e ações de saúde, capaz de identificar as peculiaridades e as diversidades locais.

Muitas foram as conquistas: o direito à saúde reconhecido constitucionalmente, a reforma do Estado; no setor saúde, a criação de mecanismos de participação e controle social, entre outras. O direito e o dever da sociedade em participar do debate e da decisão sobre a formulação, execução e avaliação da política nacional de saúde, é maior que a avaliação e fiscalização dos serviços, pela população (CECCIM; FEUERWEKER, 2003).

O amparo jurídico-legal na explicitação e implantação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS, não foi ainda suficiente, para que nós, executores e usuários do SUS, conseguíssemos operacionalizá-los efetivamente para o acesso universal à atenção integral à saúde de qualidade. Nos serviços públicos, principalmente, mas também nos privados, há uma separação, um distanciamento entre os profissionais e os pacientes, entre equipes e a comunidade, entre trabalhadores e seus meios de trabalho. São freqüentes as queixas da insensibilidade e indiferença dos

trabalhadores de saúde, em especial do médico, frente ao sofrimento humano. As grandes filas nas Unidades Básicas e Distritais de Saúde, nos Pronto-Atendimentos, as reclamações freqüentes de usuários do sistema e a insatisfação conflituosa das equipes evidenciam a insustentabilidade do modelo atual, a necessidade de mudança (CAMPOS, 1994; MERHY, 1994; CARVALHO e CAMPOS, 1999; SÁ, 2001; MORINAGA et. al, 2002).

São necessárias políticas públicas integradas, articuladas intersetorialmente e de um compromisso irrestrito com a vida e a dignidade humana, capazes de reverter os níveis de saúde e a qualidade de vida da população. É preciso incluir novos sujeitos sociais na consolidação do SUS como sistema público de saúde, descentralizado e democrático, de forma que possam participar efetivamente no planejamento de serviços e suas ações. A política de recursos humanos deve perseguir a profissionalização com educação permanente, orientada para o trabalho em equipe de forma transdisciplinar. A organização da porta de entrada do sistema, através da estruturação da atenção básica, deve garantir o acesso universal à atenção integral, equânime e humanizada (ABRASCO, 2002).

Paim e Almeida Filho (1998) acreditam que o desafio da implementação do SUS passa pela discussão de âmbito público-político-social e as várias propostas devem conter transformações no complexo "promoção-saúde-doença-cuidado", em uma nova perspectiva que valorize a participação social nas questões de vida, saúde, sofrimento e morte. É necessária a construção da saúde como produção social, atualizando-a face às evidências de esgotamento do paradigma científico que sustenta suas práticas.

O Movimento da Reforma Sanitária, no entanto, privilegiou a razão estratégica para as mudanças da estrutura político-administrativa, esquecendo-se das pessoas que operariam e usufruiriam deste sistema criado. Seria necessário combinar a reforma da estrutura, as alterações de funcionamento das instituições sociais, com a mudança das pessoas nos seus valores, cultura e ideologias. Ou seja, simultânea à mudança da estrutura — descentralização, hierarquização e regionalização — os diversos sujeitos têm que incorporar a

saúde, no seu conceito mais amplo, como um direito e a importância da participação de todos no seu intento (CAMPOS, 1994).

Compreende-se que para implementação do SUS, a questão dos atores sociais é fundamental, isto é, a constituição de sujeitos² capazes de interferir ativamente para construção de um contexto mais favorável à mudança do modelo de atenção à saúde, coerente com os seus princípios e diretrizes.

Campos (1989) defende a ampliação prática da diretriz da descentralização através da delegação progressiva e concomitante de autonomia e maiores responsabilidades às equipes de saúde. Estas, a partir de diretrizes políticas, administrativas e assistenciais, de conteúdo mais geral, deveriam definir a organização de seu processo de trabalho. A autonomia dos trabalhadores deve estar em permanente diálogo com as diretrizes governamentais e a demanda social, de forma que sejam explicitados os direitos e deveres de ambas as partes. O compromisso firmado é com a produtividade de qualidade, com a humanização e com o acolhimento dos pacientes ou grupos comunitários.

Este mesmo autor (CAMPOS, 1994), contudo, afirma que na realidade, não se constituíram atores coletivos politicamente empenhados para auto-governo e co-gestão, porque ainda não conseguimos instituir esta tradição. Continuamos no velho funcionamento das instituições públicas — desperdício, clientelismo, privatização do público e burocratização.

A mudança será uma realização democrática através da reflexão crítica sobre as concepções e as práticas de saúde, dos próprios sujeitos que experenciam e se constituem neste processo. São heterogeneidades que se articulam, carregam em si as possibilidades de ação, mas ao mesmo tempo explicitam os vários interesses, as forças pelo poder, não isentos de conflitos. Neste processo, portanto, apesar de estarem envolvidos instituições e projetos, são sempre pessoas que se articulam e constroem vínculos, abrem-se ou não para o novo, para outras experiências e para possibilidades de reconstruir a assistência à saúde.

² Aqui estou tomando sujeito social como aquele que representa coletivamente o projeto e a possibilidade de intervenção nos processos colocados em ação (SADER, 1995).

Assim, o reconhecimento de que os problemas a serem enfrentados não dependem de ações isoladas, torna essencial a provisão de condições para a ação coletiva. Isso se dá através do encontro dos sujeitos, que trocam experiências com a potencialidade de fortalecimento mútuo (CAMPOS, 1994).

Não há processo mais eficaz para a constituição de sujeitos coletivos, que a vivência da construção de projetos, sejam eles grandes ou pequenos. Só assim as pessoas amadurecem e fazem valer seus direitos, porém sempre considerando os interesses dos outros, cujo reconhecimento das diferenças e similaridades assim como a explicitação do apoio ou não se faz necessário. Mas este movimento só é possível se a autonomia de cada trabalhador isoladamente estiver em uma relação dialética com a responsabilidade social necessária à construção coletiva de alternativas assistenciais (CAMPOS, 1994).

Este processo desenvolve-se, portanto, em diversos níveis de complexidade, depende do reconhecimento do outro como parceiro nas suas semelhanças, mas, principalmente, no direito à diferença, para que se possa conhecer o outro, como ele é, na sua forma de ver o mundo. Depois do conhecimento, podem ser criados vínculos de reciprocidade e colaboração, que potencializam a cooperação. Esta implica um processo mais complexo, porquanto dependente de uma associação de contratos e acordos para utilização conjunta dos diversos recursos, individuais e coletivos (FEUERWEKER et. al., 2000).

Concluindo, a viabilidade dos princípios SUS está na dependência de interações sociais mais horizontais e democráticas; na multiplicidade da participação dos distintos sujeitos que produzem conhecimentos e práticas assistenciais, dos sujeitos que utilizam os serviços de saúde, enfim daqueles que no cotidiano se dispõem a construir outro modo de fazer saúde. Este processo, no entanto, não ocorre espontaneamente, ao contrário, o trabalho é árduo e longo, dependente de estimuladores e de apoiadores do mesmo.

Mas ainda restam questões: com que instrumentos operar estas modificações? Quem os construirá? Aí é que entram a vontade política e

deliberada de agir e a capacidade reflexiva dos trabalhadores da saúde e de todos os setores da comunidade.

A possibilidade de mudanças depende das pessoas, que não se conformem com a situação estabelecida e entrevejam alternativas, acreditem nas suas capacidades de gerirem o seu cotidiano, explorando-as ao máximo. A generalização deste tipo de subjetividade não depende da vontade de militantes, de intelectuais, nem da psicanalização das massas. Esta dependeria da construção de movimentos, de projetos ético-políticos assistenciais que defendam a vida das pessoas, de espaços institucionais que produzam este tipo de socialização (CAMPOS, 1994).

Campos (2003) coloca que o trabalho das equipes de saúde deve apoiar o usuário para que ampliem sua capacidade de se pensar em contexto social e cultural, o que poderia ser realizado tanto durante as práticas clínicas, quanto as de saúde coletiva.

1.2. A Clínica como espaço de construção de novos sujeitos.

A crítica ao setor saúde parte da análise de que a função essencial – defender a vida das pessoas – tem ficado em segundo plano. A tendência da Clínica de medicalizar a doença, com procedimentos ditados pelo raciocínio científico hegemônico, mostra-se insuficiente, já que é uma das várias ações possíveis. O adoecimento é um processo muito mais complexo que o mau funcionamento dos órgãos, depende das condições de moradia, de trabalho, de lazer, enfim, está relacionado às condições vitais, mas também aos desejos e interesses de cada indivíduo e da coletividade onde se insere. Os homens constroem seu processo saúde-doença, nas suas relações no mundo e com o mundo, em espaços e tempos determinados.

A partir desta perspectiva, seria nesta direção que a Clínica deveria ser organizada: partindo das limitações decorrentes da doença, do sofrimento psíquico ou do contexto social; os serviços de saúde deveriam trabalhar para aumentar a capacidade de compreensão dos indivíduos sobre seu corpo, sua doença, as relações sociais concorrentes, ajudando-os a reconhecer e a utilizar

os seus recursos, bem como lhes oferecer os meios institucionais para melhoria das condições de vida. Neste sentido, o objetivo de trabalho da Clínica seria aumentar o potencial de autonomia das pessoas (CAMPOS, 1994).

Cada equipe de saúde precisaria, então, ampliar o horizonte e a responsabilidade da clínica, uma vez que a cura ou a promoção de saúde dependem sempre da interação que o homem, enquanto ser social, mantém em seus modos de se produzir e se reproduzir. A história psíquica de cada pessoa não se coloca ao largo, é inerente a processo.

Tal afirmação não dispensa a participação da clínica e da epidemiologia na ação em saúde, mas é importante que esta se dê de forma crítica, com possibilidade de dialogar com a sociedade sobre seus conhecimentos e métodos. A Clínica deve ser ampliada pela valorização da fala e da escuta. Isto pode contribuir para que os indivíduos tenham relações mais produtivas e maduras com a doença, com sua prevenção, com a promoção de saúde, com os trabalhadores, com os aparatos tecnológicos e com os estabelecimentos de saúde. Daí, a importância de temas como acolhimento, vínculo, cuidado, autocuidado, responsabilização e compromisso.

É nesta perspectiva que o vínculo trabalhador/equipe de saúde com o paciente/comunidade deve ser reforçado como um dos instrumentos potencializadores de transformar esta prática. Para isto, contudo, é necessário alterar a relação de autoridade entre ordem médica, que tem conformado os serviços de saúde, e sociedade civil.

Um sistema de saúde organizado pela lógica do vínculo, do acolhimento do paciente na sua integralidade pressupõe a existência de serviços e de equipes de trabalhadores, com razoável grau de autonomia e de responsabilidade técnico-profissional-gerencial. Ou seja, depende de um equilíbrio entre autonomia e responsabilidade dos trabalhadores de saúde. Em síntese, propõe a construção de sujeitos sociais com projetos em permanente conflito e negociação, aposta na construção de serviços que favoreçam a constituição de usuários e de profissionais de saúde com competência para um agir autônomo e solidário.

A situação atual, no entanto, é de insatisfação. Os trabalhadores estão distantes do seu objeto de trabalho, há uma separação progressiva entre os que planejam, dirigem o trabalho e aqueles que os executam, também não há integração entre o grupo de trabalhadores nas suas ações.

O desafio passa ser, então, desenvolver um processo que possibilite identificar, promover e gerir os saberes que devem ser mobilizados pelos trabalhadores, para que atuem para melhoria da qualidade da assistência, incorporando em suas ações os princípios da integralidade de atenção, da humanização do cuidado e do reconhecimento da autonomia e dos direitos do usuário dos serviços de saúde.

Merhy (2002a) denomina caixa de ferramentas o arsenal de saberes que o profissional deve possuir para a produção em saúde. Ele defende a noção de que os trabalhadores apresentam potenciais de intervenção marcados pela relação entre seus núcleos de competência específicos, associados à dimensão de cuidador que qualquer profissional da saúde detém. Os modelos de atenção comprometidos com a vida devem explorar positivamente essas diferentes dimensões tecnológicas das ações de saúde.

O núcleo específico é definido pela interseção entre o problema concreto a ser enfrentado e o recorte profissional do problema. Contudo, haverá sempre operando o ato cuidador, no qual atuam os processos relacionais do campo das tecnologias leves, e que pertence a todos os trabalhadores em suas relações interseçoras com os usuários.

A tecnologia³, a ser operada pelos modelos de atenção, é composta

³ Merhy (1997) discutindo a questão das tecnologias em saúde traz que estas podem ser tecnologias duras, leve-duras e leves, sendo que as tecnologias duras referem-se àquelas onde há trabalho morto já realizado e incorporado, como nos equipamentos, protocolos, rotinas; as tecnologias leve-duras são aquelas onde há possibilidade de novas incorporações de saberes, guardando, portanto, um núcleo mais duro e outro com potência de ser re-significado, sendo exemplo os saberes da Clínica, da Epidemiologia, da Administração e um sem fim de outros saberes. E as tecnologias leves seriam aquelas intensamente presentes nas relações que se estabelecem no contato do trabalhador com o usuário ou com os demais trabalhadores, e que se traduzem na escuta, no vínculo, nas possibilidades de interação e intervenção que se fazem presentes na relação entre as pessoas.

por ações instituintes de forças reais e socialmente interessadas. A assistência dos nossos serviços atuais privilegia a atuação sobre problemas específicos tornando irrelevante a dimensão cuidadora. Compatível com a filosofia médica neo-liberal, a ação de outros trabalhadores fica subordinada a esta lógica dominante, com seu núcleo cuidador também empobrecido.

Superar esta conformação exige a re-definição dos espaços de relação dos vários sujeitos envolvidos neste processo, alterando a missão dos estabelecimentos de saúde, ampliando suas ações, sem perder a eficácia dos distintos núcleos. Deve fazer articulações de forma que o núcleo cuidador, mais flexível em atos, possa influenciar os estruturados mais rigidamente, os específicos. Na verdade, espera-se que o núcleo cuidador se imponha, favorecendo inclusive a diminuição das relações de dominação, que se estabelecem entre os vários trabalhadores de saúde. Pode resultar um núcleo comum que explore a cooperação entre os diversos saberes e partilhamento decisório, equivalente ao trabalho em equipe (MERHY, 2002a).

Uma destas ferramentas, o *Acolhimento* vem sendo proposto e utilizado como dispositivo disparador de reflexões e mudanças nessa forma de se organizarem os serviços de saúde. Implicou na re-significação da universalidade da assistência e de governabilidade das equipes locais para intervirem nas práticas de saúde. Constitui-se como ferramenta de mudança no processo de trabalho em saúde, com a finalidade de garantir o acesso a serviços humanizados, resolutivos, de qualidade, com responsabilização coletiva dos trabalhadores com as necessidades dos usuários (MALTA; FERREIRA, MERHY, 1998).

No encontro do trabalhador e usuários do serviço de saúde, estabelece-se um processo de relação que comporta um conjunto de ações clínicas dirigidas para manutenção / recuperação de um modo de vida. Isto é, os processos tecnológicos (trabalho vivo em ato) operantes são a escuta e responsabilização, produtores de vínculos e de compromissos com projetos de intervenções, que possibilitam atuar sobre necessidades,

controle do sofrimento e/ou produção de saúde (FRANCO; BUENO; MERHY, 2001).

Matumoto (1998) descreve o *Acolhimento* como uma tecnologia leve, isto é, como os usuários e trabalhadores produzem o encontro para produção de ação em saúde. Depende do auto-governo dos trabalhadores, com capacidade de se flexibilizarem dentro da estruturação do trabalho, no uso de tecnologias (duras, leve-duras e leves) disponíveis, da mútua representação entre os envolvidos do que é saúde/doença e do que é problema /necessidade de saúde. O preparo para relação, o espaço e o tempo a ela destinado são importantes para escuta e comunicação, para a responsabilização e compromisso de ajudar o outro a tomar conta de sua própria vida.

Nas experiências práticas de implantação do *Acolhimento*, como em Belo Horizonte, houve uma melhora do acesso, priorizando o atendimento de casos agudos de urgência/emergência, com resultados positivos na assistência a saúde e no perfil de morbidade (MALTA; FERREIRA, MERHY, 1998). Concordamos com Matumoto (1998) que a prática do *Acolhimento* tem garantido o acesso, mas não tem promovido, de fato, uma mudança no agir em saúde. O acesso é fundamental para o trabalho em saúde, mas não satisfaz as necessidades do usuário, considerando a complexidade do processo saúde/doença e as expectativas decorrentes deste encontro.

Merhy (2002A) alerta para que todo profissional de saúde, independente da sua função, desempenha um duplo papel, é um operador de cuidado, na produção do acolhimento, responsabilizações e vínculos e, simultânea e conseqüentemente, torna-se o responsável pelo “projeto terapêutico”, ou seja, media os vários saberes profissionais e disciplinares que permitem lidar com a necessidade / problema de saúde presente. Ressalta que a articulação deste território comum com os núcleos específicos de ação ampliaria a eficácia destes últimos.

Um modelo em defesa da vida fundamenta-se nesta possibilidade, sem desvalorizar a importância dos meios específicos de produzir profissionalmente os atos em saúde. Os profissionais de saúde deveriam,

portanto, estar capacitados para trabalharem no campo das tecnologias leves, dos processos interseções⁴ relacionais (MERHY, 2000a).

O trabalho em saúde configura-se naquilo que o indivíduo experiencia como doença, sofrimento que transcende sua capacidade de auto-cuidado. Fazer anamnese desse padecimento, não é tarefa simples, posto que há, ao lado dos sintomas de sofrimento, sinais de vitalidade, *a doença do médico não coincide com a do paciente* (CAMARGO JR., 1992, p.209).

Estruturado a partir dos modelos de cientificidade da física clássica, o saber médico funda-se na racionalidade moderna, que sustenta três preposições. A primeira delas: universalidade, não se ocupando de casos individuais, tem um caráter generalizante; o segundo é o caráter mecanicista do funcionamento do universo, o ser humano aí incluído, como uma máquina subordinada a princípios de causalidade linear; e pela terceira de suas preposições, a racionalidade moderna faz, na abordagem teórica experimental para elucidação das leis gerais, um isolamento das partes no pressuposto de que o todo é dado pela soma das partes (CAMARGO JR., 1992; BASTOS, 2002).

A racionalidade médica coerente com esse modelo e tendo sido nele forjada, trata do sujeito doente pesquisando anátomo-fisiologicamente seu corpo para o estabelecimento de diagnóstico de doenças, de acordo com uma dada taxonomia, e intervenções terapêuticas. Entendendo a doença como universal, a racionalidade médica considera o corpo como uma máquina submetida a causas lineares, ainda que a multicausalidade esteja referida no discurso médico ela é “esquecida” na sua abordagem, acreditando que a doença é a soma das partes doentes do corpo maquínico (CAMARGO JR., 1992).

O “novo paradigma, pós-moderno” desmistifica o papel da ciência e aponta para uma redefinição dos tradicionais pressupostos epistemológicos “modernos” de neutralidade, objetividade e generalização, reclamando outra forma de fazer ciência. Não desconsiderando a importante contribuição da

⁴ Nos textos de Merhy, o termo *interseção*, derivado das palavras *interseção/ intervenção*, é usado para designar o que se produz nas relações entre “sujeito”, no espaço das suas interseções, que é um produto que existe para os “dois” em ato. Não tem existência sem a relação em processo, e na qual os “inter” se colocam como instituintes na busca novos processos (MERHY, 1997).

ciência objetiva, a Psicologia da Saúde tem como objeto de estudo e pesquisa comportamentos e experiências, almejando desvelar significados subjacentes e reconhece a peculiaridade e complexidades da experiência humana. Assim reconhece, tanto no campo do desenvolvimento teórico como no da intervenção, os seguintes princípios: a) da natureza simbólica da realidade social, b) da natureza histórico-processual dos fenômenos psicossociais, c) da expressão peculiar da “reflexidade humana”, d) a idéia de que todo comportamento humano normalmente tem uma razão ou objetivos, e) da consideração da natureza dialética e processual dos fenômenos bem como do caráter construído e não natural dos fenômenos sociais. Tais questões estão presentes de forma marcante em outras arenas teórico-práticas da lida em saúde e que ganham sentido e novos significados na produção de cuidados (TRAVERSO-YEPEZ, 2001).

Os significados e as explicações do sofrimento, da doença, do envelhecimento e da morte, naturais da existência humana, não se reduzem a evidências orgânicas, mas estão intimamente relacionados às características de cada sociedade e cada época, expressando a dinamicidade desses processos. Isto é, existe toda uma ordem de significações culturais socialmente construídas, que influenciam o uso que cada indivíduo faz do seu corpo, bem como as formas pelas quais cada pessoa experimenta os seus estados de saúde e doença, a expressão dos sintomas, assim como hábitos e estilos de vida e as próprias práticas de atendimento à saúde.

A abordagem centrada na doença em detrimento da pessoa, apesar de útil ao sistema médico, desconsidera a experiência subjetiva do paciente como uma forma de fazê-lo reconhecer sua identidade e seu poder pessoal. Tal visão limita tanto a compreensão que se tem da saúde-doença como componentes de um mesmo processo, quanto a sensibilidade de perceber os recursos positivos do paciente para sua própria recuperação (TRAVERSO-YEPEZ, 2001).

Fortuna (1999) observa que a produção em saúde freqüentemente ocorre em série, fragmentada e desprovida de sentido, reconhecendo a

determinação biomédica hegemônica produzindo os trabalhadores da saúde, que por sua vez produzem os serviços de saúde.

Ayres (2001) afirma que o nosso ideal sanitário, de que as pessoas se tornem sujeitos de sua própria saúde, não está em sintonia com a prática hegemônica da atualidade, condenada à negatividade da doença. Buscamos estabelecer um diálogo com “nossa população alvo” em favor da qual pretendemos dispor nossas competências profissionais, ignorando o diálogo no qual já estamos imersos. Reiteramos esta experiência com pouca densidade crítica, como se cada sujeito-profissional e sujeito-população saísse do seu lugar particular e se encontrassem em uma arena neutra, para dar e receber saúde.

Cuidar da saúde de alguém transcende as competências e tarefas técnicas, quando se orienta para o princípio da integralidade. Cuidar implica estar em relação, no encontro de pessoas que atuam umas sobre as outras. Espaço de falas, escutas e interpretações produzidas na intersubjetividade, fruto dos desejos e expectativas. O acolhimento e responsabilização para as necessidades de saúde, requerem a aceitação de um outro sujeito, com seus valores, interesses de natureza estética, emocional, moral entre outras (AYRES, 2001; GUIZARDI; PINHEIRO, 2004).

Há que se resgatar o termo atendimento integral para além do texto constitucional – valorizar as práticas preventivas e de promoção de qualidade de vida junto aos serviços assistenciais. É preciso torná-lo “integralidade” nos seus vários sentidos, mas sem perder a sua intensidade, esvaziá-lo dos seus significados. Como princípio orientador das práticas, ou da organização dos serviços, ou de políticas públicas, a integralidade não pode reduzir o sujeito a uma lesão, a ser prevenida ou já instalada. Tampouco se resume a conhecer as situações de risco. A busca deve ser por ampliar as percepções das necessidades dos mais diversos grupos e por ações que não se limitem às necessidades apreensíveis apenas pelo saber médico (MATTOS, 2001).

Nos dizeres de Cecílio (2001) é tomar o conceito de necessidade de saúde como estruturante da luta pela integralidade da assistência, na potência que tem

para ajudar trabalhadores individualmente ou em equipes a fazerem uma melhor escuta das demandas aos serviços de saúde. Apesar da complexidade do conceito, é preciso compreendê-lo na sua dimensão individual e social.

O autor reconhece, então, quatro grandes grupos de necessidade em saúde: as boas condições de vida, não apenas no seu aspecto ambiental, externo ao indivíduo, mas, também, a forma como este se insere e se relaciona no processo produtivo da sociedade capitalista; no acesso à tecnologia que garanta o prolongamento da existência com qualidade; a possibilidade de criação de vínculos afetivos de confiança, e a necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia na reconstrução de sentidos mais satisfatórios para andar a vida (CECÍLIO, 2001).

Nesta direção, a formação de trabalhadores em saúde com capacidade de dispor de uma *“caixa de ferramentas tecnológicas”* cujo *“compromisso-objetivo”* é produzir o *“cuidado em saúde”*, visando impactar *“necessidades”* que os indivíduos *“portam”* e expressam como *“necessidades de saúde”* remete-nos a outro desafio: *buscar um “novo” tipo de competência profissional no interior das práticas de ensino das escolas, e assim governar os nossos recursos disponíveis e os nossos processos pedagógicos de outras maneiras* (MERHY, 2002b, p.136).

1.3. A formação dos profissionais de saúde e as necessidades dos serviços de atenção à saúde: uma parceria possível?

A competência profissional é a capacidade de articular e mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, colocando-os em ação para resolver problemas e enfrentar situações de imprevisibilidade em uma dada situação concreta de trabalho e em um determinado contexto cultural. Não depende apenas da aquisição de conhecimentos técnicos, mas também daqueles construídos pela própria experiência e de habilidades e atitudes desenvolvidas na trajetória de vida do sujeito (DELUIZ, 2001; RIBEIRO; LIMA, 2003).

É necessário pensá-la como um conceito político-educacional abrangente, como um processo de articulação e mobilização gradual e contínua dos conhecimentos gerais e específicos, de habilidades teóricas e práticas, de hábitos e atitudes e de valores éticos, que possibilita ao indivíduo o exercício eficiente de seu trabalho, a participação ativa, consciente e crítica no mundo do trabalho e na esfera social, além da sua efetiva realização.

Segundo Zarifian⁵ (1999 apud DELUIZ, 2001, p.11), a competência exprime uma mudança essencial nas organizações do campo de trabalho, configurando uma nova forma de atuação do trabalhador, diante das transformações e ao mesmo tempo um novo modelo da gestão da força de trabalho. Não se trata de adequar formação profissional às exigências de mercado, em detrimento de uma formação integral que abranja a dimensão da cidadania. Muito menos de valorizar as habilidades operativas às custas das relacionais, uma vez que a qualidade de saúde pretendida inclui a humanização dos cuidados, na perspectiva do paciente. Reconhece-se a perspectiva do trabalhador e usuário, valorizando a autonomia das pessoas para assumirem a sua própria saúde.

As instituições formadoras, porém, consoantes com a ciência positivista, têm perpetuado modelos essencialmente conservadores, centrados em aparelhos e sistemas orgânicos e tecnologias altamente especializadas, dependentes de procedimentos e equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico, abandonando as sensações, impressões e afetos, tudo o que se apresenta como subjetivo. A realidade ficou, então, reduzida aos padrões ideais (FEURWEKER, 2000).

Este modelo tem conformado os serviços de saúde que, com a sua oferta, determinam a procura dos usuários pelos serviços de saúde. No entanto, está longe de satisfazer as necessidades e os problemas de saúde da população. Como vimos, a organização dos serviços de saúde deveria

⁵ ZARIFIAN, P. O Modelo da competência e suas conseqüências sobre os métiers profissionais. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL MERCADO DE TRABALHO: TRANSFORMAÇÕES E MONITORAMENTO DE OCUPAÇÕES. Rio de Janeiro, 1998. Anais... Rio de Janeiro: SENAI, CIET, 1999. 100p.

centrar-se no apoio aos usuários de modo que pudessem ampliar sua capacidade de intervenção sobre suas próprias vidas, dentro de seu contexto social e cultural. A transformação das práticas profissionais, portanto, deve se basear na reflexão crítica sobre o trabalho em saúde, na experiência da alteridade com os usuários, permitindo que o cotidiano da organização da gestão setorial e da estruturação do cuidado se incorporem ao aprender e ensinar, formando profissionais para área da saúde, de acordo com os princípios do SUS.

O projeto para formação profissional é maior que o projeto educativo que pretende o domínio técnico-científico para a profissão, estende-se pelos aspectos estruturantes das relações e das práticas, em todos os componentes de interesse ou relevância social, que contribuam para elevação da qualidade de saúde da população, no enfrentamento dos aspectos epidemiológicos do processo saúde doença e na organização da gestão setorial para a estruturação do cuidado.

No panorama atual da sociedade brasileira, onde cerca de 85% da população é usuária do sistema público de saúde e onde se vê instalada uma crise de caráter universal do sistema de saúde não apenas nas suas dimensões da ineficácia, ineficiência, iniquidade, mas da satisfação do usuário em relação ao atendimento que recebe (MENDES, 1996), o processo de formação de trabalhadores da saúde tem como desafio englobar a produção de subjetividades, de habilidades técnicas e de pensamento, e o adequado conhecimento do SUS. As mudanças necessárias no processo de formação profissional não podem consistir em simples re-arranjos de cargas horárias ou introdução de novas disciplinas, estão implicadas com o atual momento de crise, portanto devem ser profundas. Elas não se constroem e não se sustentam a não ser através da constituição de sujeitos, com visão crítica, capacidade de ação e proposição.

Dáí então a proposta de parceria entre universidades, serviços de saúde e organizações populares, pressupondo que, da relação mais horizontal, haveria maior possibilidade de criação de reais espaços de troca, interlocução e transformação mútua.

Apesar de já haver uma história de relação entre esses segmentos em experiência anterior, há uma crítica à verticalidade, à unilateralidade, no utilitarismo, na falta de compromisso com a continuidade dos processos em relação à demanda gerada. Aprendeu-se com as experiências anteriores da integração docente-assistencial (IDA) que dificilmente um projeto apropriado apenas por uma parcela ganha força para se converter em projeto transformador. Ou seja, na falta de uma relação mais democrática, a estratégia para mudança ficou reduzida (MISHIMA, 2003; SANTANA; CRISTÓFARO, 2002).

Há um contexto favorável na atualidade para esta parceria, embora não isento de conflitos, no questionamento que as universidades têm se feito sobre seu papel na produção e transmissão de conhecimentos para formação de profissionais competentes para trabalharem em uma sociedade que reorganiza sua forma de produção (CAMPOS et al., 2001).

Ao nível dos serviços, ao lado do fenômeno paradoxal de ampliação do trabalho informal, há a revalorização do mesmo. O padrão atual de organização da produção exige trabalhadores capazes de fazerem diagnósticos, de propor soluções, de equacionar problemas, de tomar decisões, de intervir no processo de trabalho, de trabalhar em equipe, de auto-organizar-se, de enfrentar situações em constante mudança, e até criar atributos e capacidades que viabilizem a inserção específica (DELUIZ, 2001).

Assim, formar “*recursos humanos*” com perfil adequado às necessidades sociais implica propiciar capacidade de aprender a aprender, trabalhar em equipe, comunicar-se, ter agilidade diante das situações, ter capacidade propositiva. São todas características genéricas, necessárias aos trabalhadores da saúde, que não combinam com a pedagogia da transmissão de conteúdos, alheios à realidade, que ainda predomina nos estabelecimentos formadores.

Há necessidade que estes órgãos formadores se abram aos problemas, questões e demandas da sociedade, reconhecendo o outro, em suas necessidades, suas interpretações do mundo e seus projetos. Espera-

se que, da interação, concretize-se a possibilidade de conhecer o mundo e seus arranjos sob outra ótica, que não as naturais ou científicas. Entende-se que relações mais abertas, de cooperação com vários setores da população, através de diversos mecanismos, são fundamentais para as atividades de formação, produção de conhecimento e prestação de serviços de maneira mais integrada, articulada, de acordo com as demandas dos vários segmentos organizados, e não apenas com as definições internas de conveniência e disponibilidade do próprio estabelecimento formador.

Segundo Santos⁶ (2000, apud FEURWEKER, 2000), a característica essencial da subjetividade emergente é conhecer a si mesmo e ao mundo através de uma retórica dialógica e de uma lógica emancipatória. No paradigma de comunicação construído por Habermas,

o sujeito não é definido como aquele que se relaciona com objetos para conhecê-los ou para agir através deles e dominá-los. Mas como aquele que durante o seu processo de desenvolvimento histórico, é obrigado a entender-se junto com outros sujeitos sobre o que pode significar o fato de conhecer objetos, agir através de objetos ou ainda dominar objetos ou coisa (SIEBENEICHLER⁷, 1989 apud FEUERWEKER, 2000).

A parceria pode se transformar em uma estratégia potente para constituição de sujeitos ao criar oportunidades para os diversos atores exporem suas iniciativas em seus respectivos contextos, analisarem a realidade, falarem, proporem, escutarem, tomarem decisões, executarem e avaliarem as atividades, alternativas e projetos. É fundamental para se compreender a complexidade da realidade e, daí, busquem novos recursos para enfrentar as dificuldades que se apresentam.

Contra a concepção hegemônica, tradicional, busca-se construir o conhecimento a partir da problematização da realidade, na expectativa que a partir do desconforto da situação presente, sejam geradas estratégias inovadoras de ensino-aprendizagem, de trabalho nos serviços e de participação social. Nos últimos anos, houve movimentos expressivos de algumas instituições de ensino na área da saúde no sentido de promover

⁶ SANTOS, B. A crítica da razão indolente contra o desperdício da experiência. Cortez Editora, São Paulo, 2000.

⁷ SIEBENEICHLER, F.B. Jürgen Habermas: razão comunicativa e emancipação. Ed. Tempo Brasileiro. Rio de Janeiro, 1989.

uma reflexão crítica das atividades desenvolvidas nos serviços e redes de gestão, tomando como referencial as necessidades de saúde das pessoas, a promoção da qualidade de vida (BRASIL, 2003).

A atenção integral à saúde implica na ampliação dos referenciais de trabalho de cada profissional de saúde, destacando as mudanças na relação de poder, pressupõe práticas que desenvolvam efetivamente a autonomia dos usuários (BRASIL, 2004).

A proposta de organização local para atenção integral e resolutiva à saúde com participação social favorece a mudança de cenários de ensino e trabalho em saúde. Esta implica em um conceito mais amplo do que o local onde se realizam as práticas. Significa a incorporação e a inter-relação entre métodos didáticos pedagógicos, a utilização de tecnologias e habilidades cognitivas e psicomotoras nos processos de trabalho, considerando a dinâmica social da saúde e da doença e a valorização de preceitos morais e éticos orientadores de condutas individuais e coletivas. Aos equipamentos educacionais devem se agregar, portanto, os serviços de saúde e a comunidade. Espera-se que, a partir da relação entre os diversos atores na identificação e abordagem da realidade concreta e subjetiva, se constituam espaços comunicativos para reconhecimento dos vários referenciais e saberes, potencializadores da participação e tomada de decisões mais democráticas. Há, ainda a oportunidade de experimentar e analisar criticamente as soluções propostas, na prática, favorecedoras das transformações necessárias do processo de trabalho (CAMPOS et al., 2001; FEUERWERKER; COSTA; RANGEL, 2000).

Algumas escolas médicas têm inserido os alunos na comunidade e nos serviços, precocemente, com o objetivo de que dessa interação possa haver uma compreensão das várias dimensões determinantes do processo saúde-doença, e uma vinculação com a população e as equipes de saúde. Trabalham com problemas não exclusivos da área médica, mas da família, da população de uma determinada área, enfim, daqueles que se relacionam com a saúde coletiva. Há repercussões importantes nas relações dos alunos (que comumente são de origem social diversa dos usuários e do conjunto

dos trabalhadores) com a população, com os trabalhadores da saúde e com os próprios colegas: reconhecendo a perspectiva do outro; aprende-se a avaliar e auto-avaliar-se, respeitando a autonomia; compartilhando os problemas levantados e as decisões, aprende-se a trabalhar em equipe (CHARLES, KOMATSU, MENEZES, 2003; FRANCESCHINI,S.; BOLLELA; FRANCESCHINI,T., 2004).

Estas experiências, ainda, têm repercussões sobre o ensino e trabalho em saúde, servindo como mecanismo de retro-alimentação mútua entre o pessoal docente e dos serviços (FEUERWERKER; COSTA; RANGEL,2000).

Certamente, a educação passa por mudanças. No entanto, apesar dos intensos debates, múltiplas proposições e das inovações introduzidas na graduação na área da saúde, ainda, é mais evidente a manutenção do *status quo* do que as transformações. A orientação predominante ainda fica alheia à organização da gestão setorial e ao debate crítico sobre a estruturação do cuidado à saúde, impermeável ao controle social.

Komatsu (2000) indaga por que a educação não flui sem a sujeição dos professores e alunos (dos trabalhadores) à ditadura de conteúdos, processos e práticas predeterminadas e descontextualizadas? Em consonância com outros autores (PADILHA; FEUERWERKER, 2001), ele mesmo responde: tais mudanças vão implicar em re-organizações das classes detentoras de poder, o que gerará confrontos e tensões, que precisam ser trabalhadas pelos diversos atores.

Mas como trabalhar estas tensões e conflitos?

Sá (2001) entende ser necessário um olhar interdisciplinar sobre a dinâmica social contemporânea e sobre a especificidade do funcionamento das organizações de saúde, mas ampliando-o com a perspectiva do papel fundamental dos processos subjetivos e intersubjetivos nesta dinâmica. O que a autora chama de “*forças desagregadoras do tecido social*” provocam efeitos sobre a sociedade, que se manifestam através de um conjunto de sintomas: a intensificação do individualismo de forma idealizada, com conseqüente perda de uma ideologia coletiva “*elevada*”. Há uma

supervalorização da técnica em função da urgência de produção, da eficiência máxima, condenando o indivíduo a uma existência viciosa, na caça interminável de sensações cada vez mais intensas e inebriantes, mas impossíveis de se configurarem como experiência de satisfação. Aqueles que não dão conta da hiper-produção, do consumo desenfreado estão excluídos pela “pós-modernidade” como incompetentes. Este clima de intolerância gera ressentimento, medo, insegurança e falta de solidariedade. Defensivamente, a sociedade responde banalizando as injustiças sociais e os sofrimentos infligidos a outros, para não lidar com a culpa e a responsabilidade pelo agravamento da adversidade social. A autora acredita que esta dinâmica social contemporânea nos torna descrentes da possibilidade de planejar e construir projetos coletivos regidos por valores altruístas e de equidade. E acrescenta, a recuperação da autonomia e solidariedade entre os indivíduos requer que, da luta pessoal interna entre agressividade, amor e inveja, possa emergir *um interesse pelos vínculos que nos unam a nós mesmos, aos outros e à sociedade*.

A organização e gestão do setor saúde e de ensino, como produções sociais, estão sujeitas às mesmas determinações. É preciso, portanto, compreendê-las na sua complexidade, recorrendo a vários aportes teóricos, se o desejo é a transformação. Dejour⁸ (1999 apud SÁ, 2001.) aponta que a incapacidade de muitos profissionais de saúde de lidarem com o sofrimento e dor alheios está na impossibilidade de enfrentamento do seu próprio sofrimento, resultante do seu processo de trabalho, fragmentado e descontínuo, e dos conflitos gerados pela falta de condições de trabalho nas organizações públicas de saúde. Sá (2001) vai além, ressaltando a natureza do trabalho em saúde: o lidar com a dor, sofrimento e morte de nossos semelhantes, é extremamente ansiogênico e, conseqüentemente, produtores de defesas. Conclui que é preciso reconhecer a insuficiência de propostas prescritivas comumente baseadas na racionalidade técnico-científica da epidemiologia e do planejamento e gestão, uma vez que elas

⁸ DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. Ed. Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro. 1999

não são suficientes, por si só, para lidar com as relações entre os sujeitos no interior dos serviços de saúde.

Mishima e colaboradores (2003) concordam que diagnósticos epidemiológicos bem formulados, sistemas de informação e controle adequados, um bom planejamento são certamente instrumentos necessários, porém, não suficientes, o desenvolvimento do trabalho em saúde requer pessoas que se reconhecem, articulando suas ações com as finalidades do trabalho, com as necessidades do usuário e com suas próprias, processo dinâmico de produção (MISHIMA et al., 2003).

De fato, há um interesse crescente na abordagem das relações entre os próprios trabalhadores e entre estes e os usuários dos serviços (CAMPOS, 2000; FORTUNA, 1998 e 2003, MATUMOTO, 1998 e 2003, MERHY, 2002; SÁ, 2001). Interessa-nos aqui, aquelas que possam contribuir para produção da autonomia e criatividade dos sujeitos, que viabilizem a construção de projetos para o cuidado.

1.4. O estágio de Observação da Relação Mãe-Bebê-Família – ferramenta de produção de sujeitos?

O estágio de Observação da Relação Mãe-Bebê-Família (ORMBF) tem sido oferecido aos alunos do quarto e quinto anos do Curso de Psicologia, da Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto (FFCLRP-USP) em parceria com o Centro de Saúde Escola (CSE) da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP-USP), ambas da Universidade de São Paulo.

O CSE constitui-se de sete unidades organizadas para assistência à saúde de nível primário e secundário, estando ainda comprometido com a formação de recursos humanos para trabalharem nas várias áreas de formação específicas e níveis de atenção do setor saúde, bem como, com a produção científica (ANEXO I – ver mapa do CSE). Destas sete unidades, uma se constitui em uma unidade de referência secundária com funcionamento 24 horas para urgências e emergências e atenção especializada para a área distrital, atendendo cerca de 120.000 habitantes;

uma unidade materno-infantil, quatro Núcleos de Saúde da Família atendendo uma população de cerca de 23.000 habitantes e uma unidade materno-infantil que teve incorporada uma equipe de Saúde da Família, responsável por uma população de 12.000 pessoas.

Nesta última, a Unidade de Vila Tibério, onde tem se desenvolvido o estágio, funcionava uma unidade materno-infantil, com pediatra e ginecologista e enfermagem desenvolvendo o Programa de Atenção Básica à Saúde da Criança e da Mulher, sendo que a partir do ano 2000, com a contratação de Agentes Comunitários de Saúde e o início da Residência de Medicina Comunitária com ênfase em Saúde da Família, a unidade passa a desenvolver uma assistência mais ampliada. São cadastradas as famílias de uma área adscrita, menor que a de atuação anterior, porém, esta comunidade começa a receber as visitas da equipe de saúde, antes só realizada pela equipe de enfermagem, e se estende a faixa etária para atendimento. Posteriormente, com a vinda de mais um médico e enfermeira, constituiu-se uma equipe mínima do Programa de Saúde da Família, que põe em prática, junto com a equipe já existente, a estratégia preconizada pelo Ministério da Saúde.

O estágio da ORMBF inicia-se em 1998, um pouco antes da transição relatada, mas quando alguns da equipe já percebiam o esgotamento do trabalho em saúde centrado no atendimento médico individual. Importante relatar este momento, porque a proposta da docente responsável pelo estágio dos alunos do Curso de Psicologia era de que estes pudessem aprender sobre o desenvolvimento infantil, observando uma consulta médica pediátrica. Certamente, havia uma inovação da instituição retirando os alunos do aprendizado teórico para uma experiência mais vivencial. Ainda que a proposta de observação da consulta pediátrica fosse uma alternativa ampliada de um laboratório de habilidades, ela se daria em um contexto reduzido da vida de uma criança. Mas, existia nas intenções um desejo de mudança maior. Diante da contra-oferta, por parte do serviço, de observar, longitudinalmente, o crescimento e desenvolvimento de uma criança no seu ambiente natural, incluindo até o acompanhamento de puericultura, ela foi

imediatamente aceita, apesar da falta de experiência da docente responsável pelo estágio. O mesmo se deu em relação aos alunos, cuja adesão ao novo estágio foi boa.

Mas em que consiste a ORMBF?

Uma adaptação do método da Observação⁹ Psicanalítica de Bebê, que tem sido usado no treinamento de psicoterapeutas infantis da Clínica Tavistok, em Londres, desde 1948, quando o curso começou. Em 1960, esta mesma observação foi introduzida no currículo do Instituto de Psicanálise de Londres. Oferece ao estudante a oportunidade de aprender sobre o desenvolvimento infantil, desde o nascimento, no seu ambiente e na relação imediata com a família (BICK, 1964). A observação fornece uma descrição macroscópica e longitudinal do desenvolvimento do indivíduo, o estudo da continuidade genética¹⁰, inserida no contexto familiar e social. Assim aprende-se sobre as peculiaridades e complexidade das relações, através da observação de uma relação em estado nascente. Outro ponto importante é a situação do observador na sua relação com a família e consigo próprio (MÉLEGA, 1995).

O observador aprende e treina a técnica da ORMBF durante um ano, com atividades de no mínimo 4 horas semanais, uma hora para observar, outra para escrever o relato das observações, que não deve ser feito durante a observação, e duas horas de seminário/supervisão¹¹. Busca-se o desenvolvimento de uma atitude observadora, que implica que se possa participar da situação sem intervir, emitindo opiniões ou julgamentos; deixar-se inundar pelos sentimentos e emoções sem buscar teorizações que expliquem, acalmem ou fechem as questões. É preciso, ao contrário, tolerar a angústia do não saber, para que seja mantida a postura receptiva do observador. Deve deixar-se flutuar nas regressões da dupla mãe-bebê e de seus próprios aspectos infantis despertados pelas emoções sentidas e observadas. O desenvolvimento desta atitude é auxiliado pelo apoio do

⁹ A observação designa o próprio ato de observar qualquer fenômeno que se visa o conhecimento.

¹⁰ Aspecto processual do fenômeno (KLEIN, 1969).

¹¹ O termo “supervisão” usado aqui difere da concepção comum: uma visão superior, capaz de tudo ver e assim controlar. Prática usual na saúde mental, é construída na participação interativa dos membros do grupo, para facilitar o grupo supervisionado a perceber, rever seu modo de pensar e agir..

grupo de supervisão, que através do relato pode reviver e recriar o material da observação. É no grupo que as ansiedades podem ser aliviadas e surgir novas compreensões (CARON et al, 2000).

O Registro das Observações não é apenas um relatório descritivo do ocorrido durante a visita à família para observação, deve conter, também, os afetos, as emoções vivenciadas na relação. Por ser feito após, e não durante, o período de observação, os aspectos lembrados, que serão descritos, e os esquecidos que poderão ser lembrados durante a leitura do relato, ou em outra ocasião, revelam os acontecimentos importantes, porquanto impactaram o observador. Isto é, tiveram força para provocar interesse, despertar escuta e sensibilidade para desvendar o oculto, essencial para o compromisso na atenção integral à saúde.

No início não é uma tarefa fácil, não é conhecida; envolve treino e disciplina de escrever em associação livre, o mais imediato possível, sob o impacto recente das emoções despertadas. Requer tempo, pois são longas. E o resultado, muitas vezes confuso pela própria situação ou provocado pelos afetos da experiência, não promove o sentimento de realização. Além disso, os estudantes, receiam a avaliação objetiva e subjetiva. Mas são as várias realizações semanais acrescidas pela supervisão, que transformam esta tarefa. Ela não deixa de ser trabalhosa, no entanto, na leitura e releitura da observação realizada, os estudantes tornam-se conscientes de aspectos, antes não levados em conta, lembram de ocorrências que não foram valorizadas. Assim, sentem-se encorajados, podem perceber a importância do registro, tal como proposto, em outro sentido. Sem desconsiderar o esforço para sua execução, podem fazê-lo de forma mais leve.

Quando pode assim ser apreendido, o registro tenta traduzir a experiência do observar a relação mãe-bebê. Mas é outra criação da imagem desta relação, com as emoções despertadas no observador por tudo que nela ocorre (MALTZ, 2003). Pode haver registro sem criação. Pode nem haver registro. Todas as formas podem revelar desde *os laços do encantamento* (LACROIX; MONMAYRANT, 1997) às dificuldades do

observador para entrar em contacto com os desacertos, desarmonia, sofrimentos e inseguranças também presentes na relação.

Durante as supervisões, acompanhamos a experiência do observador, ajudando-o a entrar em contato consigo mesmo (MÉLEGA, 1995; SOUZA, 1995; TALBERG, 1995). Muitos são os que se permitem perceber os seus pré-conceitos¹², com sua intolerância ao diferente e com sua impotência diante das coisas que não se pode mudar. Para esses, os modelos, configurações e padrões de comportamento da relação Mãe-Bebê-Família, que vão se delineando ao longo da experiência, revelam uma outra dimensão cuidadora.

O treinamento é dirigido para a formação de psico-terapeutas, no entanto a dupla mãe-bebê e mesmo outros membros da família podem se beneficiar da presença do observador, compartilhando, em uma linguagem verbal ou não, suas emoções, angústias e sofrimento. Comprovou-se, nas diversas situações de supervisão, que a postura discreta e acolhedora do observador exerce uma influência facilitadora na interação da dupla Mãe-Bebê, no encaminhamento de problemas e na melhoria da auto-estima materna (CARON, 1995). Assim, este método tem sido aplicado em outros enfoques, com adaptações para novos contextos. Embora as experiências sejam recentes, revelam uma riqueza de potencialidades criativas no campo das pesquisas e reflexão sobre o desenvolvimento humano e nos processos de intervenção (BERTOLDI, 2000; CARON, 1995).

A perspectiva da Observação da Relação Mãe-Bebê-Família configurou-se como possibilidade de pesquisa e aprendizado pela experiência da dimensão tão complexa das relações humanas, considerando-os como fundamental para os profissionais que tomam a concepção ampla de saúde como objeto e as tecnologias leves como ferramenta de trabalho.

No trabalho em saúde, estamos, trabalhadores e equipe de saúde, indivíduo, família e comunidade, inseridos em um cotidiano definido pelo

¹² O que se espera é que o observador não inverta a ordem da Observação, ou seja faça uma substituição antecipada e precipitada da Observação em si, por seus conceitos e expectativas, portanto, preconcebendo (REZENDE, S.D.)

território das relações. Mais que o lugar do encontro, estão implicados outros, como a casa, o trabalho, a escola, a comunidade. Refere-se ao tempo, não só do aqui agora, mas o passado, que constitui a história dos envolvidos, e o futuro, com suas expectativas e projetos. Inclui também o ritmo da vida cotidiana, dado por sua organização, que faz com que as coisas, os afazeres se repitam com certa periodicidade, garantindo uma certa tranquilidade. E, neste movimento, na maioria das vezes, perdemos a capacidade de nos indignarmos, passamos a banalizar o sofrimento, a dor e a morte, acríticos em relação àquilo julgamos impossível mudar (MATUMOTO; FORTUNA, 1998).

Precisamos estar abertos à investigação do novo, do diferente, despojados do que já sabemos e de soluções prontas — *sem memória, sem desejo* (BION, 1973). Nesta interação consigo próprio, com outro(s), com o meio podemos descobrir um espaço, que Merhy (1997) denomina “*interseção*” e Winnicott (1975) “*transicional*”, onde o estabelecimento de relações interpessoais, de vínculo, de solidariedade e acolhimento possibilitam a constituição de sujeitos autônomos capazes de escolherem entre os diversos modos de *andar a vida*.

Assim, temos por pressuposto desta investigação que a ORMBF possa ser um processo para conhecermos as vicissitudes da comunicação intersubjetiva, para que, apropriando-se dela, não apenas quanto conceito, mas através da experiência refletida, tornemo-la ferramenta de trabalho, com o objetivo de melhorar a qualidade de assistência em saúde, incorporando em suas ações os princípios da integralidade de atenção, da humanização do cuidado e do reconhecimento da autonomia e dos direitos dos usuários dos serviços de saúde.

II. OBJETIVO

Centrado nas questões que foram sendo apresentadas no texto e na explicitação do pressuposto da investigação, tem-se como objetivo *analisar a experiência do estágio da Observação da Relação Mãe-Bebê-Família como ferramenta para constituição de sujeitos competentes para produção de cuidados, na perspectiva da integralidade da assistência à saúde.*

III. O PERCURSO DA PESQUISA

3.1. A opção pela abordagem qualitativa

Saúde e doença são fenômenos clínicos e sociológicos vividos culturalmente, porque as formas como a sociedade os experimenta e cristaliza, e simbolizam as maneiras pelas quais ela enfrenta seu medo da morte e exorcisa seus fantasmas. Neste sentido, saúde/doença importam tanto por seus efeitos no corpo como pelas suas repercussões no imaginário: ambos são reais em suas conseqüências. Portanto, incluindo os dados operacionalizáveis e junto com o conhecimento técnico, qualquer ação de tratamento, prevenção ou de planejamento deveria estar atenta aos valores, atitudes e crenças dos grupos a quem se dirige (MINAYO, 1993).

O campo da saúde apresenta-se, assim, como uma realidade complexa, por demandar conhecimentos distintos e integrados, que dialeticamente confrontam teoria e prática, em um fazer cotidiano, que envolve o conjunto de relações sociais nas áreas de produção de ações de saúde.

A matéria prima deste trabalho, o estágio da ORMBF, constitui-se de pessoas convivendo em dinâmica de interação social, recorte espacial para a pesquisa de produção de intersubjetividades onde a relação do pesquisador com os sujeitos, a serem estudados, é de extrema importância (CRUZ NETO, 2001). O reconhecimento de que estamos diante de duas realidades culturais – a que se deseja conhecer e a que é própria do investigador – traz implicações para escolha metodológica.

Em outros termos, o pesquisador não fica à margem da realidade que estuda, dos fenômenos aos quais procura captar seus significados e compreender. Desta maneira, sua atividade, sem dúvida alguma, está marcada por seus traços culturais peculiares, e sua busca e interpretação de significados estão inevitavelmente ligadas a sua concepção de mundo. O valor científico de seus achados, porém, depende da descrição que faz do que observa, que deva ser orientada por princípios e estratégias gerais. Refere-se aos pressupostos ecológicos-naturalistas e fenomenológicos-qualitativos. Os primeiros ressaltam a influência do ambiente sobre os atores: o meio, com suas características físicas e sociais, imprime aos

sujeitos traços peculiares, que são desvendados à luz do entendimento dos significados que ele estabelece. Os segundos, ressaltam a idéia dos significados latentes do comportamento humano – *muitas vezes, têm mais significados do que os fatos que ele manifesta* – cujo processo de internalização, geralmente, é inconsciente, não podem ser ignorado pelo pesquisador (TRIVIÑOS, 1992).

A visão da realidade social e cultural deste ângulo obriga o pesquisador a considerar uma estratégia metodológica fundamentada pela flexibilidade da ação investigativa. Não significa que ele deva estar despojado de princípios e idéias, mas impossibilita a colocação de hipóteses que devam ser testadas empiricamente, segundo padrões rigidamente predeterminados. Estes, tão comuns nos modelos positivistas e empiricistas tradicionais, na suposta busca da objetividade e neutralidade dos dados, procuram eliminar toda presença do sujeito nos resultados (TRIVIÑOS, 1992).

A pesquisa que pretende investigar os níveis mais profundos das relações sociais, isto é, valorizando os aspectos chamados subjetivos, não pode ser operacionalizada em números ou variáveis, impossíveis de serem sintetizadas em dados estatísticos. São necessárias metodologias de pesquisa capazes de incorporarem a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, tomadas no seu advento e transformações como construções humanas significativas. Nesta perspectiva, o objetivo das ciências sociais não é quantificar, mas entender e explicar os meandros das relações sociais, no seu contexto histórico e natural, considerando, ainda, as representações sociais.

Nesta perspectiva, *não se compreende a ação humana independente do significado que lhe é atribuído pelo autor, mas também não se identifica essa ação com a interpretação que o ator social lhe atribui* (MINAYO, 1993, 2001).

A pesquisa qualitativa trabalha com o universo dos significados, motivos, aspirações e crenças, valores, atitudes, ou seja, privilegia os aspectos subjetivos

dos atores. Pretende conhecer a realidade social pelos significados que eles têm para o sujeito. Corresponde a um recorte mais profundo das relações, que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis quantitativas (TRIVIÑOS, 1992; MINAYO, 1993, 2001).

Dada a característica dinâmica e a riqueza de significados da realidade social a ser investigada, ela é maior que qualquer teoria, discurso ou pensamento que se possa elaborar sobre ela. O conhecimento construído é sempre uma aproximação inacabada. As ciências sociais, no entanto, possuem instrumentos capazes de fazer uma aproximação da complexidade, que é a vida dos seres humanos em sociedade, ainda que de forma incompleta, imperfeita e insatisfatória (MINAYO, 1993, 2001).

Em síntese, a metodologia da pesquisa qualitativa considera, além do contexto do fenômeno social estudado, a prática e o propósito transformador do conhecimento que se adquire da realidade, nos seus aspectos essenciais e acidentais. Pode, então, assinalar as causas e as conseqüências dos problemas, suas contradições, suas relações, suas qualidades, mesmo, suas dimensões quantitativas, para realizar, através da ação, um processo de transformação da realidade que interessa (TRIVIÑOS, 1992).

A nossa opção pela pesquisa qualitativa justifica-se pela busca de uma metodologia que possa apreender os dados colhidos, através da Observação da Relação Mãe-Bebê-Família, as perspectivas e expectativas das pessoas observadas, e transformá-los em ferramenta de aprendizagem para uma produção em saúde como sonha CAMPOS (2000) *“conforme o gosto e a necessidade das pessoas”*.

3.2. Cenário da Pesquisa e as fontes de dados

O cenário de desenvolvimento do estágio da ORMBF é o Centro de Saúde Escola de Vila Tibério, uma das unidades do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo que tem como propósito o desenvolvimento de assistência, ensino e pesquisa. Foi uma Unidade Materno Infantil, mas hoje caracteriza-se como uma unidade mista, com assistência à saúde da criança, da mulher e o

desenvolvimento da estratégia de Saúde da Família. Situa-se no Distrito Central de Ribeirão Preto, cobrindo os bairros de Vila Tibério, Vila Amélia, parte do Jardim Conceição, Vila Junqueira Uchoa e parte da Vila Lobato, com aproximadamente 16 mil habitantes.

É nesta unidade de saúde que se desenvolve, portanto, os estágios dos alunos do 4º e 5º anos do curso de Psicologia da FFCLRP-USP, da disciplina-estágio Observação da Relação Mãe-Bebê-Família. Consta da observação participativa, pelos alunos, para aproximação da realidade da população alvo de nossas atenções de saúde, e da supervisão-seminário, cuja responsabilidade de coordenação é de uma docente do curso e de uma das pediatras do serviço, que também é coordenadora da unidade. O local de observação é predominantemente o domicílio da família, mas pode ser outro que proporcione a observação da interação, não há necessidade de limitação. O estágio tem como objetivo o desenvolvimento de atributos, atitudes e habilidades para o cuidado qualificado¹³ à saúde.

O material empírico a ser analisado foi composto de fontes secundárias: os registros das observações realizadas, nas visitas feitas pelos cinco alunos, que optaram pelo do estágio da ORMBF e das avaliações realizadas por estes alunos durante o ano de 2003.

Optou-se pela apresentação dos dados na seqüência dos numerosos registros de observações feitas e registradas, por cada observador, por traduzirem a longitudinalidade dos encontros.

A escolha pelo último ano de estágio, após a decisão do objeto de estudo para o mestrado, considera a evolução e as suas transformações como importantes para análise que se pretende. Ou seja, a experiência, ao longo dos anos, foi aperfeiçoando o trabalho de ensino aprendizagem segundo as necessidades emergentes. Esta capacidade de auto-correção do método, de *feed-back*, de mudar adaptando-se às circunstâncias que se apresentaram, está comprometida com a composição de *uma caixa de ferramentas* para o trabalho das necessidades de saúde, segundo uma concepção mais ampla, à qual nos referenciamos.

¹³ Merhy (2002a) assinala que, mesmo, o atendimento técnico é uma produção de cuidados. Entende, então, como qualificado, aquele que engloba as relações de escuta, vínculo e responsabilização.

3.3. Aspectos éticos da pesquisa

Para a realização da pesquisa, o presente projeto seguiu as normatizações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, presentes na resolução do CNS 196/96 e Capítulo IV da Resolução 251/97, cabendo ainda frisar que há o compromisso da divulgação dos resultados da pesquisa, junto à instituição envolvida. (Anexo II)

3.4. Procedimentos de análise dos dados

A expressão mais comumente usada para representar o tratamento do material dos dados de uma pesquisa qualitativa é a Análise do Conteúdo. No entanto, o termo significa mais do que um procedimento técnico, resulta de uma busca teórica e prática, ao longo do tempo, no campo das investigações sociais.

Trata-se de um conjunto de instrumentos metodológicos para análise da comunicação. Utilizando-se de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, visa obter indicadores que permitam conhecer as variáveis inferidas das mensagens (BARDIN, 1995).

Esta definição de Bardin confere à Análise do Conteúdo algumas peculiaridades. Enfatizando o conteúdo das comunicações, ela inclui as suas várias formas, verbais, não verbais, escritas, entre outras. Outra característica essencial é que, a partir das informações que o conteúdo fornece, pode-se fazer inferências sobre as mensagens, isto é, pode-se descobrir além dos conteúdos manifestos, do que está sendo comunicado e fazer uma interpretação mais profunda. Por último, cada uma das modalidades do conjunto da análise do conteúdo manifesto ou latente da comunicação enfatiza aspectos a serem observados nos textos dentro de pressupostos específicos (TRIVIÑOS, 1992; MINAYO, 1993; BARDIN, 1995).

Escolhemos, dentro da Análise do Conteúdo, a Análise Temática por ser, segundo Minayo (1993), uma das que melhor se adequa à investigação qualitativa sobre a Saúde, por utilizar o tema como unidade de registro para

estudar motivações de opiniões, de atitudes, de valores de crenças, de tendências, entre outras.

A análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem algo para o objetivo analítico usado. Pode ser necessário definir também as unidades de contextos, ou seja, referenciar a mensagem ao contexto da qual ela faz parte (MINAYO, 1993; BARDIN, 1995; GOMES, 2001).

Bardin (1995) assinala três etapas básicas para operacionalização da análise temática:

A Pré-Análise é a organização do material. Consiste da reunião de todo material empírico, leitura exploratória exaustiva de forma a permitir a retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa ou reformulando-os frente ao material coletado, e determinar o *corpus* da investigação, que não é outra coisa que a especificação do campo para os recortes adequados ao objetivo do trabalho. Assim, os registros das observações realizadas pelos estudantes do estágio, durante o ano de 2003, foram tomados na sua totalidade em sequência.

Na segunda etapa, que na verdade teve o seu início já na pré-análise, o *corpus* foi submetido a um estudo aprofundado, orientado pelos conceitos que sustentam a ORMF e pelos conceitos da integralidade da atenção à saúde. Nesta fase foram realizados os recortes para codificação e categorização do material empírico, visando identificar as unidades de registros significativas visando alcançar os núcleos de compreensão.

Neste sentido foram inicialmente identificados distintos recortes iniciais de análise: a comunicação demandante, a comunicação que ensina sobre a continência, a disponibilidade da família, o preparo para relação, a postura do observador, o impacto com a realidade diferente das famílias, interações positivas e negativas, vínculo, forma de registro das observações e impressões, e sentimentos despertados pela observação e aprendizado pela experiência.

A terceira fase ocorreu simultaneamente à segunda, uma vez que, a partir da identificação, recorte e categorização dos elementos importantes,

propusemos inferências, muitas delas já discutidas nos seminários de supervisão, e realizamos as interpretações com base no quadro teórico, que embasa a ORMBF, e dos vários sentidos de integralidade da assistência. Também fomos despertados para outras perspectivas emergentes, na leitura e análise do material além do manifesto presente nas observações

Em um movimento de articular e rearticular os recortes iniciais de análise foram identificados 5 núcleos de sentido: preparo para o encontro e postura do observador, a disponibilidade da família para o observador, deparando-se com uma realidade diferente – o impacto com o cotidiano das famílias, a comunicação como elemento fundamental para a interação e a construção da interação e o vínculo. Estes núcleos de sentido, compuseram o tema apresentado no capítulo 5: o aprendizado para a interação.

IV. O APRENDIZADO PARA A INTERAÇÃO

Iniciaremos a apresentação dos dados, fazendo uma breve apresentação dos cinco grupos participantes da ORMBF – observadores, mães, seus bebês e as famílias – que construíram, ao longo das observações, relações de aprendizagem mútua. Tal opção foi considerada importante no sentido de melhor contextualizar a apresentação dos registros das observações, que vêm a seguir, e que constituem a principal fonte de dados para análise.

Em um segundo momento, a partir da análise do material empírico, foi possível a articulação dos vários núcleos de sentido - preparo para o encontro e postura do observador, a disponibilidade da família para o observador, se deparando com uma realidade diferente – o impacto com a realidade das famílias, a comunicação como elemento fundamental para a interação e a construção da interação e o vínculo – em um grande tema: **o aprendizado para a interação**, na perspectiva da clínica ampliada para atenção integral à saúde.

4.1. As famílias e os estudantes: os sujeitos da ORMBF

Os estágios profissionalizantes são realizados, sob coordenação do Centro de Psicologia Aplicada (CPA), como exigência para formação do psicólogo, no curso de Psicologia da FFCLRP-USP. Caracterizam-se por atividades supervisionadas de prestação de serviços psicológicos que sejam pertinentes às diversas áreas de atuação – Saúde, Educacional, Trabalho e Social-Comunitária - e que sejam efetivamente desenvolvidas em situação real. Para que as quinhentas horas de estágios supervisionados, exigidas por lei, possam ser cumpridas, o CPA oferece quarenta e cinco diferentes tipos de estágios nas quatro áreas de aplicação, em parceria com as mais diversas instituições.

A ORMBF é atualmente uma disciplina-estágio¹⁴ optativa, oferecida pelo curso em parceria com o CSE da FMRP-USP. Anualmente, são

¹⁴ Disciplinas-estágios são disciplinas que estão na grade curricular e que contam como horas de estágio profissionalizante (Normas para Regulamentação de Estágio Profissionalizante – mimeo, 2004).

oferecidas de 3 a 10 vagas para os estudantes do quarto e quinto anos, que são escolhidos por uma seleção realizada pelas supervisoras¹⁵. A seleção consta de uma entrevista, onde é discutida a opção por este estágio específico, a partir de um relato escrito previamente.

Para o ano de 2003, objeto de nossa pesquisa, inscreveram-se 15 estudantes, tendo sido escolhidos cinco, todos do quarto ano, sendo que apenas um era do sexo masculino. Uma das estagiárias escolhidas já tinha outra formação universitária completada imediatamente antes de iniciar o curso de Psicologia.

A aparente homogeneidade da seleção – mesmo curso, mesmo ano de graduação, faixa etária semelhante – vai ser desvelada pela singularidade das observações realizadas por cada um, segundo as próprias experiências, atuais e passadas, que também conformam a sua concepção do mundo das relações.

A maioria dos estudantes que fazem a opção pelo estágio da ORMBF conhece-no pelo relato dos colegas que já passaram pela experiência e as expectativas nos relatos iniciais são comuns: a observação em contraposição a um modelo de intervenção, a orientação psicanalítica do estágio, a possibilidade de observar na prática as várias teorias sobre o desenvolvimento infantil. No entanto, quando finalizada a experiência, o relatório de avaliação aponta uma contradição: apesar de conhecerem a proposta teórica da observação e a vivência de outros estudantes, têm uma expectativa fantasiosa¹⁶. A dicotomia entre observação e intervenção, na realidade, carrega uma imagem de distanciamento entre os sujeitos, na suposição de que há um observador passivo que registra o comportamento do objeto investigado, da concepção científica tradicional. Nesta perspectiva, a Psicanálise é almejada como teoria a ser aprendida sem envolvimento com a situação de observação, oposto ao modelo proposto por Bick (1964) para observação psicanalítica de bebês (PERGHER et al., 2005).

¹⁵ Já explicitado na descrição da ORMBF, no capítulo 1.

¹⁶ Fantasia, aqui, usada como termo técnico da Psicanálise, sem valorização moral, mas para exprimir aquilo que o indivíduo manifesta como desejo inconsciente.

Interessante, no entanto, que o impacto com a realidade experienciada, em muito diferente da idealizada, não promoveu a desistência do estágio. Há nestes estudantes um “encantamento” pelo “diálogo das emoções” que a ORMBF proporciona: pode-se aprender com o que não deu certo, com o sofrimento, mas também com a alegria, com a realização da tarefa que ousou caminhos antes não percorridos.

E as famílias, quem são ? Como foi a escolha?

As cinco famílias visitadas pelos observadores aceitaram participar do estágio, mediante convite feito, na maioria das vezes, à mãe, ainda gestante em acompanhamento pelo serviço de saúde, ou durante a primeira consulta da puérpera e do bebê¹⁷. Não há um critério de escolha definido, apenas em um caso, uma Agente Comunitária de Saúde¹⁸ discutiu com a equipe como benéfico para a família o acompanhamento propiciado pela ORMBF e, então, conversou em conjunto com o casal, antes do nascimento da criança. Constituem-se, assim, grupos muito diferentes uns dos outros, na sua composição e estilo de vida.

O que é descrito como objetivo da ORMBF, ao formular o convite, é a aprendizagem dos estudantes do desenvolvimento da criança, nas suas relações. Enfatiza-se que não há um caráter de intervenção e que estes estudantes estarão sob aprendizagem supervisionada.

No Quadro 1 apresentamos os observadores, agora inseridos às famílias que observaram, marcando relações distintas que se conformam face à regularidade e tempo das observações, às características das famílias em seu cotidiano.

A caracterização dos observadores por cores não teve a intenção de fazer apenas uma etiqueta que substituísse os nomes verdadeiros, mas que pudesse trazer um certo significado das relações que cada observador e as famílias foram estabelecendo, expressando as suas singularidades. Temos,

¹⁷ Esta unidade de saúde apropriou-se do Projeto Floresce uma Vida, da Secretaria Municipal de Ribeirão Preto - que consiste de consulta pediátrica, teste do pezinho e as primeiras vacinas do recém-nascido, na primeira semana de vida, já marcados na alta da maternidade – de uma maneira mais ampla: do atendimento previsto para o pediatra e enfermagem participam conjuntamente o obstetra, enfocando a díade mãe-bebê nas suas relações, na perspectiva da integralidade da assistência.

¹⁸ Agente Comunitária de Saúde é um trabalhador presente nas equipes de Saúde da Família, cabendo lembrar que a unidade de saúde em pauta, conta com uma equipe de Saúde da Família.

assim, uma aquarela, passando pelo *Amarelo*, inquieto, *Vermelho*, vibrante, *Marrom*, da terra, cor de variadas possibilidades de misturas, com potência de germinar o *Verde*, mistura também, de esperança, para alcançar o *Azul* do céu.

Quadro 1 – Apresentação dos observadores e famílias observadas segundo: composição familiar, características de inserção da família no trabalho, tempo de observação, número de Observações e intercorrências durante o período de observação. Ribeirão Preto, 2005

Observador	Composição Familiar	Algumas Características Familiares	Tempo de Observação	Número de Observações e Frequência	Intercorrências durante o Período de Observação.
Amarelo (Am.)	Avó (A.), Mãe (M.), Bebê♀ (B.), Tio (T.), Empregada (E.)	A. é do lar. M. é profissional liberal.	Março de 2003 a outubro de 2004	67 observações, das quais analisamos 45, até fevereiro de 2004, predominantemente semanal, e quinzenal, após interrupção de 7 semanas a partir de julho de 2004. Com intervalo de 2 semanas, nas primeiras férias e 4 na segunda.	A partir da 3ª. observação M. começa a se ausentar por períodos, progredindo para ausência total. Nos primeiros momentos, a observação é feita só com B. com E. em casa. Depois A. assume a presença durante as observações. Há mudança de 3 empregadas. .
Marrom (Mm.)	Mãe (M.), Pai (P.), Irmão (I.), Bebê♂ (B.)	M. é empregada em loja. P. é artista em banda musical.	Abril a Novembro	11 observações irregulares com intervalos de 7 a 77 dias.	M. volta a trabalhar após licença maternidade, é submetida à cirurgia.
Vermelho (Vm.)	Mãe (M.), Pai (P.), Irmã (I.), Bebê♂ (B.)	M. auxilia o trabalho de P., em negócio próprio.	Março a Novembro	22 observações, predominantemente semanais, com intervalo de 5 e depois mais 4 semanas por desencontros com a mãe.	M. volta a estudar e começa a trabalhar em mais um serviço.
Azul (Az.)	Mãe (M.), Pai (P.), Bebê♂ (B.), Irmão (I.), Avó (A.), Tio/esposa (T.) Bisavó (BA.)	M. trabalha em casa de lavadeira e passadeira. P. trabalha na lavoura e A. é doméstica. BA é semi acamada.	Março a Novembro	24 observações, predominantemente semanais, com intervalo de 5 semanas de férias.	M. é submetida à cirurgia, começa a trabalhar fora de casa. P. muda de trabalho, é empregado como frentista. Família muda para outro bairro.
Verde (Vd.)	Mãe (M.) Pai (P.) Bebê♀ (B.) Irmão (I.)	Empregados em restaurante, trabalham à noite.	Abril a Dezembro.	21 observações, predominantemente semanal, com intervalo de 4 semanas de férias e 7 semanas por desencontro com a família por mudança.	M. volta a trabalhar após licença maternidade e família muda-se para outro bairro e volta para a mesma residência após.

4.2. Preparo para o encontro e postura do observador

A idéia de que a apreensão do objeto de estudo depende da perspectiva com que é visto é quase unânime entre aqueles que se dispõem a buscar o conhecimento. Bick (1964) ao descrever o método de observação psicanalítica de bebês pactua com este pensamento, alertando-nos como a nossa disponibilidade para olhar influencia o que vemos e, ainda, para o risco de que a postura que adotamos pode alterar o nosso objeto de estudo. Ela nos diz, então, “*que a única maneira de conhecer e aprender a conhecer, ou melhor, de se aproximar do conhecimento, é observar*” (LITVIN, 1997, p. viii). Isto é, a autora pretende com a sua proposta inverter a ordem da pesquisa: o olhar que comprova se liberta do *a priori* para atenção à vida e não ao fenômeno (PEREZ-SANCHES, 1997).

Matumoto (1998) reconhece dentre as tecnologias, a *das relações, as tecnologias leves* (MERHY, 1997), como um dos elementos constitutivos do modelo assistencial. No processo de trabalho em saúde, elas operam criando um modo de agir para produzir bens e produtos, os *bens relação*. Detecta como importante o *preparo para a relação*, incluindo o *cuidado com o primeiro contato, a concentração, a observação de modo geral e a escuta*, bem como, a *responsabilização e o espaço-tempo* disponibilizado para esta. A preparação para o encontro entre trabalhador e usuário acontece desde a concepção de sua finalidade, estruturada pelo modelo assistencial e pelas relações que vão sendo construídas na produção de cuidado e de formas de gestão.

O modelo assistencial que parte de um conceito ampliado de saúde, em defesa da autonomia para andar a vida, pressupõe que a realidade emergente será problematizada no encontro de pessoas na tentativa de construir soluções para os problemas encontrados. É lógico que, neste encontro, serão utilizadas algumas estratégias já conhecidas, pré-determinadas, mas são necessárias condições de privacidade, conforto e tempo para a disponibilidade de escuta e responsabilização para encontrar e conhecer o novo.

Dos recortes de dados nomeados como *Preparo para o encontro e Postura do Observador*, inicialmente procurados para descrever o

desenvolvimento da postura de observador participante como objetivo alcançado pelo estágio, emergem as possíveis implicações da disponibilidade do estudante para a relação.

A opção pela sequência longitudinal dos recortes, anteriormente feita, permite constatar que a preparação teórica para neutralidade ideal, proposta pelo método de observação psicanalítica, não configura o seu desenvolvimento, e também, que esta não é uma característica “dada” do estudante que opta por este estágio. Ao contrário, a disponibilidade para o encontro, para relação, para interação, que será transformadora da realidade e, portanto, terapêutica, altera-se constantemente influenciada pelas experiências vivenciadas e pela possibilidade de reflexão.

Ir para a casa de uma família desconhecida, fora do seu espaço de domínio de atuação, colocar-se na posição de quem está aprendendo, recebendo mais do que transmitindo informações são, para maioria dos estudantes, situações diferentes das de ensino-aprendizagem para a clínica, que têm experienciado. Costumam surgir questões comuns, neste momento inicial: como conseguir um bebê para observar, porque a família aceitaria ser observada, se serão aceitos, não estariam invadindo uma relação, interferindo no curso natural da relação familiar?

Estas dúvidas e receios podem se evidenciar pelo tempo com que alguns levam para iniciar a observação, ou mesmo podem aparecer em casos que observadores são recusados pelas famílias que aceitaram a proposta. O aparente “*não dar nada em troca*”, a situação inversa ao do consultório, onde ele é quem é buscado, podem colocar os observadores em posição de humildade; outros, defendendo-se, assumem uma postura superior em relação à família, recorrendo ao modelo de entrevistas conhecido (KOMPINSKY, 2000).

No período a que se refere este estudo, houve apenas uma família que, após ter aceitado a proposta feita por um pediatra do serviço, desculpou-se com o observador, falando da impossibilidade da observação, no primeiro contato por telefone.

Para uma das famílias indicadas pela equipe do serviço de saúde, havia uma expectativa em torno do acompanhamento pelo estágio: uma gestante solteira, sem parceiro e sem família por perto, apresentou, durante o pré-natal, comportamento introvertido, que evoluiu para isolamento. O estudante escolhido aleatoriamente para esta observação, embora não soubesse desta situação, demorou muito a fazer contato e quando o fez, mãe e bebê haviam se mudado. Sem conjecturar sobre as motivações e possíveis evoluções do ponto de vista da família, interessa-nos aqui focar o observador: esta dificuldade de aproximação se revelou a primeira manifestação das outras com que esta estudante se deparou durante o estágio.

Esta observadora, Marrom, se prepara para uma distância de observação, de onde se protege do envolvimento emocional. Este pré-conceito sobre a neutralidade é determinante para o nível explícito da observação: as oportunidades para a emergência do implícito, do diferente, do novo ficam reduzidas; prejudica também a comunicação, a interação e a vinculação necessárias à marcação de novos encontros, que ficam frouxos e confusos, havendo desencontros - as observações contratadas para serem semanais ocorrem irregularmente, chegando a intervalos de mais de dois meses entre elas. Falha na longitudinalidade, que permite um vínculo de confiança, de responsabilidade, faz com que Marrom entre em crise sobre a validade da continuidade do estágio e, portanto, da observação. Entretanto, é a partir do pensar o sofrimento, com apoio e outros olhares do grupo de supervisão que pode perceber suas dificuldades e aprender sobre a importância da postura e disponibilidade do observador.

Na pré-concepção sobre a neutralidade, a observadora Marrom assume uma postura de entrevista. As perguntas revelam-se desnecessárias quando se pode observar, além de interferirem em situações em desenvolvimento na casa

... fiquei na sala com I., ele estava assistindo ...TV. Comentei alguma coisa sobre o desenho, ele conversava comigo mas sem se virar para mim. ... Perguntei se I. não tinha ciúme e ela disse que não, que ele ficava um grude com B., queria sempre ajudar M. disse que iria trocar sua calça plástica. Chamou I., mas ele não ouviu. Eu fui até

ela sem que ela me chamasse. Ela chamou mais uma vez o filho: "I. vem me ajudar aqui!" Depois de 3 chamadas ele veio: "não ouvi mãe." Ela pediu que ele olhasse o irmãozinho ... M torceu uma de suas orelhas: "Como você tá impossível, viu? Será que eu tô falando sozinha?" ... I. ficou bravo e disse: "Ai, mãe! Você só tá brava assim porque ela está olhando..." ... Perguntei se eles dormiam juntos, ele disse que não. "B. dorme lá (apontou pro quarto) eu durmo aqui mesmo (apontou para o sofá)". Virou-se e continuou assistindo seu desenho. I. estava cobrando a M. um salgadinho. ... Mm.-1

As perguntas da observadora, provavelmente, foram motivadas por suas percepções e a necessidade de confirmá-las, mas desperta uma reação agressiva da mãe para o irmão e de reivindicação pelo seu lugar de filho único, com certeza perdido.

Este tipo de observação proposto não comporta hipóteses de trabalho, nem a escolha antecipada de uma categoria de fatos a serem observados, muito menos, perguntas que interfiram nas relações, pois se a situação é modificada, perde-se a oportunidade de se observar tal como ele era. Deve-se fazer um esforço para levar consigo o mínimo de pensamentos pré-formulados.

... me despeço dizendo: "Bom, M., eu preciso ir". P. pergunta se eu não iria ficar para o almoço. Agradeço, e digo que precisava mesmo ir. Ele insiste ... Desconverso e marco o dia da próxima visita. Mm.-1

Diante da acolhida a observadora desconversa. Como será que a família entende esta postura? Talvez fosse a oportunidade para explicar que a visita domiciliar em saúde difere da de caráter social, de se definir o contrato, as expectativas de cada um, como cada um se vê. Enfim, estabelecer o *setting*. Pode ser, inclusive uma necessidade da família, como se nota a seguir.

A mãe tem todo um cuidado para perguntar sobre o estágio, sobre a sua seriedade; parece querer saber mais sobre Marrom, se pode confiar nela.

... ela pergunta se eu estava estudando muito. Disse a ela que bastante ... cada vez mais difícil arrumar tempo para fazer outras coisas ... Ela sorriu e perguntou que ano eu estava. Disse que no 4º. Ela se espantou ... "Nossa! Você parece bem novinha ... quantos anos você tem?". Disse 22 e perguntei quantos anos ela daria para mim. Ela

completou: "... para mim você tinha uns 18". Sorrimos. Ela perguntou se iria fazer um relatório depois. Disse que sim e falei um pouco mais sobre o estágio. ... Ela pergunta se é só para nota ou para outra coisa. Digo que é mais para gente aprender sobre a relação M.-B., uma vez que estudamos sobre isso em livros e não temos contato com a situação real. Ela perguntou se eu estava gostando deste estágio. Disse que sim, que estava sendo muito bom ... ela começou a falar sobre algumas coisas que havia lido e ouvido de psicólogos ... Não sabia bem o que responder, mas disse que "em alguns casos pode até ser ... quem sabe, né? ... comentou ... uma cliente que arrancava os cabelos por questões emocionais, ... Perguntei como era o trabalho que M. fazia. Ela disse ... contei sobre uma amiga ... Ela deu alguns palpites ... Mm.-2

Mas Marrom não entende a comunicação e os papéis são trocados: a observadora passa ser foco da observação. Depois tenta retomar seu papel, mas o que parecia uma pergunta interessada na mãe, torna-se uma outra conversa, que nada tem a ver com a proposta do estágio, perde mais uma oportunidade de apreender a comunicação da mãe.

A observadora não se detém na pergunta da mãe e se impõe colocando o seu esforço por estar ali.

... M. me perguntou se havia tido aula naquela manhã. Disse ... que havia acabado de sair da faculdade e só havia tido tempo de ... e ir até lá. M. me ofereceu água e refrigerante. Agradei ... não estava com sede ... resolvi aceitar a oferta de água e disse que iria até a cozinha ... Ela sugeriu novamente um refrigerante ... pediu mais uma vez que eu não reparasse na bagunça. A pia da cozinha estava cheia de louça e ela avisou que estavam ali há uma semana, que acabou indo para casa da sogra no meio da correria ... Sorri e disse para ela não se preocupar com isso. Perguntei se ela queria água também e ela disse que não. Lavei um copo, tomei água, um pouco de refrigerante e fui para a sala ... Mm.-3

Parece que isto tem repercussões: a dona da casa, apesar de suas dificuldades, coloca-se de uma forma a tornar sua estada mais agradável. Mas a observadora mantém a postura determinante para o encontro. Interessante que esta postura não causa constrangimento na mãe, no entanto dificulta ou até mesmo impede a sua tarefa de observação. Perde-se a oportunidade do encontro, de maior atenção à leitura da realidade.

... Chegaram 3 pessoas ... uma delas queria fazer relaxamento/ alisamento ... Continuaram conversando, puxei um pouco de papo, mas tentei me controlar para não me intrometer demais. ... M. nos apresentou ... Fui acompanhando os passos do alisamento e tirando algumas dúvidas ... Estava tão interessada no que iria acontecer no cabelo da menina que não queria ir embora. Tanto que extrapolei o horário da visita em meia hora. ... Despedi-me de todos ... Disse a M. que logo eu ligaria para que marcássemos uma nova visita. Mm.- 3 (15 dias após, feriado no meio)

... havia ligado para marcar com ela o dia da próxima observação. Não pude fazer na semana passada pois estive muito doente e temi contagiar alguém da casa ... Combinamos para ... Cheguei pontualmente ... Não havia ninguém em casa ... Mm.-5. (13 dias após)

Marrom tem uma justificativa racional para não ter ido à última observação, mas será que comunicou a mãe, no dia marcado, ou deixou-a esperando até o dia que ligou para marcar novo encontro? A ausência da família parece sintomática de uma revanche: vou fazer você sentir o que sentimos com a sua ausência.

Na visita anterior, M. não estava em casa. ... remarquei ... Ela concordou que eu viesse no dia seguinte e desculpou-se por ter esquecido ... Cheguei pontualmente no horário combinado. ... uma moça atendeu ... estava ali para ajudar nas tarefas domésticas. ... M. havia saído com P. e não sabia ao certo que horas voltaria. ... Fiquei ali um tempo. ... a moça pediu para que eu fosse até a cozinha ... para que pudéssemos conversar ... Perguntei algumas coisas sobre ela ... Disse que estava ali em função de um estágio da faculdade ... Perguntei algumas coisas sobre B.. Comentei que ainda não consegui vê-lo sorrir. Ela estranhou ... Perguntei sobre I., se ele tinha ciúmes. ... sobre ... P. ... eu teria que ir pois tinha outros compromissos, mas que ela avisasse M. de que eu havia estado ali. Deixei meu telefone para M. ligar (caso precisasse, justamente para avisar-me quando não pudesse comparecer) ... e que ligaria no começo da semana ... Mm.-6 (1 dia após a Mm.-5)

Outra ausência! Pode revelar um jeito da família, mas pode ser uma reação à forma de vinculação desta observadora com a família. A postura de Marrom revela-se interessante: na ausência da mãe, resolve fazer perguntas sobre ela, sua família, questiona novamente sobre o ciúmes do irmão. Confia nas respostas de uma pessoa estranha, que acabou de conhecer, desprezando o que pode observar. Só agora resolve disponibilizar algum acesso da família para si.

O resultado é o distanciamento, não só da mãe e da família que negam a presença de Marrom, mas desta que passa a explicitar, através do registro da observação suas dificuldades: não sabe o que fazer.

... bati na porta (aberta) para sinalizar que alguém estava entrando. P. me viu e me cumprimentou. ...Perguntei por M., ela estava na cozinha e depois de alguns minutos veio até mim. Neste momento fiquei um pouco sem saber o que fazer, e fiquei em pé, entre a sala e a porta do quarto. ... Mm.-8 (1m4d após o último registro de observação).

Longitudinalidade é um termo que expressa bem a relação que se estabelece entre as pessoas ao longo do tempo. Não depende da continuidade, pois as interrupções não impedem necessariamente esta relação. A essência da longitudinalidade é a forma como as pessoas se vinculam para melhor lidar com as mudanças de um grupo, ao longo do tempo, independente da presença ou ausência de problema, ou das demandas emergentes. É ao longo do tempo que as pessoas passam a se conhecer, mas a parceria sustentada, o vínculo de confiança, implica que um e outro possam ser compreendidos e tratados como pessoa completa com problemas, desejos, dores, realizações, alegrias e respeitada na sua própria cultura (STARFIELD, 2002a).

Conceito importante para integralidade da atenção à saúde, que não visa o manejo dos problemas apresentados pela pessoa, mas está orientada para o entendimento e acolhimento das informações mais sutis, que revelam as necessidades de saúde. Longitudinalidade e integralidade estão fundados no desenvolvimento de confiança, respeito e responsabilidade mútuos.

A atenção integral à saúde será dificultada se uma das partes estiver desconfortável para relação. O recorte, a seguir, ilustra como a forma de Marrom se vincular a esta família foi responsável pela descontinuidade da observação.

... M. disse-me que iria operar ... voltaria a entrar em contato comigo em 15 dias. Passara-se cerca de 20 dias e acabei ligando ... estava em casa, de recuperação ... Marcamos um horário ... Cheguei 10 minutos antes do combinado e subi. M. veio abrir a porta. Estavam ela e B. apenas em casa. Entrei e ela me avisou que B. estava dormindo na cama de casal. Pedi licença e fui vê-lo dormir ... Comentei que ele estava bem maior do que da última vez que estive lá. Comentamos vagamente que já havia algum tempo que

eu não os via. ... Acabo me deitando de lado no sofá, de modo a apoiar os cotovelos no assento e manter meus pés no chão. Brinco por um tempo com ele nessa posição ... Comento que devo ir embora, marcamos uma nova visita no trabalho dela. ...Mm.-9 (2m17d após)

Após 2 meses, Marrom chega à casa da família, é recebida pela mãe, que foi operada. Não pergunta como ela está, só *comentam vagamente* sobre o tempo que não se viam, deita no sofá da casa, como se estivesse na sua própria, ou na de alguém com tivesse muita intimidade. Mas o vínculo formado é outro, com pouca chance de estabelecer proximidade e confiança, relações de longa duração.

Remete ao uso “extrativista” que a formação profissional faz das pessoas e dos serviços de saúde. O movimento de Integração Docente-Assistencial buscou romper com esta lógica, visando articular a Universidade e serviços na direção da integração. Apesar do avanço de tirar o ensino de base flexneriana, centrado nos hospitais para inseri-lo na realidade em transformação no contexto da Reforma Sanitária, aqui no Brasil, a integração da Universidade aos serviços não ocorreu, pois cada um tinha sua missão. Ainda hoje, a instituição de ensino visa a formação de agentes para o mercado de trabalho, enquanto os serviços estão comprometidos com assistência predominantemente voltado para o tratamento das doenças (MISHIMA, 2003), com repercussões para a postura dos estão em formação e não se comprometem realmente com assistência, com as pessoas que se dispõem com seus corpos, e suas vidas para o aprendizado.

Liguei ... para confirmar o horário da visita ... no dia seguinte, M. confirma. ... Combinamos ... para o mesmo dia e o mesmo horário na semana que vem. Vão me levar até a porta, despeço de ambos com um beijo ...Mm.-10(1m2s após)

Final de ano, final de estágio, Marrom desperta, agora, para os elementos importantes, como a disponibilidade sem *a priori* para entender as demandas, que favorecem o compromisso responsável pelo cuidado, que, por sua vez, é propiciador da atenção integral.

Cheguei no horário combinado. Bati de leve na porta. Ninguém atendeu, então bati com um pouco mais de força, a janela estava aberta. Depois de algum tempo, I. com B. no colo atendeu a porta. Cumprimentei-os e perguntei por M.. I.

foi chamar, ela estava na cozinha. Em função da demora de M., acabei entrando e avisando que estava chegando. M. estava tentando colocar o varal ... Fiquei um tempo conversando com ela, me propus para ajudar. Ela disse que não havia necessidade. I. disse: “Baixinha, deixa a O. colocar o varal!”. ... comentei que recentemente o varal de casa também havia caído, ela disse que estes varais são uma droga ... Mm.-11

Simbolicamente, podemos pensar que as duas estão falando dos “varais” que não suportaram as suas necessidades: a observadora não pode observar continuamente a mãe, porque também não se sentiu contida pelos supervisores e grupo? Marrom mostra, no entanto, alguma mudança: sua disposição de estar junto, com problema doméstico semelhante, aproximam, colocam-na em uma posição mais horizontal.

Marrom mostra que consegue olhar para as transformações externas, mas ainda não conseguiu olhar para as que não são tão visíveis. Apesar do compromisso de voltar, esta é sua última observação registrada.

... Uma das mulheres pergunta que horas eram. ... Aviso que estava na hora de ir. Elas perguntam se não quero ficar para ver a “transformação” de seus cabelos. Pergunto se vai demorar, M. diz que não muito. Fico um tempo conversando com elas. Acabo decidindo ir embora ... Despeço e digo a M. que na próxima quinta eu estaria lá. Mm.11(1semana depois)

O seu relatório de avaliação do estágio, fala de suas expectativas, dificuldades e até de suas frustrações. Colocamo-no aqui, porque comunica alguns determinantes para a disponibilidade para o encontro e postura do observador, sobretudo porque revela o aprendizado sobre a observação participante, fundamentada na psicanálise.

Dificuldade em dar continuidade: Acho que esse foi um dos marcos principais da minha experiência nesse estágio. Aparentemente um estágio tranquilo, com pouca carga horária e a simples tarefa de visitar uma família, uma vez por semana... Quem diria que isso iria ser tão complicado? As dificuldades foram surgindo na medida em que eu fazia as visitas. A primeira sensação estranha foi a de me sentir uma intrusa na intimidade da família. ... Depois vem a própria postura como pessoa, como profissional, como observador. (Avaliação Mm.)

A visão de que fazer uma visita domiciliar é uma tarefa simples é muito comum, não apenas para os alunos da psicologia, que não têm este

hábito, mas mesmo para os da medicina e enfermagem, que a fazem com uma certa frequência. A banalização da mesma pode revelar a sua dificuldade para entrar em contato com uma realidade muito diferente, ao mesmo tempo que impede uma apreensão das situações não explícitas.

Marrom assinala o aprendizado para além da técnica, do aprender a ser trabalhador de saúde, aprendendo a conviver com o(s) outro(s), compreendendo o que precisa apreender, enfim, que o aprender a integralidade da assistência à saúde requer mais que o aprender a fazer.

... Meu primeiro impacto com a família e a casa em si foi de um lugar que embora fosse apertado, parecia bom para morar ... eu tinha minhas expectativas quanto à estrutura da família. Problemas familiares, financeiros, autoridade do pai ou da mãe, contexto social e cultural adverso... Nada disso aconteceu. Tratava-se de uma família “dentro do esquema”, nuclear com pai, mãe e filhos. A mãe se mostrava acolhedora ... Lidava bem com a situação ... Enfim, nada de anormal: Isso acabava colocando minha idéia de atuação em cheque... (Avaliação Mm.)

Revelam-se aqui os preconceitos (família que usa o SUS, é pobre, tem todo tipo de patologia social) e os pré-conceitos¹⁹: a visita pode ser re-significada pela experiência, torna-se um conceito realizado como complexo; o trabalho de saúde como atuação sobre a patologia não encontrou a mesma realização, mas existe agora, pela aprendizagem experienciada, possibilidade de pensá-los, checá-los.

... Fui descobrir tarde demais a importância do estabelecimento de um bom vínculo ... Temi invadir o espaço ... acabei me tornando apática, distante, fria. Tive dificuldade de associar meu jeito à postura de observador. Fendi a relação mutualística que existe entre razão-emoção/profissão afeto. Nas supervisões foi que me deparei com uma questão impensável até então: Quanto que minhas observações tem de mim? Quanto de minhas transcrições foram utilizadas para eu falar de como eu estava me sentindo. ... Reli todas as minhas poucas observações e fui percebendo o que elas falavam da minha postura na casa, das minhas dificuldades de me inserir na casa, de manter a regularidade das minhas visitas. ... o incômodo de reconhecer que meus conceitos sobre a observação haviam mudado e a família demandava

¹⁹ Na acepção de Bion (1991): idéias que “esperam” uma realização para se tornarem conceitos, ou se não, pensamentos a procura de pensadores

explicações que eu não tinha mais. ... Na prática, a realidade se reconfigura, portanto mesmo que eu tivesse este conceito, faltava alguma coisa ... algo me incomodava. Não era uma questão de teoria, ... transcende a isso: O sentido que aquilo estava tendo para mim. ... Não era “o como eu deveria agir”... alguma coisa faltava para dar liga mesmo. ... Tentei não me envolver, isso era latente. Mas só mais tarde fui percebendo que não havia essa possibilidade; meu papel ali não era o de “fazer alguma coisa”, era isso que eu demorei para internalizar. A “relação” era o mais importante e de certa forma eu boicotei e fui boicotada nessa troca. Várias mudanças de horário, faltas consecutivas da mãe, instabilidade afetiva em minha vida, e tantos outros fatores se misturavam naquele espaço tão reduzido: o pacato horário das observações... (Avaliação Mm.)

Pensando sobre a experiência realizada, Marrom registra, sem a preocupação de conceituar, a descrição sobre a observação participante, descreve “o aprender se faz fazendo”, mostrando que introjetou estes conceitos a partir da vivência pensada, possibilidade de desenvolvimento de competência para um agir criativo, que dê conta da imprevisibilidade do trabalho em saúde.

...Senti que estava sendo abandonada (até então, eu estava abandonando) e era cada vez mais difícil comparecer ... para expor minhas experiências. Comecei a faltar. ... (Avaliação Mm.)

Revelando seu sentimento, denuncia de maneira sutil como os alunos, que faltam, não cumprem suas tarefas, são tratados por grande parte dos professores tipicamente instrucionistas. Para aqueles cientes de que são apenas mediadores do aprendizado, e exercem permanentemente a aprendizagem reconstrutiva, os dados devem ser manuseados com uma capacidade interpretativa diferente (DEMO, 1999). Ou seja, nesta última perspectiva, a ausência, a falta de realização do estudante podem ser pensadas como dificuldades a serem trabalhadas.

... Pensei em desistir. Foi um momento muito rico em termos tanto profissionais como pessoais. Reconheci meus limites e então pude perceber o que eu havia perdido no caminho para que aquele desconforto chegasse a tal ponto. Tive que lidar ...eu não sou capaz de fazer observações. Foi difícil, mas fui vendo pontos positivos ... (Avaliação Mm.)

Marrom fala que esta experiência não é isenta de sofrimento, mas que a capacidade de tolerá-lo, fê-la ver pontos positivos e outras

possibilidades, *questão impensável até então*. Pode até fazer poesia com que aprendeu, tamanha é sua satisfação.

... quanto é importante o afeto que colocamos naquilo que estamos fazendo. É como se o afeto colorisse uma paisagem em branco e preto; como se fosse uma corrente de ar frio em uma casa velha e abafada. ... Conversei com as supervisoras ... Embora não tivesse decidido realmente encerrar, queria falar sobre o assunto. Acabei continuando, mas foi por ter questionado essas coisas que eu pude ver sentido no que estava acontecendo. Aceitei minha dificuldade que foi desaparecendo nas seguintes visitas. Senti-me desencorajada a voltar até a casa depois de uma supervisão em que acabei sendo o centro de todos os comentários. Minha ferida estava exposta e só assim pude ver que seu tamanho não era tão grande assim. Pensei depois no quanto os outros estagiários estavam tendo problemas e não entendia porque ninguém comentava sobre isso. Queriam contar apenas o que acontecia de positivo, com o orgulho de estarem sendo bem sucedidos. Eu posso dizer que o espaço da supervisão foi muito útil pra mim. Por mais que às vezes eu tivesse saído de lá me sentindo mal, foram muito importantes essas reuniões... (Avaliação Mm.)

A possibilidade de aprendizado não se dá somente a partir de experiências bem sucedidas, o contrário pode ser tão verdadeiro quando existe a possibilidade de reflexão.

Mas na sociedade contemporânea, onde o sucesso é a referência matricial, há uma idealização em torno do indivíduo eficaz e moderno, que se adapta rapidamente às mudanças tecnológicas em função da intensificação da produção, com sacrifício dos afetos. Neste contexto não há espaço-tempo para elaborar a dor, o sofrimento. Os indivíduos que não dão conta de acompanhar e consumir os avanços transformativos da sociedade, são excluídos como impotentes. São graves as conseqüências: medo, insegurança, despedaçamento dos vínculos que nos ligam a nós mesmo, aos outros e à sociedade. Perdem-se simultaneamente as possibilidades de autonomia e solidariedade entre os indivíduos, na “civilização da vergonha”. Nesta, tudo está na visibilidade do ato concebido como correto, onde o repreensível pode até ser realizado para atingir o sucesso determinado, desde que não descoberto (SÁ, 2001).

Assim, o estudante e, também, o trabalhador de saúde com dificuldades no contato com o semelhante que sofre, precisam ser acolhidos e incluídos pelos mediadores da educação permanente em saúde, para construirmos, não a sociedade da culpa, mas da responsabilização.

... Espero ter aprendido mais sobre teoria, pois tenho certeza de que aprendi muito sobre relações humanas... dar uma nota é difícil. Tive muitos problemas com esse estágio ... dificuldades (já enunciadas), mas acho que foi um treino importante que me trouxe vivências importantes. (Avaliação Mm.)

Parece que a estudante conseguiu desenvolver seu “aparelho para pensar pensamentos” (BION, 1991) e poderá elaborar, posteriormente, o que já está implícito nesta sua avaliação sobre o estágio: não existe esta dicotomia entre teoria e prática. Pode aprender a importância da auto-avaliação: há aprendizados pessoais, subjetivos, que só quem os faz é capaz de avaliar. E sua publicização, através de um relatório cuidadoso, é indicador mais importante que a nota, e um *feed-back* essencial para quem intermedia o processo de aprendizado, mas também é sujeito e ator dele.

Assinalar esta situação, aparentemente singular, mas muito comum nas várias situações acadêmicas, revela a importância de refletir sobre as dificuldades de alguns estagiários, que precisam ser acolhidas – *Para maioria dos alunos esta situação é totalmente nova e é preciso ajudá-los a suportar o desconhecido* (KOMPINSKY, 2000, p.15.) - e de alguns sinais que podem ser indicadores das mesmas. A vivência, então, mostra-se de aprendizado não só para o observador mas “ilumina” os supervisores, ou seja, revela-se como experiência de ensino-aprendizado.

Outro aprendizado importante é para os supervisores que, apenas facilitadores da aquisição do método da ORMBF, podem vivenciar conceitos, talvez, até então só teorizados. Torná-los pré-conceitos, “pensamentos a procura de pensadores” (BION, 1991), implica em se despojar de preconceitos, tolerar a dor da crítica, aqui cuidadosa, mas feita, na maioria das vezes, pelos alunos de forma no mínimo inadequada, mas freqüentemente agressiva.

A experiência, assim refletida, potencia que os estagiários da ORMBF possam ser mediadores do aprendizado da “Observação da Relação

Docente-Discente”, necessária ferramenta a ser adquirida para a pretendida mudança do modelo de ensino em saúde. Esta propicia uma outra visão sobre comportamentos de alunos considerados descompromissados e irresponsáveis, como pedidos de ajuda para as dificuldades despertadas pelo sofrimento humano, que pacientes, usuários e famílias observadas nos trazem. Docentes podem, então, ficarem “mais sabidos”²⁰ incorporando novas competências: “sem memória, sem desejo” (BION, 1973) para se deparar e se impactar realmente com e pelo novo e poder ser ator do “quadrilátero da formação” (CECCIM, FEUERWERKER, 2004), processo interminável, mas de construção criativa com possibilidades de maior satisfação.

À medida que o observador passa pelos diversos encontros com a “sua” família e a dos colegas de estágio, através do relato das observações, apoiado pelo grupo de supervisão, adquire maior confiança no valor de sua presença na casa do bebê, dá-se conta que há uma troca nessa relação.

Percebe que a mãe, principalmente, se sente recebendo ao ser ouvida com atenção, pelo interesse do observador (KOMPINSKY, 2000). Esta receptividade da família, agora percebida também pelo observador influencia o desenvolvimento de uma postura mais livre, podendo permanecer mais atento e receptivo ao que assiste de forma participativa. Ou seja, o observador aprende pela experiência que não está “do lado de fora”, mas deve ser discreto, evitando ao máximo interferências e posicionamentos que produzam modificações no ambiente, o ideal de neutralidade é re-significado, e considerado valioso para a tarefa de observar e da clínica do cuidado.

Aprende a cuidar de pequenos detalhes que, normalmente, não são ensinados, porque parecem óbvios. No entanto, na prática clínica são esquecidos, e situações como cumprimento de horário, a forma de se apresentar para o encontro nas vestimentas adequadas para a tarefa, no chamar pelo nome, o tom da voz, o cuidado com as palavras, com o que se fala, o tempo disponível, entre outros, passaram a ser relevados e por isso

²⁰ Expressão usada pelo Prof. Dr. Emerson E. Merhy, em Encontro para Discussão da Rede de Produção de Cuidados, na UNICAMP, em maio de 2004

não usados. Esta postura do observador e de muitos trabalhadores da saúde conota uma certa arrogância, desrespeito pelo outro, acarretando um distanciamento, que não permite que este, *alvo da atenção* (CAMARGO JR, 1992), se mostre na sua necessidade, no seu sofrimento.

Há outras situações, ainda, a serem consideradas. Cada observador vai para a casa da família escolhida com sua bagagem histórico-cultural e é surpreendido pelo ineditismo da experiência. As possibilidades de encontro têm uma diversidade exponencial.

A proposta do método de fazer a observação da criança junto com a mãe exigiu que Amarelo alterasse diversas vezes o encontro previamente marcado pela indisponibilidade de horário da mãe para observação. As faltas e atrasos inicialmente compreendidos pela justificativa do trabalho materno, tomam outra configuração diante da ausência da família para um encontro agendado para domingo à noite. O esforço para lidar com impacto de se sentir rejeitado pela mãe possibilitou que Amarelo se flexibilizasse para as várias mudanças de horário e pode compreender, então, ser outra a dificuldade que a mãe comunicava.

Entre escutar e ouvir há uma diferença. É podendo ouvir além do fato comunicado, que as dificuldades podem ser apreendidas, pois a produção em saúde, também é produção de subjetividades.

Assim, Amarelo se disponibilizou para fazer a observação do bebê com quem fosse possível, ora com a empregada da casa, ora com a avó materna, mas houve situações de ficar só com a criança. Esta sua postura flexível proporcionou que outros vínculos fossem criados e o compromisso, de fazer a observação com esta família, fosse mantido. Mas, a experiência de tolerar a frustração diante do que não dá para ser como foi concebido, revelou outras perspectivas alternativas para conhecer a realidade do cotidiano desta família.

A integralidade da atenção passa pelo maior conhecimento possível, da situação sobre a qual se almeja a ação. Para tanto, é muitas vezes preciso dispor dos meios comuns, mais seguros, abdicar dos contratos prévios, e se

flexibilizar para outras alternativas de conhecer. É a equidade revelando-se como o princípio importante para o alcance da assistência integral.

... Falei que na outra semana eu voltaria a vir cedo. Ela me perguntou se não era melhor eu vir a noite. Eu disse que tinha medo de deixar o carro na rua de noite. ... Am-5

De fato, Amarelo passou pela experiência de ter seu carro roubado durante a noite, mas os registros a seguir revelam que esta motivação para mudança de horário é parte da “verdade” (do expresso pelo observador).

... marquei às 7:30 na segunda-feira, mas acabei não conseguindo acordar ... o despertador não tocou. Liguei de noite ... quem atendeu foi E. ... me perguntou porque eu tinha “dado bolo” aquele dia e eu contei a verdade. Ela então me disse que se ela estivesse junto comigo eu teria acordado, em tom provocativo ... Pedi para chamar M. ela disse que ela não estava, pedi então que chamasse A.. A. atendeu, mas não questionou o ato de eu ter faltado. Perguntei quando é que eu poderia ir. Ela disse que, se eu quisesse, poderia ir naquele momento porque ela estava indo a missa e E. estaria sozinha com o bebê. Achei melhor ligar para M. e agendamos na terça a noite. ... Am-7

Apesar da justificativa racional para o “bolo”, provavelmente a forma como a família tem se disponibilizado para observação influencia o compromisso do observador com a família. Percebe, tanto, pelo comentário explícito da empregada, como pela aparente rejeição da avó, que sentiram sua falta. Consegue renunciar a possibilidade do encontro imediato e pensar em uma hora mais adequada para o encontro.

O descompromisso da família com Amarelo interfere com a sua pontualidade para observação.

... cheguei quinze minutos atrasado. E. me atendeu ... disse que o bebê estava dormindo e perguntou se eu gostaria de observá-lo dormindo, eu disse que sim. Fomos até o quarto de M., o quarto estava escuro e B estava no carrinho. Eu me questionei se a observação seria feita no quarto mesmo, E. pegou o carrinho silenciosamente e foi levando o bebê para a sala. Pedi para me sentar e E. disse brincando: “não, você vai ter que sentar no chão”... Am-12

Amarelo, no entanto, mostra-se preocupado considerando alguns detalhes importantes para manter o *setting*: se deve ficar com a empregada no quarto da mãe, na ausência da mesma; assinala para empregada que o

seu objetivo é diverso do que ela lhe propõe. Pedindo licença para se sentar tenta restabelecer o que considera importante para desenvolver o seu papel, em uma distância que diferencie a intimidade afetiva da erótica.

Outras evidências da falta de compromisso da família se fazem presentes: a presença de outra pessoa e a sua espera, parecem frustrar mais uma vez as expectativas de Amarelo, pois se mostra muito sintético para explicar o que faz ali.

Cheguei no horário combinado. Uma amiga de M. atendeu ... perguntou: “você é o psicólogo de B.?”. Eu respondi que não, que eu era apenas estudante. Esta amiga de M. estava com B. no colo ... me ofereceu para segurar B., eu neguei dizendo que só observava. ... Am-14

Por outro lado, estas situações mobilizam incômodo neste observador, que usa racionalmente o enquadre teórico, esquivando-se da possibilidade de compreender ao que acontece.

... Conte para E. que ... quebrei o recipiente que A. me emprestou para colocar o feijão que ela fez para mim ... disse que trouxe um novo. ... E. perguntou se eu iria observar B. ... parecia não achar muito bom ... lembrei que o horário combinado era aquele e fiquei mais tranquilo ... A. chegou e fui logo contando que o feijão estava muito bom, mas que eu ... Também disse que havia trazido um novo. Ela não aceitou e me deu mais feijão para levar... fiquei com vergonha e aceitei mais uma vez. ... Am-16

Amarelo revela que saiu do *setting* de observação, mas parece que foi a alternativa encontrada para conseguir se vincular com a avó e a possibilidade de fazer a observação de forma mais adequada, sem a sedução da empregada.

Cada pessoa, e o trabalhador de saúde, também, operam em espaço de autogoverno, com possibilidade de privatizá-lo, sem ter que prestar conta do que está fazendo, de como esta atuando. Os critérios para estas decisões são muito variados, mas o que se concretiza em trabalho é uma intervenção sobre um determinado problema de saúde, visando alterar a lógica do sofrimento, ou mesmo alterar a sua produção no conjunto das relações sociais (MERHY, 1997).

Na construção de seus interesses e do modo como se relaciona com o trabalho para realizá-los, não há uma única forma para que estes ocorram.

Mas é importante aprender a interrogá-los, saber como seus componentes se articulam, conformando um determinado saber tecnológico, organizado em torno de um projeto (MERHY, 1997).

Buscar outros horários para observação foi outra possibilidade, que Amarelo encontrou para superar as ausências da mãe frente ao seu projeto. Apesar do clima de chateação, ele ainda faz mais uma tentativa de fazer a observação junto com ela.

O horário de segunda feira à noite foi ficando ruim ... decidi marcar um novo horário com M. Ela me disse ao telefone que estava muito atarefada, perguntou se eu poderia ir de manhã ou de fim de semana, eu disse que seria difícil. Por fim ela perguntou se a presença dela era realmente necessária. Eu disse que era importante, mas que se ela não pudesse estar lá, a observação também poderia acontecer. Num clima de chateação. Acabamos por marcar terça-feira de tarde. Por ironia, horas depois ... lembrei que tinha outro compromisso neste horário ... Então liguei novamente e marcamos para ... A. disse que estaria lá ... Am.-23

Sabendo que a sua disponibilidade é importante para a qualidade do encontro, Amarelo acede a um pedido anteriormente feito pela mãe. Indignado inicialmente com mais um desencontro, pode olhar para os registros que fez de observações anteriores e perceber que a mãe não recusa a observação de sua filha, mas mostra desde o principio, e por mais de uma vez, a sua indisponibilidade para participar.

Combinei com M. de fazer ... no final de semana. Na verdade fui intuído a pensar que o vínculo com M. poderia ser restabelecido, pois lembro que ela disse que nos finais de semana ela poderia participar da observação. Eu é que não poderia, mas como neste final de semana eu estava aqui, achei que seria uma forma de me mostrar disponível ... Cheguei no horário combinado, mas não havia ninguém em casa, eu perguntei para um senhor que horas eram pensando que talvez eu tivesse me enganado ... não estava enganado. Fiquei esperando durante uns dez minutos e acabei indo embora. Am. 23

Assim, através da sua postura flexível, sem fazer julgamentos impulsionados pelos afetos despertados, pode observar a família nos diversos períodos e dias da semana e perceber que as ausências da mãe podem comunicar uma necessidade de saúde. Talvez que precise trabalhar

tanto porque está só para sustentar a filha, ou que tem dificuldades para maternagem.

A partir desta compreensão, Amarelo aproveita o espaço disponibilizado pela avó, respeitando suas condições, mas, sobretudo, construindo a observação possível.

... Falei com A. ... sobre manter este horário. Ela me explicou que tudo bem, ela disse também "só que quando for ... eu tenho ...". Eu disse que tudo bem. ... Am-25

Apesar de já ter constituído um vínculo com a avó, o observador Amarelo usa do que já aprendeu com a sua, e a experiência dos colegas, nas trocas dos espaços de supervisão, para valorizar a importância de respeitar os acordos para manter a continuidade da observação e constituir novos vínculos.

Cheguei uns 35 minutos antes ... tentei ligar ... para adiantar ... O telefone não atendia. Então eu esperei uns 15 minutos e pensei que se eu tocasse a campainha e A. estivesse lá ... quem me atendeu foi a nova empregada, ... A. estava no dentista. Então eu fiquei confuso, ela perguntou se eu não queria entrar e esperar. ... se eu não vinha de Sexta. Eu disse que não. ... eu pensei que se começasse a observação mais cedo estaria invadindo ... Falei, então, que iria tomar um sorvete e que eu já voltava. ... Am.-32

O que marca é o aprendizado da flexibilidade, da escuta qualificada atenta para além do dito, da identificação de outras necessidades que são marcadas pela subjetividade presente nas relações. Pressupõe a clínica em outra dimensão, buscando entender a produção de autonomia dos sujeitos portadores de necessidades (CAMPOS, 1994).

Na observação que se segue, o cuidado de Vermelho para não ser invasiva, o cumprimento dos horários marcados, o compromisso com a observação, às vezes até sacrificando outros compromissos, tolerar a frustração de não poder participar do que não era possível, vão revelando a importância desta postura, para que a observação possa se manter e que tem influência sobre o vínculo.

Liguei para M. ... me identifiquei ... propus que antes fosse até a casa dela para ... conversar melhor ... Cheguei na casa ... esperei um pouquinho até dar o horário e toquei a campainha. ... Comecei a conversar com M., explicando um

pouco como seriam as observações depois que o nenê nascesse e que até lá acompanharia o pré-natal. Perguntei novamente se estaria tudo bem para ela, e ela disse que sim, só que seria melhor se eu pudesse ir no período da manhã, pois a tarde costumava sair para trabalhar com o marido. Disse que tudo bem e que combinaríamos os horários mais para frente. ... Perguntei sobre o pré-natal e inicialmente ela me disse que só teria consulta apenas em ... mas, depois, corrigiu-se dizendo que a consulta era ... na próxima quinta feira, perguntei se poderia acompanhá-la e ela disse que não haveria problemas ... Perguntei ... se eu poderia conversar lá para assistir o parto, ela disse que o marido já ia com ela, mas que não tinha problema eu estar lá ... Vm.-1

A observadora se apresenta, e apesar da família já ter sido informada sobre a observação quando do convite para participar do estágio, ela resolve dar a sua própria explicação, fazer o seu próprio contrato. Questionando se não está incomodando, indaga outras possibilidades: além de iniciar a observação gostaria de participar do pré-natal, estar presente durante o parto.

Algumas vezes, é necessário voltar a esclarecer quais são os objetivos da observação, pois as expectativas de ambas as partes são diferentes. Este, revela-se um aprendizado importante para o trabalho em saúde, principalmente para relação mais horizontal entre trabalhador e usuário, onde se deixa claro tanto os limites, como as possibilidades das ações .

Liguei para M. ... para confirmar o horário de atendimento dela ..., foi ela quem atendeu o telefone e combinamos de nos encontrar no postinho ... Cheguei um pouco mais cedo ... e M. ainda não havia chegado, fiquei sentada esperando por ela ... Perguntei sobre I., se ela iria mesmo para escola, M. me disse que P. não queria, mas que ela queria sim, pois achava que ia fazer bem para I. Contou que ... quando ela e o marido trabalharam o dia todo, I. ficou na escola e lá aprendeu muita coisa, umas boas outras nem tanto ... mas que agora eles tinham problema do dinheiro também ... Vm-2

E Vermelho mostra o seu compromisso com a gestante, com a família: chegar antes para não perder o encontro, provavelmente, tem repercussão para interação que se segue.

Mesmo as perguntas, que não são recomendadas, pois podem interferir sobre a situação, como já foi visto, aqui, parecem não ter efeito invasivo. Diante da presença interessada da observadora, configura-se um vínculo e a mãe pode falar das dificuldades por que passa e pode até pensar e organizar sua

forma de pensar. São necessidades de saúde que se apresentam e podem ser acolhidas.

A observadora valoriza esta oportunidade, de estar com mãe colocando-se totalmente disponível. As duas podem, então, experienciar o envolvimento com o compromisso, uma que aprende sobre sua importância e a outra que dele é alvo.

... Percebi que tudo aquilo iria demorar, fiquei apreensiva pois tinha compromisso 2 horas depois, mas optei por ficar e esperar o tempo necessário, se não desse, ligaria avisando que não iria ao compromisso ... Vm-3

Neste sentido, no seu empenho para conseguir assistir o parto, a estudante não só continua revelando seu interesse pela família, mas passa a ser atora do seu aprendizado.

Cheguei no posto ... entrei para procurar M., mas ela não havia chegado. Pouco tempo depois M. chegou, eu estava sentada na frente do posto a sua espera ... Vm-4
Cheguei no Hospital às 8:15, pois não sabia onde era e fiquei com medo de me atrasar. Fiquei esperando M. até às 9h ... Expliquei ao médico quem eu era e o que fazia ali e perguntei sobre a possibilidade de assistir ao parto. Ele disse que para isso precisaria de uma autorização do chefe responsável pelo hospital ... mas o médico não estava lá e ele disse que era para vermos isso na próxima semana, quando M. teria retorno. Perguntei se era necessário eu estar lá, pois tinha aula nesse horário e ficaria difícil faltar novamente, mas ele falou que eles iriam querer conversar comigo, falei que daria um jeito. ... Vm.-5

Aqui, parece haver uma “ciranda acolhedora”: o compromisso da observadora com a mãe re-significa algo para este médico que também se compromete com ela, que, por sua vez, não desanima porque encontra acolhimento para o seu pedido. Isto vai ter consequências para o que vem a seguir.

... ele disse que tinha conversado com o chefe e que meu caso seria discutido em uma reunião amanhã e que eu deveria comparecer. Expliquei que teria prova nesse horário e perguntei se não havia outra forma para resolver isso, ele falou que era para eu esperar que ele iria olhar isto para mim, mostrou-se muito atencioso e prestativo o que me animou diante das dificuldades burocráticas. ... Dr. ... falou que a pessoa que levaria meu caso para a reunião era a diretora da enfermagem e que ela retornaria para mim após a reunião, que eu não precisaria ir. ... para eu ligar, caso não retornassem ... Vm.-6

A estudante passa por uma prova e demonstra uma postura ética: apesar do seu vínculo a família, do seu desejo de assistir ao parto, seu esforço para conseguí-lo, mostra que deve respeitar as regras.

A postura da observadora tem relação com a condição necessária para o desenvolvimento da produção de cuidados. Deve se estar atento aos limites que se fazem presentes na relação não só com a pessoa foco da atenção, mas dos outros que estão também envolvidos. Deriva da importância de não ser invasivo, de não criar uma relação dependente.

...P. queria de qualquer forma dar um jeito para eu assistir o parto, já tinha falado lá no hospital, falado para eu entrar escondido, mas expliquei que não teria como, que era regra e que deveríamos respeitar ... Vm.-7

A observadora mostra, mais uma vez, que o “bom” encontro pressupõe tempo, até uma espera, e o respeito com os limites necessários para não invadir o espaço do pai. Ao mesmo tempo, assume uma posição que não cause dependência nesta família.

Cheguei na maternidade às 15:30, mas a visita só começava às 16h., fiquei lá esperando até dar o horário.. sai para ver se P. havia chegado, pois só podia entrar uma visita de cada vez. Falei para M. ... que se eu não voltasse, ligaria para ela ... mas quando cheguei lá fora a recepcionista falou que ele não tinha chegado e se eu quisesse poderia ficar mais. Voltei até o quarto P. ... falou para eu ficar, mas expliquei que não dava, pois depois ele não entraria. Ele falou para eu ir na casa deles para ele me contar do parto, disse que iria fazer observação uma vez por semana, ele disse para eu aparecer quando quisesse, falei que tinha combinado com M., dei os parabéns ... Vm.-8

Não é fácil evitar a sedução da família para sair do seu papel de observadora, mas sabe que se transformar a visita de “trabalho” em social terá dificuldades de olhar para além do que está explícito.

A visita domiciliar em saúde difere da visita social, porque tem como objetivo conhecer o cotidiano das famílias, que informam sobre as necessidades de saúde além da queixa, da demanda explícita, mas podendo ser compreendidas na sua complexidade. Para que se realize desta forma, há que se respeitar um enquadre: o horário marcado, não se chega a qualquer hora, como na casa de um amigo; planeja-se o tempo, o objetivo.

... Trouxe também bolachas e me ofereceu, agradei e expliquei que já tinha comido e pedi que ela não se preocupasse comigo que eu estava ali a trabalho. P. falou que eu estava sendo tímida, ... mas foi complicado, mudei de assunto e perguntei sobre o parto. ... P. ... perguntando se eu não ia pegar B. ... começou a falar sobre o parto, M. tinha sofrido muito... B. era muito grande que eu podia me preparar que como eu era grande como M., meu bebê também seria. Disse a ele que não teria filhos tão cedo ... ele falou para M. pegar Coca-cola para mim, disse que não queria, que tinha acabado de tomar café, mas M voltou a sala com o copo de coca e disse para eu não ficar tímida e aceitar. Aceitei um pouco sem graça, realmente eu não queria ... Disse que já havia dado meu horário ... P. falou para eu ficar mais para o almoço. Agradei e falei que precisava ir ... tinha outros trabalhos a serem feitos. M. falou para eu ficar. ... Vm.-9

Certamente a insistência dos pais do bebê para que ela participe mais do cotidiano da casa exige uma disciplina que vai sendo aprendida no fazer.

Na experiência da ORMBF, é considerado importante que o observador possa se sentir dentro da família, espera-se que pelo contato prolongado com a família, em uma vivência muito próxima, formem-se vínculos de confiança, necessários ao exercício da clínica ampliada. Mas voltamos a insistir na importância de uma distância apropriada para observar, resistindo aos convites para se envolver na organização familiar da mesma forma que seus outros membros ou amigos. Caso contrário corre-se o risco de fazer observações tão pouco objetivas quanto as dos pais. Muito dessas coisas vai sendo trabalhado pelo próprio observador, na reflexão de sua observação e com os colegas do grupo de supervisão.

A semana passada não consegui marcar horário com M., pois ela teve consulta médica quase todos os dias, foram três consultas, dela, de I. e de B. Essa semana liguei para M. ... senti que ela queria um horário que estivesse desocupada, para poder me fazer sala ... Expliquei para ela que não precisava se preocupar comigo e nem para seus afazeres, que eu ficaria observando B. ... Vm.-10

Esta postura, agora, assumida tem repercussões sobre o vínculo: sem poder entender a mudança na distância da observadora como necessária ao seu trabalho, a mãe também se distancia. Mas há várias maneiras de mostrar o interesse e o compromisso.

... Perguntou se eu já estava de férias ... disse ... não pararia os estágios. Perguntei se tudo bem e ela disse que claro, não havia problema nenhum ... Vm.- 11
Cheguei ... no horário combinado, antes de tocar a campainha tento verificar se a porta está aberta, pois da última vez que fui neste horário eles ainda estavam dormindo ... Vm.-19

Apesar do horário combinado, a observadora usa de sua experiência para não ser invasiva, ainda que eles tenham falhado no compromisso com ela. Em outra situação, apesar de ciente dos cuidados necessários para não causar incômodos, tem que lançar mão de outros recursos para conseguir fazer a observação.

Cheguei na casa de M. sem avisar devido ao telefone desligado. P. estava chegando em casa ... Cumprimentei e ele me chamou para entrar, dizendo que M. havia ido ao dentista, mas já devia estar voltando. Quando entramos M. apareceu na porta e disse que o horário do dentista tinha mudado... Vm.-22

O registro de Vermelho parece sem importância, mas tem uma razão: ela comunica que, apesar de bem intencionada, foi surpreendida por uma situação inesperada, que poderia gerar equívoco. Percebe, então, a complexidade dos encontros propiciadores de vínculos qualificados, revelando o aprendizado de que os bons encontros dependem do cuidado com pequenos, mas importantes, detalhes.

Outra observadora, Azul, também tem preocupação para esclarecer os objetivos da observação, fazer um “contrato” para os encontros. O compromisso com os horários, a regularidade das visitas propiciaram um vínculo da família com a observadora, que permitiram, também, que a observadora se vinculasse à família, apesar das condições desfavoráveis (família muito simples, mudanças para lugares de difícil acesso, espaço precário, local de risco para violência).

Cheguei à casa de M. às 14h. como combinado. Chamei pelo seu nome, pois não havia campainha ... Começamos conversar sobre como seria o estágio. Eu disse que, como havia falado pelo telefone, visitaria sua casa durante um ano para observar o desenvolvimento de B., uma atividade proposta pelo estágio. A observação se realizaria durante uma hora, uma vez por semana. ... Ela permanecia sentada na sala, como que “fazendo sala para uma visita”. Achei

conveniente explicar novamente o que eu fazia ali e que o objetivo era o aprendizado sobre a relação mãe-bebê, pois ela parecia bastante curiosa e ansiosa ... Perguntou ... ao que respondi apenas um “não”. ...Az.-1

O respeito com o horário marcado para o encontro, chamar pelo nome ao invés de bater, re-explicar o objetivo, a duração e frequência do estágio, apesar dela mesma já tê-lo feito por telefone, são pequenos detalhes que se mostram importantes para o primeiro encontro, para a visita na casa, é mais uma vez a preocupação em estabelecer um contrato claro com a família, marcado pela responsabilização e interesse. São elementos importantes para caixa de ferramentas da produção de cuidados, no entanto, podem ainda não ser suficiente, a família mostra, ainda, necessitar de outra forma de explicação.

Há, ainda, outro ponto a ser ressaltado. A disponibilidade da observadora aparentemente espontânea, revela seu esforço: também se encontra ansiosa, diante da pergunta da mãe lança mão do recurso, que acredita sugerido pela observação, e responde secamente, sem tentar entender o que está implícito nesta demanda. Mais importante que dar a resposta é tentar entender qual a necessidade a ser satisfeita.

A observadora, entretanto, aprende com a experiência das visitas e da supervisão. Na segunda semana, no dia da visita, apesar do contrato de se avisarem quando não fosse possível, houve um desencontro.

Liguei para M. antes de ir até sua casa para confirmar que estaria lá; cheguei pontualmente às 14h. Gritei por seu nome ... Az.-3
... nos despedimos, confirmando minha presença na semana seguinte. Az.-5

Azul confirma a presença com a mãe antes de ir e deixa a volta na semana seguinte esclarecida. Além de cuidar da relação, esta preocupação de confirmar algo que já está acordado revela que a sua disposição para observação não mudou, continua interessada.

Normalmente, este compromisso com a família, a quase certeza da volta, tem repercussões importantíssimas para a mãe: contar com uma pessoa que pode ouvi-la, desenvolve vínculos de confiança.

E os encontros são peculiares, trazem novas possibilidades de lidar com o novo inesperado.

M. ... me diz num tom de irritação: "Esse menino é meio tan-tan, ele não é certo não; você viu? Ele tem oito anos é irmão de um amigo de T. , mas parece que o I. é maior que ele de cabeça né?" Eu apenas escuto ... Az.-6

Esta postura de não perguntar, de não tomar partido, apenas escutar, de forma que não pareça distante, requer disciplina e esforço, mas demonstra respeito ao que o outro está disposto a revelar, acaba por mostrar sua importância: é necessário tempo para se conhecer, estabelecer confiança.

Não emitir julgamentos de valor é algo muito difícil, não é algo a que estamos acostumados. Requer o aprendizado da não imposição de valores e princípios para a família, evitando o tom prescritivo e levando em conta as peculiaridades / singularidades da família. Mas é fundamental para o trabalho de quem procura conhecer.

Respeitar o horário de saída também é importante, e há várias formas de comunicar isto.

... Eu comento que já estou ali há uma hora; P. pergunta se é só uma hora mesmo que eu fico. Respondo que sim, pedindo que ele abra a porta para mim. Despeço-me de M. que está na cozinha almoçando e todos vão até a porta comigo, apenas a avó fica na sala. Az.-6

A reação das pessoas indica que este limite pode ser aceito, mostrando-nos que a disponibilidade de cada um, a postura desenvolvida pela observadora é constantemente construída e têm determinação para os próximos encontros.

...Apenas espero que M. termine de alimentá-lo e vou embora. Ela e I. me acompanham até o portão. B. fica no carrinho após arrotar. Digo que ficarei algumas semanas de férias e ela diz que ia me perguntar isso; combino a próxima observação e ela me deseja boas férias ao lado de minha mãe. Az.-13

Respeitar o horário de saída, no entanto, não significa que não se possa ser flexível, principalmente quando vai comunicar mudanças, na seqüência de observação. Apesar da comunicação das férias parecer brusca, deixar o recomeço marcado reafirma o interesse e compromisso da

observadora. O resultado do cuidado com este detalhe revela sua importância, na reação da família, quando da volta da observadora Azul.

Telefonei para M. no dia 23 de julho para saber se já havia se mudado, uma vez que combinamos continuar as observações após a mudança para uma nova casa. ... Perguntei sobre a próxima observação e ela pediu que ligasse na semana seguinte. ... Entrei em contato com M. na segunda-feira e combinamos a observação na quarta; ela chamou o marido ao telefone para me explicar onde moravam. ... cheguei, após muito procurar... M. disse ... que naquele “fim de mundo” ... Pergunta se eu achei fácil chegar até a casa dela. Respondi que me confundi um pouco, mas havia aprendido o caminho. ... Az.-14

Azul continua cuidando da relação para que não haja desencontros, mas não precisa falar do esforço que fez para chegar ali, para demonstrar seu empenho, pois também poderia conotar seu julgamento sobre as limitações do pai para explicar o acesso, sobre o lugar que foram morar. Parece dizer no final, que o aprendizado passa por isso, tolerar as confusões sem desistir para poder pensá-las, aprender novos caminhos. A integralidade da assistência também faz esta exigência: aprender e apreender vias alternativas. Outras oportunidades então se configuram.

... Ela me pergunta se conseguirá marcar novamente consulta para o bebê, respondo que talvez sim, mas que ela deve prestar atenção a essas coisas, pois há muitas pessoas a serem atendidas e poucos horários. ... Az.-15

Pelo método da ORMBF, não cabe à observadora, este tipo de tarefa, poderia resultar em afastamento, mas o vínculo já feito dá a ela segurança para este comentário. Informa, também, sobre o aproveitamento mais amplo do estágio, observando e aprendendo sobre os problemas do SUS.

O vínculo foi construído pela disponibilidade de ambas as partes para este tipo de encontro e pelo respeito aos limites de cada um. Azul tem que re-configurar o *setting* de observação para poder continuá-la, devido ao trabalho da mãe.

Chego à casa de M. dez minutos mais cedo, pois havíamos combinado alguns minutinhos para combinarmos as próximas observações. ... ela mesma vem me atender, com um sorriso no rosto e bem mais magra (o short estava caindo). Ela diz: “Quanto tempo, hein?” e eu respondo: “Pois é, como você emagreceu!”. Ela me conta que está indo trabalhar de bicicleta ... não recebe vale-transporte e não agüenta ir a pé, mas está

achando bom porque emagreceu. ... A babá retorna ... Disse que eu estaria ali nas quartas-feiras, naquele horário, expliquei meu trabalho para a babá. Esta balançou a cabeça afirmativamente ... Az.-23

Mudanças, novos contratos, Azul sente necessário explicar seu trabalho e marcar os horários com a empregada, que é quem vai ficar agora com a criança. Respeita o outro e cuida do seu trabalho. São ferramentas para o trabalho em saúde - o respeito, o esclarecimento, a flexibilidade para as eventualidades naturais ao viver - que possibilitam a adesão, o vínculo, que, por sua vez, promovem a sua continuidade.

O grupo de recortes de observações, que vem a seguir, mostra como a disponibilidade da observadora Verde e a postura desenvolvida foram essenciais para que a proposta do estágio fosse cumprida.

Compadecer-se com a situação da família para se fazer aceita pela mesma contrasta, muitas vezes, com um posicionamento aparentemente distanciado de Verde. Revelam, entretanto, sua reação diante de algumas características desta família, principalmente da mãe, dentro das possibilidades de não ser invasiva, que favoreceu a construção do vínculo, e a longitudinalidade da observação; mas, sobretudo, que a flexibilidade é uma competência a ser desenvolvida para integralidade da assistência.

Apesar da proposta do estágio da ORMBF ter sido explicitado por alguns trabalhadores do serviço, a observadora Verde não vai para primeira visita, sem agendá-la. O respeito pelos horários da família tem repercussão para disponibilidade da mesma para o encontro, evidenciado pela comunicação das dificuldades de acesso.

...chamei pelo seu nome, pois ela já havia me avisado pelo telefone que a campainha estava quebrada. Seu marido veio destrancar o portão. Cumprimento-o e pergunto seu nome. ... Comento como a nenê é bonita. ... Explico com mais detalhes do que no telefone como será o estágio e combinamos o melhor horário. ... Combinamos então todas as quartas, das 14:00 às 15:00, e, a seu pedido, combinamos de telefonar quando uma de nós não puder. ... Vd.-1

Ainda que já se sentindo aceita, a observadora cuida de alguns detalhes: pergunta o nome do pai, revela seu encantamento com a criança,

explica pessoalmente como será a visita ao longo do ano, faz um contrato que deixa implícito o respeito de ambas as partes para que a experiência aconteça.

A disponibilidade tão interessada, até mesmo acolhedora do primeiro encontro, muda de aparência na segunda observação relatada.

... Enquanto isso, fico em pé ao lado do berço. Como B. não parava de chorar, ... Digo que preciso ir embora. M. ... e vai abrir o portão para mim, junto com B. Faz comentário sobre o sol quente, nos despedimos e vou embora. ... Vd.-2

Verde está tão próxima fisicamente para observar a relação Mãe-Bebê, mas o que aparenta distanciamento, falta de envolvimento, revela o impacto do que este encontro, considerado simples, desperta. Perceber que o objeto da observação, semelhante ao alvo de nossa atenção no trabalho, interfere com a nossa disponibilidade pode permitir a transformação do encontro sujeito-objeto em sujeito-sujeito. Pode, ainda, propiciar a busca de outras posturas – para compor a caixa de ferramentas para o cuidado (MERHY, 2002a) – que dêem conta desta relação.

É uma busca, não há modelo concebido como certo.

... Pergunto a ele se hoje não ia ter aula, e ele responde que foi expulso, dando uma risada envergonhada. Depois se corrige, dizendo que levou dois dias de suspensão. Pergunto o porquê e ele diz que foi por ter xingado uma menina. ... sua mãe entra na sala e pergunta se ele não tinha dito que foi outro menino que xingou. I. responde ...que foram os dois. M fala ...não gosta de mentira. Pergunta porque ele havia mentido, mas ele não responde. M. fala para I. tirar o material do sofá, ... Ele o pega e leva para o seu quarto. M fala para ... e arrumar sua bagunça. ... se ele quiser assistir televisão, é para ver na outra, que suponho estar em seu quarto. ... Vd.-3

A observadora acabou de chegar a casa, poderia esperar, observando, para saber o que estava acontecendo. No entanto, apesar do menino ter se mostrado envergonhado, ela continua perguntando, interferindo de forma constrangedora.

Verde pode ser iluminada pela reflexão: mesmo a aproximação intencionalmente interessada pode se revelar de invasão fiscalizadora. Uma das vantagens do tempo de experiência proposto pelo estágio é a

possibilidade de aprender a aprender outras formas de lidar com o inesperado.

E o inesperado sempre estará presente. A característica do trabalho em saúde e do aprendizado para a produção do cuidado em saúde é também um aprendizado em lidar com o inesperado que se apresenta de distintas maneiras.

Cheguei em frente à casa de M. e chamei pelo seu nome. Esperei alguns instantes e, como não obtive resposta, a chamei novamente. M. abre a porta e vai buscar a chave. Quando retorna,, cumprimento-a e pergunto se estava almoçando. ...Vd.-4

Esta pergunta parece desnecessária diante da possibilidade de observação. Provavelmente, o receio da observadora, pelo possível efeito da intervenção na visita passada, de estar incomodando, chegando em uma hora imprópria, faz com que se expresse. Com isso transmite uma preocupação, um cuidado com a mãe, que gera um espaço continente para que fale de suas lidas e dúvidas com a bebê.

... me pergunta se eu percebi como B. tinha se desenvolvido e eu respondo que sim. Após mais um período de silêncio, conta-me que B. machucou o olho. Pergunto se foi com a unha e ela responde que sim, e que vai cortá-la ... Vd.-4

No entanto, este aprendizado não está pronto, não é automaticamente incorporado, e a estudante Verde recorre aos recursos conhecidos, concordando com a mãe, demonstrando interesse com perguntas desnecessárias que podem causar mal estar.

Mais importante que dar respostas, saber o que aconteceu realmente, é entender que necessidades estas demandas traduzem. A resposta da mãe à pergunta da observadora nada acrescenta ao que esta já pensava e parece configurar controle sobre a maternagem.

A observadora continua perguntando o que pode observar.

... Olho B. e pergunto à M. como ela está. Ela responde que B. está bem, mas que deve ser muito frágil, pois pega resfriado muito rápido. Disse que quando está doente fica "um nojinho" ...M. vai para cozinha terminar de arrumar a louça do almoço. ... Escutei alguém chamar por M. da rua. Ela estava na cozinha e, como não veio atender, achei que

não tinha escutado. Fui então até o corredor avisá-la ... Escutei M. falando para amiga que não a tinha escutado, e que a estagiária da USP, que vem por causa da nenê, quem a avisou. Elas entraram na sala e chegaram perto do carrinho pela parte de trás. ... M. começa a conversar com a amiga ... conta ... que I. está dando muito trabalho, ... matando aula ... seu boletim veio com notas vermelhas ... vai transferir I. de escola. ... Em seguida a amiga de M. começa a contar sobre sua vida e M. ouve fazendo comentários. ... Digo a M. que tenho que ir. Ela se levanta com B. e vai abrir o portão para mim. Despeço me dela e de sua amiga e vou embora. Vd.-6

Provavelmente, com as perguntas, a observadora Verde só tem a intenção de ser cordial, mas então deveria ter também perguntado como vão outros membros da família. A reação da mãe aparenta uma certa ira pela atenção que é colocada na bebê, seu afastamento pode ser um indício da influência da pergunta da estagiária: se o foco de interesse é a criança, ela não precisa participar. E o sentimento da mãe, mais explícito agora, tem também repercussões sobre a observadora Verde, que se torna indisponível para uma escuta do que está implícito.

A possibilidade de refletir sobre o ocorrido durante o registro da observação feita ou o apoio proporcionado pelo grupo, na supervisão, permitem que a estudante se aproprie de dados que estão disponíveis para sua observação, e usa a pergunta não só dirigida à mãe, mas a outros membros da família.

Chamei por M. em frente à sua casa e ela logo veio abrir o portão. Vi que P. ainda estava em casa, pois a moto estava na garagem, então perguntei a ela se eles estavam almoçando. ... Durante algum tempo, M. se ocupa dos afazeres da casa ... Ao passar de um cômodo para outro, ela olha para mim e para B., sorri e se pergunta se a novela já havia começado.. ... Da cozinha M. me pergunta novamente se eu notei o quanto ela se desenvolveu e eu respondo que sim ... M. senta novamente e diz que o teste do pezinho mostrou que B. tem uma anemia ... Pergunto se tem algo a ser feito e ela diz que não, que ela só terá que tomar cuidado quando for ter filhos. Disse também que o resfriado que ela estava desde que nasceu só passou mesmo agora, pois antes ele desaparecia, mas logo voltava. ... me perguntou se eu vou passear no feriado. ... Digo que tenho que ir e M. se levanta, dizendo para B. ir dar uma volta até o portão com O. ... Vd.-7

Tal cuidado não passa despercebido à mãe, que se aproxima e, mesmo, quando se separa fisicamente, mantém a interação com Verde falando de suas necessidades de saúde. O interesse sobre a bebê, expresso, agora, com uma pergunta que inclui a família, tem uma função continente sobre a mãe, que deixa seus afazeres para partilhar com a observadora informações sobre a filha, que podem interessá-la.

Este reconhecimento agradecido revela-se pelo interesse por Verde e pela despedida diferente. Podem configurar o vínculo da família, que passa a se mostrar, de forma mais espontânea, falando de suas verdadeiras dificuldades.

Mas nem sempre isto se traduz como entendimento.

... B começa a resmungar novamente, M. ... diz para B. ficar quietinha para ela poder ir lavar suas roupas e balancear o carrinho. B. pára de resmungar e M. vai lavar roupa. Quando volta, digo a ela que preciso ir e que vou tirar férias. Combinamos de eu ligar quando chegar para marcarmos um dia para observação. Vd.-9

Parece que a observadora continua sem entender as demandas desta família - fala das férias para mãe, como esta fala para filha: *“você fica quietinha, porque eu preciso ir, vou tirar férias”* - além disso, a decisão de quando e como volta fica sob domínio de Verde, conotando um certo autoritarismo por parte dela.

A postura ideal nunca está pronta, não há um modelo efetivo, mas pode-se pensar nos seus fatores de influência ou determinantes, como reação da observadora à maternagem, por exemplo.

Perceber, pela vivência pensada, as influências a que estão sujeitas e as que lhe determinam, ensina sobre o cuidado com pequenos, mas importantes, detalhes que possibilitam a escuta das necessidades de saúde.

As várias experiências partilhadas no espaço de supervisão são oportunidades de aprendizagem para todo o grupo. As várias formas, como o observador se preparou para o encontro e como se posicionou durante o mesmo, são questionadas e pensadas pelo grupo, ora com compaixão pelas dificuldades ou sofrimento vivenciados pelo colega, ora congratulando-se pela postura flexível. Este compartilhamento recria o encontro com outros entendimentos. Emergem como importantes, as expectativas com que se vai para a casa da família, evidenciadas pelos contratos mais ou menos claros,

como um dos possíveis determinantes para o que acontece ou não, o que se apreende, o que se aprende. O despojamento do que se sabe para observar o que não se conhece ainda, traz a flexibilidade como categoria importante para escuta qualificada para o acolhimento das necessidades de saúde.

Aprende-se, sobretudo, que a postura do observador, semelhante à do trabalhador de saúde, tem uma distância, nunca ótima, mas determinada pelas disposições para o encontro, que não é só do estudante, que observa, mas também de quem se deixa observar. Nesta perspectiva, aprendemos, todos nós, que não há observação neutra, e sim aquela implicada com a história anterior de cada um e com os desejos de conhecer e transformar a realidade.

4.3. Disponibilidade da família para o observador

O trabalho em saúde tem como característica fundamental o encontro de e entre pessoas em constante interação, de forma que a *disponibilidade da família para o observador* está relacionada ao preparo do observador para o encontro, ao desenvolvimento da postura de observador, no interior da casa, em contato muito próximo à família. A receptividade da família para o observador, é determinante, também, do desenvolvimento da postura para observação, mas também informa sobre o “*jeito de andar a vida*” da família, da sua necessidade por uma escuta acolhedora.

A forma, então, como as pessoas das famílias recebem é variada, dentro do próprio grupo e difere também entre elas, no geral. Encontramos a disponibilidade que denominamos “*escancarada*” para aquelas que se abrem sem restrições já nos primeiros encontros. Esta, para os observadores, transmite a impressão de terem sido aceitos.

Foi esta a situação encontrada no primeiro conjunto de recortes feitos a seguir. Apesar de não conhecer a observadora, excetuando-se as apresentações do serviço, a família, já de início, permite a entrada irrestrita à intimidade da casa.

...chamei pelo seu nome, pois ela já havia me dito que a campainha estava quebrada. Seu marido veio destrancar o portão. ... me convida para entrar e diz que M. está na sala. Ao entrar, vejo que está sentada no sofá, assistindo TV e

amamentando B. ... M. diz para eu me sentar. Seu marido entra na casa e não o vejo mais ...Vd.-1

A mãe, contactada previamente pelo serviço de saúde e pela própria observadora, aceita e, aparentemente, espera pelo encontro. O pai, provavelmente, foi comunicado, pois permite a entrada da estudante, sem ao menos perguntar quem era ela. Ter uma pessoa estranha em casa não desperta nenhuma persecutoriedade nele. Embora nem a conheçam, fora as referências do serviço, os dois consentem que a estagiária entre na intimidade da família, uma vez que a amamentação é um momento reservado, para muitas mulheres. Há, contudo, algumas restrições feitas pela mãe, adequando melhor o horário das visitas,

... Ela diz que prefere das 14:00 às 15:00, pois já passou o horário do almoço e seu filho já foi para escola. Um horário mais no meio da tarde ela disse poder atualmente, mas quando voltar a trabalhar, teríamos que alterá-lo ... Em relação ao dia da semana, falou que pode ser qualquer um, o que eu preferir. ...Vd-1

No entanto, não coloca a volta ao trabalho como dificuldade para não fazer a observação. A forma de receber a observadora, na segunda visita, confirma esta disponibilidade: *ela entra na casa como se já fosse velha conhecida.*

Estava chegando... seu marido está saindo de moto. Ele abre o portão e diz para eu entrar que a M. está na sala. Ela estava no sofá amamentando B. Pergunto como está a nenê? ... Vd-2

Cheguei em frente da casa e chamei pelo nome de M. Ela responde com um "oi" e vem abrir o portão. ... seu filho aparece na porta da sala. Cumprimento os dois e entro na casa. M diz para eu me sentar e vai para a cozinha. B estava no carrinho entre os sofás. Ela dormia ... I estava deitado no outro sofá assistindo TV. ... Vd.-3

Na seqüência dos encontros, esta disponibilidade parece ganhar outra tônica. Alguma coisa mudou: a mãe recebe bem a estagiária, não coloca qualquer restrição à observação, mas não fica junto. Será que a pergunta focada apenas na bebê, na última observação: *Pergunto como está a nenê?*, teve este efeito? Pode ser que sim, mas percebemos outras situações.

A família não tem abertura irrestrita para qualquer pessoa - o pai quer saber com quem está sua filha.

... Ao acabar de varrer a sala, me diz para me sentar e puxar o carrinho para perto de mim. P. aparece no corredor e pergunta quem havia chegado. ... me viro e o cumprimento. Ele volta para cozinha e M. continua varrendo outros cômodos ... P. passa pela sala em direção ao quarto e, ao passar pelo carrinho olha para B. e sorri. ... comenta sorrindo: "Ela tá chorando?" e sai ... M estava falando ao telefone e arrumando as coisas na cozinha ... Vd-4

Por outro lado, a presença de Verde não causa incômodo à mãe, já tão atarefada. Ela disponibiliza a sala, agora, limpa para observação. Mas aqui parece configurar que disponibilidade não é tão gratuita: fazendo companhia para a criança, ela não chora, enquanto a mãe continua com seus afazeres. Parece que se configura uma troca.

E a observadora, em outros momentos reitera que o foco de sua visita é a criança, e a família assim se disponibiliza.

... P abre a porta, me cumprimenta e me pergunta se vim ver B. Digo que sim ... ele me diz para entrar no quarto que M. está dando banho na nenê. ... Vd-8

Quando a observadora fica distante, foram quatro semanas devido às férias, a família se ressentiu e apesar da combinação do horário, não se mostra tão disponível.

Cheguei ... chamei por M. A porta da casa estava aberta e pude ver I. e outras crianças brincando. Eles estavam fazendo muito barulho e I. só me ouviu 5 minutos após ... Ele veio até a porta e eu perguntei se sua mãe estava em casa. Ele respondeu que sim e foi chamá-la. Voltou depois para perguntar meu nome e entrou novamente. I, então, ... me convidou para entrar. ... M. havia vindo da cozinha trazendo B. I...chama seus dois amigos, que estavam na sala para brincarem no quintal dos fundos ... Vd-10

O vínculo feito é retomado imediatamente diante da volta prometida da observadora. Não só a mãe, mas o irmão disponibilizam o espaço para observação.

Após tocar a campainha, M abre a porta, me cumprimenta ... Entramos na sala e ela me diz para ir até o quarto, pois B. está dormindo no berço. M vai para a cozinha e, ao entrar no quarto, vejo que B. está acordada ... Vd-11

A mãe não verifica se sua filha acordou, volta para seus afazeres, deixando-a com a observadora. Conjecturamos se não seria esta uma forma de comunicar que tem dificuldades de estar junto, para observar a bebê.

A disponibilidade, quase sem restrições, da família, mas principalmente da mãe, comunicam uma necessidade diferenciada; Verde pode aprender que a forma como o outro se apresenta para o encontro tem relação com suas expectativas, e pode ser um dos determinantes da evolução, daí resultante. Na volta de suas férias, a acolhida diferente da que estava acostumada, apesar de ter combinado o período de ausência e o retorno, traz a vivência do conhecimento de que os desejos e as expectativas não têm apenas uma dimensão de nível racional, mas também o mundo interno povoado de fantasias.

Verde percebe, também, como a sua disponibilidade e sua postura em relação à observação têm influência sobre a receptividade da família e as implicações decorrentes. Sua pontualidade e frequência regular são importantes para a constituição de um vínculo, mas a colocação, por mais de uma vez, que o foco de sua visita era “a menina”, teve repercussões sobre a participação materna nas observações, e também na possibilidade do pai e do irmão ficarem juntos.

Assemelha-se à disponibilidade de outra família a Amarelo, mas há que considerar sempre a singularidade dos encontros, das expectativas de cada um dos atores e das necessidades comunicadas.

Esta mãe dispõe-se para observação com muito entusiasmo, contactada pela pediatra do serviço de saúde. Assim se dá a entrada do observador em sua casa, com uma receptividade “escancarada”, expressa pela conduta da família de falar de suas histórias íntimas, já no primeiro encontro, e o fato de deixarem a criança só com o observador, conhecendo-o tão pouco, na sequência inicial de visitas.

No entanto, uma circunstância se apresenta desde o início: o questionamento da mãe sobre a necessidade de sua presença durante as observações. Aparentemente justificada pela sobrecarga de trabalho, a sua pouca participação nas primeiras visitas, torna-se ausências cada vez mais frequentes e determinam, por fim, a impossibilidade de se fazer a observação junto com ela. Ainda que racionalmente justificada, esta indisponibilidade da mãe tem influências sobre a postura de Amarelo.

Na primeira ligação M. não estava. Foi a mãe de M. (A) que atendeu, ...expliquei quem eu era. Perguntou-me se precisava de M. durante a observação. Eu disse que seria melhor. Ela disse, então, que era melhor falar direto com M. ... na segunda ligação, quem atendeu foi M. Ela repetiu perguntando se a presença dela era necessária. Eu repeti que sim. ... Cheguei ...no horário combinado ... encontrei uma mulher entrando na casa. Perguntei se ela era M. Ela me respondeu que não, mas que iria chamá-la. ... retornou e me disse que era para eu entrar. ... era a empregada (E.). ... na casa, o primeiro cômodo era a sala e encontrei M. ao telefone. Ela me disse para sentar e continuou a conversa pelo telefone. ... Am.-1

A família não se recusa a recebê-lo, mas há uma dificuldade com a presença participativa da mãe durante as observações. A impressão é mesmo de uma pessoa muito ocupada. Difere das expectativas nossas como trabalhadores da saúde: a criança está com um mês, e a licença maternidade lhe daria o direito de estar com a filha, mesmo sendo profissional liberal.

Nos encontros que se efetivam vão se conformando relações de Amarelo com a família. Neste primeiro momento, diante da explicação do observador há uma outra configuração do encontro, mais parecido com uma visita social.

... M. terminou a ligação, eu me levantei, nos cumprimentamos e ela me apresentou B., perguntando como seria a observação. Disse a ela que seria algo tranquilo. Daí, ela me interrompeu e disse: - Então vamos tomar café. ... foi levando B. no carrinho e fomos juntos até a cozinha. Lá me encontrei com A. (com o mesmo nome de B.). Cumprimentei dando-lhe a mão. E1. estava sentada tomando café. Pediram-me para sentar. Sentei e me ofereceram café e pão com manteiga. Aceitei apenas o café. ... Am.-1

Comum e até natural de acontecer no início do estágio, mostra uma forma de aproximação conhecida de ambas as partes.

Neste conluio entre a mãe e Amarelo, é interessante quem se coloca a observar: a criança. Aparece um contraste entre o posicionamento da mãe e da avó para observação.

... B. passou a me olhar profundamente, ela tem os olhos azuis bem pequeninos e, daí, surgiram brincadeiras sobre quem estava observando quem. ... A. perguntou-me qual

era a faculdade que eu fazia, que ano que eu estava e quanto tempo era a duração do curso. ... M. percebeu que B. havia se sujado. ... foi trocá-la. Fiquei na cozinha conversando com A. Ela me perguntou se os estudantes tinham tempo de acompanhar a onda de violência de R.P. ... de que cidade eu era. Respondi... se lá era violento também. Eu disse que sim. Perguntou-me o que é que passa na cabeça de uma pessoa que comete tamanhas crueldades. Eu respondo que muitas vezes estas pessoas estão sob efeito de drogas. Ela disse que isto não justificava. ... prefere nem escutar os programas de rádio porque acabam deprimindo-a. De repente ela gritou para M.: - M.! Você não vai trazer B., o rapaz veio para observar B.. M. respondeu: - Estou trocando B. e já vou colocá-la no colo de O. ... Am.-1

Uma quer conhecer a pessoa que está entrando em sua casa e fala o que pensa, o que lhe faz mal, parece colocar algumas condições para a entrada do observador na sua casa. A outra, ao contrário, já quer colocar a filha no colo de uma pessoa que ela só conhece através da indicação do serviço de saúde.

... Fomos interrompidos várias vezes por ligações ... quase todas para M., ela é advogada ... A. levou o cachorro (C.) para passear. ... M. sentou ao meu lado, no sofá e puxou o carrinho para o meio de nós dois. Contou que B. teve uma gravidez conturbada ... Tirou do carrinho, colocou-a entre as pernas, brincou com ela e B. sorriu. Disse que B. era a primeira neta e pela família do ex-namorado (pai de B.) era a primeira menina, só havia dois netos (P. teve um filho de outro casamento). Olhou para B. e disse segurando-a no colo. - Você vai ficar bem forte e bater nos dois, né?! ... Contou que A. tirou uma das mamas, pois teve um câncer ... mostrou a foto do ex-namorado ... terminaram uma semana depois que B. nasceu, disse que como seu irmão sempre disse: "B. não podia puxar a feiúra do pai, do pai apenas a altura", enfatizou mostrando a foto que P. era muito feio ... Am.-1

A disponibilidade das duas é realmente diferente, relacionada a características particulares de cada uma, mas há que se pensar na saída da avó. Não estaria ela implicada com o pedido de Amarelo: a observação com a mãe?

Outra situação mostra-se interessante para pensar o que as disponibilidades de cada um podem significar: a mãe sai com a criança, justo no horário combinado para observação.

Compareci à casa no horário combinado ... A. me recepcionou. Disse que M. tinha levado B. ao posto de saúde, mas que já voltaria. Pediu para que eu entrasse ...

me convidou para sentar ... ficamos a conversar um bom tempo. ... Perguntou se eu voltaria para minha cidade depois que eu me formasse. ...se era difícil conseguir emprego na área de psicologia. Disse que a Psicologia era uma área da Medicina e por isso tinha que ter muita responsabilidade. ... Dependendo da pessoa, ela pode piorar, ficar mais doente. Tem gente que tem que sair da terapia porque se não fica louco de vez. Perguntou se isso era verdade e eu respondi que o profissional tem que estar bem preparado ... A. perguntou se eu não queria ler o jornal, enquanto eu esperava ...me mostrou uma foto do jornal com uma criança toda queimada. Disse que nos tempos em que vivemos não devia ter mais guerra. ... Am.-2

A avó, que se encontra na casa, recebe Amarelo, continua sondando-o, parece ter uma postura mais adequada para o contexto, sem deixar de ser acolhedora. Ninguém, no entanto, está livre das contradições e incoerências.

Outra situação se evidencia: a empregada é “maluca”, mas pode ficar só, com uma pessoa praticamente estranha, na terceira visita de Amarelo.

... A campainha tocou, era E1.. A. me disse, antes de abrir a porta, que E1. era maluca e que precisava de psicólogo. E1. entrou e reparei que trajava roupa “modernas”. A., assim que E1. chegou, pegou a coleira e levou C. para passear. Nisto, aparece E1. e me disse: “Eu devia tirar uma foto para mostrar para B., quando ela crescer, que tinha um rapaz bonito que ficava observando ela.”... Am.-3

A impressão que temos é de uma disponibilidade inadequada de todos para a situação, inclusive a manifestação da empregada, que é a mais expressiva. Comunica, contudo, a cultura familiar, dificuldades de estar perto da criança, mas também como foi entendido o *setting* da observação, entre outros.

A disponibilidade “escancarada” da família para Amarelo nos informa como se dão as relações:

Cheguei ... no horário combinado. Ao chegar avistei A. passeando com C.. Ela esperou que eu estacionasse ... abriu a porta para mim. Disse que eu podia entrar que M. estava lá dentro e que ela iria passear mais ... Entrei na casa e me sentei no sofá da sala. M. apareceu de um dos quartos de camisola. Eu cumprimentei-a e ela, meio envergonhada, foi se trocar ... A. me ofereceu café. Eu disse que não queria. Ela sentou-se, mudou de canal e depois saiu. M. apareceu e me ofereceu café. Repeti o que disse para A. Ela perguntou se não era vergonha. Eu disse que não e que já tinha tomado café hoje. Neste dia ela me ofereceu café mais duas vezes. Mudou de canal e disse que B. gostava mesmo era de desenho animado. A. apareceu e disse que a televisão estaria atrapalhando minha observação. ...

M. apareceu perguntando quem desligou a televisão. A. disse que a televisão estava me atrapalhando. M. disse que tinha que ir embora. ... Perguntou se tinha problema ela não estar na observação. Em seguida me disse que seria um ano e, por isso, daria para analisar várias situações: M.com B., M. sem B., B. com C., B. e A. ... Am.-4

Relações estas que parecem se configurar, sem limite entre o eu e o outro, o novo, que chega, pode entrar na casa pela manhã, sem o aviso para a pessoa que vai recebê-lo. Há uma disponibilidade acolhedora para ele, mas serve à atuação do conflito entre as duas: mãe e avó. Esta relação reiterada, permite nos conjecturar sobre a comunicação truncada entre elas, não como uma circunstância eventual, mas como modo de viver.

Mais uma vez, a criança e o observador são deixados sós com uma pessoa que julgam inadequada no horário marcado para observação.

Cheguei no horário combinado, M. não estava, A. também não ... Quem abriu a porta foi E1. ... disse que naquele dia ia ser só eu, ela e B. ... encontrei B. no carrinho, bem de frente para televisão. E1. virou o carrinho para mim ... e comecei a observar. ... E1. me perguntou se eu havia parado de jogar bola. Disse que eu devia gostar muito de cerveja e comida. ... ela disse que eu tinha engordado um pouco ... Am.-11

Fica evidente que a empregada tenta seduzir Amarelo para tirá-lo de sua função. Não deixa de ser a comunicação de uma demanda, mas, também, reitera a forma como a família vive.

Cheguei um pouco ante do horário combinado ... achei que não haveria problema. ... o avô de M. estava sentado no quintal e fez sinal com a mão para eu entrar, ele disse que a porta estava aberta. Eu entrei ... tomei um grande susto ... umas quinze pessoas estavam lá dentro e todos olharam para minha cara, eu não vi ninguém conhecido. Então, disse um "oi" para todos e recuei para o quintal novamente. ... o avô de M. percebeu meu constrangimento e riu. ... A. apareceu do corredor com B. no colo. Todos rezavam e cantavam ... uma música pedindo para Deus derramar amor sobre ... B. ... Aos poucos todos foram saindo ... apertavam minha mão e alguns disseram: "a paz de Cristo". Alguns me perguntaram quem eu era, eu respondi que eu observava B. Um outro disse que eles estavam me atrapalhando. ... eles saíram depois das 20:30 e por isso me senti menos culpado. ... E1. veio até mim e riu. ... A. ... com B. no colo. ... entraram na sala e eu cumprimentei ... Tentei me desculpar ... eu tinha me adiantado no horário; ela disse que quem tinha que pedir desculpas era ela por eu ter que ver um monte de velhos juntos ... Am.-20

Há vários indícios de que a avó gostaria que Amarelo visse ou, até mesmo, participasse deste evento, mas, interessante que não possa ser explicitado como tal, causando constrangimentos que podem prejudicar a relação.

Em outro momento, há uma certa mudança: a avó espera Amarelo chegar para sair, a empregada não se aproveita da saída dela para sua habitual provocação, ocupa-se com seu trabalho.

Cheguei no horário combinado, A. veio atender a porta. Fui até a sala e não avistei ninguém. E1. apareceu com o carrinho e nele estava B. ... Cumprimentei E1. A. disse que iria até o supermercado. Fiquei apenas com E1. e B. ... ela virou o carrinho e perguntou se eu não queria trocar de sofá para olhar melhor B. Troquei de poltrona. E1. disse que ela tinha que trabalhar. Neste dia, passei a maior parte da observação, sozinho com B ... Am.-23

Amarelo fica só para observar a bebê. Temos, assim, uma idéia da disponibilidade da família para bebê, não é apenas a disponibilidade da família para com o observador que se configura.

Cheguei no horário combinado. E1. atendeu a porta. Ela disse que achava que eu não iria naquele dia. ... gritou para A. que estava no quarto. ... Am.-26

Cheguei no horário combinado. ...A. veio atender com C. ... a TV estava ligada ... A. disse que ia sair um pouquinho e perguntou se eu poderia ficar com B. Eu disse que sim. ... a TV não me deixava observar B. dormindo. ... tomei a atitude de desligar a televisão. Am.-30

O que se pode observar é que a maneira como estas relações se conformam e se materializam, na disponibilidade desta família para Amarelo, dizem sempre mais: como se relacionam entre eles, pelo distanciamento, pelo não se responsabilizar pelo outro, pela comunicação truncada, pelos não ditos que podem se transformar em mágoas e rompimentos

Há de certa forma uma desresponsabilização de um para com o outro, na família.

... coloquei sobre continuar a observação no ano que vem. ... M. me apresentou como psicólogo de sua filha. ... ela disse que não haveria problema nenhum em continuar. ... que era até bom, porque como ela não ficava com a filha dela, eu poderia acompanhar se estava tudo bem. ... Depois eu me coloquei ...sobre a autorização para pesquisa, ela disse que não tinha problema nenhum, que poderia até utilizar os

verdadeiros nomes e que se precisasse ela ia até na faculdade conversar. ...Am.-37

É possível apreender, através deste registro, como a mãe pensa ser o trabalho de um profissional da saúde: acredita que pode substituir sua presença com a filha pelo acompanhamento de um técnico. Empodera-o com capacidades que, certamente, ele não tem, invalidando as suas próprias, tornando-se, assim, dependente, sem possibilidade de “cura-autonomia”.

De certa forma esta situação limite se repete em outros momentos e revelando, mais uma vez, a forma como a família se relaciona: há muitas pessoas que entram e saem da casa, poucas com uma qualidade adequada para facilitar o desenvolvimento da criança.

... havia uma senhora saindo da casa. E2 estava na porta ... perguntei se A. estava lá. Ela disse para eu ir entrando. ... neste dia vi muita gente sair da casa e brincar com B. ... uma das mulheres ... disse que iria comê-la inteirinha. ... Am.-38

... e há pessoas que não conseguimos nem saber quem são.

Quando entrei, este senhor estava sentado em uma poltrona ... B. estava no carrinho, na frente da televisão... Am.-45

Há nesta família uma disponibilidade para um tipo de cuidado com a bebê, que nos causa estranhamento: uma criança de um ano que fica na frente da TV!

Cheguei no horário combinado. ... Demoraram para atender. E2 veio atender. B. estava com o cabelo molhado penteado e com talco no corpo. E2 falou que A. estava tomando banho. E2 e eu fomos até a sala ... colocou B. no carrinho, amarrou e ficou sentada assistindo televisão. ... Am.-46

Apesar das várias situações de indignação, Amarelo, tendo superado o impacto de sentir-se rejeitado, pode perceber a dificuldade da mãe de conseguir um horário para acompanhar a experiência proposta, além do que ela comunica.

A forma como Amarelo é recebido, comunicam o modo dela, mãe, “andar a vida”, sua forma de se relacionar. Foi preciso uma postura sem memória para as teorias que falam sobre a importância da presença da mãe para o desenvolvimento do “apego seguro” (BOLWBY, 1988), sem desejo de transformar a mãe na ideal do conhecimento científico, para que houvesse a disponibilidade de outra pessoa ocupar o lugar da mãe na observação, que não é só do bebê, mas da dinâmica de

uma família, alterada pela entrada de mais um membro, dentro dos ciclos naturais de vida.

Abre-se um espaço, então, para que as funções maternas possam ser “gestadas”, nascendo uma mãe-avó que pode, através do cuidado da neta, descobrir as teorias sobre o desenvolvimento infantil.

A forma como a(s) pessoa(s) se dispõe(m) para o encontro pode ser significativa das suas dificuldades, das suas necessidades, muitas vezes precisando do outro (*precisava de psicólogo*) até para ter este sentido. Frequentemente, nos serviços de saúde, impactamo-nos negativamente com estes comportamentos confusos e fazemos julgamentos apressados, sem pensar que contêm as demandas que precisam ser problematizadas, construídas no espaço intersejor, como necessidade de saúde.

Amarelo, assim como trabalhador de saúde, vive, no entanto, situações que mexem com sua auto-estima, provocam constrangimentos. Se não tiver conhecimento de que estas coisas ocorrem, não consegue percebê-las como meios de expressar o carecimento. Por outro lado, pode ser seduzido para assumir um papel de poder, de submeter o outro às normatizações, ou outras funções que pode não dar conta de sustentar.

A disponibilidade dos dois grupos de observações anteriores contrasta com este outro, a seguir. Outra família, observada por Vermelho foi convidada a participar do estágio pela agente comunitária de saúde, com quem tem um bom relacionamento. A mãe ainda estava grávida e o casal, que já tem uma criança, aceitou de imediato, e recebe a nova pessoa em sua casa, com aproximação gradual, expondo suas condições, tentando ter informações sobre o outro, com quem vão conviver e, também, se apresentando.

Pela similaridade de idade entre a mãe e a observadora, há uma identificação mútua entre elas e uma sedução para que a observadora saia do seu papel para fazer parte da situação familiar. Há, a princípio, um ambiente de muita intimidade afetiva, mas que acaba por provocar confusões que se tornam insustentáveis, para o objetivo do estágio. O

distanciamento, mais adequado para observação, acaba por provocar reações na forma como a família participa da observação.

... Foi ela quem atendeu o telefone ... ela disse que a agente comunitária já havia falado com ela e que não havia problema nenhum em eu fazer a observação. Me contou que o bebê era para ... eu disse que até lá acompanharia o pré-natal se não houvesse problema. Ela concordou ... disse que eu poderia ir qualquer dia da semana, propus na Quinta-feira e ela pediu que eu esperasse para verificar com o marido se não teria que ... combinamos ... Vm.-1

Parece que a intermediação da agente comunitária facilita a aceitação de uma pessoa desconhecida na casa, mas a disponibilidade aparentemente irrestrita, inicialmente, precisa de uma consulta, é colocada uma condição. E o início, apesar da preparação, requer um esforço de ambas as partes.

... Quem veio me atender foi P., perguntei por M. e me apresentei, ele disse já saber do que se tratava e disse que chamaria M. que estava deitada. Falei que poderia voltar outro dia, que não havia necessidade de chamá-la, mas ele disse que ela deitou para fazer a outra filha dormir. Disse para eu entrar e ficar à vontade ... ele a chamou, logo ela se levantou e veio até a sala me cumprimentar. Ela vestia uma bermuda preta e uma blusinha curta, com parte da barriga de fora, parecia bem à vontade, de cabelos presos e não parecia lembrar-se da visita. Apresentei-me para M. e ela comentou que estava fazendo a filha dormir. Chamou-me para sentar na sala. ... M. mantinha-se atenta à televisão... dificilmente conversava comigo olhando para mim. Eu estava sentada no mesmo sofá que ela ... virada para ela, e o marido no outro sofá. ... P. assistia à televisão mas mantinha-se atento para a conversa. Quando minha conversa com M. deu uma pausa, ele começou a conversar comigo, perguntou da onde eu era ... Contou-me que já trabalhou ... lá ... que eu possivelmente já tinha ido lá quando criança, pois isso fazia muito tempo. M. mantinha-se em silêncio atenta à TV... Vm.-1

Há indícios de que a mãe esqueceu a visita combinada. O cuidado da observadora Vermelho, disponibilizando-se para outro horário, não fazendo julgamentos precipitados, parece ter influência sobre o encontro. Cada um do seu jeito, o casal tenta conhecer a pessoa, com quem partilharão partes de suas vidas.

... Ele perguntou a minha idade e disse que eu devia ter uns 25 anos, M. interveio e disse que lógico que eu devia ser mais nova. Respondi que tinha 21 e ele pediu desculpas e

disse estar envergonhado, falei que tudo bem ... Ele continuou me contando ... quando trabalhava lá, e me disse que as pessoas de lá eram bem mais sociáveis que as de Ribeirão Preto, e que a cidade aqui estava muito violenta, o que atribuía ao grande número de pessoas que vieram para cá para cortar cana e acabaram se bandeando para o crime, que estava difícil viver aqui, e que lá era melhor, mais tranquilo. Enquanto falava fiz apenas alguns comentários e acenos positivamente para ele. ...P. perguntou o que eu fazia, disse que fazia Psicologia e ele me perguntou onde, falei que na USP. ... M. me perguntou se eu já tinha me formado ... quantos anos eram ... Ela fez uma careta e disse que não gostava de estudar, tinha feito até o terceiro colegial, mas que já estava bom. ... Ela perguntou se eu pretendia trabalhar com crianças e eu disse que era uma área que eu gostava ... Vm.-1

Tentando saber sobre a observadora, os pais vão se apresentando para ela, também, e a mãe vai se colocando mais disponível.

Cheguei na casa ... como ... combinado... P. estava... na garagem. Chamei ... e ele veio abrir o portão fazendo festa, dizendo a M., pela janela, que a psicóloga tinha chegado. Cumprimentei ... ele disse para eu ficar à vontade e entrar que M. estava na cozinha. ... fui até ela e a cumprimentei com um beijo no rosto. I. estava com ela e veio correndo em minha direção falando oi. ... M. estava fazendo chá, perguntou se eu queria, disse que não e agradeceu. ... Vm.-9

Apesar do pai chamá-la de psicóloga, há uma intimidade diferente do trabalho profissional, mas fica evidente que a aproximação afetiva é muito maior com a mãe. Há uma intimidade inclusive da irmãzinha para com ela.

...P. veio abrir o portão, me recebeu brincando e falou que fazia tempo que eu não aparecia. Expliquei dos desencontros da semana anterior e ele me pediu para entrar e ficar à vontade ... I. ... veio correndo em minha direção falando “tia” e me chamando, me levou até o quarto pela mão ... M. veio logo ... Enquanto me contava a história, pegou B. e veio com ele até a sala, colocou ele no carrinho e pediu que eu sentasse e ficasse à vontade, que ela já voltava. Saiu, em direção à cozinha. P. estava no outro sofá e a TV estava ligada em um programa de auditório. B. estava dormindo tranquilamente no carrinho ... Vm.-10

Apesar da brincadeira, o pai comunica que a falta da observadora foi sentida. Deve ter estranhado tamanha disponibilidade durante o pré-natal, que mudou agora, com o nascimento do bebê. Quando a mãe traz a bebê dormindo para a sala e sai, parece ressentida, demonstrando, também, o

efeito da ausência sobre ela. São as expectativas que se colocam, mesmo que não verbalizadas, evidenciando de certa forma que se sentem abandonados pela observadora. O novo encontro tem sempre a possibilidade de re-fazer vínculos, re-significar relações, pois há um movimento permanente das pessoas em aprender, convivendo.

Há espaços permitidos ou não, a depender de como a família e o observador vão construindo suas relações.

Cheguei ... no horário combinado anteriormente ... na sala vi que B. ...dormia no carrinho que já estava na sala. Ela me contou que ele provavelmente já estava para acordar, porque seus seios já estavam doendo, o leite estava descendo. Sentei-me no sofá ao lado do carrinho e M. deitou no outro sofá. A TV estava ligada ... Vm.-11

O local de observação, determinado pela mãe, é o mesmo e parece que comunica algo: o quarto é o lugar reservado à família, mas há a disponibilização para observação não só do bebê, a mãe fica próxima, se colocando para ser observada igualmente. Importante tentar pensar o que estas atitudes podem comunicar, pois provavelmente tem relação com o que vem a seguir.

Cheguei ... no horário marcado; semana passada não consegui fazer observação pois cheguei na casa de M. e ninguém atendeu, fiquei por lá uns 10 minutos e fui embora, mais tarde liguei para ela e ela me disse que estavam todos dormindo e que ela esqueceu que eu iria lá ... chamei por M. e foi P. que veio atender à porta, sempre brincando, falou que M. tinha me dado trabalho naquelas semanas e não tinha acordado ... Pediu para que eu entrasse e ficasse a vontade. M. estava na cozinha e veio me cumprimentar, falou que B. estava no quarto, foi lá e o trouxe para a sala no carrinho... estava sonolento, mas não dormia profundamente... P. sentou no sofá e me ofereceu almoço, agradeci e disse que já tinha almoçado, ele brincou dizendo que eu não aceitava nada. ... Vm.-12

O pai desresponsabiliza-se pelo desencontro, mas a impressão que se tem, é que está mais disponível que a mãe. Será que esta não é forma de demandar uma participação diferente por parte da observadora? Mais uma vez são as falas implícitas, que a observadora Vermelha ainda não conseguiu aprender e apreender.

E há outras tentativas de verificar o interesse da observadora.

... quando liguei para M. para marcar a observação, ela me avisou que naquele dia teria dentista e que depois iria viajar para casa de uma prima ... perguntou se teria problema ficar sem fazer observação naquela semana e que estaria aqui na próxima, disse a ela que não teria problema e que eu voltaria a ligar para marcarmos um horário. Assim fiz esta semana, mas só consegui falar com M., na ... ela veio me atender e comentou que estava difícil de encontrá-la aquela semana ... Vm.-17

Diante da postura mudada de Vermelho, a mãe assume a dificuldade do encontro, como responsabilidade exclusiva dela, mas há uma mudança na disponibilidade da família, mais explicitada pela mãe. Ou seja, há uma reciprocidade na disponibilidade diferente de ambas as partes para o encontro: observadora que, no início, se colocou em uma proximidade tão íntima que, até, se confundia, com um dos membros familiares, após o nascimento do bebê, muda o foco. Impõe limites, levando a família a estranhar e reagir, de certa forma, à sua presença atualizada pelo contexto, pela aprendizagem de uma distância ideal para observação.

A integralidade da atenção depende da sua compreensão pelo sujeito-ator-usuário dos serviços de saúde. Esta, por sua vez, acontece como prática de relações, em contínua construção/desconstrução e criação. Há certamente um conhecimento/saber técnico que motiva a presença de um em relação ao outro, mas há uma expectativa de cuidado, que passa pela dinâmica da intersubjetividade entre cuidador e quem é cuidado, sejam indivíduos, famílias ou coletivos. Transformado em cada encontro pelas subjetividades em relação, há uma necessidade permanente de ressignificar²¹ a ação em saúde, na direção de que seja significativo e produza sentidos para o trabalhador e usuário, sob o vértice da qualidade do trabalho, da realização e da satisfação pessoal (ALMEIDA; MISHIMA; PEREIRA, 2004).

²¹ Como seres falantes temos e somos linguagem, ou seja, ela é criação humana e cria os homens. É a nossa via de acesso ao mundo e pensamento, constituída de signos (como elemento verbal material), significados (conteúdos ou sentidos afetivos, perceptivos, imaginativos, científicos, políticos, etc) e o significante como cadeia de signos que expressam os significados e garantem a comunicação. A ressignificação acontece em uma relação ternária mútua entre os três constituintes da linguagem, isto é, ressignificar permite criar sentidos novos, em relação com os já existentes, exprime e redescobre significados (Chauí, 1995 apud ALMEIDA; MISHIMA; PEREIRA, 2004.)

Apesar do tempo de observação, a mãe restringe a entrada da observadora no quarto. Não impede a observação, mas sua disponibilidade para participar dela é muito diferente do que era antes da criança nascer.

M. aparece na porta e pede para que eu espere ... P. vem abrir o portão ... me cumprimenta e diz para eu entrar. ... M. chega da cozinha para me cumprimentar, diz que vai buscar B. no quarto, digo para não acordá-lo, mas ela diz que ele já está acordado. Ela o traz e coloca no bebê conforto ao meu lado ... Vm.-19

... M. veio me atender, nos cumprimentamos e ela disse para eu entrar que B. estava na sala ...Vm.-20

São várias as possibilidades para pensar o que motivou a mudança: pode ser que a mãe se ressentiu com o interesse da observadora pelo bebê, antes só dela; há a possibilidade de que tenha relação com a vida tão diferente de cada uma, apesar de terem quase a mesma idade.

Estas, entre outras, são todas conjecturas, mas o importante é o aprendizado que a estudante faz sobre a disponibilidade da família para observação: comunica sobre a situação de cada um, que, às vezes, não pode ser explicitada; que esta relação não está pronta para se realizar, ela precisa de um novo trabalho a cada encontro, também que não depende apenas da realidade concreta, mas dos desejos, muitas vezes, inconscientes, reprimidos.

Para outra observadora, Azul, a simplicidade da casa, até precária, a mudança de moradia, a doença da mãe e outros compromissos não impedem que a família a aceite para conhecer sobre sua vida. Mas, inicialmente, questiona a observadora, quer conhecê-la, também. A disponibilidade mútua propicia a interação necessária à longitudinalidade da observação. E a família deixou-se ser observada nas várias situações, nos vários cômodos da casa, com uma vinculação com esta estagiária, que se torna conhecida por outras pessoas, que comparecem também, para viver a experiência da observação.

...M. me recebeu com B. no colo e o outro filho, I., dizendo: "Essa é O.". Disse para que eu entrasse na sala, um cômodo com dois sofás e uma poltrona, Tv, som e alguns quadros na parede; a cozinha era logo ao lado, sem porta separando os dois cômodos. Uma porta conduzia ao quarto ... Az.-1

O espaço parece ser pequeno, mas não há constrangimentos que impeçam a acolhida de uma pessoa que se interessou por conhecê-los. A observadora é apresentada pela mãe aos filhos pelo nome, revelando que já houve um contato prévio e uma certa aceitação, mas quer conhecê-la melhor.

... perguntou se eu gostava de criança, ao mesmo tempo em que colocava B. sentado no seu colo ... permanecia sentada na sala, como que "fazendo sala para uma visita". ... B. estava vestido com uma camisetinha, calça e meias. ... mais à vontade, ela começou a retirar as meias e disse que ele adora tirar a roupa, que fica feliz... Az.-1

Há indícios que a mãe estava aguardando esta visita, inclusive na preparação do filho. E mostra sua disponibilidade.

... M. pede que quando eu voltar na semana seguinte que eu telefone para que ela se lembre porque tem muitas coisas a fazer e de repente pode sair e se esquecer da hora. Disse também que às vezes sai, mas que eu posso ir até sua casa do mesmo jeito, porque sua mãe estará lá com B.. Ela se levanta e coloca B. no carrinho, bem à minha frente, dizendo que vai lavar roupa que eu posso ficar à vontade. ... M. lava o degrau da porta de entrada, que fica o tempo toda aberta e aproveita para olhar B. ... Az.-1

A mãe ao mesmo tempo em que coloca limites, abre as outras possibilidades de observação. Deixa Azul com seu bebê, mas, não o abandona, fica por perto, também, observando o comportamento dela. Esta relação vai se constituindo com a disponibilidade de ambas as partes, inclusive, para as imprevisibilidades.

... chamo seu nome e ela vem rapidamente até o portão com B. no colo e I. correndo atrás. ... M. começa a se desculpar por não estar em casa no horário combinado ... diz que não estava porque foi ao posto de saúde, uma vez que B. estava com tosse ... diz que pedirá ao marido que me ligue para que me expliquem onde irão morar, porque ela não sabe explicar estas coisas ... Acha melhor assim, porque eu não preciso ficar procurando, perdendo tempo. ... pergunta se não há problema que eu vá à casa nova, digo que não; ela pede desculpas novamente por não estar em casa na hora certa. Eu respondo que não há problema e pergunto se ela gostaria de mudar o horário combinado. Ela diz que não, está bom assim. ... Az.-2

A mãe, não só, pede desculpa, como se justifica pelo atraso e o transtorno que causou à observadora. Provavelmente, o compromisso dela com

o horário, a disponibilidade para voltar depois do desencontro, influencia a disponibilidade da mãe. A persistência da estudante, para fazer a observação da semana, também, registra a seriedade da atividade, isto fica gravado.

Todas estas situações são determinantes da formação do vínculo: a mãe demonstra que quer continuar a observação, através de mais um pedido de desculpa e da certificação de que a observadora poderá ir à nova casa, mais distante, em um lugar de mais risco para segurança.

... Gritei por seu nome, ela respondeu um "Já vai", que me pareceu bem distante. Foi me receber sozinha e rapidamente me conduziu até a sala, onde estavam I., no sofá assistindo TV e B., no carrinho dormindo ... M. disse para eu me sentar no sofá e colocou B. bem na minha frente. Foi até a cozinha, cantando ... Az.-3

A mãe mostra-se ocupada, mas o seu cantarolar indica que não se sente incomodada com a presença de Azul. Tem também flexibilidade para enfrentar o que foi esquecido na sua programação.

... M. me recebeu com surpresa, dizendo ter se esquecido que já era quarta feira. Pediu que eu não reparasse a bagunça, pois sua mãe estava para mudar ... Avisou-me que iria me ligar para informar o endereço e combinarmos a próxima observação... Az.-7

Apesar de ter se esquecido, de não estar esperando a observadora, permite que ela fique e continua insistindo que sua presença é bem vinda.

O trabalho em saúde é marcado pelas imprevisibilidades, que se fazem presentes pela não definição de quando um agravo irá se fazer presente (MENDES, 1994), e, também, dos resultados que podem ser obtidos. Não é um processo linear, onde causa e efeito estão numa relação direta. Certamente, é um aprendizado difícil: lidar com o inesperado, com o não programado, com o resultado que pode ser completamente diferente do projetado inicialmente. Requer, muitas vezes, a reflexão crítica da experiência para tolerar a frustração sobre o que não se tem controle.

Mais uma vez, algo sai do esperado.

... na semana passada, fui até sua casa, mas ela havia sido internada às pressas, para uma cirurgia ... Ela disse que eu já estava melhor, e que eu poderia ir até sua casa no horário de sempre ... Az.-7

Só que agora, é a própria observadora que justifica a ausência da mãe. Provavelmente, a reciprocidade de disponibilidade para o encontro das duas, Azul e mãe, coloca em ação um bom olhar por parte da primeira para compreender as necessidades de saúde da família. Parece que ambas constroem “bons encontros”, possibilidade de se aprender a estabelecer nos pequenos atos a integralidade da assistência.

A integralidade como parte de uma “imagem-objetivo” do SUS, não é uma utopia, porque parte de um pensamento crítico dos que se indignam com a realidade existente e desejam conhecê-la em profundidade, para superá-la. Um dos sentidos da integralidade está relacionado à disponibilidade de olhar as demandas dos usuários na dimensão mais ampla que o sofrimento exclusivamente anátomo-patológico, é preciso aproveitar o encontro com o usuário do serviço de saúde para apreciar outros fatores determinantes da direção do processo saúde-doença (MATTOS, 2001).

... I. veio até o portão perguntar quem era. Respondi e pedi que chamasse sua mãe. M. veio me atender sorridente ... Foi logo me conduzindo até o interior da casa, passamos pela garagem, depois pela cozinha e finalmente chegamos ao quarto ... M. me disse para sentar na cama ao lado de B. ... Az.-11

... M. demorou alguns minutos para abrir. Quando veio estava com cara de sono. Perguntei se estava dormindo. Ela disse que sim, que B. e I. também ... Ela foi logo perguntando se eu havia melhorado da gripe. ... Entramos no quarto e sentamos na cama de casal, B. estava dormindo no berço e I. em sua cama. M e eu ficamos assistindo televisão ... Az.-17

A disponibilidade da mãe se mantém acolhedora, dentro dos seus recursos. Não há, inclusive impedimentos para que a observadora. fique na intimidade da família.

A mãe é interrompida no seu descanso. Todos sabemos como ele é importante principalmente para mãe de um recém-nascido, mas ela não se opõe, nem se mostra contrariada. Por outro lado, esta disponibilidade da mãe comunica uma necessidade de saúde, descrita pelas teorias que lidam da interação mãe-bebê-família, de diversos vértices (BRAZELTON; CRAMER, 1992; WINNICOTT,1994), principalmente para as mães de

recém-nascidos: de ser acolhida. A companhia mesmo silenciosa da observadora contempla esta necessidade.

Quando Ayres (2004) atribui ao cuidado o estatuto de uma categoria reconstrutiva, aposta na possibilidade de um diálogo aberto e produtivo, com trocas mais amplas que a aplicação da tecnociência médica, para construção de uma vida que se quer feliz. Para tanto, é preciso acionar as “tecnologias leves”, implicadas no estabelecimento de interações intersubjetivas. A depender do modo como organizamos espaço-tempo para as relações, haverá, ou não, possibilidade de trocas de saberes. A conversação por si constitui um campo de conformação de tecnologias, um dispositivo que pode perpassar todo e qualquer espaço e momento do trabalho em serviços de saúde.

A mãe retribui cuidando da necessidade da estudante, com preocupação pelo bem estar e reconhecimento pelo acolhimento da mesma.

... M diz através da janela que vai passar roupa, e se eu quisesse me sentar lá fora porque está mais fresco, ela levaria B. ...Em seguida já pega uma cadeira para mim e leva B. para fora, colocando-o no chão ... Az -20

Quando alguém se sente cuidado com interesse, responsabilização e respeito pelas diferenças, há uma satisfação que, embora na maioria das vezes não corresponda ao que foi desejado, cria no espaço intermediário da experiência a possibilidade de pensar em caminhos alternativos. A integralidade passa por esta construção polissêmica: de trabalhar a partir de um plano aberto de possíveis, que ganha forma e expressão no encontro. A dimensão ampliada do cuidado em saúde muda o foco de uma visão muito centrada nos serviços de saúde, que exclui ou não valoriza as contribuições sociais.

No processo de trabalho em saúde, a construção coletiva do cuidado, em quaisquer dos espaços possíveis, transmuta o outro, doente, sofredor ou com carecimentos, e também os cuidadores passam pela transformação do cuidado produzido no diálogo, na troca. *“Eles, os cuidados, nos cuidam, nos mudam, nos levam a outros patamares de ser pessoa e ser ator, ser agente de mudança.”* (WONG, 2004, p. 64)

Esta observadora também percebe a importância de cumprir os horários, a frequência regular, sobretudo o respeito pela diferença do modo de vida, para que a família se disponibilize para o encontro. Contrasta a receptividade da família para suas visitas com a precariedade da situação em que vivem. Há, então, uma abertura para pensar em outros modos de viver com qualidade, diferentes dos valores concebidos como ideais pelas diversas instituições. Este não é um perfil dado, é preciso passar pela experiência para adquiri-lo, ter um outro espaço coletivo para pensá-lo.

Na sequência de observações seguintes, Marrom aprende, pela falta, os fatores importantes para disponibilidade da família e sua adesão à continuidade da observação. Os novos encontros com a família ficam na dependência dos seus telefonemas. A estudante, muitas vezes, vê nas condições que a família coloca, confirmação para sua tese de invasão, esta interpretação própria da realidade impede-na de ver o que não está explícito na disponibilidade da família para ela, até mesmo o pedido pela sua presença.

O resultado é que as observações acabam não tendo a regularidade semanal, pelo contrário, há longos períodos de ausência, dificultando a disponibilidade da família para o compromisso e para criar vínculos qualificados de confiança para exposição de sua vida.

Cheguei no horário combinado e encontrei a porta aberta. Mesmo assim bati na porta e o filho mais velho de M. (1. de 8 anos), pediu para eu entrar. Entrei e perguntei para ele, onde M. estava. Ela apareceu, devia estar na cozinha, fazendo o almoço suponha. Apareceu secando as mãos e com um sorriso meio tímido. Conte para ela que havia me enganado com o apartamento,... Ela ouviu e disse que era realmente comum isso acontecer porque os blocos são muito parecidos e possuem a mesma numeração. ... Então M. foi buscar B. para que eu o visse. Notei que ela foi até o quarto e que o marido estava com ele. ... ela diz que vai chamar P. para que eu o conhecesse. Depois de um tempo ele aparece. Apareceu ser bastante jovem, mais até do que ela. Estava sem camisa, ele estava cantando uma música antes de aparecer. Falou com B. e depois me cumprimentou com um sorriso ...Mm.-1

Apesar da timidez da mãe, a porta aberta, a sua preocupação de deixar Marrom à vontade, não levando a comunicação do engano dela como

um julgamento do lugar onde mora são indícios da sua disponibilidade. É confirmada pela busca do bebê e pela apresentação do resto da família.

Há ainda a tentativa de tornar a estada da observadora Marrom agradável, diante do seu esforço para ir encontrá-la.

... ela perguntou se eu queria água, eu disse que sim. ... se eu queria suco ... Agradei ... água estava bom. Fomos até a cozinha e ela comentou que ainda não tinha tido tempo de lavar a louça e que naquele dia ela havia feito um bolo que não tinha dado certo e ela teve que jogar tudo no lixo ... Mm.-2

A mãe mostra-se acolhedora para Marrom, fala até de sua tentativa de recebê-la com um bolo. Esta relação que está se constituindo passa por um intervalo de quinze dias de ausência. Apesar do registro bem feito sobre outros detalhes, a razão da mudança no *setting* de observação não foi explicada.

Ainda assim, a receptividade da mãe não parece indicar que ela esteja indisponível para observação.

Cheguei ... no horário combinado. M atendeu a porta com B. no colo. Pedi para que eu entrasse ... não reparasse na bagunça da casa, pois ela havia acabado de chegar da casa da sogra Ela havia passado a semana ... Os sofás vermelhos estavam cheios de malas e coisas de B.. A TV estava ligada ... Mm.-3

Só depois, descobrimos a razão do intervalo de quinze dias para observação, que deveria ser semanal, colocada através da fala do pai, demonstrando, também, sua disponibilidade para Marrom: a casa da mãe dele também foi ofertada como espaço para que ela conhecesse outras interações familiares.

... P. pergunta pra mim por que eu não havia ido na casa da mãe dele (na última visita era pra eu ter ido até lá, mas tive de desmarcar a visita). Expliquei ... e M. completou ... naquele dia eu iria ter aula ... por isso que eu havia desmarcado ... Ele perguntou o que eu estava estudando. Disse ... eu estava aprendendo sobre a relação mãe-bebê, ... era uma forma de ver, na prática, o que estudávamos. Ele brincou dizendo: "Opa, então melhor eu sair daqui que estou atrapalhando". Ele continuou: "mas sem fazer nenhuma anotaçãozinha?". Disse que só quando chegasse em casa eu anotaria. Então M. começou a falar que eu fazia psicologia e que era um trabalho da faculdade ... começa a ninar B. ... ele se acalmando aos poucos, até que dorme. M. o coloca no berço (eu não a acompanho até o quarto). P. pergunta se o filho dormiu, ela diz que sim. Ele comenta: "O.

veio aqui só pra ver vocês 2 e você põe ele pra dormir". Mas ela responde: "Não é assim, amor. Ela ta aqui pra ver tudo o que acontece, no cotidiano". ... Mm.-4

A família não só disponibiliza outros espaços para observação, como mostra seu interesse por ela. O pai se mostra curioso e preocupado com a tarefa que a estudante tem que cumprir, enquanto a mãe é compreensiva com a falta dela, até mediando algumas possíveis dificuldades.

A mãe diz que tem clareza sobre o objetivo da observação, e nem este fato, de que todos estão sendo observados, não apenas mãe e bebê, indisponibiliza-os para novos encontros.

Há um limite, no entanto, para compreensão das dificuldades e para espera. A família começa a não estar presente para os horários da observação, cada vez mais espaçados, pela ausência que ambas as partes impõem, provavelmente pela falta da longitudinalidade. Não é a falta de continuidade que interrompe o vínculo, mas a explicitação do que impediu o contrato anteriormente feito (STARFIELD, 2002a).

... encontrei com I. e um amiguinho. Perguntaram se eu já estava indo embora, disse que estava chegando mas que o portão estava trancado. Eles foram pedir para alguém abrir (I. estava sem chave). I. disse que naquela tarde eu iria com eles até a "Laguna". Perguntei o que era isso e ele me disse "É uma laguna, ué". Foi me acompanhando até a porta de sua casa ... A porta estava aberta ... Mm.-8

Após um mês e meio sem comparecer para observação, há vários indícios da disponibilidade da família para o encontro: o reconhecimento do irmão, seu convite, a porta da casa aberta, embora o portão do prédio estivesse fechado. Contrasta, no entanto, com a falta de cuidado da observadora Marrom, ao convite, ela responde com uma pergunta. Chama atenção com que olhar, ela se dispõe observar - este condomínio de prédios fica em local conhecido da cidade, onde há um parque com uma lagoa, onde as pessoas costumam caminhar, pescar.

... Chega P., cumprimenta-me, vendo que estava me levantando, ele comenta: "Pode continuar deitada". Mas já estava de pé e assim me mantive. ... Levanta-se e vai ligar o ventilador de teto, comenta: "Eu acho que eu vou colocar esse ventilador em outro lugar porque ninguém usa! Nem no calor!". Olha para M., ela se defende: "Só estávamos eu e o B...". Ele

retruca: "Você perguntou para O. se ela está com calor? ... Mm.-
9

Mas, parece que isto não está claro para esta família, que procura proporcionar conforto a Marrom, talvez se responsabilizando pelas suas ausências.

E a estudante pode ter outras experiências que confrontam a sua teoria sobre a indisponibilidade da família, ou melhor dizendo, questionando sobre a situação de disponibilidade.

Liguei ... para confirmar o horário da visita ... no dia seguinte, M. confirma. ... Cheguei no horário combinado ... Bati de leve na porta. M. abriu e me pediu para entrar ... Mm.-10

Quando esta observadora se compromete com encontro, promove também esta disponibilidade da mãe: apesar da porta fechada, diferente das outras vezes, um leve toque é suficiente para abri-la, mostrando que a mãe a esperava.

Alguns aprendizados dão-se pelo negativo, isto é, pelo que não aconteceu, segundo a expectativa sempre idealizada, mas principalmente pela reflexão crítica sobre os eventos "inesperados". No espaço da supervisão, a estudante pode apreender que a disponibilidade para o encontro deve ser mútua para que este possa acontecer e que é determinante da qualidade do vínculo feito.

Por outro lado, a disponibilidade favorável da família diante de uma observação pouco regular, nos informa sobre a necessidade das famílias por uma pessoa, constante, que possa estar escutando e pensando sobre elas.

Os vários estagiários podem aprender com a sua própria observação e a dos colegas, resignificando (Chauí²², 1995, apud ALMEIDA, MISHIMA, PEREIRA, 2004) a disponibilidade família para a observação como uma forma de comunicar a necessidade por alguém que tenha uma escuta acolhedora, que se responsabilize pela mesma.

O desafio da integralidade da assistência e da produção de cuidados passa pela possibilidade de estar aberto, receptivo para todo e qualquer tipo de comunicação do indivíduo, da família e do coletivo, que colabore com a compreensão das necessidades de saúde da população alvo de nossa atenção.

²² CHAUI, M. *Convite à Filosofia*, São Paulo: Ed. Ática, 1995.

A disponibilidade da família para cada observador, com sua observação singular e dinâmica, não é sempre a mesma, ao contrário, é permanentemente modificada pelo que há de inédito em cada encontro. Torna-se, então, campo de investigação com dados que nos informam sobre adesão ao acompanhamento e tratamentos em saúde.

4.4. Deparando-se com uma realidade diferente – o impacto com o cotidiano das famílias

A forma com a sociedade civil atual se organiza tem efeitos e repercussões sobre a sua qualidade de vida, tanto no plano individual como coletivo, e na sua busca por cuidado em saúde em espaços públicos (PINHEIRO; MATTOS, 2004).

O cotidiano das famílias mostra as suas formas de viver, sua disponibilidade para o bebê e, portanto, informa sobre suas relações e seus problemas, de onde se pode saber sobre as necessidades de saúde. Mas o impacto que causa sobre o observador, muitas vezes, é tão importante que torna difícil apreensão como expressão da realidade em que as pessoas vivem. Tal impacto tem influências sobre a postura e disponibilidade do estagiário, e mesmo sobre as do trabalhador de saúde, já com certa experiência.

Esta realidade, em grande parte das vezes, tão diferente das nossas, trabalhadores de saúde, e dos observadores, causa sofrimento, sentimentos de impotência. Reagimos, defendendo-nos das mais diferentes formas: distanciando-nos, com uma colocação até racional, mas fria, impessoal; fazendo julgamentos apressados e condenando as alternativas de mudanças à impossibilidade; até com colocações agressivas.

Muitos dos trabalhadores de saúde, “*enxergam*” cada um dos usuários com os quais têm contato e relacionam-se com eles de uma forma homogeneizada: são sempre iguais ou são resultado apenas das queixas que trazem para os serviços de saúde. Não há vida além do que se apresenta às

quatro paredes da unidade de saúde. Sair desta rede de proteção, o espaço protegido da unidade, é fundamental para entender a clientela e pensar em outra forma de produzir cuidado de saúde.

É um aprendizado, contudo, que pode ser difícil para o trabalhador de saúde, pois significa se deparar com uma realidade diferente, muitas vezes impactando de tal forma este trabalhador que pode paralisá-lo: pelo preconceito, pelo sofrimento, pela incompreensão do que está vivendo.

No primeiro grupo de recortes incluídos neste tema, o observador Amarelo convive com uma família, que recebe as pessoas facilmente, para a intimidade da sua casa. No entanto, as relações revelam-se superficiais, sem muito respeito aos compromissos assumidos, aparentemente, sem consideração às pessoas. A relação da mãe com o bebê é o exemplo máximo do modo de vida da família e revela a forma como as pessoas que compõem esta família se relacionam.

... E1., enquanto balançava o carrinho, me perguntou se eu jogava bola. Eu disse que sim e perguntei por quê. Ela me disse que eu tinha corpo de atleta. ... O portão se abriu, ... No que a porta soou, E1. saiu correndo dizendo que precisava trabalhar ... A. chegou, passou pela sala. C. parou e sentou-se ao lado do carrinho de B. ... Fiquei a sós com B. A chupeta caiu e ela ficou se mexendo de um lado para outro. De repente começou a vomitar. ... Am.-4

Amarelo estranha que a criança, tão pequena, fique sob os cuidados de uma pessoa inadequada para suas funções. Registra o comportamento distante da avó para com os cuidados da neta, e identifica-se com o abandono, em a criança fica quando ela, só com ele, começa a vomitar.

Há, também, uma dificuldade de comunicação entre a mãe do bebê com a sua própria mãe, a avó do bebê: ela permite que o observador visite sua filha, mas não se faz presente, não avisa o observador disto, nem as pessoas que estarão cuidando do bebê.

Cheguei no horário combinado. ... A. apareceu ... disse: "Ué, você veio de noite, hoje?"... Trouxe B. no carrinho ... Disse que ia continuar passando roupa. ... A campainha tocou ... Era um rapaz que queria entregar um aparelho de vídeo para M. Como ela não estava, A. pediu para ele entrar e colocar o vídeo no quarto dela.... Am.-5

Entendemos que a combinação do horário foi feita com a mãe, que, provavelmente, não avisou a avó. Esta, pela sua receptividade para com Amarelo, não parece satisfeita com a situação. Mas este observa e registra que a falta de compromissos da mãe não é só com ele, mas com a avó que, além de não ter sido avisada, ainda lida com os trabalhos domésticos à noite, provavelmente sobrecarregada com cuidar de mais uma responsabilidade. Percebe também com que facilidade as pessoas entram na intimidade desta casa.

Na atualidade, tem sido cada vez mais freqüente esta situação: às avós, geralmente com idade avançada, algumas doentes, cabem os cuidados da casa e, ainda, dos netos.

... A. ... disse que estava muito doente e que por isso não iria me cumprimentar de perto. ... para E1. ir embora. Ela relutou um pouco, pois achou que era melhor esperar M. chegar, para A. não ficar sozinha. A. disse que estava tudo bem, pois eu estava lá agora. ... M. chegou com uma amiga que tem o mesmo nome de A. ... me apresentou ... como sua sócia ... chegou muito eufórica, dizendo que mais um advogado havia sido preso. A. não parecia gostar do atraso da filha. A amiga pegou B. no colo e disse que quando ela crescesse iria levá-la no Shopping para fazer tudo que A. não deixava: comer no Mc-Donalds, beber Coca-cola, tomar sorvete ... M. sentou-se ao meu lado e contou-me de mais um caso que ela estava, não dei atenção ... Am.-12

A empregada inadequada chamada até de “maluca”, consegue pensar nas necessidades de uma senhora de idade, cuidar do seu estado adoentado, enquanto a filha está mais preocupada em fazer justiça contra sua própria categoria profissional, e permite, ainda, que sua amiga faça provocações com a própria mãe, que tem certamente defeitos e dificuldades, mas está cuidando da criança dela.

Luz (2004) aponta para a crise ética do capitalismo como desencadeadora da perda ou colocação em segundo plano de valores sociais milenares. Propicia, ainda, a valorização de princípios próprios da racionalidade de mercado, tais como: a competição como lei de vida para o sucesso individual, o lucro e o consumismo como demonstrativo da vitória pessoal.

O distanciamento de Amarelo é significativo do impacto que a situação tem sobre ele. Passa a responder e a fazer perguntas que evidenciam a incoerência materna.

... M. me perguntou se havia algum problema que B. crescesse sem o pai, eu disse que algumas mães criavam seus filhos sem pais. ... contou-me que o ex-namorado tinha voltado para sua ex-mulher. Perguntei quantas vezes seu ex-namorado tinha visto B. Ela me disse que duas vezes, na maternidade e numa festa. A disse que era um absurdo. Perguntou como é que alguém tem filho sem pai. M. disse que por B. faria tudo de novo. ... levantou-se e disse que tinha que trabalhar para sustentar sua filha e que ela estava numa lua muito boa para parar agora, era melhor que ela não estivesse com sua filha do que ela morresse de fome. Me despedi e fui embora. Am.-12

É evidente o conflito entre as duas, a mãe e a avó do bebê. A avó não concorda com a situação que lhe foi imposta, mas mesmo assim assumiu o cuidado da neta. O mais impactante é a forma, sem consideração, desrespeitosa, mesmo agressiva, como é colocado em relação a uma pessoa idosa que, neste dia inclusive se encontrava doente. Amarelo mostra com sua reação - ele não apenas sai da casa, como encerra a descrição da observação bruscamente - que não consegue ficar neutro nesta situação.

Amarelo demonstra, mais uma vez, sua indignação com as relações estabelecidas pela família, através do registro, aparentemente sem importância, sobre o cuidado com o cão.

... C. parecia estar carente, andava de um lado para outro e rosnava para nós. M. disse que ele queria atenção, que ela nem podia sentar no sofá porque se não ele subia nela, ... pediu para E1. trazer a caminha de C. ... E1. trouxe e arremessou ... M. disse que não era assim que arrumava, mas E1. ... dizendo que C. gostava daquele jeito largado. ... M. disse que C. estava com 10 anos, que ele já estava bem velho. ... Am.-18

A impressão que Amarelo nos transmite é de que a mãe tem mais consideração pelo cachorro do que pela avó e até pela própria filha.

... M. abriu a porta para mim ... estava conversando em um telefone ... me deparei com um senhor. Eu cumprimentei-o. Ele deu a mão para mim ... ficava empurrando o carrinho de B. com os pés. B. dormia ... A televisão estava bem alta. ... M. ... me cumprimentou novamente, dizendo que aquele era seu avô ... me explicou que B. não tinha avô, ... então

aquele era seu avô ... sentou ao lado da televisão e começou a empurrar o carrinho de B. com os pés. ...atenta a uma cena de violência da novela ... uma menina perdia a mãe num tiroteio. C. ficou o tempo todo dormindo sentado entre mim e o bisavô. ... A. chegou ... não gostou de ver C. no sofá, mas M. pediu para deixar porque ele estava quieto. ... M. contou que B. havia ficado quietinha quando seu avô ficou mexendo o carrinho. ... Am.-19

Parece que não há um ambiente “pensado” para o bebê na mente da mãe. Sua presença, por si, parece bastar; a conduta que garante a quietude da criança ou a do cachorro é suficiente, não importa a qualidade ou se incomoda as outras pessoas.

A qualidade do cuidado com o desenvolvimento desta criança vai se mostrando precário pela substituição do contato humano pela televisão – a criança, nesta observação, conta com seis meses e meio – pela variedade de pessoas que, apenas, se aproximam e se afastam.

... B. que agora assistia televisão ... ria de algumas propagandas do canal de desenho. ... Am.-23
... tocaram a campainha. E1. foi atender. Entrou uma moça (namorada do tio) ... disse que vinha apenas ver B. ... perguntou se T. havia perguntado sobre ela para E1. porque eles haviam terminado. ... achava estranho depois de 3 anos de namoro, ele nem dar notícias. Continuou a brincar com B., disse que estava louca para pegá-la no colo, mas achava que estava com as mãos sujas. E1. disse que era besteira. ... uma senhora de idade perguntava por A. ... E1. disse que A. tinha pintado o cabelo e por isto estava demorando no banheiro. ... A. apareceu e cumprimentou todo mundo, menos E1. ... olhou com uma cara para mim, dando a entender que E1. era atrapalhada. ... A. se despediu de mim. Sua amiga também foi embora ... Am.-25

Amarelo registra, mais uma vez, o que sente como incoerente: a família reconhece a empregada como inadequada para cuidar do bebê, mas a deixa só com ela e com o estudante. Mas, mais uma pessoa, que entra facilmente na casa, revela como é a cultura das relações desta família.

Então, a televisão pode educar, e a nossa cultura moderna até acredita que o faz: a criança de menos de um ano de idade interage com a televisão, iludindo-nos que a precocidade do desenvolvimento significa a qualidade ideal.

... Na TV estava passando programas da Cultura, antes do amigo de M. ter ido embora ele havia dito que os programas

... são bem educativos. ... A. disse que começariam os "teletubies". B. passou a olhar a televisão e respondia os "ois" que os personagens faziam, ela se aproximava de mim e ficava fazendo barulhos com a boca, depois oscilava para os "ois" da TV ... Am.-34

... A. colocou B. sentada ... buscou um brinquedo novo para B. Era um sapo que falava. B. não deu muita bola ... foi até a prateleira e ficou mexendo no som. ... Am.-35

A criança tem a TV, brinquedo novo, mas não há quem brinque com ela. Esta ambivalência não se dá só na relação com a criança, mas também entre os adultos.

O registro das observações de Amarelo reitera a análise que faz do cuidado e atenção das pessoas responsáveis pela criança, como inadequados. Certamente, porque esta situação tem um impacto sobre ele que o impede de pensar além do julgamento.

Remete-nos às palavras de Sapienza (2001) quando faz analogias entre a adoção e a psicanálise, que diz que precisamos "adotar" diariamente aqueles filhos que biologicamente são nossos, na forma como expressam a sua realidade e devir, com certeza, muito diferente dos enredos e expectativas que sonhamos para eles. Pode parecer estranho esta colocação tão óbvia, mas nem sempre ela está tão clara. Em razão de nossas ambivalências naturais, vivemos a possibilidade de exercer cuidados necessários, bem como a negligenciar, ou mesmo rejeitar nossos filhos.

Tal perspectiva pode ser engendradora com a produção de cuidados, quando somos - observadores com as famílias "adotadas" para observação; trabalhadores de saúde com os indivíduos, famílias e coletivos "adotados" como alvo da atenção integral à saúde - confrontados com o diferente que nos provoca indignação, muitas vezes sentimentos aversivos que, por sua vez, nos afastam das nossas intenções genuínas.

E1. foi embora. A. me contou que aquela era a nova empregada ... Falou sobre E1., sobre a loucura ... ela ficava falando coisas violentas o tempo todo ... descobriu que ela tinha roubado coisas. ... agora estava reclamando na justiça ... Am.-40

E3. ... dizendo que estava indo embora, A. disse para ela pegar comida para sua filha, mas ela disse que não iria dar tempo. Depois voltou para tirar o lixo e foi embora. ... A.. disse que eu devia estar estranhando a nova empregada ... ela me disse que E2. faltou por queixa de dores nas costas

e ela teve que demiti-la pois disse que ela não agüentaria o serviço. ... Am.-41

Parece que há uma pessoa mais comprometida com o seu serviço, e a relação da avó com ela também é diferente do que era com a outra empregada. No entanto, parece que esta família tem uma relação de objeto parcial, só se relacionam com partes dos outros (KLEIN, 1969), “esquecendo” que as relações são construídas com pessoas de acordo com as expectativas, formas de viver de ambas as partes e dentro do contexto atual.

Esta forma de ver o outro e, portanto, a maneira de se relacionar tem uma característica defensiva e, assim, impede que o momento do encontro seja um espaço intermediário para cooperação construtiva. Ao contrário, cada um voltado para o próprio interesse, rivaliza-se atacando e se defendendo, mas continua insatisfeito porque permanece só, sem a possibilidade de trocas.

No interior desta casa, este tipo de relação não é seletivo, só com a empregada, mas revela um modo de andar a vida.

... A. pegou vários brinquedos. Muitos, ou quase todos eletrônicos. Parecia uma feira de sons eletrônicos, B. apertava vários botões ao mesmo tempo e dançava. Havia vários telefones, uns três, e A. pedia para ela ligar para M. vir para casa. ... A. me contou que roubaram a caminhonete de T., ... Falou “bem feito, onde já se viu pagar seguro atrasado”. ...Am-45

Apesar da criança aparentar se divertir, Amarelo registra novamente sua crítica: a abundância de brinquedos substituindo a presença do humano para interação. A avó também faz a sua, não tão explícita, ao modo com seus dois filhos organizam seus recursos: sua filha trabalha tanto para poder dar brinquedos caros para a neta, mas não tem tempo de ficar com ela. Talvez, da mesma forma, o outro filho tem que aprender pela perda. Através do brincar com a bebê, a avó pede para que sua filha venha para casa, parece temer por um tempo perdido que possa ser irrecuperável, mas ao mesmo tempo fala de um encontro diferente que teve com o observador e gostaria que ela, a mãe da criança, pudesse experienciar.

Amarelo não fica imune, sente, deixa-se impactar pela experiência. É pela possibilidade de refletir sobre o que o incomoda – usar da

contratransferência - que pode entender, aprender sobre o conceito de saúde ampliado: o cotidiano, a forma de viver é determinante da qualidade de vida. Há, também, conseqüências para sua postura, como já vimos, quando sai de seu papel de observador para encontrar interação possível com a família, para compreendê-la na sua cultura.

Até há pouco tempo, a concepção de saúde estava quase que totalmente determinada pela racionalidade médica, constituindo-se em um problema, já que muitas outras realidades eram ignoradas, impedindo o acesso de todos aos serviços de saúde, igualmente ignorando os recursos reais da sociedade.

Precisamos alargar os horizontes limitados pelos saberes sócio-historicamente construídos, que concebem as ações de saúde restritas às instituições. A atuação popular em saúde, com sua realidade e recursos, é fundamental para mudança. É na coletividade, com as famílias e organizações sociais, que o cuidado se produz legítimo e se faz integral (WONG, 2004).

Outra observadora, Marrom, tinha a imagem da família usuária do serviço público, como carente; passa a conviver com pessoas possuidoras de uma certa condição sócio-financeira. Ainda assim, ela entra em contacto com uma situação muito diversa da sua, até então, inimaginável. Chama atenção o impacto que a dinâmica familiar, na sua simplicidade, nas adaptações necessárias para caminhar a vida, de acordo com seus recursos, causou na estagiária: diante de uma situação aparentemente pouco problemática, ela acredita que não há um novo a ser escutado, pensado.

Perde-se a oportunidade de aprender como este cotidiano comunica, não apenas as necessidades de saúde, mas os recursos disponíveis para promoção de qualidade de vida. Nem a visão e a satisfação dos usuários do SUS é questionada, aqui pela estudante da psicologia. Também na vivência dos serviços de saúde não são objetos da preocupação dos trabalhadores, como indicadores da qualidade do trabalho realizado e das demandas de mudança.

... P. ... diz com um pouco de cautela: "Olha M., minha mãe disse algumas coisas que eu acho que você deveria ouvir. ... pra gente adicionar ele no meu convênio, como eu já

disse. Mas você diz que não precisa, fica indo no postinho. Imagina se B. piora, e aí? Como a gente vai internar se for preciso?” M. diz: “Eu não disse que não precisa, só que ainda não tem necessidade”. ... Mm.-1

Apesar do atendimento satisfatório que receberam no pré-natal, parto, o serviço público não promove segurança para outros procedimentos. Não encontraram também espaço possível para dialogar sobre estas preocupações.

Há, ainda, outras situações, aqui observadas pela estudante, mas também disponíveis nas visitas domiciliares, que não são valorizadas como necessidades de saúde.

... M. comenta com P. que as fraldas estavam acabando. P. diz que não pode buscar, pois as viaturas estavam parando todo mundo; e que ela devia ter dito antes. Ela sugere que ele ligue para sua sogra para que ela comprasse. ... Mm.-9

A família tem uma condição diferente, pode disponibilizar recursos para um convênio particular de saúde, mas se arrisca no trânsito por não ter documentação adequada. Dificilmente esta situação seria problematizada como oportunidade para educação permanente em saúde.

A observação do cotidiano revela, também, como é a relação com a família mais ampla, os apoios que podem ter. São recursos importantes de serem conhecidos pelos trabalhadores de saúde que visam a mediação da autonomia como produção de saúde.

... A casa estava diferente: a disposição dos móveis havia mudado. A raque da sala havia sido retirada e em seu lugar estava agora uma cadeira de cabeleireiro ... De certa forma a casa ganhou espaço, estava menos apertada. M. havia comentado, por telefone, que não estava mais trabalhando ... estava atendendo suas clientes em casa. ... Mm.-10

A chegada de uma criança muda a vida da família, principalmente a da mulher que, na nossa cultura, é a principal responsável pelo cuidado dos filhos. Há certas mudanças que se fazem necessárias, como horários, tipo e lugar de trabalho, para que a criança tenha um ambiente facilitador do seu desenvolvimento. Muitas vezes, às custas de perder alguma coisa, outras com adaptações nem tão pesadas, são contextos que precisam ser

conhecidos e valorizados, tanto como recursos potentes para autonomia, como comunicação de dificuldades demandantes de apoio.

Marrom pode, então, aprender sobre a importância de ir para o novo sem preconceitos para se surpreender com uma realidade diferente da sua e conhecer outras formas alternativas de andar a vida, diferente das orientações normatizadoras do trabalho em saúde comum.

Despojar-se do conhecido, dos valores preconcebidos não é tarefa fácil, temos a tendência natural de aplicar nossas concepções sobre qualidade de vida como absolutas, ignorando as subjetividades, as singularidades das famílias, que são construídas ao longo da vida pelos contextos sócio-histórico-culturais.

Na observação seguinte, Vermelho passa a conviver com uma família, cuja mãe é tão jovem quanto ela própria, mas está casada com um homem que tem idade para ser o pai, abandonou os estudos e já está na segunda experiência de maternidade. Aparentemente tão próxima, mas, na realidade, muito diferente, a situação provoca nesta observadora, identificações, conjecturas compadecidas sobre a realidade, desejo de transformação. Paradoxalmente, a disponibilidade de vivenciar uma aproximação muito íntima, permite conhecer outras situações determinadas por escolhas, por oportunidades diversas, muitas nem tão racionais como desejaríamos, provoca questionamentos, até dores.

Importante o registro que podemos fazer do impacto que o contato com novo nos provoca, pois remete à forma como olhamos, sobretudo às repercussões sobre as nossas análises.

... A casa me pareceu bem pequena ... Entrei na sala que era bem pequena, com dois sofás, várias almofadas em cima destes, uma escrivaninha com o telefone e papeis e uma estante com a televisão (que parecia bem nova) e um som. ... logo do lado da porta da sala era a porta do quarto de onde M. saiu, lá havia uma cama de casal, onde I. estava deitada de fralda dormindo e uma cama de solteiro com o colchão do berço em cima. ... outra porta que possivelmente dava para a cozinha, pois de onde eu estava, só via uma parte do fogão. ... Sentei-me na sala onde P. já estava sentado. Ele me pareceu bem mais velho do que ela, mas não sei ao certo sua idade, possivelmente mais de 40 anos. ... Vm.-1

Vermelho descreve com detalhes, como para demonstrar a impressão que teve, sobre a casa e sobre a diferença de idade do casal. Informa, certamente, sobre as condições e o modo de vida da família, sobretudo avaliações que faz com base nos seus valores. Ter uma casa, mesmo que pequena, o pai fazendo parte da convivência familiar, são fatores atuantes em um único processo, mas com direcionalidades opostas – para saúde ou para doença – dependendo da particularidade de cada viver.

Esta vertente que valoriza a posição da qual olhamos, permite observar quão tendenciosas são nossas avaliações e críticas.

Vermelho passa a acompanhar esta mãe no pré-natal e conhece, pela vivência os vários serviços de saúde no município.

... Logo o médico, Dr1., chamou M., entrei com ela e ele pediu que ela se pesasse, enquanto isso, aproveitei para me apresentar para ele, disse que era estagiária da psicologia e que estava fazendo o estágio “mãe-bebê” e que acompanharia o final da gravidez de M. Ele disse que era bom, que eu podia pegar no pé dela e que estava autorizada a dar bronca nela, que às vezes ela aprontava ... Dr1. perguntou como ela estava ... remédios, se estava cansada e se o bebê se mexia muito. M. disse que estava bem ... realmente cansada e se cansando facilmente e que o bebê estava mexendo muito sim. Ele questionou mais alguns dados sobre a sua saúde geral ... ela disse estar tudo bem. ..., ele disse que o resultado do exame de M. tinha dado negativo e que portanto não havia problema nenhum ... Mediu a pressão ... pediu para que se deitasse para medir sua barriga ... Ele fez as medidas da barriga ... comentou que a barriga dela havia crescido bastante, ela concordou e disse que nesse último mês tinha crescido muito e que às vezes até incomodava. ... pegou o aparelho para ouvir o bebê, ... logo começamos a escutar o coração do bebê que batia bem rápido ... ele perguntou se eu iria acompanhar M. no ultra-som que ela iria fazer, disse que iria sim, e ... também nas consultas seguintes. Ele falou que era muito bom e que eu devia ter acompanhado M. desde o começo da gravidez, como um “guarda-costas” para vigiá-la e tomar conta dela. Ela concordou e disse que tinha se desligado de controlar a alimentação ... Vm.-2

Vermelho tem oportunidade de conhecer uma consulta até mais atenciosa que as habituais, mas ainda longe de ver as necessidades de saúde de forma ampliada: as perguntas parecem mais protocolares, já que as respostas da mãe não são consideradas. Além disso, o tom policaiesco

remete-nos ao início da saúde pública no Brasil, muito diferente da estratégia da Saúde da Família, para se alcançar a integralidade da assistência. Ela, no entanto, não considera esta avaliação, pois há vários fatores interferindo com a sua ponderação: está em período de aceitação pela família e depende da aprovação do médico para que possa acompanhar o pré-natal, a ligação afetiva com o serviço, através de uma das supervisoras do estágio.

Cheguei ..., não sabia onde ficava o local de ultra-som e perguntei para uma atendente, ela me explicou e perguntou se era convênio. Disse que era pelo SUS e ela falou que era em outro lugar... no local indicado, vi M. em uma fila bem longa. ... Ficamos na fila uns 15 minutos, estava muito calor, o teto era bem baixo e M. reclamava do cansaço e do calor. M. disse que saindo dali, sentaríamos em um galpão lá fora e depois seríamos chamadas, daí entraríamos no setor de ultra-som e esperaríamos mais um pouco ... Saímos dali, fomos beber água em um bebedouro perto e nos dirigimos para o galpão. Lá também era muito calor e estava lotado de gente. M. propôs que sentássemos próximas da TV para que pudéssemos ver a novela ... M. me contou que o hospital ali sempre era lotado e que no último ultra-som tinha esperado mais de uma hora para ser atendida. ... Algum tempo depois ela foi chamada ... setor de ultra-som ... não tinha onde sentar, fomos até outra sala, ela sentou e eu fiquei de pé, pois achei que teria mais alguma grávida sem lugar. Não chegou ninguém e M. falou para que eu sentasse. Ficamos ali mais algum tempo e ela ficou contando do último ultra-som, que não tinha dado para ver o sexo, mas que tinha ido mais duas vezes (em outro serviço, particular), ... deram que era menino ... Vm.-3

Neste recorte da terceira observação, Vermelho denuncia condições inadequadas do sistema de saúde. Fica sabendo que o SUS é diferente, em diversas formas, do convênio. Através dos relatos desta observadora, podemos perceber além, a integralidade idealizada está distante da que temos, mesmo nos serviços mais comprometidos com a implementação do sistema de saúde. Ao invés de tomá-las apenas como denúncias e críticas, poderíamos analisá-las como expressão das resistências, dificuldades naturais do processo de mudança.

... O médico perguntou o nome do bebê e ela contou ... levou o resultado do US ... ele olhou dizendo que estava tudo bem, que o bebê estava de cabeça para baixo e falou que o peso também estava bem ... mais uma vez ele fez

medições de sua barriga ... Dr1. comentou ... que M. estava muito inchada ... fez a escuta do coração do bebê por alguns minutos. ... veio medir a pressão de M. que estava normal. Ela comentou sobre a pressão de seu marido que estava sempre muito alta e o médico falou que desistia do marido dela, pois nem nos cursos para poder operar para não ter mais filhos ele não estava vindo, M. falou ... há duas semanas acordava ele para ir e ele voltava a dormir, que não tinha jeito. Dr1. falou para ela tomar cuidado, que ele não queria vê-la grávida daí alguns meses de novo, ela disse que não tomaria remédio, pois fazia mal a ela e que o marido teria que operar mesmo. Dr1. falou para ela ficar no pé do marido para evitar “problemas” depois. M. perguntou quando seria encaminhada ao hospital, e ele disse que aquela era a última consulta dela ali, que agora ela só iria no hospital e só voltaria ali depois que o bebê nascesse ... Vm.-4

Ainda que haja uma escuta, a consulta médica prioriza as tecnologias leve-duras e duras, fica centrada em procedimentos e nos equipamentos que o médico utiliza. Nesta direção, várias das demandas da gestante ficam sem respostas, a dificuldade do paciente em ir ao serviço de saúde não pode ser um problema a ser apropriado pelo mesmo.

No entanto, simultaneamente evidenciam-se as dificuldades que o profissional tem de tomar as perguntas do paciente para além do que é conhecido, estabelecido. Mas não podemos afirmar, neste caso, que haja uma falta de compromisso, nem que este seja todo o problema. O médico e os serviços de saúde conformados pelo saber da medicina, são produtos da formação que privilegia os procedimentos como suficientes para os problemas de saúde.

A tecnologia necessária para conseguirmos escutar a pergunta do outro, ao contrário de ouvir com as respostas prontas, requer o despojamento das certezas das nossas soluções, do compadecer-se, colocando-se no lugar do outro. São do campo da tecnologia das relações, *as tecnologias leves*. São partes dos desafios para integralidade da assistência. Aprender sobre elas passa pela vivência, sim, mas precisa ser apoiada, mediada.

... no Hospital ... Ficamos mais de uma hora ali, M. foi chamada ..., eu já estava impaciente, imagino ela, que já reclamava da demora há muito tempo. ... Falamos sobre parto, amamentação, sobre o curso de amamentação que

ela tinha feito durante a primeira gravidez, que ela tinha gostado bastante, mas que não iria fazer de novo pois não tinha com quem deixar l. ... Vm.-5

A observadora registra sua indignação diante da falta de consideração do serviço com uma paciente, que precisa mais de cuidado que de procedimentos, que saiu de um serviço onde, apesar dos defeitos, estava vinculada e não esperava tanto pela consulta. Denuncia a organização do serviço que não se adequa às necessidades e condições da paciente.

... M. foi chamada às 10:45h. ... por uma médica residente que explicou que ela faria a consulta mas que depois o médico responsável passaria para falar com ela. ... perguntou sobre exames, pois M. teria que fazer um último ... Perguntou como ela estava se sentindo e ela falou que teve contração ... bem espaçada. A médica disse que era normal e que só era para ela se preocupar se tivesse perdido líquido ou sangue ou se as contrações tivessem espaços menores que 10 minutos. Perguntou sobre a outra gravidez, sobre o sexo deste bebê, sobre o nome ... também explicou a M. como funcionava o hospital, que ela poderia ir até lá a qualquer hora se tivesse algum problema, que receberia um selo em sua carteirinha que permitiria este atendimento de emergência. Explicou sobre a importância da amamentação e como fazer para evitar rachadura no bico do seio. ... tirou medida da barriga, auscultou o peito, as costas e também ouviu o coração do bebê. ... pediu que esperássemos que o médico logo passaria. Ficamos mais um tempo esperando e o médico chegou, olhou os exames, seu prontuário, se apresentou, conversou com ela mais uma vez sobre a emergência e sobre a amamentação e fez o pedido de exame ... Vm.-5

O serviço parece bem organizado, mas Vermelho continua registrando que o serviço para o qual a mãe foi encaminhada está longe do diálogo para suas reais necessidades. Na maioria das unidades de saúde, o tempo de espera constitui um problema tomado pelo foco da organização dos mesmos, mas ainda deixa de pensar nas condições de quem o utiliza.

É comum na prática, que os pacientes não consigam dizer o que desejam sobre os seus problemas, ora porque os profissionais dirigem o fluxo das informações, ora porque o tempo disponível não é suficiente. De forma semelhante, ocorre o entendimento sobre o que o profissional lhe explica sobre seu problema, muito rapidamente, ou quando faz uso do jargão técnico (STARFIELD, 2002b).

... Ela disse que já estava lá fazia meia hora e parecia que ainda ia demorar muito, pois ainda não tinha entrado ninguém ... Ficamos mais um longo tempo sentadas, na sala de espera ... até que o médico que fica lá neste dia ... apareceu e me chamou ... M. foi chamada para consulta às 11h. e quem a atendeu foi a Dra, a mesma da semana passada. Perguntou como M. estava passando, se tinha perdido sangue ou algum líquido ... comentou do ganho de peso excessivo e recomendou que M. evitasse coisas que engordassem muito e investisse mais em fruta e verduras. Mediu ... ouviu o coração do bebê, e concluiu que estava tudo bem. Sobre o exame ... falou que estava negativo e que estava tudo bem. Enfatizou que M. poderia procurar o plantão a qualquer hora, caso ... Pediu que esperássemos pois o médico passaria na sala. ... Dr2 ... perguntou se estava tudo bem e a médica disse que sim, perguntou a M. como ela estava e ela falou que bem e perguntou a ele se tinha problema ela ir para São Paulo com a mãe, ele falou que não deveria ir, que era perigoso viajar depois do oitavo mês e ela concordou dizendo que não iria ... Vm.-6

A assistência ainda está voltada para uma concepção reduzida de saúde, pautada pela transmissão de informações, execução de protocolos, muito mais que do que para compreensão do que o usuário comunica, na sua singularidade.

Outra forma de se proceder o atendimento pode ser aprendido pelo observador, mais sensível talvez para as necessidades da mãe uma vez que durante o período de observação vai estabelecendo outros vínculos com a mãe e com a família. Este vai se constituindo em aprendizado pela experiência, como competência para a assistência integral.

... M. estava com muita contração ... até chorava ... O médico ... antes foi tirar sua pressão. Apenas, disse que estava um pouco alta, mas que poderia ser pelo nervoso ou pelo frio, não disse quanto estava a pressão, acho que para não assustar M. ... escutar o coração do bebê, foi um momento tenso pois demorou para achar os batimentos ... o bebê estava em uma posição mais difícil para ouvir o coração ... fez o exame de toque, M. sentiu muita dor ... outro médico chegou e disse a M. que ela já havia entrado em trabalho de parto só que estava muito no começo e que ainda demoraria para o bebê nascer, que interná-la agora seria precipitado e que não havia necessidade de por soro ... o bebê estava bem, as coisas deveriam acontecer naturalmente. Sugeriu que M. andasse bastante e que voltasse daí 2h, que ela poderia ficar ali no hospital mesmo. M. não gostou da idéia, mas aceitou, estava sentindo muita dor e estava muito ansiosa também ... Vm.-7

Vermelho parece se dar conta que sua percepção sobre as necessidades da mãe é mais ampla que a do médico, que está ali para realizar o parto, porque seu foco também é ampliado.

... Depois das 2h ... de muita contração, ... foi consultada novamente, a dilatação não aumentou e o médico pediu um exame para saber como estava o bebê. ... o médico recomendou a M. que voltasse para casa, pois o bebê estava bem e ainda iria demorar ... M. não gostou, pois sentia muita dor, mas acabou aceitando ... Vm.-7

Não há espaço para que a gestante manifeste suas necessidades, suas preocupações, suas dores, angústias, seu sentimento de desamparo, menos ainda para seus desejos. Não há então saída para o assujeitamento²³.

Starfield (2002b) vê 3 modelos de interação para relação médico-paciente. Julgamos que o terceiro é o que dá conta da assistência voltada para integralidade, onde o médico não presume saber o que é melhor para o paciente, esta decisão é fruto da interação entre eles, sendo que cada um contribui com o seu saber e a abordagem da ação mais apropriada é uma construção, onde ambas as partes participam.

A longitudinalidade permite que a interação entre profissionais e pacientes efetive atenção integral à saúde, pois é na amplitude e profundidade dos encontros que uns conhecem os outros, na expressão dos seus problemas, consolidam-se os vínculos de confiança (STARFIELD, 2002a).

Mas a concepção de sujeito do pensamento sanitário ainda está longe do ideal proposto pela reforma do modelo assistencial, centrado nas necessidades do paciente. Há ainda um controle técnico que não permite a emergência das subjetividades (AYRES, 2001).

... M. comentou que tinha muita gente ... da enfermagem e que ela ficou com vergonha. Perguntei se não tinham perguntado a ela se eles podiam assistir ao parto e ela disse não. P. também contou que não gostou da moça que foi medir e pesar B. ... estúpida e descuidada ... Vm.-9

A família e a estudante aceitaram a decisão da maternidade de que ela não poderia assistir ao parto, embora tenham feito muito esforço para

²³ O mesmo que sujeitar, significa reduzir a sujeição, dominar, subjugar, submeter. Ou seja, o indivíduo não tem escolhas próprias, não pode fazer valer seus desejos.

isto. No entanto, constatam como as regras são arbitrárias: o serviço hospitalar para o parto, que é também um hospital-escola, privilegia o ensino de procedimentos em relação a outros tipos de cuidados, que podem qualificar não só a assistência mas fundamentalmente a vida da mãe e da criança.

Mas a normatização do viver, o assujeitamento dos indivíduos não é uma peculiaridade do setor saúde.

... Estranhei M. chamar B. de ... M. foi me explicar que deu problema no cartório, que eles não registravam aquele tipo de nome porque ninguém ia falar direito, aí eles tiveram que mudar. ... Vm.-10

Apesar de ter havido uma explicação, a observadora relata seu impacto sobre mais uma decisão que é imposta à família. Afinal, ela vivenciou como foi a escolha do nome, e sua importância para a mãe. Neste cotidiano aparentemente comum vão surgindo, para outras perspectivas de olhares, outros determinantes do processo saúde-doença.

...o telefone tocou ... era alguém querendo marcar ... M. foi agendar. O telefone fica em uma mesa bem próxima de onde estava o carrinho de B. e ele começou a se mexer. ... Vm.-11

A estudante sutilmente faz uma crítica ao cuidado com o bebê, porque percebe que a tranquilidade necessária ao desenvolvimento saudável da criança é composta por uma multiplicidade de fatores, entre os quais o espaço para morar, as condições de trabalho dos pais, entre outras.

Depende, também, da cultura para o cuidado da criança:

... Levou os pratos até a cozinha e voltou para sala. Pegou B. ... para amamentá-lo. Ele logo pegou o seio e sugou com força. B. está bem grande e gordinho aparenta mais que 1 mês e meio ... P. dormiu no sofá e I., que estava dormindo no quarto, acordou ... toda dengosa, começou a pedir colo, M. explicou que estava amamentando B. e que dali a pouco ... daria comida, pois ela ainda não tinha almoçado. ... Vm.-12

Vermelho dá-se conta que, embora o mundo esteja mais liberal, algumas tarefas de casa permanecem da mulher. E vai descobrindo quantos dados a observação do cotidiano familiar transmite.

... uma moça ... foi até o quarto de M. com ela ... saiu com umas sacolas ... Vm.-13

Este registro da estagiária revela sua curiosidade e também o que deve respeitar: apesar de ter vivido momentos tão íntimos com a mãe, o quarto dela não é de acesso irrestrito, há coisas do âmbito familiar que não foi permitido, ainda, para o conhecimento da observadora e, provavelmente, aos serviços de saúde. Certamente, são questões que interferem com o modo de viver e, conseqüentemente, como o processo saúde-doença, mas há que se respeitar o tempo para o vínculo qualificado pela confiança.

Chama atenção, no entanto, que detalhes do cotidiano, disponíveis para o agir em saúde, passem despercebidos ou não possam ser valorizados.

... B. voltou a chorar. M. falou que estava na hora dele mamar e o pegou. Nessa hora I. chegou com a amiguinha e a mãe. M. foi recebê-la e depois voltou a sentar. Todos ficaram lá fora e I. estava dando trabalho, como M. estava amamentando só falava alto para ela parar de bater na amiguinha. Chegou mais uma mulher na casa que M. chamou de tia. ... perguntou a M. quem eu era, ela disse que eu era a psicóloga e observava B. desde sua gravidez. M. acabou de amamentar e saiu para chamar I. com B. nos braços. ... M. o colocou novamente no bebê conforto e saiu dizendo para eu ficar à vontade. ... Vm.-14

A observadora continua registrando como é atropelado o cotidiano de uma mãe de recém nascido, que tem outros afazeres, sem ninguém que se disponha a ajudá-la mesmo em tarefas simples. Certamente, esta não é uma situação inédita para estagiária, nem para os participantes da situação, menos ainda, para os trabalhadores dos serviços de saúde.

Entretanto, é o olhar voltado para as necessidades do outro como singulares, ou específicas de determinadas situações, que pode valorizar detalhes essenciais para o que se propõe como integralidade da assistência em saúde.

Por mais que saibamos de todas estas situações, ainda somos surpreendidos pelo imprevisto, pelo inusitado.

... perguntei onde ficavam as coisas para trocar e limpar B, P. não sabia muito bem onde M. guardava ... Acabei de limpá-lo ... troquei ... também estavam molhadas, P. havia pegado uma outra roupa, dizendo-se em dúvida se era realmente de B. ou de I., mas logo vi que eram as de B. Quando estava acabando ..., ouvi ... a voz de M. ... chegou

rindo no quarto, falando que P. tinha me dado trabalho, perguntou se estava tudo bem ... Vm.-16

Vermelho passa por um estresse, sem saber como deve enfrentar esta situação, receia pela reação da mãe, ao tomar conhecimento de sua atitude junto ao marido. Acaba percebendo que ela revela o modo de vida desta família, o pai não assume certos cuidados com os filhos, não sabe nem como realizá-los. Aprende, sobretudo, que estas ocorrências são inerentes ao processo de trabalho em saúde, muitas vezes temos que assumir papéis diversos; o importante, no entanto, é pensar sobre eles.

... I. fica pedindo para P. uma laranja. M. fala para P. não dar ... mas ele dá. M. fica brava dizendo que ela não chupa nada e só faz bagunça e sujeira e que depois é ela que tem que limpar tudo. ... Vm.-19

A mãe expressa o seu sentimento de sobrecarga, e Vermelho pode pensar que repercussões têm para os conflitos conjugais, para a educação dos filhos. São fatores que influenciam a direcionalidade do processo saúde-doença.

Há várias expressões sobre o modo de vida, que podem ser apreendidas pelo observador cuidadoso.

... B. estava ... em um carrinho novo. Cumprimentei P., que estava deitado no sofá ... e enquanto M. posicionava o carrinho perto do lugar onde me sentei, me contou que quem deu ... foi seu irmão, porque o dele tinha quebrado a roda e não dava mais para consertar, comentei que o carrinho era bonito e ela concordou comigo, dizendo que seu irmão tem bom gosto pois foi ele que escolheu o carrinho. ... Vm.-20

Vermelho percebe, no cotidiano, como é a iniciativa do marido para as necessidades da casa, dos filhos, sua resposta aos pedidos da esposa. Evidente que este conhecimento tem importância para o entendimento da cultura que permeia o cotidiano desta família. No entanto, o observador participante, e assim somos como trabalhadores comprometidos com a saúde, não está neutro, sente, sofre, torce por mudanças segundo o seu referencial de valores.

Esta afetividade essencial e natural dos encontros, precisa ser equilibrada por uma distância que permita a compreensão das dimensões sociais e culturais do viver, com produção de alteridade – o contato com o outro que produz diferenças em si próprio.

Com um certo sofrimento, Vermelho se depara aos poucos com uma realidade muito diferente da conhecida pela sua própria experiência, e pelo seu aprendizado sobre as teorias. No entanto, aprende que é importante vivenciá-la, para poder compreender e construir alternativas com os recursos possíveis.

Assim, entende sobre a complexidade do acesso aos serviços de saúde para atenção integral. Não basta que este esteja lá perto da residência do usuário, com equipe e horário disponível. É preciso que a atenção integral que idealizamos para *população alvo* de nossas ações, faça sentido para ela, e que as suas dificuldades possam ser reconsideradas pelos que pretendem superá-las.

Na visita domiciliar, experiência diferente do espaço do serviço de saúde, entra-se em um território de domínio do outro, percebe-se que tem que haver outros cuidados, estar atento a outros sinais, pensar em outras possibilidades além dos objetivos conhecidos, intencionados, respeitar o tempo, a cultura do outro, para não ser invasivo.

Ao contrário da desesperança, que muitas vezes toma o trabalhador de saúde, diante da realidade que não muda sob suas orientações, a estudante adquire através da vivência, que o cuidado pode e deve ser construído em um espaço intermediário, onde os conhecimentos dos envolvidos possam ser compartilhados, para se aproximar da singularidade de cada um e, portanto, ser mais efetivo na produção da integralidade da atenção à saúde.

No espaço das supervisões, esta experiência compartilhada pode ser apreendida com os diversos olhares componentes do grupo, quase como uma vivência. Outros aprendizados se fazem possíveis pela multiplicidade de singularidades.

Outra estudante passa a observar uma família com uma situação sócio-econômica menos favorecida. O casal e dois filhos partilham uma casa pequena com outros parentes. As condições de higiene, privacidade diferem bastante do que normalmente se aprende sobre os determinantes da qualidade do viver saudável. Durante o período proposto para observação,

há mudança do local de residência para imóvel próprio, mas em um lugar na periferia da cidade, onde a ameaça à segurança é maior.

Muito diferente da estrutura de sua própria vida, Azul impacta-se duplamente pela receptividade da família em um ambiente já muito restrito.

... Ela pede que eu entre e vá até seu quarto, já que na sala estão seu irmão, a namorada e alguns amigos jogando dominó. M. coloca B. no centro da cama de casal, diz para que eu me sente na cama. Enquanto isso, começa a passar roupa, numa tábua própria colocada dentro de um quarto muito bagunçado, com roupas espalhadas, uma cama de casal, outra de solteiro (do filho menor), um armário com o pôster do Corinthians e uma cômoda cheia de coisas em cima ... Az.-2

Não se trata, apenas, da descrição do ambiente, os detalhes, as impressões registradas revelam o impacto negativo sobre a observadora. Outros marcam pelo caráter violento.

... O irmão de M. (T.) chega ... com um amigo, dizendo que vai jogar vídeo-game. M. diz que não, que está vendo TV. Ele não me cumprimenta e vai logo ligando o jogo. M. diz não novamente, mas ele finge não ouvir. I. diz: "Deixa ele jogar um pouquinho mamãe, senão ele te bate". M. sorri, sem jeito, e me olha, como que procurando minha reação. Eu permaneço observando, ... I. quer jogar, mas o tio diz que ele espere seu amigo; a criança concorda e espera sua vez quieta. T. sai dizendo ao seu amigo que só vai buscar a namorada ... O amigo joga mais um pouco e permite que I. jogue, ensinando-o. T. volta e retira o carrinho de B. do centro da sala, colocando-o num canto. M. vai até a cozinha e chama T. Sua namorada se senta no sofá e fica quieta. M. pergunta algo sobre um dinheiro a T., que grita para o amigo: "Você tá só esperando seu pai, não é, ...?"; ele responde que sim. ... B. acorda com as vozes e barulho. Az.-3

Azul percebe que a precariedade do ambiente é mais complexa do que pensou. No entanto, as mudanças podem ocorrer, quando sua presença passa a ser melhor conhecida; mas é verdadeiro que esta estudante também vai modificando sua visão da casa e da família, com o que vai vivenciando com eles.

... Desta vez, P. ... foi quem me recebeu. ... Pediu para que eu me sentasse no sofá da sala, onde encontrei T. e seu amigo, que me cumprimentaram com um sorriso. M. veio ... pediu que eu fosse para o quarto porque poderia observá-lo melhor. ... me contou que foi buscar a avó (BA.), que estava dormindo na cama de solteiro do mesmo quarto. ... BA. acorda e chama por M., que vem para ajudá-la a se levantar

e comenta que ela já tem 85 anos, que está meio surda e que precisa de ajuda para tomar banho ... Az.-6

O tio e seu amigo, anteriormente grosseiros e assustadores, recebem Azul com um sorriso. Mas os fatores de risco para os conflitos familiares continuam aumentando: mais uma pessoa idosa com problemas de saúde vai dividir com a família o espaço, já precário. A mãe também tem que se desdobrar para mais uma função.

A partir do entendimento das múltiplas determinações da qualidade do viver, pode-se estar junto, com disponibilidade para uma construção mais coletiva.

... I. ficava batendo na cachorra que estava sentada perto do portão. Perguntei porque ele batia, ele disse porque sim, e ria quando acertava a pata com uma cordinha e um brinquedo amarrado na ponta. ... batia nela porque ela não mordía, não batia na outra que era menor, porque ela mordía. ... a menor era de T., a maior era sua ... Az.-10

Por que uma família que vive em condições precárias, tem que partilhar espaço com mais dois cachorros? A outra criança da casa mostra que a vivência deles é mediada por outros valores, com cerca de 2 anos de idade está aprendendo sobre violência, como dela se defender.

E há dinâmicas nesta família que não conseguimos entender com o nosso modo de andar a vida, nossas teorias não são capazes de explicar.

Cheguei ... B. estava na porta, no colo do amigo de T. ... M. veio logo em seguida para buscar B. ... I. está brincando com dois amiguinhos na garagem. ... M. volta e pede que I. saia dali, diz que T. está chamando para jogar Vídeo-game. I. vai. Ela fica rindo. ... Az.-15

A mãe do bebê sorri e a estudante observa, atônita, que algumas coisas mudaram, apesar das nossas preocupações com o estado de vulnerabilidade com que esta família vive.

... B. olhava muito para a cachorra, que se aproximou até encostar o focinho no rosto de B., que sorriu. ... tenta pegar o focinho da cachorra, que fica parada. Ele se agitou muito, olhava para mim e apontava para cachorra. I. veio dos fundos ..., sorriu para mim, disse que estava vendo filme de dinossauro com T. Perguntei se estava gostando e ele balançou a cabeça afirmativamente e voltou para o filme ... Az.-16

Azul descreve a interação do bebê, tão pequeno, com a cachorra e as situações que mudaram, sem saber como. A seqüência de seus registros, talvez, permita-nos conjecturar que estas crianças vão se desenvolvendo de uma forma menos protegida e aprendem a se defender, a conquistar territórios que, devido às circunstâncias, tem de ser partilhados. Há mudanças externas, no entanto, que podem garantir uma certa cidadania.

... M. pergunta se eu vi na Tv a menina que morreu ... por causa de envolvimento com droga. ... contou que conheceu a menina ... ela não parecia traficante ... morreu porque entregou um traficante para a polícia. ... foi morar na casa de A. (a primeira casa em que fui) ... porque sentia medo ..., então alugaram a casa. Só voltaram porque agora o local tem iluminação e não há mais tiroteios como antigamente. Entretanto, ... não gosta de sair ... à tarde ... é uma bagunça, sente o cheiro de maconha ... que não tolera quem usa estas coisas ... que A. teme por T., mas ela acha que o irmão não tem atração por estas coisas ... Az.-17

A mãe parece ensinar para a estudante que só é possível conviver em determinados lugares, com algumas adaptações, respeitando algumas regras, principalmente quando não há outras opções. Também, só foi possível a continuidade do trabalho de observação porque a estudante foi aprendendo, com a experiência apoiada, uma postura que respeitasse as condições de vida desta família.

Podemos, então, pensar na contribuição desta vivência para o conhecimento de outras formas de viver, dos recursos alternativos. E, ainda, perceber como as pessoas anseiam por oportunidades de mudar de vida, de serem incluídos.

... contou que T. conseguiu entrar em um curso do colégio Marista ... Parecia orgulhosa do irmão. ... Havia duas galinhas entre a casa de M. e de A. ... eram de T. e pediu que I. corresse atrás dela para que ficassem dentro de uma caixa ... Az.-19

O rapaz que passava o dia em casa, disputando violentamente o Videogame com o sobrinho pequeno, agora estuda, o que conseguiu, provavelmente, pela sua luta e até cria galinhas. São situações para pensarmos o que oportuniza mudanças para a realização de desejos

comuns, quase universais - como ter uma família, um trabalho rentável e prazeroso.

... Uma moça chega, vindo da casa dos fundos ... entra no quarto e se senta perto do berço, ... sorrio para ela, que devolve um sorriso tímido. ... Pergunto a M. quem era ... é a namorada de T., os dois estão morando juntos apesar de se conhecerem há apenas 15 dias. Fico espantada. M. ri e diz que acha estranho, mas acha que eles estão apaixonados. A moça volta e M. diz que ela pode passar roupa. I. ...pergunta então pela moça. Ela mesma responde: "Tô aqui, ..." P. ... vai para o quarto. M. me chama para ficar no quarto porque quer ver a novela. Fico meio constrangida ... quando chego até o quarto, M. e P. estão deitados na cama. ...eles me dizem para que eu me sente no canto. P. me mostra algumas fotos de uma pescaria que ele participou. ... Explica que o lugar é bonito, ... se levanta e me mostra o peixe que tirou do congelador. ... Ficamos ali no quarto, observando B. que brinca ... com um pacote de fraldas, um tênis, especialmente o cadarço, um chinelo. ... Az.-20

Há todo um conjunto de valores bem diferentes que espanta, que constrange a observadora, mas ela pode se colocar disponível e observar que são os recursos que esta família utiliza para serem felizes. A criança não tem brinquedos, mas os pais estão juntos participando do seu desenvolvimento.

Cheguei ... na entrada havia uma confusão ... estavam P., um senhor, I. e uma mulher com B. no colo, além de T. e sua namorada. P. ... dizendo que eu entrasse, me apresentou ... seu pai, ... sua irmã. Disse que M. tinha ido fazer uma entrevista para um emprego e, como ele não podia ficar com as crianças, chamou sua irmã ... Az.-21

Aparecem outras mudanças: a mãe saindo de casa para batalhar por um emprego. Mas vai com alguns cuidados, não deixa os filhos com quem mal conhece, nem cogita deixar os filhos só com a observadora, apesar do vínculo que tem com ela.

Esta experiência contrasta com a de outras observações. Na supervisão pudemos discutir que o cuidado para a saúde depende sim de certas condições concretas – moradia, condições de trabalho, renda, entre outros – mas não só delas.

... M. me contou que arrumou um emprego numa loja ... ali no bairro mesmo ... não teve tempo de me avisar na quarta-feira passada porque foi chamada para entrevista às pressas ... trabalha entre 12:00 e 20:30, com quinze

minutos para um lanche, durante o qual vai até a escolinha em que colocou as crianças. ... choraram nos primeiros dias, mas agora parecem ter se acostumado. ... A garagem tem bastante lixo, o chão tem coco de cachorro também. M. ... diz que não teve tempo desde que começou a trabalhar, que vai ter que deixar algumas tarefas da casa para P. Ele ri. ... M. tira o coco com uma pá e a coloca ... B. ... explorando toda a garagem .. pega a pá ... quando vai levá-la à boca não resisto e chamo M. Ela retira a pá de B., que faz uma cara de quem não entendeu nada, depois ela lhe dá uma canetinha e ele coloca na boca. ... Az.-22

Transformações exigem adaptações, algumas com perdas, sacrifícios. O desenvolvimento, a saúde das crianças e a tranquilidade do casal para elas demonstram que não são tão danosas como a observadora sente. Mas, podemos afirmar que não naturais, passam pela construção na relação, nem sempre harmoniosa, muitas vezes com confrontos e conflitos.

... M. me diz para entrar no quarto pois B. está lá com uma babá, ... enquanto vai almoçar, pois acabara de chegar. ... M. comenta da cozinha que ele emagreceu porque ficou doente ... foi um começo de Pneumonia ... ainda está tomando remédios e que por isso seu intestino está solto. A babá comenta que ele está com assaduras e comunica a M. que está indo almoçar. ... M. pede que eu olhe B. até que ela feche a porta. ... M. ... mostra as assaduras, ... acha que foi falta de banho ... porque ele está fazendo muito coco ... nunca aconteceu quando ela fica com B. ..., mas agradece ter arrumado o emprego, pois está gostando do que está fazendo. ... conta que tem que usar uniforme ... está no supermercado, mas tentou uma lojinha perto de sua casa. ... está satisfeita, mas que às vezes sente dores no corte da cirurgia ... Digo que ela deve tomar cuidado e ela responde que irá ao médico se a dor persistir. ... a babá comentou comigo que a colcha da cama estava suja; fiquei quieta, mas incomodada, pois estava suja mesmo. ... Az.-23

A mãe fala de tantas mudanças em sua vida: das coisas boas que conquistou, mas de outras perdidas que necessitam outras soluções diferentes das conhecidas. A reação desconfortável da estudante não é com a situação de higiene, já experienciada na vivência com esta família. Identificada com as perdas do bebê, está elaborando as suas próprias – sem a mãe presente nas observações, final de estágio.

Há que se fazer um esforço, desenvolver uma disciplina para enfrentar situações de pobreza, violência e sujeira entre outras, sem se afastar, fazer intervenções ou julgamentos precoces da situação. Só assim

pode-se conhecer outras formas de viver, fazer vínculos e então partilhar nossos conhecimentos de forma que sejam ouvidos e façam sentido para quem ouve.

A família encontrada por Verde, vive uma realidade bem diferente da experiência anterior. De classe média baixa, o casal trabalha à noite, em restaurante, não tem horário certo para terminar turno de trabalho. Durante o dia quem que cuida da casa é a mãe, pois não há alguém que lhe ajude nos afazeres. Chama atenção sua atividade doméstica intensa.

... entra no serviço às 16:00. ... Durante nossa conversa, a TV permaneceu ligada. M. pergunta se eu quero mudar de canal... faz comentários sobre a novela que está passando, dizendo estar gostando muito. ...Vd.-1

Como conciliar os filhos com horário de serviço tão inadequado? É a primeira conversa, mas a televisão é parceira da conversa, talvez a possibilidade de lazer.

... vai colocar água para esquentar. De lá, explica para mim que é porque a água do chuveiro é muito fria para ela. ... Vd.-2

... M pergunta se eu vi o controle da TV. ... se pergunta se a novela já começou. Ela muda de canal... Digo a M. que preciso ir embora. ... ela diz que vai pegar a chave. Ela procura no pendurador, mas não encontra. Depois se lembra que na noite anterior tinha saído para passear com B., e uma amiga sua havia colocado a chave no carrinho. M. passa a mão embaixo de B., mas não a encontra. ... vejo que a chave estava na cestinha ... na parte inferior do carrinho. Pego-a e entrego para ela. M. comenta: "Ainda bem que ela não acordou". ... Vd.-4

A impressão que se tem é de uma pessoa cuidadosa no trato com a sua filha, mas fica confusa em meio às tarefas corriqueiras. O tempo com a observadora, com a criança, passa a ser dividido com as tarefas da casa e com a novela. À situação solitária do lar agregam-se questões trabalhistas que não são tão garantidas, como prevista pela lei criada para proteger a maternidade.

... estava na cozinha com a panela de pressão no fogo e a torneira ligada. ... na sala, M. me diz para ficar à vontade, indo para cozinha ... A televisão estava ligada e B está no carrinho em frente ao sofá no qual me sentei.... A televisão continua ligada, M. prestava atenção à novela e de vez em

quando fazia alguns comentários. ... Já no final da observação o telefone toca ... M. me pergunta se eu acredito que ela não recebeu a licença maternidade ... Vd.-5 ... M. vai para cozinha terminar de arrumar a louça do almoço. ... Pelo som que escutava, M. parecia estar lavando roupa. ... M. começa a conversar com a amiga sobre a licença maternidade que ainda não recebeu. Fala que não sabe porque o patrão não a demite logo, porque é mais interessante para ambos. ... Vd.-6

Pode-se conjecturar que este cotidiano traz algumas conseqüências para a qualidade do viver desta mãe. Sem muita realização no trabalho, seria mais interessante ficar sem ele; em casa, a lida doméstica é modificada apenas pelas fantasias televisivas. O tempo disponível para a criança vai ficando reduzido.

... M. vai para cozinha ... se ocupa dos afazeres da casa, arrumando a cozinha e depois seu quarto. Ao passar de um cômodo para outro, ela olha para mim e para B., sorri e se pergunta se a novela já havia começado, mudando de canal a televisão que já estava ligada. ... Vd.-7 ... M vira o carrinho em minha direção, indo para cozinha em seguida. ... M. arruma a cozinha e depois vai lavar roupa. Ela volta para sala para pegar as fraldas que estavam no carrinho de B. em algumas roupas de B. no quarto. ... Passa um comercial de fralda descartável na televisão e M. comenta que esta fralda é boa, mas é muito cara, e por isso ela usa outras, que também são boas. ... Vd.-8

A televisão veicula produtos que despertam o desejo de consumo, e formas enganosas como adquiri-los. Quando se vive dentro de um orçamento apertado, há que se fazer adaptações, limitando os gastos à sobrevivência. Nesta situação, o cartão de crédito não é uma facilidade, torna-se um outro problema a ser enfrentado. Há uma crescente vulnerabilidade entre os indivíduos, famílias e coletivos, com a lógica econômica do capitalismo globalizado, determinando o modo de viver das pessoas (LUZ, 2004).

... eu lhe entrego a sua correspondência. Ela brinca: "Será que é um prêmio"? ... diz que é a conta do cartão de crédito, e que é isto que acaba com ela. ... Vd.-12

Verde percebe que existe uma realidade concreta, realmente diversa da dela. Aprendendo a refletir através da longitudinalidade da experiência, confrontando com outras, vividas pelos colegas de estágio, até mais precárias, vai se dando conta da contribuição das influências subjetivas

sobre o viver. O que se expressa no cotidiano como doença ou saúde é resultado de como o indivíduo se apropria dos recursos disponíveis para transformar a realidade.

O cotidiano das famílias com sua realidade singular, muito diferente da dos observadores e também dos trabalhadores da saúde, geram através dos movimentos transferenciais sentimentos e reações contra-transferenciais nos mesmos. Os conteúdos e os desdobramentos implicados nesta interação pertencem a um universo extremamente complexo, acompanhado de intensidades variadas de amor e de ódio, que interferem com a disponibilidade de pensar as diversas situações, em uma dimensão diferente da conhecida, para apreensão do que não se sabe. Existe um enquadre adequado ao exame do que emana da profundidade de cada encontro. São necessárias condições particulares de receptividade, intuição, sabedoria e elaboração por quem se deixa impactar para ampliar o conhecimento (SAPIENZA, 2001).

Há um aprendizado importante: os serviços, os profissionais e trabalhadores não são “doadores”, nem mesmo “fabricantes” do bem saúde. Mas, através da escuta continente, do agir em saúde, podem ser mediadores do desenvolvimento de um “aparelho de pensar”, condição necessária para produção de autonomia para andar a vida.

4.5. A comunicação como elemento fundamental para a interação

Os recortes agrupados com a denominação Comunicação partem do pressuposto de que pela ORMBF apreendem-se dados, processam-se informações importantes para clínica e para o aprendizado da mesma. São mais amplos que aqueles transmitidos pela expressão verbal explícita. Compreende tudo aquilo que pode ser visto com o olhar, em uma dimensão mais abrangente do que o sentido da visão, como o que pode ser percebido pelos afetos.

Este tema de análise foi dividido em sub-temas, para que pudéssemos aprofundar na riqueza do material disponível para o

aprendizado da integralidade da clínica. Na primeira parte, sob o título da *Comunicação Demandante* estão agrupados dados das observações que interessam diretamente à clínica. No segundo sub-tema, sob a denominação *Comunicação: As necessidades de continência do Bebê e a continência para ele*, estão os recortes que mostram a relação mútua Mãe-Bebê, modelo importante para o ensino-aprendizagem da clínica.

4.5.1. Comunicação demandante

Informa sobre os problemas de saúde às vezes explícitos, mas na maioria das vezes de expressão implícita. Deve fazer sentido para quem fala e para quem ouve, caso contrário o recorte do problema reitera o modelo centrado na queixa, na doença.

A demanda é motivada por uma busca de algo, para aquilo que o indivíduo sente como uma falta, um carecimento, que o impede de continuar vivendo segundo seu padrão de normalidade. Pode ser uma alteração física ou orgânica que provoca dor mas, muitas vezes, o sofrimento ainda não está identificado fisicamente ou, ainda, ser algo experienciado como uma falta, como por exemplo uma informação que tranquilize (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 1996).

Como as necessidades de saúde são construídas sócio-historicamente, elas devem ser apreendidas e trabalhadas na sua dimensão individual, mas não se deve deixar de contextualizá-la no social. Podem ser então divididas em quatro grandes grupos: ter boas condições de vida, ter acesso e poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de prolongar a vida com qualidade, sem pretender hierarquizá-las; a criação de vínculos entre usuários e equipe, que garantam uma relação de referência contínua, produtora de subjetividades; e ter um grau crescente de autonomia, que possibilite re-construir sentidos para a própria vida (CECÍLIO, 2001).

Como os serviços de saúde ouvem estas queixas? São demandas que, comumente, não são vistas pelos trabalhadores de saúde como um problema do setor, que influencia direta ou indiretamente a saúde.

Freqüentemente, nem estão colocadas como demanda, aparecem como comentários sem relevância.

A Psicanálise, através de Freud, trouxe o conhecimento de que, na relação atual são atualizadas vivências passadas, pela repetição ou pela transformação. Situação de ocorrência natural na vida das pessoas, encontra no *setting* psicanalítico acolhimento para serem pensadas, possibilidade de sair da compulsão à repetição, para transformação. Este conhecimento pode ser aprendido pela experiência, como ferramenta para o trabalho que lida com as relações subjetivas, não restritas ao trabalho da psicanálise.

No início da observação, é comum a família fazer consultas sobre problemas relacionados à área de formação do observador. Embora, os estagiários sejam apresentados na sua condição de estudantes, para um trabalho de aprendizado e não de intervenção, são empoderados, pelos diversos participantes da experiência, como profissionais.

Há, inclusive, uma expectativa, nem sempre explícita, de que os observadores possam solucionar questões presentes na família. O objetivo do estágio, no entanto, não é o de desenvolver a competência de operar fórmulas prontas. Embasado na singularidade dos encontros, o enfoque se dá em uma perspectiva quase contrária: desenvolver a escuta para o que não está evidente, para o que ainda não se constituiu como demanda, para perceber outras formas de comunicação além da verbal.

Os observadores, por sua vez, vão responder segundo suas características pessoais e o contexto em que se desenvolve a observação, que compreende também as peculiaridades dos observados. Há os que assumem a postura de profissional, respondendo segundo as teorias aprendidas, outros que, de tão surpreendidos com o impacto das emoções da pergunta, não sabem o que responder, e se esquivam da tarefa. Mas existem aqueles que se dispõem para uma escuta ampliada e qualificada.

... ela começou a falar ... que havia lido e ouvido de psicólogos que era muito importante o contato da mãe com o bebê e que no caso de homossexuais, a explicação seria de falta de contato, afeto com a mãe. Não sabia bem o que responder ... comentou ... uma cliente que arrancava os

cabelos por questões emocionais, mas que todo mundo achava que era “por causa de mimo”. Ela disse que ... só quem sabe é a pessoa que está fazendo, a pessoa que deve estar com algum problema. Depois que essa cliente começou a ir no psicólogo ela parou de arrancar os cabelos, mas ela deixou de pagar o convênio que cobria o atendimento, ela voltou para reconstituir de novo a cabeleira. ... Ela disse que era muito bom ser mãe, mas que seria melhor se ela pudesse criar os filhos com tudo o que eles têm direito, mas com a situação do país achava bem difícil. ... M. ... “Não sei como você não abriu o berreiro, meu filho”. ...Mm.-2

A mãe querendo conhecer a observadora parece perguntar se ela se dá conta de suas “perguntas-necessidades”. Mais importante que ter respostas prontas para perguntas, que nem foram feitas explicitamente, é tentar entender qual seria a motivação das mesmas, o conteúdo implícito na comunicação.

Há, inclusive, uma fala da necessidade de serviços de saúde que saibam ouvir suas queixas, que tenham mais compromisso com o paciente, não só quando ele pode pagar.

O desafio para integralidade da atenção à saúde passa pela preocupação e o compromisso de se fazer a melhor escuta possível dos processos de conversação e comunicação. Algumas trazem as necessidades de saúde explícitas, como uma demanda específica, que sabidamente direciona para consulta médica, mas há aquelas que precisam se fazer demanda para quem ouve (CECÍLIO, 2001).

A pergunta de saudação da observadora é tomada pela mãe, como um convite para que fale de suas outras preocupações e ela aproveita para dizer como está se sentindo sacrificada, da sua solidão, repetindo a queixa sobre o “berreiro” do bebê, já feita em outra ocasião.

... Perguntei como estavam todos; ela disse que estava tudo bem. Só que B. continua com cólicas e acabava não dormindo direito; ele havia chorado a manhã inteira e agora dormia bastante pesado. ... Contou também que seu marido ... estava super ocupado ... não parava em casa. Então, ela teve que levar I. para escola... A pia da cozinha estava cheia de louça e ela avisou que estavam ali há uma semana, que acabou indo para casa da sogra no meio da correria ... B. estava dormindo no colo de M. Ela disse que eu tinha dado sorte de não chegar enquanto ele estava “com berreiro”. ... Mm.-3

Sem ter com quem partilhar parece que a tarefa de cuidar do filho fica penosa para ela. Parece que a mãe pede ajuda dos privilegiados pela sorte: o pai e a estagiária, pois a lida, já difícil, é complicada por outras situações relacionadas ao nascimento do segundo filho.

... logo depois de o bebê nascer I. havia mudado seu comportamento na escola (tornando-se bagunceiro e brigão). Disse que fazia isso para chamar atenção. Comentou que ele vive dizendo: "Ah, tudo é o B. nessa casa"... Mm.-6

O ciúme diante do nascimento do irmão é um acontecimento comum e, até, natural, mas pode ter repercussões importantes na disponibilidade materna para os cuidados dos filhos, da casa. No entanto, não costuma ser valorizado pelos serviços de saúde, nem mesmo os da pediatria.

Há outras evidências de como as demandas dos nossos usuários não são ouvidas, porque não compreendidas como necessidades de saúde. São as que Cecílio (2001, p.116) nos alerta para *"a melhor escuta possível das necessidades de saúde ... apresentadas ou "travestidas" em alguma demanda(s) específica(s)"*.

... P. ...Pergunta se eu vou me formar esse ano ... sobre o que eu gostava de fazer, se era clínica. ... Comenta sobre o psicotécnico que ele teve que fazer. ... parecia uma coisa fácil, mas que devia ter muito peguinha, pois conheceu muitas pessoas que não haviam conseguido passar nesse teste e ele estava esperando seu resultado. ... não dava pra saber como isso era usado ... Mm.-9

O pai pede uma dica para a estagiária da psicologia, se por acaso entrar no rol dos que não passarem no teste, também denuncia que estamos sujeitados a uma série de coisas, que não sabemos para que servem. Pode estar falando, inclusive da observação.

Marrom aprendeu sobre as comunicações, mais uma vez, pela ausência, isto é, enquanto presente com a família, ocupada em procurar situações conhecidas, nas quais poderia atuar, não pode observar as demandas explícitas e pensar nas necessidades implícitas. Foi quando a família passou a se comunicar pelos esquecimentos, provocando-lhe um sentimento de que estaria sendo rejeitada, pode perceber (*Fui descobrir tarde demais ...*) o que tinha perdido no percurso realizado. No entanto, pode

aprender pela sua experiência “espelhada” na dos colegas, quantas oportunidades são perdidas para pensar sobre questionamentos, pedidos e acolhê-los como necessidades de saúde. Esta possibilidade de reflexão pode beneficiar os trabalhadores para atenção integral à saúde.

Entre os *sentidos da integralidade* (MATTOS, 2001), certamente não está um rol de respostas e atitudes protocolares a serem desenvolvidas, mas podemos aprender pela própria experiência refletida, ou mesmo pela de outros, que a possibilidade de escuta, de se colocar no lugar do outro, pode ser potente no encontro de soluções singulares, e mais efetivas para cada sujeito-ator. .

... Ela diz que vai ver o que I. está fazendo e, quando retorna diz que não sabe mais o que fazer porque ele não obedece, não coloca sapato, nem chinelo e outro dia estava doente. Apenas sorriu e comentou: “É difícil”. Ela sai do quarto, novamente e vai atrás do filho. Retorna e suspira ... Az.-2

A observadora pode ouvir e o seu comentário compadecido parece inspirar continência para a necessidade da mãe. Isto dá a ela, não uma resposta pronta, mas a oportunidade de dividir com alguém a sua dificuldade. Parece pouco, mas o que vem a seguir, leva-nos a pensar em construções coletivas, mais eficazes.

... I. estava muito agitado, corria muito, pulava. Sua avó, deitada no sofá, reclamava de seu estado, de não ter ido trabalhar naquele dia por causa da bendita comida de um tal restaurante. ... I. começou a correr pela casa e a avó dizia que M. que precisava ir para a Igreja, ... porque ele estava encapetado. M. ... comentou: “Você viu o estado de I., ele tá muito agitado, eu não sei mais o que fazer com esse menino”. B. continua dormindo e I. vem lá de dentro correndo, pula na cama, quase esbarra em seu irmão, que não acorda. Ele ri muito, sai correndo da mãe que o pega no colo e lhe dá alguns tapas, após pedir que fique quieto. Ele chora muito, grita e pára em seguida ... Pude ouvir M. contando à mãe que está com gastrite nervosa, por isso tem tido dores no estômago, e atribui suas dores ao filho I., que não lhe dá sossego. A mãe pede para que ela se cuide, afinal tem um recém-nascido na casa ... Az.-4

A situação de ciúmes, por parte do(s) irmão(s) mais velho(s), aparece novamente, mostrando uma situação comum. Aqui, as conseqüências evidenciam a gravidade: somatização para quem fica sobrecarregado com a situação, na maioria das vezes a mãe; violência doméstica, entre outros.

Será que a escuta comprometida, preocupada, mas sem julgamentos da observadora influi no contexto?

... I. estava no quarto, deitado quieto na cama de casal. Gritou sua mãe, pedindo-lhe um copo d'água. M. levou, embora estivesse resmungando que ele é muito folgado, que mesmo ela não agüentando colocar os pés no chão tinha que servi-lo. Voltou ... a passar roupas. Disse que se não tivesse que entregá-las naquele dia, iria dormir, pois estava com muita dor. Eu apenas balancei a cabeça afirmativamente. M. passou algumas peças e foi ... estender mais roupas para secar. ... I. ... foi chegando até a sala, arrastando-se no chão, como quem tem vergonha. Disse oi e perguntou à sua mãe se poderia ligar a TV, ela ... sintonizou uma antena ... I., então, se deitou no sofá para assistir ... M. continuava passando roupa, calada, com aparência abatida e B. continuava dormindo. Ficamos assim por um bom tempo ... Az.-5

A situação da criança enciumada permanece, mas podemos perceber que a escuta acolhedora, que não precisa realçar o “encapetamento”, pode ser mais eficaz do que lhe por limites, ou bater nele. A mãe também pode descobrir por ela mesma uma forma menos violenta para si e para criança.

... ela saiu atrás de I., muito brava. ... explicou que pensou que estivesse fazendo cocô no chão. ... ele já fez isso várias vezes e ela já bateu nele com vara ... já comprou um pinico, mas ele só de vez em quando pede ... I. fica ... escutando ... atento. Ela olha e diz novamente: “Cocô é no banheiro, viu, filho? Chama a mãe que ela vai com você”. Ele balança a cabeça afirmativamente ... Az.-7

Talvez, a presença pacífica da observadora permita que a mãe possa apaziguar sua braveza e constatar que o filho pode estar mudando, ou sua necessidade de mudar o discurso com ele.

As demandas não são apenas aquelas verbalizadas pela mãe, o comportamento do irmão revela suas necessidades: precisa certificar-se de que a atenção materna, agora dividida com o bebê, não significa sua perda.

Mesmo o bebê, que não fala, cujas atitudes não são valorizadas como comunicação, pode falar de suas dificuldades.

... M. o coloca numa posição como se o estivesse amamentando e coloca a mamadeira. B. não quer e faz um movimento com a mãozinha ... empurrando a mamadeira, afastando-a. M. ri e tenta novamente. Finalmente pára e fica com ele em seu colo, impressionada pelo B. não estar com

fome. ... A. ... diz que talvez ele não queira o leite ruim, uma vez que está acostumado com o leite de sua mãe ... Az.9

O bebê mostra aqui sua reação à separação, tão bem documentada por autores como Bowlby (1988), Spitz (1988), Brazelton e Cramer (1992) entre outros. A mãe foi operada com uma certa urgência e provavelmente não foi orientada como manter a lactação ou para os possíveis efeitos da interrupção brusca. A família também não encontrou apoio nos serviços de saúde para que a separação não fosse muito traumática.

Podemos ver como a atenção à saúde fica restrita ao biológico.

... M fala muito. Começa a me contar sua vida. ...quando engravidou pela primeira vez, ficou com muita raiva da patroa, que a demitiu ... Não se casou, nem foi morar com o marido de imediato, continuou morando com sua mãe. Apenas quando ficou grávida pela segunda vez foi morar com ... pai dos dois filhos ... só engravidou por acidente. ... estudava quando teve o primeiro filho e terminou o colegial. Pretendia ser enfermeira, porque cuidava de uma senhora ... Ficou indignada com a patroa quando foi demitida ... mas assim que B. crescer um pouco vai trabalhar novamente porque acha um absurdo depender do marido ... e agora com a cirurgia, não podia nem passar suas roupas. A médica lhe recomendou repouso ... Az.-11

A mãe fala de sonhos que foram interrompidos pela primeira gravidez na adolescência, mas também, embora nem saiba que faz esta demanda, da ajuda que precisa dos serviços para ajudá-la a concretizá-los.

A estudante não toma para si a responsabilidade de realizar desejos manifestos da mãe que observa. Pode, entretanto, aprender sobre o processo saúde–doença como complexo. As indagações e reflexões que faz sobre as possíveis formas de atuação podem se constituir em ferramentas do agir em saúde, na integralidade.

No encontro do usuário com a equipe, esta deveria ser capaz de fazer a melhor escuta possível das necessidades portadas por aquelas pessoas que procuram pelos serviços. A organização dos serviços e a capacitação dos trabalhadores deveriam estar voltadas para decodificar a demanda e saberem atender da melhor forma possível, mais do que a adesão acrítica a modelos protocolares (CECÍLIO, 2001).

Os pacientes-usuários dos serviços esperam que, além do inquérito sobre sua queixa, do exame clínico, talvez do laboratorial e do tratamento medicamentoso, eles possam ter o vínculo do cuidado, da atenção (PINHEIRO, 2001).

...ela chegou, me cumprimentou e entrou para entregar sua ficha. Ao voltar sentou-se ao meu lado no banco e reclamou que estava cansada da caminhada da sua casa até ali ... Reclamou que estava cansada e que suas costas doíam muito. Disse que estava com calor e que o tempo de Ribeirão era louco, ... Vm.-2

...M. se mostrava cansada, dizendo sempre “ai, ai”, Dr1. brincou com ela falando que ela só falava “ai, ai” e que estava cansada. M. perguntou se podia se deitar para escutar o coração do bebê, ele disse para ela ficar calma , sempre em tom de brincadeira e com muito carinho, muito diferente do médico que fez US na semana passada. Ela se sentou e eu sentei ao seu lado, Dr1. perguntou como ela havia passado, ela disse que tudo bem, só que estava cansada , que esses últimos meses eram difíceis... Vm.-4

O médico e a observadora não podem resolver o problema do cansaço da gestante, do calor piorando os incômodos no final da gravidez, mas podem ser acolhedores para escuta. É esta relação diferenciada que propicia adesão ao acompanhamento/tratamento de saúde.

Outras demandas não conseguem se fazer ouvidas, pensadas na sua amplitude. As práticas ficam cristalizadas na inserção específica dos programas verticalizados, e não se abrem para o “horizonte da população a que atendem e de suas necessidades” (MATTOS, 2001, p.55), necessárias à noção de integralidade.

... Perguntei sobre o pré-natal e ela disse que já havia feito ultra-som e os exames e que estava tudo correndo bem, que desde o sétimo mês, a barriga tinha crescido muito e que às vezes era incômodo. Falou que precisa ver se o bebê vai encaixar até o oitavo mês, que ela prefere parto normal, como da primeira filha. ... Vm.-1

... M. perguntou se o bebê estava encaixado, ele disse que ainda não, ela perguntou quando ele iria encaixar, pois ela estava torcendo ... para o parto ser normal, pois ela não queria fazer cesariana. O médico explicou para ela que o bebê só encaixaria antes de nascer. ... Vm.-2

... M. ... queria saber se o bebê tinha encaixado, falando novamente sobre o seu medo de cesariana. ... M. perguntou se B. estava encaixado, e ele disse que não, que só encaixa no

final da gestação, entregou o papel para ela ... ela me olhou e disse "que bom, vai dar tempo de levar na consulta" ... Vm.-3
... Contou-me do parto, mais uma vez, de como foi, o que sentiu, do medo, falou que estava querendo que o bebê nascesse logo para acabar com aquilo, pois estava cansada e tinha medo de fazer cesária ou de sofrer muito no parto normal ... Vm.-5

O pré-natal é perfeito do ponto de vista do número de consultas e exames clínicos e complementares, mas não consegue ouvir a ansiedade da gestante, tantas vezes colocada. Para que o parto corra bem, sem muito sofrimento, não basta que a gravidez esteja fisiologicamente normal, é preciso que a parturiente esteja tranqüila. É bem conhecido o receio e as fantasias de morte que perpassam o final da gravidez, com a aproximação do parto (SOIFER, 1980)

... M. lembrou muito do parto da primeira filha e enquanto estava sem cólica ficava tensa esperando a próxima e dizendo que estava demorando muito, ela contou que as cólicas começaram às duas da manhã. Ela comentou que estava sem dormir e muito cansada. P. queria de qualquer forma dar um jeito para eu assistir o parto... Vm.-7

A observadora não pode responder às questões técnicas de um trabalho de parto, mas pode acompanhar de forma acolhedora. Ela percebe que isto tem um efeito, não só sobre a parturiente, que pode falar de suas lembranças, desabafar, mas também sobre o pai, que parece dizer que se sente mais confortável com a presença dela. A estagiária reflete que este é um trabalho potente para qualificar a produção de saúde como integral.

A resistência para o olhar para as demandas explícitas, mas para as quais não há respostas prontas, como as da clínica concebida pela racionalidade médica, apontam para as dificuldades do trabalhador de saúde. Elas não podem ser desconsideradas, quando se pretende a integralidade da assistência, mas devem ser vista na complexidade das relações intersubjetivas.

...Ela se pesou e ele disse que ela engordou ... recomendou que ela tomasse cuidado com o peso, que muito peso não fazia bem, que aumentava a pressão arterial e que ela deveria manejar na comida. Ela disse que realmente estava comendo muito e principalmente doce, coisa que normalmente ela nem ligava muito. Ela contou que na

*gravidez de I. engordou 11 quilos e que agora já tinha engordado o dobro! ... Vm.-2
... dessa vez engordou apenas 200g. e o médico comentou que ela deveria “entrar em acordo” pois um mês engordou 4Kg e agora só 200g. ... ela tentava pelo menos controlar a comida, já que estava abusando do chocolate. ... Vm.-4
...voltou contando que tinha engordado mais 1Kg. ..., sua pressão estava boa mas comentou que estava difícil cuidar da alimentação. ... Vm.-6*

Mais uma vez, a repetição da queixa fala da insatisfação da necessidade colocada como demanda, mas também mostra a dificuldade da equipe de trabalhadores tomar o problema como desafio para o agir em saúde, além das orientações pré-concebidas.

Outras situações podem ser observadas. Normalmente, a gestante passa pela experiência, durante a gravidez, de ser o foco das atenções, na família e na comunidade. Ainda que o pré-natal, nos serviços de saúde, tenha um recorte médico, muitas vezes sem sentido para quem o recebe (BRIENZA, 2001), pode satisfazer alguns carecimentos (BRAZELTON; CRAMER, 1992; SZEJER; STEWART, 1997). Após o parto, no entanto, esta atenção é desviada para o bebê, que certamente precisa, mas a mãe não deixa de ter as suas.

Há aquelas que estão diretamente relacionadas aos cuidados do novo filho, como amamentação, por exemplo, mas há outras que emergem pelas características desta tarefa. E estas aparecem das mais diversas formas: o ciúme do filho mais velho, conciliar com outras tarefas domésticas e trabalho profissional, as questões com o companheiro. São necessidades das mães que precisam ser ouvidas e compreendidas porque, comumente, revelam situações de conflitos, questões antigas, relacionadas a histórias de vida destas mulheres nas suas relações pessoais, com a família, com a cultura da sociedade em que vive atualmente, mas tendo, também, influências de outras. São importantes porque informam sobre o comportamento da família, sobre a cultura familiar, que vão compor a clínica ampliada com potência para integralidade da assistência à saúde.

Uma das mães observadas, logo após o parto, começou a apresentar dores abdominais, mas ocupada com o cuidar do filho pequeno e do outro

maior, ainda tendo que cuidar do trabalho doméstico e do externo, foi se cuidando como podia, inclusive se auto-medicando.

... M. veio me mostrar o corte, que pegou parte grande do abdômen. ... a cirurgia foi às pressas porque ela vinha tendo muita dor de estômago e quando resolveu fazer exames, o médico disse que havia duas pedras na vesícula. ... pega um vidro onde estão as pedras; eram muito grandes, fiquei admirada ... Az.-9

A mãe fala do ponto que seu estado de saúde precisou chegar para poder deixar as coisas da casa. Isto não é incomum nos serviços de saúde: mulheres que sacrificam a sua própria vida, e até mesmo a dos filhos, por não terem retaguarda necessária. Nas situações de urgências, a assistência, que já privilegia o biológico individual, não contempla outras situações da família.

... M. comentou ... estava tentando dar o peito a B., mas não era suficiente. Ele mama só um pouquinho ... que ela tem e não satisfaz, então tem que completar com Nan. ... ele não estranha ... A chupeta cai, e ela comenta em tom de pesar: "É, ele pegou a chupeta, né?"... Az-10

Parece não ter recebido o apoio suficiente, nem dos serviços de saúde, que não a ajudaram a manter a lactação, pois sofrem da fragmentação das especializações. Algumas famílias conseguem se apoiarem, mas não tem sido a situação mais freqüente.

A intervenção terapêutica baseia-se na tecnologia científica, mas não pode se reduzir a ela, deixando de aproveitar as trocas mais amplas que se realizam no encontro. O trabalhador de saúde não pode prescindir do que o outro deseja como modo de vida e como atingir este fim com os recursos disponíveis. Assim, a assistência se configura como cuidado (AYRES, 2004).

... sua avó teve pneumonia e ela acompanhou a avó no hospital durante cinco dias, das seis da manhã às oito da noite. ... B. ficou com a cunhada ... teve febre ... mas ao levá-lo ao médico, constataram que o bebê não estava doente. Ela concluiu que o bebê sentira sua falta. Parecia feliz com isso, argumentando que agora ele sente falta porque já entende tudo, já está com seis meses... Az.-14

No entanto, há sempre os que ficam mais sobrecarregados e aqueles que, mais vulneráveis, sofrem mais as perdas. A companhia de pessoas,

mesmo externas à família, pode ser de ajuda com escuta acolhedora, interesse.

Cheguei ... ouvi M. gritando com alguém, dizia que estava acordada desde as seis da manhã, que não agüentava mais. Bati no portão, ela ainda gritou um pouco ... me recebeu sorridente e sozinha mas parecia cansada. Perguntou logo se estava tudo bem comigo e se eu havia melhorado da gripe. ... I. estava tomando banho. B. estava no berço. ... Ela disse que B. não está mais dormindo muito, que ela estava falando pra ele quando eu cheguei que não agüenta mais, que ele acordou às seis da manhã e não dormiu o dia todo. ... porque vai ter que operar novamente. O corte da cirurgia se rompeu e ela está com hérnia. Diz que a cirurgia será em janeiro, mas terá que emagrecer primeiro, segundo o médico ... Az.-18

A mãe fala de sua solidão para lida doméstica, do seu cansaço, mas pode sorrir, se interessar pela observadora, quando esta chega, demonstrando como pode ser confortador ter alguém que a ouça.

... M. estava apressada ... sua avó estava ali ... estava cuidando dela ... a avó tem dado muito trabalho, ... não consegue ficar sozinha. ... chama o dia inteiro ... está muito difícil porque além dela, precisa cuidar de B., de I, limpar a casa e lavar e passar as roupas para fora ... Az.-19

A estudante pode se dar conta quão complexa é a vida de uma família que se apropria dos cuidados pelos seus, mas, também, as conseqüências para a saúde de cada um. Assim, apropria-se dos determinantes do processo saúde-doença, para uma clínica ampliada.

Outras situações, ainda, têm sido evidenciadas pelos que trabalham, há mais tempo, com as relações, especialmente a relação mãe-bebê, que inclui, também, a relação com a família nuclear e a mais ampla. Alertam-nos para a particularidade das necessidades de um recém-nascido, bem diferentes de uma criança maior ou de um adulto.

Um bebê não existe sem a mãe ou uma pessoa que possa ocupar este lugar, é como Winnicott (1994a) chama atenção para o caráter primitivo das comunicações de um bebê, da importância de pessoas que possam traduzi-las. Estas, por sua vez, mobilizam lembranças de vivências igualmente primitivas; há uma variedade de experiências emocionais que tocam intensamente àqueles que cuidam do recém-nascido, que podem ser

sentidas como ameaçadoras. A experiência dos pais com os filhos, com certeza, muda com o crescimento deles, cada fase tem demandas específicas, mas o que torna esta particularmente estressante são os recursos necessários para lidar com a criança, que se relaciona com uma dependência absoluta do outro.

Assim, neste início, há algo naturalmente perturbador impedindo a capacidade da mãe para continência do filho recém nascido. A resposta das mães para esta necessidade da criança é variável. Há as que tentam conter o estado vulnerável, mas existem aquelas que têm uma necessidade urgente de se desligar do bebê, agindo mecanicamente nos seus cuidados. É a forma que a mãe encontra de se livrar do sentimento ameaçador de que, satisfazendo todas as necessidades do filho, ficará completamente exaurida.

... B. dorme no carrinho. M.comenta que nem acredita que ela é tão quietinha, tão tranqüila, que não dá trabalho nenhum. ... a nenê deve ter passado esta tranqüilidade para ela durante a gravidez.. é completamente diferente do outro filho, pois este deu muito trabalho por ser mais agitado. ...está só “em função dela”, referindo-se a B. Que passa o dia só fazendo as coisas por ela... Diz estranhar como está conseguindo agir com tanta tranqüilidade agora, sempre foi muito agitada, muito elétrica, estava sempre fazendo alguma coisa. ... Vd.-1

Esta mãe fala que nesta maternidade está vivendo uma experiência diferente, acha que está, até, podendo aprender com a tranqüilidade da filha. Mas quando observamos o bebê, verificamos as mudanças e flutuações no seu estado, a sua inabilidade para controlar seu próprio bem estar, então, veremos a extensão da dependência infantil.

... Como B. não parava de chorar, M volta à sala imitando seu choro e começa a conversar com ela e a balançar o carrinho. Fala “Ô, judiação! Espera só a mãe colocar sabão na máquina que eu já venho para você mamar”. B. continua chorando. M diz, como se fosse B. falando: “Ai, mãe. Que judiação!” e depois: “Isso aí, filha, tem que bater o pé.” Fica com ela no colo de pé, por um tempo, depois a coloca de volta no carrinho, dizendo que só vai beber água e depois volta para amamentá-la. Indo para a cozinha se vira para mim e diz que fica com muita sede quando amamenta. Ao voltar da cozinha, pega B. e se senta no sofá. Em pouco tempo, B. para de chorar. B. fica batendo o rosto no corpo da mãe procurando o seio e M começa a amamentá-la.

Quando estava abaixando o sutiã, a mão de B. estava em direção do seu seio, então ela comenta: “Me arranha para você ver!”, em tom de brincadeira. Olha para mim e diz que dias atrás o bico de seu outro seio havia rachado novamente, o que fez com que ela precisasse usar o bico de silicone. B. estava mamando e perde o bico do seio por uns instantes. Sua mãe a ajuda a achá-lo e diz “Nossa, que fome! Você não para nem para respirar!” ... M comenta que fica com sono quando amamenta. ... Vd.-4

Parece haver aqui uma série de comunicações: da bebê pedindo o acolhimento materno, e da mãe que se queixa como fica “sedenta”, que amamentar não é tão fácil diante de um bebê, às vezes agressivo, ou voraz. Ela, mãe, também precisa que alguém a ajude na suas necessidades.

... B. cochila então ela começa a cutucá-la para que acorde e volte a mamar, mas ela não gosta. Após um tempo, B. pára de mamar e M. a coloca de pé encostada em seu colo para que arrote. B começa a dormir. M. pede que arrote logo para ela poder ir fazer suas coisas ... desiste de fazê-la arrotar e coloca B no carrinho. ... Vd.-4

Mas será que o que esta mãe pede é só uma ajuda para as tarefas domésticas, ou está falando de outras necessidades?

... M. coçando o olho, disse que tem alergia... colocando a mão nas costas, que está com as costas fracas. Disse: “Parece que eles fraquejam a gente” se referindo aos bebês. ... Vd.-5

A estudante, observando as necessidades da mãe, aprende, que o “programa de saúde da criança”²⁴ não pode ficar focado em um sujeito. Relacionando com a atenção individual que hoje normalmente é feita, percebe a importância de trabalhar com atenção voltada para um grupo de pessoas, com a família.

A dinâmica familiar não se restringe ao que acontece dentro da casa, ou mesmo dentro da família mais ampla, relaciona-se com outras instituições, como escola, trabalho, entre outras.

²⁴ Embora não seja objeto deste estudo, consideramos importante assinalar que o Programa de Saúde da Família foi eleito, pelo Ministério da Saúde, como estratégia para alcançar a integralidade das ações na atenção básica à saúde, não pretendendo ser mais um programa verticalizado. No entanto, se não houver um entendimento da dinâmica familiar para o devir de cada sujeito, as práticas permanecem focalizadas em cada indivíduo da família, baseado em um saber externo que se impõe autoritariamente às necessidades do grupo alvo da atenção.

M. contou-me também que I. está dando muito trabalho. Ela atribui seu comportamento ao ciúme que ele sente de B ... Vd.-5

... está matando aula ... seu boletim veio com notas vermelhas ... Disse que vai transferir I. de escola. ... M conta preocupada que há 40 meninos da FEBEM estudando na escola de I. Disse que concorda que eles devem ser inseridos na sociedade novamente, mas que é complicado para I. devido à sua idade. Disse que ele está suscetível a muitas influências, e estes meninos sabem, de muitas coisas que ele não precisa saber... Vd.-6

A mãe reconhece que o problema do outro filho tem origem na família, mas está preocupada com as influências externas nesta situação de vulnerabilidade. Tenta com seus recursos lidar com a situação, mas também está requisitando a ajuda da estudante, para se sentir segura nas suas decisões, para conseguir resoluções para outras necessidades que são igualmente problemáticas.

... me pergunta se eu também faço estágio no HC ... queria saber pois seu filho está, há 4 anos, esperando para fazer uma cirurgia. Diz que ele tem orelha de abano... queria ver se não tem como adiantar, pois as crianças na escola fazem piadinhas de I., e este sempre pergunta quando fará a cirurgia ... Vd.-8

Amplia suas indagações para o problema do filho, mostrando ainda que há outras arbitrariedades à qual está sujeita: as ações priorizadas pelos serviços de saúde não contemplam as emergências da família, nos outros níveis de atenção. Mas tem queixas, também da atenção primária que, focalizada no biológico, não consegue pensar nas dificuldades que a pessoa, ou família encontra para cumprir suas orientações.

... B. continua chorando e M. começa a balançá-la no colo e a cantar para ela. Diz: "Tadinha, meu bem... você não consegue nem mamar, né?" ... já tentou 3 tipos de mamadeira, cada uma com um bico diferente, mas B. não pegou nenhum, nem com chá, nem com leite, tanto o dela quanto o Nan. ... voltará a trabalhar no final do mês e que B. precisa pegar a mamadeira até lá.. Vd.-11

... M. ... comenta que ... contou quantas vezes B. regurgitou ... das 4 às 9 horas, foram 14 vezes. ... B. ainda não pegou mamadeira, nem com seu leite, nem com o Nan. Fala que experimentou este último e diz que se fosse ela também não beberia, pois não tem gosto de nada ... está preocupada, pois logo voltará a trabalhar e, se B. não pegar

a mamadeira, ficará sem mamar no período em que estiver fora ... Vd.-12

A mãe continua pedindo ajuda para as tarefas que tem de enfrentar, mas há uma queixa na sua comunicação: as regurgitações que não foram resolvidas, o leite prescrito, tão ruim que só piora suas dificuldades, e que não tem muito tempo para resolver isto.

Se aprendermos a olhar para as queixas como críticas às nossas ações, além de podermos resignificá-las, é possível encontrar outros caminhos para torná-las mais resolutivas. Caso contrário, insistimos repetidamente em fórmulas conhecidas, mas que não resultam em mudanças.

A medicalização das manifestações, sejam elas queixas verbais ou constatações de sinais, tem se revelado o padrão de conduta da maioria dos serviços. Contudo, se deixa de pensar em outras possibilidades, muitas vezes mais prováveis que a doença, perdendo-se, portanto, a oportunidade de resolvê-las.

... e comenta que B. dormiu pouco esta noite. Acha que é devido ela estar gripada e o nariz entupido não a deixa dormir. ... Vd.-2

O que poderia ser uma possibilidade vai se revelando como uma forma constante de perceber os problemas de saúde univocamente como da área médica.

...M. se volta para B. novamente e diz que seu pai já foi buscar o soro para pingar no nariz, e que daí irá melhorar. Comenta que queria dar um banho nela, pois não tinha tomado naquele dia, mas vai ter que esperar um pouco, já que B. está mamando agora ... Vd.-2

... M. ... Diz que B. não está dormindo bem ultimamente. Acha que é por causa da vacina que B. tomou no braço, logo nos primeiros dias depois de nascer, que ainda deve doer... Vd.-3

... pinga soro nas narinas de B. Ela pára de chorar para inspirar o soro, mas continua depois. ... Vd.-5

A mãe acredita que a explicação para o choro, não dormir tem uma causa orgânica. A necessidade de medicalizar as manifestações do bebê impede-na de ver outras motivações, comunica sua falta de olhar para as necessidades do filho.

... B. continua resmungando e M. diz estar com cólica, colocando-a virada em seu colo para lhe fazer uma

massagem. B. pára de resmungar um pouco e tempo depois regurgita. M. diz a ela que ficará melhor, limpando sua boca com outra fralda. ... Vd-10

... M. conta que B. tomou a segunda dose da vacina Tríplice, e por isto está com a perna doendo e está "chatinha". B. começa a chorar e M. lhe oferece o seio. B. não aceita, então M. pede para P. trazer o analgésico e a colher que estão na cozinha. Ele traz e ela dá o medicamento a B ...Vd-11

Se as necessidades do bebê só podem ser vistas em uma única direção, do desconforto físico, do distúrbio somático e o remédio como solução, assim se conformará o cuidado para o desenvolvimento infantil. A observação seqüencial, por um período prolongado, permite a constatação de uma insatisfação que repetidamente se refaz.

Pinheiro (2001) nos alerta que, quando os pacientes-usuários procuram os serviços de saúde, eles não têm claro que suas queixas sejam sinônimos de doenças, pelo contrário, muitos procuram na esperança de serem cuidados, tranquilizados de que não correm risco de vida, que não há gravidade no seu mal estar. No entanto, no cotidiano das instituições de saúde, esta visão fica obstaculizada pela perspectiva da doutrina médica que, por sua vez, permeia o universo simbólico, não só das pessoas que individualmente procuram a consulta médica, mas de toda uma coletividade.

Talvez a oportunidade de vivenciar de forma comprometida e prolongadamente a situação da não resolução das queixas, porque não podem ser apreendidas na sua complexidade, possa ser uma forma de ressignificar as reclamações e críticas ao trabalho dos serviços de saúde.

Porque os elementos que compõem as necessidades de saúde podem ser, ainda, muito sutis, eles não aparecem de pronto explicitados. É preciso confiança, um vínculo qualificado pelo afeto, pela responsabilização. Muitas destas demandas insinuadas ficam, assim, sem a valorização necessária pois não são vistas como informações do que pode compor a compreensão mais ampla sobre o processo saúde-doença.

... M fica passando a mão no seu cabelo por um tempo e diz que acha que vai ser liso, pois se fosse enrolado como o de seu marido, ele já estaria começando arrepiar. ... Vd.-4

... M conta que os amigos do marido brincam ... dizendo que B. não é sua filha, pois é muito branquinha. Ela ri e diz que ainda bem que os traços dela são do pai. ... Vd.-9

... Pergunta-me se reparei que o cabelo de B. escureceu. Diz que vai ficar escuro, mas queria que fosse clarinho. ... B. ficará da cor do P. quando começar a tomar sol, assim como I. ficou. Diz que ela ficará da cor de jambo. ... Vd.-12

...M, olhando para B., comenta que ela também ficará moreninha... I. ...era assim quando pequeno. ... quando B. começar a tomar sol, sua pele escurecerá. Vd.-19

Será que a colocação repetida da mãe, ao longo da observação, anuncia que há uma implicação entre as características físicas de sua filha e as várias relações que se estabelecem na família com ela, inclusive da própria mãe?

A repetição da pergunta, em diferentes situações e lugares, reitera que a demanda não foi satisfeita. O observador (estagiário), por sua vez, aprende como tem que estar aberto, para ouvir e entender o que está por trás da pergunta; as diferentes manifestações das demandas pelos serviços de saúde. O emergente pode ser algo importante enquanto necessidade de saúde.

Se podemos aprender sobre os elementos componentes das necessidades de saúde que precisamos escutar, valorizando como importante para os determinantes do processo saúde-doença, também devemos observar *como são ouvidas, entendidas as orientações dos Serviços de Saúde*. Elas informam sobre a produção do trabalho em saúde, como o paciente-usuário assimila aquilo que acreditamos, pelos nossos conhecimentos, ser a solução para os problemas de saúde apresentados.

Além da postura onipotente e autoritária que pressupõe que o nosso saber pode sobrepor o da família, os registros das observações revelam uma comunicação não acessível, não esclarecedora.

O resultado também não tem uma única direção. Há famílias que comunicam quase de forma contraditória as orientações e esclarecimentos recebidos.

... M. mostra as feridas na B, que o médico diagnosticou como sapinho. Passa violeta de genciana, se localizam nas áreas da vagina, bumbum e quadril. Deixa B. sem roupa, pois tem que esperar o remédio secar. Comenta que o médico também indicou uma pomada, para passar depois

da violeta, mas que ela só vai usar na próxima troca de fralda. Explica que não usará agora, pois parece que passando as duas ao mesmo tempo não fica nem uma nem outra ... faz tempo, que B. está com as feridas ... o remédio não está adiantando muito, pois, apesar de com o seu uso as feridas melhorarem, é só descuidar um pouco já pioraram de novo. Diz que o vírus não morreu ... Vd.-2...

A mãe até acata o diagnóstico do médico mas resolve fazer o tratamento de acordo com o seu saber. Tem uma queixa, no entanto, para o que não pode ser resolvido de acordo com a sua expectativa.

... Conta-me que B. está gripada ... não dormiu três noites por causa deste resfriado. ... ela só está tomando soro e fazendo aerosol, pois não pode dar nenhum medicamento. ... Vd.-4

Se não pudermos escutar o que está implícito nesta colocação, as orientações ficam sem sentido, e não podem ser realizadas porque não há recursos ou disponibilidades para tal.

... M estava terminando de varrer a sala e diz que não deveria estar varrendo com a B, já que ela está gripada. ... não tem tempo para fazer nada, que fica o tempo inteiro “por conta” de B. e que se fosse possível, as 24 horas do dia seriam ocupadas com B. ... como tem que cuidar dela deixa de fazer o resto ... Vd.-4

Se há uma escuta disponível, sem julgamentos, a mãe pode falar de suas dificuldades para seguir as recomendações feitas. Fica tão à vontade que pode dizer inclusive o que não devia estar fazendo, mostrando suas contradições, suas queixas, o que pode revelar o pedido de ajuda para o que não está dando conta.

Quando o conceito de necessidade de saúde é incorporado, aparecem outras possibilidades de escuta. Se conseguíssemos escutar, entender e atender de maneira mais completa possível as necessidades das pessoas, o tema da integralidade subsumiria o da equidade, revelando diferentes necessidades de vínculo para diversas pessoas em determinados momentos, os vários carecimentos de consumo de algumas tecnologias, relacionadas às condições de vida e muitas possibilidades de construir a autonomia no modo de andar a vida (CECÍLIO, 2001).

... M. continua com ela no colo e depois a coloca no carrinho, virada para cima. Comenta que B. ainda “está jogando muito para fora”. Apesar disso, diz que durante a

noite não tem problema nenhum, pois quando ela dorme, não regurgita nada. Acontece somente durante o dia, quando ela se movimenta um pouco. Fala que é normal que os bebês regurgitem às vezes, quando exageram e mamam demais, mas que no caso de B. está muito freqüente, e o remédio não parece estar fazendo efeito ... Vd.-11

A medicina baseada em evidência pode ser ampliada com “evidência” de outros olhares, identificando outros elementos constitutivos para a integralidade da atenção, questionando limites e possibilidades, a fim de reconstruí-los na própria relação/interação existente entre os atores em suas práticas.

A integralidade possui um caráter polissêmico, assumida como ação social resultante da permanente interação entre os atores na relação demanda e oferta, onde os aspectos objetivos, mas também os subjetivos devem ser considerados. Para tanto, é necessário desvelar o cotidiano dos atores envolvidos. Pinheiro (2001) propõe esta perspectiva de análise da oferta e da demanda para dar sentido a uma prática que não é apenas assistencial e tecnológica, mas também é política.

A oferta dos serviços de saúde é influenciada por fatores como a cultura médica local dos profissionais e pela ideologia do prestador. A demanda, no entanto, nem sempre é a expressão da necessidade, tanto pelo “desconhecimento” das pessoas sobre a sua saúde, como pela desinformação sobre o tipo de solução para seus problemas (PINHEIRO, 2001).

Os elementos constitutivos da demanda não coincidem com a racionalidade médica, mas são coerentes com a visão de cada um sobre o que significa saúde, doença e cura.

... B. vomitou um pouco, segundo A., já era a segunda vez que B. fazia aquilo naquele dia. ... disse que ela estava tomando vacina e por isso estava tendo febre, então, ela pingou várias gotinhas de um remédio para abaixar a febre. Este remédio parecia estar causando enjôo, pois era a segunda vez que ela tinha que pingar o remédio porque o bebê vomitava. ... foi perguntar para T. se teria que pingar novamente o remédio, pois fazia vinte minutos que ela tinha pingado e o bebê havia vomitado de novo. Ele disse que não teria necessidade. ... Am.-10

Fica claro que se o paciente não entende o significado da conduta médica, esta é usada sem muito sentido; mas é possível que a utilização

equivocada da medicação seja lesiva. Outras são de livre arbítrio: apesar da informação clara, a família faz aquilo o que acredita.

... P. traz um pacote de biscoitos de polvilho para I.. M. pega um biscoito e dá um inteiro para B.. Ele tenta morder com as gengivas, mas não consegue. Segura com as duas mãos, faz força e consegue quebrar o biscoito em alguns pedaços. Vai comendo devagar, olhando e rindo repetidamente. ... M. lhe dá outro biscoito inteiro. P. pergunta se não tem perigo do bebê engasgar. Ela diz que já havia dado o outro inteiro e disse que ele vai se virando sozinho e consegue. Enquanto B. come, M. verifica de tempos em tempos se ele está engasgando. Comenta: "Olha só ele mastigando...". E sorri ... Mm.-9

A criança tem 5 meses e faz aleitamento materno. Provavelmente, a mãe foi orientada, no serviço de saúde, sobre não ser necessário introduzir qualquer outro alimento antes dos 6 meses, muito menos aqueles que podem oferecer risco, como o de engasgar. Mas se quem demanda não tem espaço para discutir o que pensa, suas crenças, as orientações não serão incorporadas, a menos que coincidam com as suas.

O contrário pode ser verdadeiro, quando há um bom vínculo com os serviços de saúde, as orientações são pensadas nas diferenças e podem ser tranquilizadoras, porque fazem sentido.

... O médico lhe disse para ficar tranqüila, pois é apenas uma tosse, não há mais nada, só lhe deu um remedinho ... Az-2

... Ela conta que ele está assado no pescocinho, por causa do calor, ... passou uma pomada para melhorar. M. diz que ele também está sem fazer cocô, mas pensa que é normal, segundo lhe disseram, porque só toma leite, tocando a barriga do bebê. ... M. me pede que eu não comente nada na faculdade nem no postinho que ela vai se mudar porque não quer trocar de posto; acha que este é muito bom, e o do bairro onde vai morar não é ... Az- 3

Esta mãe toma decisões próprias, sem ficar dependente dos serviços de saúde, pode também se lembrar e fazer uso das coisas que ouviu. Mas, apesar da confiança, não acredita na flexibilidade do serviço, então, dá o seu jeito para continuar a ter assistência na qual confia, onde tem espaço para o diálogo, mesmo sendo longe de sua casa.

... Diz ... que B. está com o peito cheio...Ela o levou ao médico ... ele disse para comprar um remédio ...muito caro;

então ela comprou uma bombinha, um aerossol, o médico havia dado essa opção. ... ela pediu ao médico que fizesse um raio X, mas ele disse que não era necessário. ... M. diz que talvez ele tenha bronquite ... O médico havia dito para que ela não se preocupasse, que ia passar. ... M. pergunta se eu acho que ele engordou. Respondo que não, acho que ele cresceu. Ela diz que a médica disse a mesma coisa, e disse que o bebê não precisa ficar obeso ... Az -15

A família do paciente pode até mudar de idéia se a explicação que lhe dão faz sentido. Interessante que, apesar da confiança nas orientações médicas dos serviços, ela sente necessidade de confirmar com a observadora, com quem já fez também um vínculo. Partilha então, com ela, outra visão do que acha que pode estar acontecendo com seu filho.

... M. disse que a médica disse que ele deveria ter engordado um quilo durante todo o mês, mas ele apenas engordou 100 gramas. ... que I. quando tinha 6 meses começou a emagrecer e com 9 meses pesava apenas 5 quilos ... Disse que depois disso, I. não fica doente. Se começa a tossir já pede chá e a tosse vai embora. ... M. diz que trocou a maisena pelo leite de caixinha com açúcar porque ele estava mamando demais (?). Disse que ele comeu banana de manhã e um pouco de macarrão com batatas na hora do almoço. Ela acha que ele está se alimentando bem, não entende porque não está engordando. Mas disse que vai tentar dar, mais comida para o bebê. ... Az -17

... pergunto a M. o que ele está mamando. Ela diz que é maisena, mas bem diluída. Disse que o levou à médica porque ele não aceita leite, só quer maisena, mas com isso ele engordou; está pesando 8,3 Kg. Ela diz que a médica ficou brava por causa da maisena, mas que ela não consegue tirar tudo. Está dando mamadeira bem fraquinha e neste dia ele havia comido sopa de fubá. ... Az -18

A possibilidade de outro tipo de escuta que, além de acolhedora, respeita a dificuldade do outro, tenta entendê-la, conforma outro tipo de demanda, outra postura de usuário do serviço.

A. disse ... que faz uma semana que B. está com tosse ... não podia colocar no chão porque era frio, mas a médica disse que podia sim. A. questionou que não era o filho dela ... o frio piorava a gripe ... a médica disse também respondendo mais dúvidas de A., que fumaça de cigarro não podia dentro de casa, mas M. fuma até no banheiro. ... Am. -45

Interessante como a relação com o médico pode ser ambivalente: o que interessa pode ser aproveitado, não é desprezado pelo confronto com

outros saberes que não estão em acordo. Este tipo de situação contribui para o aprendizado das múltiplas possibilidades de relação do usuário-paciente com o serviço, que conformam tanto a demanda quanto a oferta.

Em outras situações a palavra do médico, principalmente, é apreendida incondicionalmente, como uma ordem.

... Contou como o parto tinha sido fácil, mas que também ela havia feito tudo que o médico mandou, caminhado, tomado banho quente, feito força toda hora que ela mandou, ... o bebê nasceu rapidinho. ... Vm-3

... Reclamou que às vezes dava cólica, mas que o médico disse que era bom porque o útero estava voltando ... Vm-8

E a paciente pode, até, tolerar a dor, porque confia, graças à experiência anterior, que vai melhorar, seguindo as orientações do médico.

Estes acontecimentos bem sucedidos não são as vivências mais comuns. As queixas de mau atendimento, de desconsideração pelo saber do outro, de desrespeito, principalmente por parte dos médicos, têm sido rotineiros nos serviços de saúde. Normalmente as críticas feitas aos serviços de saúde não são ouvidas como dificuldades de acesso ao serviço, mas culpabilizando o paciente como intolerante, mal –educado, etc.

M. me contou que o hospital ali sempre era lotado e que no último ultra-som tinha esperado mais de uma hora para ser atendida. Falou que uma vez o irmão de seu marido tinha ficado internado ali, muito mal, quase morreu. ... era difícil fazer visitas e que seu marido, como tem pressão alta, sempre passava mal ... Vm-3

... sentou-se ao meu lado, comentando que iria demorar para ser atendida, pois tinha gente na sua frente e as consultas lá eram demoradas ... Vm-5

A competência técnica nem é questionada, mas há toda uma reclamação pela falta de consideração com outro, que se encontra em uma situação especial, muitas vezes fragilizado pelo sofrimento.

A ORMBF promove a oportunidade do estudante vivenciar a experiência “do outro lado”, a do paciente. Assim, tem a possibilidade de ressignificar a crítica que o paciente-usuário faz como direito de participar da construção da integralidade da atenção. Esta perspectiva de compreensão

retira a conotação agressiva das reclamações, promovendo uma relação mais horizontal, mais acolhedora, com potência de ser mais resolutiva.

Se o estágio da ORMBF oferece essencialmente um campo de prática para que o estudante aprenda sobre as relações, não é menos importante nas contribuições teóricas, que o embasam, referenciados pela Psicanálise.

Há um tipo de demanda, comum em gestantes e nas mães de recém-nascidos, que soam impróprias até para aqueles mais comprometidos nos serviços de saúde. São demandas que aparecem como posturas absurdas, por parte da mãe, que é uma pessoa adulta, como por exemplo: perguntas que são feitas várias vezes, como criança testando se o adulto está lhe dizendo a verdade.

No entanto, para quem cuida de uma família com um recém-nascido, este conhecimento é fundamental. Trata-se de um estado materno especial, que possibilita a interação da mãe com seu bebê. Winnicott (1982a) denominou de *“Preocupação Materna Primária”*. Ele convida-nos para que observemos as mães de recém-nascidos, elas comumente entram em uma fase, da qual naturalmente se recuperam, e na qual ela é o bebê, o bebê é ela. É uma condição de sensibilidade aumentada, que se desenvolve especialmente no final de gravidez. Continua por algumas semanas após o nascimento, e não é facilmente lembrada, uma vez tendo a mãe se recuperado dela. Parece, aliás, que a recordação que a mãe tem deste estado tende a ser reprimida.

Este é um estado organizado que, se não fosse pela gravidez, seria uma doença e pode ser descrito como retraído, ou mesmo dissociado, assemelhando-se, às vezes, a um *episódio esquizóide*. No entanto, na fase mais inicial da vida de uma criança, a mãe deve ser capaz de atingir este estado e dele se recuperar, assim que o bebê a *libere*. Não se trata de uma constatação *“de dimensão mística, afinal a mãe traz a lembrança de ter sido um bebê e de alguém que dela cuidou.”* (WINNICOTT, 1994a).

A mãe saudável consegue desenvolver naturalmente a *“Preocupação Materna Primária”* e promove um ambiente no qual a constituição do bebê

pode se expressar. Fornece uma adaptação suficientemente boa ao desenvolvimento de seu filho, impedindo as invasões, interrupções à continuidade do ser. É necessário que a mulher seja saudável tanto para desenvolver este estado como dele se recuperar, pois há outras que são boas mães sob todos os outros aspectos, são capazes de ter uma vida produtiva e proveitosa, mas não conseguem atingir esta *doença normal*, que as disponibilizaria para esta delicada e sensível adaptação às necessidades do bebê (WINNICOTT, 1982a).

A consideração sobre a mãe saudável não leva em conta apenas a ausência de doenças físicas ou mentais, mas também a condição de poder ser amparada pela família, pela sociedade, incluindo os serviços de saúde. Quando isto acontece, ela pode desenvolver este estado, prepara-se para que experiencie *multíssimo bem* (WINNICOTT, 1994a, p.4) quais são as necessidades de seu bebê, que vão além da amamentação, da higiene, mas importantes influências para a qualidade de vida.

A importância deste conhecimento deriva de considerarmos a mãe como a pessoa mais adequada para cuidar do seu bebê; portanto quando esta condição – tão importante para o desenvolvimento, não apenas da criança, mas da saúde familiar – estiver ausente ou prejudicada, os seus possíveis determinantes devem ser observados para que a atenção integral à saúde da criança, da mulher e da família possa se efetivar.

Porém, na falta real ou condicional da mãe biológica, uma “*mãe adotiva*”, qualquer mulher, mas às vezes até um homem, pode se adaptar suficientemente bem a esta função, se puder “*ficar doente, no sentido de apresentar a “preocupação materna primária*”. Esta capacidade de se identificar com o bebê pode ser natural, espontânea, mas pode ser potencializada pela inter-mediação cuidadosa, acolhedora.

... M. ... continuou dizendo que B. sempre foi muito mais calmo que I., só que agora, de uns dias para cá, ele havia tendo cólicas e não estava dormindo bem por isso. Enquanto ela falava, B. parecia procurar o seio de M., ela percebeu e disse a ele que não ia dar o peito porque ele tinha acabado de vomitar ... M. disse que está com receio de amamentá-lo de novo porque ele havia vomitado na primeira mamada, mas mesmo assim, depois de um tempo,

resolveu amamentar B. ... começou a mostrar-se um pouco impaciente, a ponto de M. deixar de amamentá-lo. Ela disse que havia já uns dias que ele começou a ter cólica ... e cismou que B. estivesse quente. Pegou um termômetro ... Marcou 37 graus. Mediu de novo e deu o mesmo resultado. Ficou meio preocupada: "Temperatura normal é 36 ou 37?". I. disse logo: "36 é normal! A tia disse, lembra?". Perguntou pra mim, eu disse que entre 36 e 37 era normal, mas estava em dúvida. ... M. perguntou para P. sobre a temperatura do filho: "é normal 37 graus, né?". "Ah, M., você já teve filho e não sabe disso?". "Não, eu só tenho uma dúvida". Então ele pega o telefone e liga para mãe dele. Pergunta se está tudo bem e depois pergunta se 37 graus é normal. Enquanto ele está no telefone ela mostra-se impaciente. "Ai, não acredito que ele telefonou para perguntar isso" ... Mm.1

A mãe fala de suas dificuldades, que não devem ser somente a dúvida sobre a temperatura, esta parece que pode ser facilmente respondida. Comunica, entretanto, uma necessidade de apoio para que possa compreender as demandas do bebê, que não são tão objetivas, nem claras. Ela tenta dividir com Marrom a mudança da criança e confirmar se pode ser apenas cólica, fala de suas dúvidas, se o filho vomitou porque procura o seio?

A necessidade de ter alguém que possa ser continente deste estado, pode se revelar no desejo de encontro com a própria mãe.

... Contou que sua mãe iria chegar da Suíça, no sábado, e que estava morrendo de saudade dela, ficaria o domingo todo na casa dela para matar a saudade. Também iriam resolver o nome do bebê ... Vm.-3

Mas pode aparecer como um medo de perder a criança.

... Durante vários momentos, ela ficava com o rosto virado para frente, apoiado no colo da mãe. M disse que fica com medo de ela sufocar, quando faz isso. ... Vm.-5

A preocupação com a continuidade entre a vida pré e pós-natal revela as crenças, os mitos. Importante para entender os elementos que são co-determinantes do processo saúde doença e do cuidado. Revelam as preocupações sobre o que aconteceu durante a gravidez, pelo qual a mãe geralmente se responsabiliza.

... Perguntou se B. pensa que está na barriga ... Ela comenta que ele está se mexendo bastante e quando estava grávida ele se mexia muito na barriga. Disse que no

último mês teve que ficar “quietinha” porque não agüentava o quanto ele se mexia. ... Az.1

E o pai? É o questionamento que Winnicott (1982d) faz, podendo colaborar com serviços e as instituições de ensino em saúde que, raramente, valorizam o pai como ator para o cuidado. Há toda uma série de motivos, a maioria muito racional, e aceitos socialmente, justificando a dificuldade dos pais na participação da criação dos filhos. Normalmente, depende da atitude da mãe; várias mulheres, mesmo quando os maridos se encontram em casa, acham difícil saber como e quando usar a ajuda deles. Na mesma proporção, outras consideram de grande benefício na relação conjugal.

Compartilhar cotidianamente os pequenos detalhes do cuidado da casa e dos filhos parece banal para as pessoas que vêem a situação de fora, mas se reveste de grande importância tanto para os pais como para a criança. A riqueza desta convivência aprofunda os vínculos entre o casal e deles com os filhos. A criança é extremamente sensível às relações entre seus pais, a união deles fornece a ela parte do alicerce para o enfrentamento, no futuro, da relação com outras pessoas.

Outra contribuição por parte do pai é o apoio que este pode dar às dúvidas maternas, aos limites que se fazem necessários na vida de uma criança, ajudar nos conflitos causados pelo outro filho naturalmente enciumado. Ainda, outro ponto a ser evidenciado é que *o pai enriquece, de maneira abundante, o mundo do próprio filho*. É impossível descrever todas as possibilidades com que o pai pode contribuir para o desenvolvimento infantil saudável, tão amplas elas são, mas a criança precisa do pai pelas suas qualidades positivas, bem como da vivacidade com que reveste sua personalidade. Elas formam parte de seus ideais com base na convivência com o pai: a importância do seu trabalho, nas brincadeiras da qual ele participa, a autoridade com que se coloca.

Assim, Winnicott (1982b, p.133) termina artigo iniciado pelo questionamento feito acima, fazendo um apelo às mães, que pensamos ser úteis aos trabalhadores da saúde e aqueles responsáveis à sua formação: é valioso ajudar o pai e a criança a se conhecerem. Tornar fértil esta relação

depende deles, mas com a nossa intervenção podemos possibilitá-las, impedi-las ou até mesmo desfigurá-las.

A participação do pai, pela presença ou ausência, relaciona a possibilidade ou a necessidade de um terceiro, conhecido, acolhedor, continente para a relação emergente da dupla mãe-bebê. Focar as relações do grupo familiar, e não apenas o indivíduo, como alvo da atenção à saúde pode ser uma “*imagem-objetivo*” (MATTOS, 2001, p.41) na construção da integralidade da assistência.

A imagem-objetivo expressa em enunciado geral a direção que pensamos dar à realidade que desejamos transformar. Mas ela nunca é detalhada, até, porque o que se almeja construir é diferente do que já existe. Também não tem pré-determinada como deve ser a realidade, ela será construída a partir da tentativa de superar os aspectos considerados críticos na atualidade.

Há pais que não conseguem lidar com determinadas tarefas tipicamente femininas, mas podem se incumbir de outras, com características próprias do gênero masculino, cooperando com a mãe e com a tranquilidade doméstica.

...Voltou-se para B., tirou-o do carrinho e ele vomitou no seu peito. Colocou a criança no carrinho e chamou: “M., B. tá vomitando de novo”. Ela não veio. P. chamou mais uma vez, dizendo: “M. vê se você vem mais rápido porque é seu filho”. Ela apareceu e ele repetiu o comentário. M. foi até a sala e enfim concordou em deixar I. abrir o pacote. A primeira coisa que ele fez foi procurar a figurinha ... havia ganhado outro salgadinho. I. ficou contente e foi contar pro pai que tirou sarro do jeito do filho falar: “Pai, eu posso comprar um salgadinho grátis agora? Meu filho, você vai comprar um grátis? Como é isso?”. ...pergunta a I. se não está na hora de ele ir para escola. Ele diz que está quase. M. manda-o tomar banho. Ele vai ... Mm.1

Nesta situação, a mãe estava resistindo a dar a guloseima para o filho mais velho antes do almoço, mas diante de tantas solicitações, acaba cedendo. O pai a ajuda, faz uma mediação carinhosa, mostrando a ela que o interesse pelo salgadinho não estava no próprio, mas na prenda que continha. Provavelmente, esta concessão, não apenas do objeto de desejo explícito do

menino, mas da atenção que é também partilhada com ele, permite que a criança possa aceitar o horário da escola, de forma menos autoritária.

Por outro lado, o pai também se sente perdendo alguns espaços na relação com a esposa, aos quais tem que se adaptar. Parece simples, até óbvio, no entanto é comum ser motivo de discórdia entre o casal, no período de nascimento do filho.

P. aparece. Faz um breve cumprimento com um sorriso e pergunta a M. onde está seu cigarro. Ela pega e lhe dá. Ele pergunta por que ela está fechando o carrinho. Ela diz que é pra caber no carro e ele diz ... “Eu não vou levar isso aí no meu carro não. Até parece que a gente vai lá a passeio!”. Mesmo assim ela continua tentando fechar. Diz que ele tava ficando muito tempo no colo e que isso não era bom pra ele. Mais uma vez ele repete que não vai levar. Ele sai (acho que para fumar lá fora). M. sai ... também para conversar ... M. vai conversando com o marido que está do lado de fora. Estão falando sobre se devem ou não ir ao lugar onde estavam pretendendo. ... Depois de um tempo, P. entra e senta-se ao lado da esposa e pega B. no colo. Fica brincando com ele, olha bem nos olhos dele e fica dizendo; “e aí, rapaz!”, “que é que foi hein?”. Beija e brinca com ele, chacoalhando B. ... Mm-4

Em outros momentos, é possível para mãe ser porta voz das necessidades dos filhos. Esta circularidade dos papéis (PICHON-RIVIÈRE, 2000) engendra uma dinâmica familiar mais flexível, cooperativa da construção da saúde da família.

... Ligou a TV e chamou o marido pra consertar a antena. Senta-se e põe B. para mamar. ... Chama o marido e diz que tem um pacotinho para ele, ele aparece e leva a fralda. Ela pede a chupeta a ele, ele traz. A sobrinha aparece e quer pegar o bebê. M. põe o bebê em seus braços e sai da sala dizendo que precisa estender umas roupas. ... Mm-8

Há uma mudança importante na cooperação do pai, confirmando a tese de que essa transformação pode ser construída mediante o cuidado. Este trabalho doméstico coletivo pode ser ampliado, ensinando o cuidar para alguns, propiciando para outros aprender a contar com ajuda. Tão simples, tão importante como aquisição de conhecimento, para aqueles que estiverem disponíveis para observarem e apreenderem a oportunidade de *aprender a aprender*.

São quatro aprendizagens fundamentais que se farão pilares do conhecimento ao longo da vida: aprender a conhecer, a fazer, a conviver, e a ser. Ou seja, adquirindo instrumentos para compreensão, através da experiência pensada, para poder transformar a realidade, junto com a cooperação de muitos, aprende-se a ser, que, por sua vez, é ferramenta essencial para integrar as três precedentes (Delors²⁵ 2000 apud CHIRELLI, 2002).

Para alguns pais esta condição parece “*dada*”. A estudante tem a chance de vivenciar o que se teoriza sobre os benefícios para o desenvolvimento infantil.

... P. chegou perto e perguntou se ele havia dormido, ao que ele mesmo respondeu “Não dormiu, né, coisa linda do pai! Olha só, não dá trabalho nenhum... é uma graça”. Ele olha o pai, emite sons muito altos; o pai comenta; “ele já está se comunicando né?” ... M. ... diz que vai preparar o almoço, que ainda não teve tempo porque tinha acabado de chegar do posto de saúde ... de retorno com B.. Disse que o marido quis ir também e ela achou ótimo porque enquanto ela prestava atenção em B., o marido pôde ficar com I., que ... estava cada vez mais arteiro ... P. ... olha com afeto para mãe e o bebê ... os dois saem juntos para almoçar, deixando B. comigo. ... B. se agita ao ouvir a voz da mãe; ... Vira-se de lado, tenta ficar de bruços, mas não consegue, geme um pouco; P. vem e o coloca de costas, comentando que outro dia chegou no quarto e ele estava de bruços no berço, dando risada. Mal P. sai do quarto e B. se vira novamente, voltando a ficar de bruços sozinho... ... Az.-6

... P. ... dá um beijo em M. que lhe faz um carinho. M. pede que ele vá comprar leite para B. ... Az.-21

A participação do pai, como cuidador do desenvolvimento do filho, como colaborador nas tarefas domésticas e como provedor é muito importante para a saúde coletiva familiar. Tem também repercussões individualmente na vida esposa-mãe – influencia a auto-estima da mulher com conseqüências para a relação conjugal amorosa - e para o bebê, que ao conhecê-lo, introjeta uma função paterna saudável e um modelo de casal harmonioso - fatores contribuintes para outros relacionamentos (SHUTLEWORTH, 1989).

²⁵ DELORS, J. **Educação:** um tesouro a descobrir; relatório para UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI. 4ª edição. São Paulo: Cortez, 2000. 288p.

O recorte da observação evidencia outra contribuição para o viver saudável, que deve ser ressaltado: a alegria e o prazer que o pai encontra na participação do desenvolvimento do filho.

A participação do pai – condição tão importante para a vida familiar saudável e desenvolvimento infantil – precisa, às vezes, da mediação externa para que possa acontecer.

Seu marido entra na casa e não o vejo mais durante a observação. ... Vd.-1

M. se volta para B. ... e diz que seu pai já foi buscar o soro para pingar no nariz ... P. volta ... se mostra apressado, pois estava indo trabalhar. M. pergunta a que horas irá voltar e ele responde que não sabe ... Vd.-2

P. ... ao passar pelo carrinho olha para B. e sorri. ... comenta sorrindo: “Ela tá chorando?” e sai para ir trabalhar ... Vd.-4

... Nos sentamos no sofá e P. vai até a sala. Ele me cumprimenta, conversa um pouco com M., que estava com B. no colo, e entra no quarto ... Vd.-11

... ao passar pela sala, P. brinca com B. e vê que ela já havia tirado uma sandália do pé. Ele diz como se fosse B.: “Eu não nasci de sandália ... vou ficar usando sandália?”. ... Vd.-13

... Digo a P., que estava na sala, que preciso ir, pois fiquei brincando com B. e até perdi a hora. Ele pergunta se ela está acordada e digo que sim, já fazia algum tempo, e que ela ficou quietinha. Volto para o quarto para pegar minha bolsa e P. vai junto ver a B.. Ele chega perto do berço e ela sorri para ele. ... Quando estava saindo da sala com P., que ia abrir o portão, escuto B. chorando. P. diz para M. que foi só eu ter saído do quarto ela começou a chorar ... Vd.-17

... B. começa a engatinhar em direção à porta de entrada, que estava aberta, e P. a fecha, dizendo que senão ela cairá nos degraus. ... B. engatinha para perto do pai e ele a pega no colo ... a vira em minha direção e diz: “Olha a Verde!”. B. vem para frente e P. a aproxima de mim. Ele a vira deitada de barriga para baixo ... com a cabeça voltada para mim. Brinco com B. e ajudo a segurá-la. P. a solta, me avisando, e vai para a cozinha. ... Vd.-19

... P. sai do quarto ... B. engatinha até ele e começa a “escalá-lo”... P. a segura com uma das mãos. ... pega B. no colo e a gira ... coloca no colchão e beija sua barriga mexendo nela com as mãos. B. sorri o tempo todo ... engatinha um pouco ... P. deita no colchão ... e deita B. de barriga para cima ao seu lado. Ele pega a mamadeira de água e coloca na boca dela e brinca: “Deita aqui comigo,

mas não quero essa água suja não”. M estava na mesma posição de P. do outro lado de B. Esta bebe um pouco de água e volta a engatinhar ... na frente de P. Ele fica chutando seu bumbum de leve ... M. diz para ele não bater em B. Esta, que estava engatinhando, fica parada enquanto seu pai chuta seu bumbum. M diz para ela não ser boba, para não ficar ali parada apanhando ... Vd.-20

Pelos recortes feitos, podemos perceber uma aproximação gradual do pai da observação, mas o contexto registrado ao longo de todo período observado, permite afirmar que esta também se desenvolveu em torno da filha, também. Mesmo a mãe encontra-se presente, nesta última visita relatada, mas com a qualidade de interação lúdica com a criança.

Poderíamos pensar que a disponibilidade da estudante para aprender mediante a observação semanal, muitas vezes só com a criança, outras com a mesma dormindo, teria influência sobre o despertar dos pais para esta tarefa do brincar como cuidado para o desenvolvimento infantil?

A estagiária adquire pela experiência vivida uma ferramenta importante para o trabalho que se pretende de educação em saúde para promoção de qualidade de vida. Mais que transmitir informações sobre as necessidades da criança para o seu desenvolvimento pode utilizar este conhecimento para o seu próprio aprendizado e, aprendendo, transforma e ensina.

Dependendo do referencial que a pessoa se coloca para observar, pode ou não pensar sobre o que está colocado como necessidades da família. Atualmente, não coincidem com o conceito aprendido que o observador e os trabalhadores dos serviços de saúde têm sobre problemas de saúde (CAMARGO JR, 1992; SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 1996). Inexperientes para olhar e ver o que não está tão explícito, para a queixa que precisa, ainda, de mediação para se expressar como uma demanda, dirigem o foco das ações para o evidente conhecido, com resultados ineficientes e ineficazes. Ou seja, é preciso a aquisição de ferramentas para desvendar o oculto, fazer emergir o latente.

Na ORMBF, baseada na observação psicanalítica, não só o estudante envolvido diretamente com uma família, mas todo o grupo pode apreender as diversas formas como se insinuam as demandas, na busca de um

sentido. O desenvolvimento da competência para esta escuta acontece a partir da vivência de conceitos teóricos, até então. Continência pode ser utilizada para ajudar o outro a entender o seu problema quando ele, ainda, não pode fazer por si, mas também precisa ser valorizada como capacidade que o outro – usuários dos serviços, pacientes, famílias visitadas – pode e deve desenvolver para *cura-autonomia*.

4.5.2. Comunicação: as necessidades de continência do bebê e a continência para ele.

Winnicott (1982c) afirmava que as mães não podem aprender nos livros, com médicos ou enfermeiras o que lhes cabe fazer no cuidado de seu filho, os livros destinam-se aos, assim chamados, educadores em saúde; sua mensagem a estes trabalhadores é de que fortaleçam a confiança das mães em si mesmas e em perceber o seu bebê no decorrer do processo complexo, mas natural, que vai da dependência absoluta ao desenvolvimento para independência.

Para ser mãe, a mulher deve vivenciar muitas situações que fazem com que ela olhe para o cuidado à criança de outra forma. A experiência, então, opera uma gradual transformação, pela aquisição de uma compreensão naturalmente constituída no relacionamento com seu bebê. Algumas podem precisar da ajuda daqueles entre nós, que estudamos esse assunto, no entanto isto não constitui um motivo para que mãe e bebê passem a se conhecer o mais cedo possível (WINNICOTT, 1982c).

O apoio é necessário para que as interferências negativas se interponham em nível mínimo entre a mãe e seu filho e não para substituí-la, ou realizar por ela, o cuidado com sua criança. Se ela não confia naquilo que pode realizar fica cada vez mais suscetível à insegurança, fragilizada, *“tentando fazer o que lhe dizem que deve ser assim”* (WINNICOTT, 1982c). Portanto, as gestantes e mães precisam de escuta e compreensão para as suas percepções porque, talvez, ninguém saiba tanto a respeito de seu bebê quanto elas próprias.

Mesmo o feto, com várias funções perceptivas em desenvolvimento já durante a gravidez (STERN, 1992; VERNY, 1989), é capaz de saber muito sobre a mãe: seus batimentos cardíacos eram mais rápidos em determinados momentos, deixando-no em estado de alerta, em outros tão suaves que o *embalo* (STOCHE, 2003) das pulsações sobre o útero promoviam um repouso. E a mãe também se habituou às reações de seu bebê, no ventre, manifesta por seus movimentos e, ultimamente, pela própria visualização através dos acompanhamentos ultra-sonográficos (PIONTELLI, 1995).

Mas o nascimento determina um impacto (WINNICOTT, 1982b) tanto sobre a mãe, como sobre a criança. Há uma ruptura da continuidade, uma mudança causando desordem total no que foi vivenciado anteriormente. O bebê vivencia a perda do continente uterino junto com a descoberta da gravidade, como uma sensação de queda e de despedaçamento, por perda dos limites (PRAT, 1992). É assaltado por toda uma sorte de novos estímulos externos – barulho, luz, mudanças bruscas, entre muitos – e internos, como tensão, fome, que não conhecia antes.

Podemos, então, observar as tentativas que o bebê faz, com seus recursos primitivos, para sobreviver a este caos, desembaraçando-se destes elementos sentidos como primitivos. Bick (1991) assinala que o problema do recém-nascido é ser contido ou conter-se. Assim, o bebê deve encontrar um objeto, na maioria das vezes a mãe, que possa receber a descarga destas sensações corporais brutas e não organizadas, para que sua angústia catastrófica possa ser contida.

Pode levar alguns dias para que os dois se reconheçam e estejam aptos a desfrutar da companhia mútua. Para que isto aconteça, é necessário que a mãe esteja tranqüila sobre o bem estar de sua criança (KLAUS; KENNEL, 1993).

Inicialmente, o contato mais intenso, *mais impressionante* se dará durante a amamentação. O bebê conta com a capacidade da mãe para satisfazer suas necessidades, ainda, de maneira incondicional: “... *um bebê não começa, necessariamente, querendo uma alimentação regular ... o que*

o bebê espera encontrar é um seio que apareça quando é procurado ...” (WINNICOTT, 1982e). A “*mãe suficientemente boa*” pode satisfazer as necessidades de seu filho porque as observa nas suas várias formas de manifestação: como e quando ele dorme, mama ou quando chora, fica excitado. Segura, poderá decidir lhe dar o peito independente de horários estipulados.

Mas a “*mãe suficientemente boa*” não existe sem um ambiente sócio-cultural que a disponibilize para estas funções. A maternagem é um fenômeno de grande complexidade, tem origem na história familiar, está relacionada à situação social em que a mãe se encontra e nas características de sua época e cultura.

Por outro lado, vários autores (SPITZ, 1998; BOWLBY, 1988, WINNICOTT, 1989,1990) destacaram a importância das primeiras relações para o desenvolvimento infantil. Mas Bion (1991) foi adiante, afirmando que ao entrar em contato com a mente da criança, a mãe promove o seu crescimento-desenvolvimento, através de sua atenção e apoio.

À capacidade da mãe de se relacionar com a criança, funcionando como continente de suas necessidades, Bion (1991) denominou “*relação continente-contido*” e a usou para pensar sobre o desenvolvimento de outras relações análogas à mãe-bebê, a relação paciente-terapeuta. Nas palavras de Bion, esta receptividade para ser provocado emocionalmente pelo outro, é base para a nossa capacidade de ser responsivo quando em contato com o outro, nas diversas ocasiões da vida.

Em outros termos, a capacidade de ouvir e se comprometer com a necessidade do paciente/usuário dependem do desenvolvimento deste estado para continência. Por outro lado, a necessidade do bebê por este tipo de receptividade emocional, pela mente pensante da mãe, prolonga-se por um período, até que ele seja capaz de introjetar esta capacidade, mas é recorrente na vida. Há um lado “bebê” demandante que se manifesta na vida de usuários, de trabalhadores dos serviços de saúde, de pessoas em formação para o trabalho em saúde, daqueles que mediam o desenvolvimento desta tarefa, enfim de qualquer pessoa.

No início da vida de um bebê, de um relacionamento outro, ser capaz de entrar em contato íntimo e profundo com a mente do outro, com as suas reais demandas, não é o mais comum, há algo naturalmente perturbador impedindo a capacidade de continência (SHUTTLEWORTH, 1989). O estado de continência da mãe pode ser desenvolvido se esta puder tê-lo também para si, ou seja, esta sensibilidade para ser provocado pelas emoções, pelas necessidades do outro e responder de forma acolhedora, depende da experiência de ser contido que pôde introjetar.

Na ORMBF, o observador torna-se freqüentemente “continente” para alguns aspectos da experiência materna durante a observação, mas pode se impactar e aprender com ela, ou ser perturbado pelo processo. Neste sentido, o seminário-supervisão pode funcionar como continente para experiência do observador, ajudando-o a manter a sua capacidade de observar todas as possibilidades da criança e dos pais, durante a visita, bem como olhar para as suas próprias. Os participantes deste grupo, mesmo supervisores com mais experiência que os estagiários, podem vivenciar e aprender sobre a importância de ser contido e ser continente, a partir da observação da relação mãe-bebê emergente nas visitas domiciliares às famílias.

Ao tratarmos de *“As Necessidades de continência do bebê e a continência para ele”*, colocamos em evidência as várias experiências de continência da mãe para a sua criança diante das suas demandas. Cada experiência se faz singular pelas características maternas e do bebê.

O primeiro grupo de recortes de observações mostra a dificuldade de uma mãe em entender as necessidades/demandas do bebê e, então, não consegue satisfazê-las, porque não consegue entendê-las: as manifestações e os sintomas da criança são todas medicalizadas, antes mesmo que os determinantes sejam apreendidos. São várias as consequências: a ineficácia e ineficiência das ações, ditas de saúde, mas que são ações médicas, levam à insatisfação materna e da criança, um sentimento de incompetência por parte da mãe.

... M. olha para B. em seu colo e pergunta ... se ela já não acabou de mamar... que queria dar um banho nela, pois não tinha tomado naquele dia, mas vai ter que esperar um

pouco, já que B. está mamando agora ... B. acaba de mamar e, após arrotar, é colocada no carrinho ... não consegue dormir. Fica se mexendo no carrinho, esticando e contraindo as pernas e os braços, e começa a chorar. M. levanta do sofá e vai para traz do carrinho e começa a balançá-lo. B. pára de chorar por alguns instantes, mas logo recomeça. M. a pega no colo ... B. começa a procurar o seio, e M. comenta "Você já quer mamar de novo? Espera só mais pouquinho, ainda está cedo. Você acabou de mamar..."... já havia passado um tempo após a amamentação, M. decide dar um banho em B. Coloca a B. novamente no carrinho e vai colocar água para esquentar. De lá, explica para mim que é porque a água do chuveiro é muito fria para ela. Enquanto a água esquentava, M. foi até o quarto do casal separar o que ia utilizar no banho ... B. continua chorando ... alto e com bastante fôlego. M. ... me diz para prestar atenção, que B. vai parar de chorar rapidinho. Tira então suas meias, a calça e abre a fralda ... diz que B. adora ficar pelada. Por alguns instantes, B. para de chorar, mas logo começa novamente. ... M. volta ... para pegar a B. e me chama para entrar no quarto. Ela coloca B. no berço para tirar o resto de sua roupa. Depois, a segura nos braços, acima da banheira, colocada na cama do casal e começa jogar água nela. B. volta a chorar quando sua mãe inicia o banho. Quando M. a vira de costas, o choro se intensifica. M. pergunta para B se esta acha que ela vai deixá-la cair. Depois de terminar o banho, M. a coloca sobre uma toalha que estava no berço e começa a secá-la. B. não está mais chorando. ... M. veste B, que volta a chorar. M. estranha dizendo que B. não costuma se importar quando mexem com ela. Deixa B. no berço enquanto guarda as coisas e leva a banheira do quarto ... Como B. não parava de chorar, , M. resolve que irá amamentá-la de novo, pegando-a no colo e se dirigindo para a sala. ... Vd.-2

A observadora registra uma mãe cuidadosa com necessidades alimentares e higiênicas da criança, mas com dificuldades para um contato mais continente: a disponibilidade de tempo para amamentação, para observar as reações de sua filha e confrontar com suas certezas, o colo acolhedor para as sensações desagradáveis e inéditas que experiencia, como gases e cólicas após a alimentação.

A natureza do ajuste entre o que a criança precisa e o que a mãe pode lhe oferecer é dinâmico, promove a interação recíproca entre eles e potencia as complexas mudanças evolutivas

Através de uma série de pesquisas, a Psicologia do Desenvolvimento tem demonstrado que o recém-nascido tem capacidade para diferenciar e

preferir, entre os diversos estímulos sensitivos, aqueles provenientes do contato humano. Assim, ele sente-se confortável com o som dos batimentos cardíacos da mãe, com o cheiro familiar de seu corpo, quando é seguro em seu colo. Neste sentido, o seio materno vai de encontro tanto às necessidades do bebê por comida como por conforto físico.

A investigação psicanalítica parte da importância das relações externas para o desenvolvimento do ser e pesquisa a evolução do mundo mental interno: de um estado fragmentado com relações de objetos parciais para uma integração, progressivamente mais constante, que permite o contato com a realidade externa, mais independente e criativa (KLEIN, 1969). Inicialmente, sem esta função de manter as diversas partes da personalidade integradas, a criança depende da função continente da mãe.

... B. começa a chorar... de olhos fechados e fazia movimentos com os braços e pernas. Instantes depois, M. vem da cozinha e olha para ela, por trás do carrinho, balançando um pouco. Comenta que parece que o cérebro de nenê tem um alarme que desperta na hora certa. B., segundos depois que a mãe começa a balançar o carrinho pára de chorar e continua dormindo. M. comenta que ela está mais tranqüila, ultimamente. ... Passa um tempo e B. volta a chorar com mais intensidade, mexendo os membros e, após um tempo, de olhos aberto. M. volta da cozinha para pegá-la, dizendo "Ó, que judiação, minha bonequinha!" Após um tempo, ela pára de chorar, mas começa novamente, agora com menos intensidade. M. senta no sofá e diz que vai arrumar as mantas direito nela, antes de começar a amamentar, deitando B. no assento ao seu lado. M. levanta e vai até o quarto buscar o soro ... Ao voltar do quarto, senta-se novamente e pinga soro nas narinas de B. Ela pára de chorar para inspirar o soro, mas continua depois. M. a embrulha nas mantas e a coloca em seu colo ... B. pára de chorar e começa a mamar calmamente, olhando fixamente para o rosto da mãe durante um longo período da amamentação, até o momento que fecha os olhos, ficando assim até o final. ... Vd.-5

Parece que esta mãe precisa de toda uma série de rituais antes de satisfazer as reais necessidades da criança. O que poderia ser avaliado como crueldade da mãe, na verdade, revela uma dificuldade de entrar em contato com as ansiedades muito primitivas da criança: medo de morrer, de desintegrar-se.

... A amiga de M. repara que B. está olhando pela tela e comenta. M. fala que B. a procura olhando pela tela e em seguida a pega no colo e senta no sofá para amamentá-la. ... Enquanto M. falava B. mamava tranqüilamente. Às vezes olhava para M., mas esta estava muito entretida na conversa e não deu muita atenção à B, durante toda a amamentação. ... B. pára de mamar, M. a apóia de pé no colo e diz a ela para arrotar logo para poder colocá-la no carrinho. ... Vd.-6

...B. começa a chorar e M. vem ... dizendo em tom de brincadeira: "Que menina brava! Nossa que braveza!" ... deita B. mais para cima no carrinho e coloca a fralda do seu lado. O choro diminui, mas não cessa, e M. diz: "Ué, não passou?", sentando no sofá atrás do carrinho Diz que de uns tempos para cá, B está querendo ficar no colo. Enquanto isso, B. continua chorando e olha M através da tela do carrinho. M. então se levanta e pega B. no colo, dizendo que ela está feia, que não penteou o cabelo, nem tomou banho. Fala se dirigindo a B. que não sabe porque ela está chorando, pois já mamou, está de fralda trocada, só falta o banho. Olha para mim e então diz que conhece o que é este choro, que é sono. ... M. permanece em pé balançando B. em seu colo, e esta pára de chorar e fica sonolenta quase fechando os olho. Quando dorme é colocada no carrinho ... B acorda e começa a reclamar. M. balança o carrinho, mas não adianta, então a pega no colo. Diz que ela está muito malandrinha, só querendo colo, mas que não vai ficar a pegando, pois é para seu bem, já que volta trabalhar em Agosto ... Vd.-7

A criança comunica para sua mãe que precisa de um cuidado mais continente e que, apesar de já estar alimentada, limpa, há momentos que precisa do colo mesmo. A justificativa que a mãe invoca para não satisfazer a necessidade de *holding* da criança é parte da realidade. A mãe e a criança, ainda, têm dois meses juntas, devido à licença gestante, há tempo para que a mãe acolha suas necessidades de integração para que a filha possa, então, ficar mais tempo por si.

Quando este cuidado por parte da mãe não está disponível, o bebê precisa reagir ativamente para manter-se integrado por si próprio (WINNICOTT 1994c; BICK, 1991). Se esta condição, a falta de continência para a criança, é constante, há implicações para o seu desenvolvimento (BICK, 1991) no que tange os relacionamentos e crescimento, direção do processo saúde-doença.

... M comenta ... B está com aversão a um seio ... coloca para mamar no seio esquerdo, ela não aceita de jeito nenhum e chora muito ... fica desesperada ... M. pega B. no carrinho e diz que vai tentar amamentar agora que ela está calma, que não está chorando ... com ela nervosa... não dá certo mesmo ... oferece o seio esquerdo. B. encosta no bico mas logo se afasta e começa a chorar. M. oferece novamente mas B. não aceita e chora. M. desiste então. Fica com ela mais um tempo no colo e quando pára de chorar a coloca no carrinho. Disse que está preocupada, que isto é muito estranho ... os médicos ... não sabem, mas com isto ela não está ganhando o peso esperado e se continuar assim será preciso fazer exame. ... Vd.- 8

Qual exame que detectará o distúrbio da relação mãe-bebê? A mãe parece ter uma intuição neste sentido, tanto é, que faz caminhos alternativos para encontrar a solução.

Estas mudanças no estado psicossomático do bebê interferem, não apenas com seu sentimento de estar mais ou menos integrado, como também no estado cognitivo-emocional da mãe. A capacidade dela de conter e compreender o que está sendo projetado nela, varia constantemente de acordo com seu estado pessoal do momento, com as mudanças do meio e com o impacto que a criança provoca nela.

... M vira o carrinho em minha direção, indo para cozinha em seguida. B. fica quieta no carrinho, passando as mãos uma na outra e dobrando as pernas. Um tempo depois B. começa a chorar e M. vem para sala. Pega B. no colo e comenta comigo que ela ainda está estranhando o seio e não está mamando direito. Disse que uma vez foi amamentá-la e B. começou a chorar muito. Ela foi então trocar a camiseta, pois estava com uma preta e achava que isto poderia estar assustando, mas não adiantou. M balança B. no colo antes de começar a amamentar, pois diz se que se ela ficar muito nervosa não adianta nem tentar. ... B. se acalma um pouco e M. oferece o seio esquerdo. B. chora intensamente e não aceita. M. olha para mim e diz que é só quando ela quer. Oferece o outro seio, B. mama um pouco, mas logo se afasta e não aceita mais. Ela segura B. no colo e a balança para tentar acalmá-la. Um tempo depois B. regurgita e suja a blusa. ... Vd.-9

... pergunta se notei que ela estava magra. Disse que B. não está ganhando peso e por isso começou a tomar um remédio. ... B. continua resmungando, então M. a pega do carrinho, dizendo: "Tadinha da minha bonequinha, ta doentinha" ... "minha chatinha está boazinha hoje?" ... oferece o seio. B. apenas encosta, soltando rapidamente e

curvando seu corpo para trás. M.tenta mais uma vez, mas obtém a mesma resposta e desiste. Diz que agora está só por conta de B., pois tem que amamentar pouco e várias vezes, numa tentativa de fazer com que B. não vomite tanto. B. continua resmungando e M. diz estar com cólica, colocando-a virada em seu colo para lhe fazer uma massagem. B. pára de resmungar um pouco e tempo depois regurgita. ... Vd.-10

A dificuldade da mãe entender as necessidades de sua filha tem várias conseqüências, inclusive o seu adoecimento, mas tem repercussões para confiança necessária à mãe para continuar cuidando do bebê.

E se a criança não pode ser acolhida nas suas necessidades, ela reage procurando por ela mesma a continência.

... B. continua se mexendo e alternando resmungos com períodos de silêncio. Num momento, ela olha na fixamente para lateral interna do carrinho e permanece assim por um tempo. Depois fica olhando para cima, ainda com o movimento dos membros ... Vd.-4

... B. se mexia e olhava para os lados e para cima, em direção a parte de trás do carrinho, composta por uma tela ... empurrava a trava do carrinho com os pés, ... ficou algum tempo com as mãos encostadas uma na outra, abrindo e fechando os dedos e colocou a fralda que estava ao seu lado na boca ... tirou a fralda e colocou quase a mão inteira na boca, tirando uma parte depois de para colocar a fralda junto. B. resmungou um pouco, olhou para cima e depois para a tela do carrinho ... Vd.-6

A dependência do bebê pela continência materna pode ser progressivamente substituída pelo seu próprio desenvolvimento, que não é decorrente da maturidade física nem do auto-aprendizado, e sim através das repetidas experiência de ser mantido integrado por alguém que possa pensar nele, nas suas necessidades.

A estudante tem a oportunidade de observar o que a Psicanálise fala do movimento para integração do bebê, mas também pode correlacionar com a demanda dos pacientes –usuários que não podem ser assistidos integralmente nas suas necessidades, porque não são compreendidos em toda extensão do seu carecimento.

Na atualidade, são medicados ou encaminhados para as mais diversas especialidades médicas. A atenção à saúde centrada no atendimento médico, no saber da Medicina, freqüentemente tem acarretado

dependência do paciente pelos serviços profissionais do médico. As conseqüências são: não consegue produzir cura-autonomia, nem adesão ao tratamento prescrito, porque não encontra sentido, nem satisfação para suas necessidades.

O paciente torna-se extremamente dependente dos serviços de saúde, ou não adere ao tratamento, procurando outras alternativas igualmente “*sujeitadoras*”. A conseqüência deste processo, tanto para o bebê, como para aquele que sofre (usuário/paciente) é um adoecer que se assemelha a uma “loucura” – “Mendingos da Saúde”.²⁶

Contrasta com a “*mãe dedicada comum*” (WINNICOTT, 1994a) que faz uma adaptação ativa de sua vida para poder entender e satisfazer as necessidades de seu filho recém-nascido, graças à sua capacidade de desenvolver o estado de “*preocupação materna primária*”, e pela continência que recebe de familiares, amigos e sociedade de um modo geral, incluindo aí os serviços de saúde.

... M. aparece com B. ... Senta-se do meu lado. E fica olhando para ele, beijando-lhe a testa, abraçando-o de frente para ela. ... Ele pegou o peito de M. com uma das mãos, mamou com voracidade a princípio, depois foi se acalmando lentamente, fechava os olhos e esticava os dedinhos, como que buscando algo com as mãos sem olhar para elas. Parava às vezes de mamar, e quando M. dizia: “Hum, eu acho que já deu, né filho?”, ele voltava abrir os olhos e sugava. Enquanto amamentava, M. conversava baixinho com B., alisava a cabecinha dele, beijava de tempos em tempos, sempre olhando para ele. ... Ele começou a chorar um pouco, M. deu uns tapinhas em sua barriga, colocou-o no colo de frente para ela e balançava o corpo pra frente e pra trás. B. aquietou-se ...
Mm.-1

A “*mãe dedicada comum*” pode perceber as necessidades de seu bebê, respeitar o seu tempo e ritmo, e ao mesmo tempo tolera a voracidade dele, sem se sentir ameaçada. Além da satisfação das necessidades físicas, há uma troca afetiva.

Durante toda conversa M. manteve B. deitado sobre seu peito, de frente para ela. Massageava as costas de B. com

²⁶ Pelo Dicionário Caldas Aulete, a palavra correta é Mendigo, o que vive de esmola, pedindo-as de porta em porta. Aqui uso a expressão usada por paciente para expressar a sua expedição pelos serviços de saúde em busca de quem entenda seu sofrimento.

as pontas dos dedos, acariciava o cabelo, as orelhas, movimentava o corpo para frente e para trás; B. dormia com o rosto de lado, entre os seios cobertos de M. Depois de algum tempo B. começou a se mostrar impaciente, estava acordando. M. disse sorrindo: “Vixe! Agora começa o berreiro!” Ele começa a chorar, ela tira um dos seios e dá para ele. Pegou o seio com voracidade, depois foi se acalmando, abria os olhos, assustado, M. falava com ele e isso o fazia fechar os olhos. Esticou os bracinhos ... parecia buscar algo mas não olhava na mesma direção da mão. Mamou, depois dormiu. ... Mm.-2

M. ... me chama para vê-lo. Ele está acordado, com o olhar fixo em algum lugar, com as pernas esticadas, as mãos abrindo e fechando, trepidando um pouco os braços (ainda que estejam parados). Olha por um bom tempo em direção à mãe ... Ele está quieto, mas não relaxado. M. diz: “Milagre que ele está quietinho assim”. Pergunto se ele continua com cólicas, ela disse que sim. Mas disse também que elas deveriam persistir até os 3 meses, mas que elas estavam melhorando ... B. começa a se movimentar e mostra sinais de ansiedade (franze a testa e quase começa a chorar). M. fala com ele: “Você quer colo, né, seu safadinho!” E continua a conversar com ele, a jogar beijos. Ele pára de se mexer e fica olhando fixamente (ele quase sorri). Ela dá o dedo para ele segurar, mas não o coloca no colo ... Mm.-4

Pela descrição que a observadora faz do bebê parece que ele procura recursos para auto-continência. A mãe surpreende-se com seu estado, mas ela, própria indica que há uma evolução: as cólicas melhorando revelam que o comportamento da criança está mudando; e também a sua própria: a aceitação mais tranqüila do estado dele.

A mãe mostra, inclusive, que não faz mais tudo o que ele quer, e de forma imediata, mas está por perto, carinhosamente, acompanhando seus movimentos para independência.

... B. estava dormindo tranqüilamente de bruços na cama dos pais ... possivelmente pelo barulho da chuva, B. foi acordando devagar. Virou o rosto sorridente para onde estávamos sentadas na cama. Ia se movendo devagar, M. acompanhava sorrindo. Pegou-o no colo e ficou beijando B. ... M. pegou uns brinquedos e espalhou-os na cama a uma relativa distância do bebê. Quando ele se interessou por um deles, esticou os bracinhos na direção do mesmo. M. afastou-o mais um pouco. Colocou-o em posição de engatinhar, mas ele não conseguia fazer com que as pernas se movimentassem ... Ela disse que ele já estava quase engatinhando, que não iria demorar muito para ele aprender. ... Ouvimos um trovão bastante alto, B. se

*assusta, olha para a mãe que sorri pra ele. Ele se acalma.
... conseguiu alcançar o brinquedo, levou-o até a boca e
depois o abandonou. Foi em busca de um novo objeto. ...
Mm.-10*

Esta criança já pode conviver melhor com as interferências do ambiente, que o tiram de seu descanso, embora os mais intensos o assustem, procurando o apoio conhecido, que o tranqüiliza. A mãe, por sua vez, mostra seu apoio afetivo, media para que ele descubra seus recursos, mas também dificulta um pouco, transmitindo confiança de que ele é capaz de encontrá-los.

Esta é uma das “tarefas” da “mãe suficiente boa” (não necessariamente a própria mãe do bebê): inicialmente efetua uma adaptação ativa às necessidades do filho, quase incondicional, que diminui gradativamente segundo a crescente capacidade deste em tolerar a frustração. A criança pode então progredir do princípio do prazer para o princípio da realidade (FREUD, 1920, 1929).

Em outros termos, no começo, através de uma adaptação amorosa, sem ressentimentos, a mãe propicia ao bebê a ilusão de onipotência – o seio e ela estão sob o seu controle mágico. Depois, a desilusão gradativa constitui a tarefa da mãe que propicia o desenvolvimento (WINNICOTT, 1975).

Esta estudante foi para a observação desta família com idéias preconceituosas de que pessoas usuárias do SUS eram pessoas muito carentes, problemáticas, necessitadas de sua intervenção. Desfeita esta ilusão acredita que sua presença na casa passa a ser invasiva, que a família não a quer ali.

Sente-se “desilusionada”, pelas mães-supervisoras, de confrontar esta sua tese com as suas dificuldades de fazer a observação. Mas pode se beneficiar com a experiência da frustração e aprender sobre e com a mãe boa o suficiente, nem de mais, nem de menos. Esta, a mãe do bebê observado, se faz mediadora, também, do processo de ensino-aprendizagem, na medida em que, naturalmente, demonstra como desenvolve sua tolerância para o bebê que chora, que não deixa a mãe dormir, cuidar da casa. Ou seja, a mãe suficiente boa não é uma qualidade dada, há uma adaptação ativa que requer atravessar o *fosso da frustração* (REZENDE, 1998) para poder pensar as necessidades do bebê.

Fica sabendo igualmente sobre usuários que necessitam pouco das intervenções terapêuticas comuns dos serviços de saúde, no entanto, aceitam serem observados por estagiários da unidade de saúde porque precisam ser escutados, de alguns esclarecimentos, de serem apoiados em alguns momentos especiais da sua vida, como o da chegada de um bebê.

Em outra família observada por outra estudante, há uma mãe jovem ocupada com a tarefa de cuidar de dois filhos, o recém-nascido e outra bem pequena, da casa e do marido. Reclama da sobrecarga de trabalho físico, da falta de colaboração do marido, mas pode acolher a demanda de todos eles.

... M. comentou que já estava na hora dele acordar para mamar pois seu peito já estava bem inchado ... quando ele acordasse daria de mamar, o que estava muito difícil pois estava com o bico do peito todo rachado e que só de pensar dava frio na barriga por causa da dor. ... depois daria banho nele ... à tarde eles iriam levá-lo para registrar. ... I. foi para o colo de M. que ficou brincando e conversando com ela e dando beijo... P. comenta que I. ... seu choro era bem mais fraco que o de B., que ele quando está com fome abre o berro e grita muito. ... M. conversando com ele, dizendo que ele devia estar com fome e que era hora de mamar ... deu um beijo em sua testa, falou que ele estava lindo, que era o bebê da mamãe ... I. estava no colo do pai e pediu para pegar B. dizendo "colinho". M. colocou ele em cima dela, que começou a fazer carinho em sua cabeça, quando M. foi tirá-lo de lá ela não gostou e segurou mais forte. M. explicou que ele precisava mamar e ela soltou, B. estava agitado, se mexia muito, mas não chorava mais. M. arrumou o seio ... B. mamou uns 15 minutos e largou o seio, se espremendo e ficando todo vermelho, ela falou que era cólica e colocou ele de bruço sobre sua barriga para arrotar e melhorar a cólica, ele se acalmou e dormiu novamente. Vm. -9

Quando comparamos esta situação com a de Verde parece até que esta mãe faz magia. Mas graças ao registro detalhado da observadora podemos perceber todo o trabalho da maternagem: a atenção aos sinais que falam das suas e das necessidades do bebê, de outras incumbências com as quais tem de lidar, como o registro de nascimento, e tem ainda que partilhar o cuidado afetuoso para outra filha. Faz isto com uma sintonia tão harmoniosa que não chega a causar estresse no recém-nascido; nem mesmo cogita parar de dar o seio devido à dor, estão os dois na fase da ilusão. Já pode, no entanto, por limite na irmã, sem frustrá-la traumáticamente. O comentário do pai reconhece, ainda

que sutilmente, a mãe dedicada, “a empodera” em sua tarefa, cooperando para que ela prossiga. A estudante de psicologia parece aprender que o cuidado se faz na observação destes pequenos, porem importantes, detalhes.

...B. abria e fechava as mãos, agora se mexia com mais frequência. Abria o olho, se esticava todo, virava a cabeça e cochilava novamente. ... abriu os olhos e não fechou mais, mas ficou quieto no carrinho. I. se aproximou, falou que ele tinha acordado e fez carinho na sua barriga por algum tempo. B. não tirou o olho da irmã, que conversava com ele coisas que não entendia – ela só tem 1 ano e 9 meses. Pediu para pegá-lo no colo dizendo “colim” e segurando-o mais forte. Disse a ela que ele estava com fome e que depois ela o pegava, ele começou a se agitar e a chorar, primeiro fraco, depois aumentando a intensidade. M. logo veio e o pegou do carrinho dando um beijo em sua testa e conversando com ele, dizendo que ele devia estar com muita fome, que era lindo... colocou-o sobre suas pernas para arrumar o seio ... comentou que ainda doía um pouco no começo, mas que depois passava. ... B. no colo ... logo procurou o seio que ela ajudou a encontrar com a mão, ele sugou com força e ela reclamou de dor. I. pediu mamadeira, M. pediu que ela esperasse, que depois faria para ela. I. sentou e continuou brincando. M comentou que sempre que ela pega B., I. pede algo, que deve ficar enciumada e que anda fazendo tudo para chamar atenção. B. sugava com força, parecia confortável no colo de M., suas mãos permaneciam fechadas e seus olhos também, mas ele não dormia, dava para ouvir o barulho de sua respiração para sugar. ... Vm. -10

Lacroix e Monmayrant (1997) denominaram “os laços do encantamento” a observação da relação mãe-bebê. A estudante aprende “encantada” sobre as necessidades das crianças em desenvolvimento. É necessário o alimento, a higiene, a proteção, mas dependendo da qualidade afetiva com que se desdobra esta tarefa, promove, ou não, segurança, conforto, satisfação.

A produção do cuidado para saúde também é permeada por este tipo de tecnologia, das relações afetivas – o diálogo das emoções (PRAT, 1992).

... M. desligou o telefone e viu que ele estava acordado. Chegou até perto do carrinho ... dizendo: “olha o bebê da mamãe acordou ... que lindinho!”. Falou que provavelmente ele voltaria a dormir pois apesar de acordado estava quieto. Fez carinho em sua cabeça e ele a olhava atentamente. M. saiu ... logo ele começou a chorar e chupar os dedos. M. o pegou acalmando-o com beijos na bochecha, ele parou de

chorar, ela o abraçou, cheirou, comentou que ele estava muito cheiroso ... falou que ele está muito esperto, que ouvia a voz dela e sorria e que ela gostava de ficar conversando com ele ... que ele estava ficando manhoso ... que não conseguia fazer as coisas da casa ... mas que B. era bonzinho. ... I. acordou e apareceu ... toda dengosa com cara de sono. M. chamou e ela veio na direção da mãe, que a recebeu com um beijo. Logo, I. começou a brincar e saiu para o quintal. Vm. -11

A mãe começa a dosar sua disponibilidade para o bebê, não amamenta assim que ele acorda, espera que ele peça. Este por sua vez começa a ter momentos de integração, procura sua contenção. A outra filha mostra um estágio mais avançado deste processo de individuação, a caminho de uma certa independência.

No início da vida, o bebê é totalmente dependente da provisão física e emocional que a mãe, ou substituta, lhe proporciona. A satisfação não se relaciona somente às necessidades instintivas; mais importante é a adaptação da mãe proporcionando continência para as necessidades egóicas. Quando o cuidado materno revela-se suficientemente bom, a criança experimenta uma continuidade do ser, o seu desenvolvimento não sofre perturbações excessivas, quer no seu aspecto físico, quer no seu aspecto emocional. O que proporciona ao bebê uma sensação de segurança e de ser amado. Não somente a criança, mas também a observadora aprende sobre o sucesso adaptativo da mãe para o desenvolvimento da independência.

... B. começou a mamar com força, olhava fixamente para M. ... conversando com ele e indiretamente a mim. Que ele acordava com um cheirinho forte e tinha que tomar banho logo, e que ele adorava. ... depois deixou o seio ... riu para ela que retribuiu o sorriso e voltou a falar com ele, ... começou a cheirá-lo e beijá-lo, ele parecia gostar muito pois ria e fechava os olhos. ... deitado em seu colo ... começou a procurar o barulho da TV e M. o colocou sentado de frente ... constatando que ele era muito curioso e não perdia nada ... sempre olha para todos os lados e vai no colo de todo mundo ... ela acha isso bom porque ele não fica grudado com ela ... filho é do mundo, tem de ser criado com carinho mas solto. ... Vm. -15

Mas esta mãe também se sente sobrecarregada, precisa ser amparada.

... desde que B. nasceu estava tudo de cabeça para baixo, pois não dava para fazer nada ... Vm. --11

...falou que ia aproveitar que B. e I. estava dormindo para poder arrumar a casa ... pediu para eu ficar à vontade ... I.acordou ... M. parou o que estava fazendo e sentou no sofá para pegar I. que trouxe o edredon e o bichinho. ... Vm. 13

... Cheguei na sala ... M. foi em direção à cozinha e voltou ... com B. Ele estava acordado e bem esperto ... M. pegou algumas roupas do marido que estavam sobre o sofá e as levou para o quarto reclamando da bagunça, que quando I. não está para fazer bagunça ele faz. ... disse para eu ficar à vontade que ela estava passando roupa que P. iria usar para sair ... pediu também que eu ficasse com B. que ela precisava acabar isto sem falta ... se ele chorasse era só pegar ele um pouquinho ... Vm.-15

... M. se senta ao sofá e pede que P. lhe descasque uma laranja, ele reclama alguma coisa e M. diz que ele nunca faz nada por ela ... Vm.-19

... M. me acompanha lá fora dizendo que vai aproveitar que as três crianças da casa estão dormindo e sem fazer bagunça, para arrumar a casa ... Vm.-20

A observadora, com idade muito próxima à da mãe, mas com vida muito diferente da dela, questiona-se indignada a partir dos seus valores sobre a postura não cooperativa do pai. Mas encontra na capacidade materna de acolher as necessidades concretas dos filhos e do marido, como também as suas projeções, o mundo interno de alguém que pode ser acolhido e introjetou a confiança de que pode contar com o outro, com seus recursos e limitações.

Esta constatação tem implicações para produção do cuidado do paciente-usuário dos serviços de saúde, no sentido da autonomia para andar a vida. Acolher o carecimento do outro não significa realizar a satisfação imediata por ele, mas poder pensar na demanda a partir da fragilidade que a originou e nos recursos disponíveis que potenciem mudanças e recuperação do que foi perdido. Aprende-se, assim, sobre o despojamento de valores da flexibilização de regras para produção de saúde na sua concepção ampliada.

Para que os bebês tornem-se adultos saudáveis, independentes, mas socialmente preocupados, é preciso um ambiente facilitador que lhes

garanta as condições de desenvolvimento quando são muito dependentes. Esta condição está assegurada pelo vínculo com mãe suficientemente boa (WINNICOTT, 1982e). Quando elegemos a mãe como a pessoa mais indicada para mediar este princípio, baseamo-nos no fato de que, no período da gravidez houve uma preparação e que ninguém conhece tão bem esta criança quanto a própria mãe.

Pode acontecer, entretanto, uma eventualidade que dificulte ou impeça o contato da mãe com o seu filho. Há um grande número de situações responsáveis pela falta de cuidados pela própria mãe. Inúmeras podem ser as repercussões deste fato sobre a criança, muitas vezes prejudiciais ao desenvolvimento.

Winnicott (1982a) descreveu como preocupação materna primária esta capacidade surpreendente que as mães desenvolvem de identificação com o bebê que lhes possibilita ir ao encontro das necessidades básicas do recém-nascido. Capacidade, esta, *“que nenhuma máquina pode imitar, e que não pode se ensinar”* (WINNICOTT, 1982e, p.30) mas pode ser desenvolvida por qualquer pessoa que se dedique a pensar no bebê, durante uma fase em que a sua dependência é absoluta.

Os recortes, a seguir, se referem às observações a uma família composta por três gerações de mulheres – a avó, a mãe e a bebê. A mãe, embora tenha aceitado entusiasmadamente a proposta de estágio, logo se mostrou indisponível, mas não impediu que o observador continuasse o seu trabalho. A ausência materna na casa, durante os horários de observação previamente agendados, revelou-se a forma desta mãe se relacionar com a filha e com a família, comunicando sua dificuldade de continência para a bebê. Ainda que sob a justificativa racional da sobrecarga de trabalho, pois é a provedora, a mãe mostra dificuldade para entrar em contato com as necessidades da filha. A avó, inicialmente, questionadora do observador, afasta-se deixando a filha e a neta com o estudante. Mesmo quando a mãe se afasta, leva um tempo para que ela se aproxime. Quando o faz, pode ser *“a mãe suficientemente boa”* (WINNICOTT, 1994a) sob a continência do observador.

... M. sentou ao meu lado ... puxou o carrinho para o meio de nós dois. Contou que B. teve uma gravidez conturbada ... B. tinha uma personalidade muito forte e por isto era capaz de agüentar tudo. Nem o latido de C. a incomodava ... via isso em seus olhos e que aos seis meses ela estaria falando. ... Am.-1

O ato falho da mãe (ou do observador?) – a gravidez é da criança - pode ser um indício da dificuldade de olhar e ver a necessidade de dependência da criança. Mas a ansiedade da mãe em apressar o crescimento da filha se repete não apenas nesta primeira observação como em outras.

... M. entrou com a criança no colo dizendo que ela tinha tomado vacina e que tinha chorado. Achou estranho pois era difícil o bebê chorar. ... M. levantou e foi preparar a mamadeira do bebê. Fiquei sozinho com o bebê. Ela dormia e fazia alguns movimentos com o braço, parecia estar procurando alguma coisa. A chupeta caiu e ela continuou a dormir ... M. voltou com a mamadeira e ofereceu para a avó dar a mamadeira. Enquanto a avó se incumbiu da tarefa, M. se levantou e foi se arrumar ... apareceu penteando os cabelos na sala. ... A. colocou-a ... pra ela arrotar. Disse que tinha perdido a prática, pois fazia trinta anos que não tinha filhos ... não gostava de trocá-la, pois sempre fazia mal feito. ... M. ... Contou que o visual de B. faz “o maior sucesso” quando ela sai pra passear ... B. se arrumava muito bem assim como ela. Brincou ... se ela era perua o bebê também ia ser. ... A. chegou e as duas ficaram discutindo. M. tentava convencer sua mãe que ela também a tinha “empiriquitado” quando era criança. ... Am.-2

A dificuldade pode ser entendida na sua integralidade: é também de contato, de estar próximo. A mãe também mostra que reproduz a forma como introjetou o cuidado que recebeu. Por seu lado, a avó se incumbiu da tarefa, com um certo cuidado, é fato, porque não lhe restou alternativa. Não lhe parece uma situação agradável, tanto que há um desejo seu, também, para que a criança cresça rapidamente, torne-se independente.

... A. me falou que o bebê era muito precoce. Quando uma pessoa aparece, ela já acompanhava com os olhos. Era capaz de fazer uma força enorme com os pés e acha que ela conseguirá andar com seis meses de idade. ... Am.-5

... A avó pegou-a no colo. Vi que a avó cuida com muito carinho do bebê. Neste dia a avó parecia estar ansiosa por seu crescimento. Ela perguntava: “com quantos anos, será, que ela vai engatinhar? E falar?” ... passou a mão em sua

cabeça. Achou mais uma vez que ... era estranha. ... insistiu, várias vezes ... iria tirar o paninho ... porque era um hábito incorreto ... Pegou B. duas vezes no colo, este dia. Disse que ela estava enjoada de ficar, no carrinho. B. ameaçou ... chorar. A. dizia que era sono. ... Am.-9

Mas, pelo menos na presença do observador, as coisas começam a mudar: a avó fica junto com ele para observar, e pode falar dos seus receios; embora haja algumas direções para a educação da neta, ela não as toma imediatamente, partilhando, talvez, com o futuro psicólogo, se é isto mesmo que deve ser feito. E o estagiário, em aprendizado, pode perceber que há ainda, trinta anos após, uma potência de mãe-de-bebê nesta avó, contrastando com a da mãe que gestou esta preparação por nove meses.

M. ... disse: "olha, só, hoje estou folgada, você vai me ver cuidar de B." ... Ela brincou, deu beijos ... B. sorria mas continuava se agitando e, então, começou a chorar. M. ... passou B. para a amiga e disse: "ainda são nove horas, mas não dá para agüentar" ... foi ... preparar a mamadeira ... e, pela primeira vez, a vi amamentar. ... B. mamava com muita voracidade, respirava forte e dava goles velozes, chegou até perder o fôlego. M pediu para amiga ir buscar uma caneta e sua agenda, pois uma pessoa ia ligar para ela. ... ligou, M. não interrompeu a mamada e fez as duas tarefas juntas. B. parecia incomodado ... agitou os braços e acertou o telefone. ... B. ... parecia querer interromper a mamada, mas M. estava desatenta ao bebê, atenta à ligação e o alimentava desordenadamente ... Am.-14

Winnicott (1982a) nos alerta que existem muitas mulheres capazes de manter uma vida *"rica e proveitosa"* (p. 495), mas não conseguem atingir *esta "doença normal"* – preocupação materna primária – na qual um estado retraído, até dissociado, assume temporariamente algum controle, mas que permite que elas se despojem de alguns de seus hábitos, sua vida cotidiana, para estar à disposição da dependência absoluta do bebê. O autor ressalta, no entanto, que há inúmeras razões para que a mãe não consiga se dedicar integralmente à preocupação com os cuidados para com seu filho. Entre as situações problemáticas cita a falta de apoio do companheiro, da família e da atenção dos equipamentos sociais.

Acontece freqüentemente, dos serviços de saúde, imbuídos das mais qualificadas intenções – pela ciência - avaliarem as famílias pelo que não conseguem realizar, classificando-as como refratárias às medidas

educativas. Reforçam, desta forma, um modelo de produção ineficaz, e desesperançoso, negligenciando, no entanto, outras possibilidades potentes para promoção de saúde.

... E. ... buscou a mamadeira para A. alimentar B.. Ela alimentou com muito cuidado e observou o momento de aliviar a mamadeira quando B. ameaçava ficar sufocada. B. mamou tudo. A. a virou por cima do seu ombro para ela tentar arrotar. ... Am.-17

... M. colocou B. no carrinho. B. chorou um pouco ... M. ... ficou balançando o carrinho. ... aumentou o som da televisão para assistir novela. ... disse que televisão é ruim, mas as coisas que passam são tão bobas que você acaba dando risada. ... Am.-18

O registro do observador não está isento de uma certa indignação – o pouco tempo que a mãe tem para filha é partilhado com o ruim da televisão. Será que é possível enfocar esta comunicação como uma dificuldade? Por outro lado, a avó parece descobrir o prazer de brincar com a criança.

... A. sentou ... com B. no colo. B. estava muito calma ... parecia estar a acompanhando a situação com os olhos. ... A. fazia que se escondia de sua neta, esta dava risada sempre que A. aparecia de novo ... Am.-21

Ao mesmo tempo, começa a colocar dificuldades para estimular a criança a procurar por novos recursos. Mas, atenta, a avó não deixa de proporcionar o conforto necessário à criança.

... A tirou a água de B. e colocou a mamadeira em cima do sofá. B. chorava resmungando a volta da mamadeira, mas A. disse que se ela quisesse mesmo teria que vir pegar ... Am.-26

Am.-26... A. ... arrumou o carrinho, abaixando o encosto para ela ficar confortável ... estranhou o jeito que ela dormia e disse que tinha medo que ficasse com dor nas costas. ... B. acordou. A. pegou-a no colo e as crianças ficaram brincando com ela. Ela olhava para todos, um pouco para cada um ... parecia estar estranhando o ambiente cheio de gente ... Ela olhou para mim, A. disse: “olha o tio aí” ... Am.-30

Coloca, então, que a presença do observador foi e continua sendo importante para partilhar o tempo que passa com a neta.

... A. ... Contou que está colocando um edredon para ela tentar engatinhar, ela não deixa C. se aproximar, ele fica sentado na sua caminha, mas B. tentou pegar a perna do cachorro. ... A. me contou ... B. caiu do carrinho, tomou logo

um grande susto. ... ligou para o médico ... era para observar o comportamento ... Como tudo ocorreu normal, ela disse que nada aconteceu. Pediu que eu passasse a mão na cabeça de B., ela mesma disse que estava normal. Passei a mão nos cabelos loirinhos de B. ... Am.-31

... A. pega-a no colo e fala que ela está pesando uns 10 kilos ... e abaixa junto com ela para fazê-la pegar um brinquedo ... B. pega e larga, A. faz uma nova tentativa ... Interessante que A. não reclamou de dor nas costas, como antes reclamava. ... Am.-32

O observador pode perceber que este tempo junto tem repercussões para as duas: a avó já não sente tanto o peso de cuidar da neta e para a bebê que comunica suas necessidades para ela.

... A. perguntou se ela queria ir no andador ... B. fez com as duas mãos puxando para ela ... ela estendeu o corpo como quem vai sair do carrinho ... ela começou a andar no andador, nós sentamos para ficar vendo ... A. disse que B. podia já estar andando se não houvesse o cachorro lá, pois ela não queria colocar o bebê no chão com o cachorro. ... Am.-43

... B. pronunciava a palavra “mamãe” ... A. respondeu que chama todo mundo, inclusive ela, então A. segurou-a ... e disse “eu sou vovó, viu!” ... Am.-44

Interessante esta comunicação da avó: tem os cuidados de uma mãe, mas não quer se confundir com ela. Mostra como ela acha importantes os limites e a diferenciação para o crescimento da criança.

... A. disse que ela ainda não andava ... não gosta de deixar no chão frio, depois, com uma expressão mais relaxada no rosto ela sorriu e disse “quer saber!”, colocou então B. no chão, primeiro tentou fazer ela ficar de pé, mas ... B. buscava o chão na tentativa de engatinhar ... A. se rendeu ... B. saiu engatinhando ... falando ... com muita energia ... Am.-45

E sob a observação do estudante com quem já fez um vínculo, ela pode rever seus modelos, consegue soltar a criança para que ela tenha suas experiências.

O desenrolar desta observação teve repercussões importantes para o estagiário, que frustrado com a ausência da mãe, observou o valor da sua presença discreta, da sua escuta acolhedora, para o nascimento de uma “mãe suficientemente boa” na avó. Com isso, redimensiona a postura do terapeuta como ferramenta para o cuidado. Ou seja, sem aplicar

interpretações baseadas na teoria, sem intervenções educativas, mas com interesse e responsabilidade por conhecer, pode mediar o desenvolvimento da maternagem na pessoa disponível para tal.

“O bebê é uma organização em marcha” (WINNICOTT, 1982e), isto é, cada criança tem um impulso biológico para a vida, para o crescimento e desenvolvimento, é uma parcela do próprio bebê. No entanto, para que este potencial se expresse é necessário um ambiente facilitador. Inicialmente, a mãe suficientemente boa é o ambiente favorável.

O ambiente suficientemente bom não faz o lactente crescer, nem determina o sentido do crescimento, mas possibilita o processo de maturação. O bebê pode viver a experiência de onipotência e progredir no seu desenvolvimento no sentido da integração, do crescimento emocional e acúmulo de experiências. Tem repercussões também para outras pessoas da casa, que podem aprender sobre as formas de cuidar.

... Quando ouve a voz de M., B. franze a testa, tenta chorar, tosse e começa a sorrir ... I. ... Ihe beija a testa; mexe em seu pé, e B. sorri novamente, colocando a língua para fora. M. pede para que I. tome cuidado com ele, se não ele chora. M. ... diz que trabalha muito em casa ... às vezes fica alguma coisa para fazer ... mas neste dia não tinha mais nada para fazer. B. geme um pouco e ela o pega no colo, percebendo que fez xixi. M. coloca-o no sofá para trocar sua fralda e I. pede para segurar B. um pouquinho. ... M. ajuda I. segurá-lo. ... I. fica fazendo carinho em sua cabeça e dá risadas. M. pede que I. jogue a fralda fora e ele vai todo feliz ... oferece o peito para B., que demora para pegá-lo; parecem calmos. B. mama um pouco e larga, mama novamente e larga e fica assim durante um tempo ... dá sinais de que está ficando satisfeito ao empurrar o peito de sua mãe ... retirando a boca do seio. M. diz “o que foi, o que você tem?”; tenta amamentá-lo novamente e ele não quer, coloca apenas a mão no seio de M. Ela diz “bom você já está gordinho”... B. volta para o carrinho ... está quase dormindo ... M. pede que I. abaixe a TV; ele obedece e deita no outro lado do sofá para assistir desenho. B. se mexe quando M. fala, mas volta a dormir. O sono parece tranquilo ... sua respiração é lenta ... Az.-1

Mais importante que satisfazer as necessidades básicas, a adaptação da mãe às necessidades egóicas do bebê possibilita *“uma continuidade do ser”*, sem perturbações excessivas, como experiência para o indivíduo. O

que proporciona ao bebê uma sensação de segurança e de ter sido amado, além de tomar conhecimento sobre o sucesso adaptativo de sua mãe.

A observação revela como é a ligação entre a mãe e o bebê, mas sabe prover também continência para o irmão maior. Ela entende que o leite seja importante para a criança, mas pára e olha para sua necessidade e para sua satisfação, sabe respeitar o seu ritmo, seu tempo. Esta comunicação quase visceral tem repercussões para o bebê, que fica tranquilo, pode, inclusive, reconhecer o apoio do irmão, que fica bem pela presença compartilhada com a mãe.

A mãe dedicada comum não precisa que lhe ensine a cuidar da sua criança, ela sabe o que fazer porque capta todos os sinais para melhor compreender as demandas dela.

... Percebe que B. está com soluço e tenta lhe dar o peito, ele não quer, o soluço pára e ela o recoloca no centro da cama. B. se espreguiça e sorri ...estica os braços para o lado e fica quieto. ... B. se mexe menos, parece querer dormir, mas o barulho da sala parece mantê-lo acordado. Quando as pessoas ... aumentam o volume da voz, B. se agita, arregala os olhos e, em seguida fica quieto novamente ... B continua com a cabeça virada para o lado esquerdo, mesmo dormindo, quieto... dorme profundamente. Agora o barulho não lhe perturba. ... Az.2

A consequência de a mãe poder estar junto do bebê, entendendo suas necessidades e as satisfazendo, é que ele pode ficar tranquilo, mesmo quando o ambiente é adverso. Parece que ele pode introjetar a confiança de que há uma pessoa que possa sustentá-lo. O irmão, embora testando a atenção da mãe para ele, parece desfrutar da companhia materna e não se sentir ameaçado pela presença do recém-nascido, que solicita atenção da mãe, antes exclusividade sua.

... B. respirava lentamente ... dava alguns suspiros ... M. ... sentou-se ao lado de I. ... que queria dormir. M. disse que não, pois ele não dormiria à noite. Ele deu risada. M. decidiu cortar as unhas de I. e ele ficou quieto, como que gostando do cuidado da mãe. ... I. queria jogar fora as unhas cortadas, mas M. ... disse que ela mesma o faria, uma vez que ele era muito arteiro ... B. se espreguiça, franze muito a testa, coloca as mãozinhas sobre o rosto, parecendo coçá-lo. M. comenta: "Xi, já acordou?" E, pegando-o do carrinho diz: "Você deve estar com fome, né, coisa linda?" I. vem do outro canto da sala pra ver o irmãozinho, tenta abraçá-lo ...

M. sorri para I. que retribui ... M. deita B. no sofá ...vai buscar uma fralda. B. está quieto, olha fixo para o teto. M. o coloca no colo novamente, sentado, ele se espreguiça ... Ela amamenta B., que pega o seio rapidamente, parecendo estar com fome. Ela diz: "Ah, eu sabia, porque ele dormiu ... sem mamar e só acordou agora"... B. mama olhando para o teto; a mãe o olha o tempo todo. Após mamar fica quieto no colo da mãe e sorri. Ela chama I. para abraçar o bebê, que continua quieto. I. vem sorridente, B. balança as mãozinhas, olha para I., olha pra cima e começa a sorrir. M.faz cócegas em I., que dá uma risada muito gostosa; todos rimos, inclusive o bebê. ... Az.-33

A estagiária pode observar como é o cotidiano desta família, como cada um reage, se adaptando às situações. Com a maestria do afeto, a mãe maneja o ciúme do filho mais velho, as necessidades do menor, ensinando-os sobre continência, pela experiência satisfatória de serem contidos.

... no quarto, sozinha com B., ele acorda, se espreguiça todo, vira a cabeça para os dois lados, franze a testa e fica olhando para o teto. Olha para mim ... fixa um pouco o olhar, depois olha para o teto novamente. ... M. volta ... e ao ver o filho acordado ... diz: "Oi, você tá acordado é, vem aqui coisa linda". B. sorri ao ouvir a voz da mãe. Ela percebe e comenta comigo ... coloca no colo, cheirando sua pele e analisando seu cabelo atrapalhado. A. ... me pergunta: "Ele não é a coisa mais linda?", e responde "Senhor da Glória, ele é a coisa mais linda". M. disse que a médica falou que ele se comunica bastante para essa idade, que ele parece esperto. M. olha para ele e ele sorri novamente ... I. volta correndo e deita na cama, pedindo para a mãe fazer B. andar sobre ele. A mãe coloca o bebê de pé sobre o irmão; este dá muita risada e sai correndo ... I. reaparece no quarto e diz estar imitando um sapo, pára para beijar seu irmãozinho. ... A. diz: "Olha moça, olha aí hein? Cuida aí..." M. dá risada e pergunta se I. está fazendo alguma coisa com B. ao mesmo tempo em que entra no quarto. Pede a I. que desça da cama; ele obedece. A avó se levanta do sofá para dar banho em I., que comemora ... A.z-4

Através de uma comunicação, que não é verbal, o bebê mostra como está tranquilo. Igualmente, a atitude da família permite-nos conhecer os fatores contribuintes para o desenvolvimento saudável, não apenas, da criança, mas da família.

A atenção familiar focada no bebê é, por outro lado, determinante do ciúme do irmão, que a família vai contornando e promovendo outros aprendizados para si e para criança. A reação do menino mais velho permite

inferir que está aprendendo, apoiado pelos familiares, como entrar no princípio da realidade: não é possível ter a mãe integralmente, ter toda atenção só para si, mas que pode crescer, ter outra assistência mais compatível com o contexto em que vive na atualidade.

Em outras palavras, o que é então comunicado quando uma mãe se adapta às necessidades de seu bebê? A experiência de confiabilidade. Isto é, a capacidade da mãe de ir de encontro às necessidades dinamicamente em mutação, de acordo com a etapa do desenvolvimento, permite que a criança tenha, apoiada, as mais diversas vivências, tanto harmoniosas como traumáticas. A maneira como estas se reiteram configura a base para as expectativas da criança, uma crença baseada na experiência de contar com uma pessoa confiável, que se preocupa ou não.

Esta comunicação é, porém, silenciosa. O bebê não a ouve, apenas registra os efeitos da confiabilidade: as formas pelas quais a mãe concretiza aquilo que o bebê procura, garante-lhe uma experiência inicial de onipotência, *o mundo está sob seu controle*. É a partir desta que pode começar a experienciar a frustração, saber o que está pronto para procurar por si próprio (WINNICOTT, 1994c).

... B. estava muito sorridente, mexendo-se muito, virava a cabeça para os dois lados e emitia sons cada vez mais altos; eu achei muita graça. B. percebeu e olhou pra mim sorrindo. Virou-se para o lado esquerdo, quase de costas para mim e tentava colocar toda a mão na boca, franzindo testa e parecendo fazer força. ... Fico novamente sozinha com B. ... fica quieto, como que prestando atenção ao barulho lá fora, que é muito confuso. Franze a testa e parece “tentar” chorar baixinho, mas logo se vira para o lado, balançando as perninhas novamente, olhando para o teto fixamente ... coloca o polegar esquerdo na boca, sugando-o por algum tempo. ... Az.-6

Assim, confiante pode explorar o mundo, estabelecer outras relações. Outras pessoas também vão se apropriando desta comunicação especial para se relacionar com uma pessoa que ainda não fala.

... B. ouve a mãe e fica emitindo sons, baixinho, de repente aumenta o volume, parece querer chamá-la. Olha na direção em que a mãe está, balança o corpo e ela comenta: “Daqui pra frente acho que ele não fica mais quieto não...”. Ele franze a testa e ela lhe pergunta se ele está com fome

fazendo carinho em sua cabeça. I. se aproxima do carrinho e faz a mesma pergunta que a mãe. Ela sorri. ... Az.-13

M. me disse para sentar na cama ao lado do bebê. B. estava se mexendo, mas quando me sentei ficou quieto, olhando fixamente para mim. Sorri, ele continuou me olhando. Não resisti e toquei suas mãozinhas e pezinhos. Comentei com M. como ele estava lindo. Ela disse: "Aí B., olha quem veio te visitar..." Ele olhou para a mãe, segurando meu dedo, ... para mim e sorriu. Começou a balançar os pés e as mãos, parecia feliz. ... segurava meu dedo e me olhava ... soltou, virou-se de bruços, tentava ficar de quatro, tentava falar o tempo todo, olhava muito para o lado em que a mãe estava. Foi se arrastando até o final da cama. Ela comentou que ele está quase engatinhando e que já senta. ... Az.-14

... B. ... balança os bracinhos em minha direção. M. diz que ele está me chamando, que quando faz esse gesto, está chamando a pessoa para quem está olhando. Sorri e ele escondeu o rosto no corpo da mãe que disse: "Ah, seu sem-vergonha"... Az.17

... B. tentava engatinhar ... mas ficava só na tentativa. Perguntei a M. se ele estava engatinhando. Ela disse que ele tentava ... Az.-17

... B. parou de chorar assim que a mãe o pegou no colo. Ela disse que ele está assim, que não pode descuidar dele no berço e ele chora. ... Ela disse ... que ele está engatinhando agora e quer ficar o tempo todo fora do berço. ... B. brinca com um tubinho ... emite muitos sons, parece cantar. M. sorri, dizendo: "Que bebê mais lindo esse!". Ele sorri muito. I. vem ... brinca com o irmão que parece gostar ... quando I. pega o tubinho e o coloca num lugar alto, em que B. não alcança, o bebê engatinha e tenta se apoiar em um balde para ficar em pé. Até que consegue. M. sai de onde está e diz: "Ele tá ficando espertinho"... Az-20

... I. ... vem me mostrar um livrinho com desenhos que está pintando, me conta que está indo à escolinha, que lá tem muitos brinquedos e é muito bom. B. fica em volta de I., querendo brincar com suas canetinhas, às vezes grita, mas pára logo e sai "andando" pela garagem. B. roda todo o espaço, às vezes quer alguma coisa que está no chão e grita para que alguém o atenda; às vezes M. vem, outras, é I. que o atende. ... Az-22

Quando as necessidades do bebê podem ser satisfeitas pela "mãe suficientemente boa", não só o observador da família, mas todo o grupo pode aprender a importância que isto tem para o desenvolvimento da criança. Mais, ensina como ela sustenta o movimento da dependência absoluta para independência relativa, individuação (WINNICOTT, 1982b). A relação que o bebê estabelece com o mundo, humano e concreto, está

vinculado à apresentação que a mãe faz a ele. O que a mãe faz é a facilitação para que o potencial hereditário da criança se expresse, através da intermediação dos seus processos de desenvolvimento. Gradualmente, ela vai introduzindo a porção de realidade, de acordo com a sua capacidade de vivenciar o ambiente, preservando uma certa dose de ilusão, condição indispensável para o desenvolvimento criativo (VALLER, 1990).

Esta tarefa que “*mãe suficientemente boa*” faz naturalmente - porque não pode ser ensinada, apenas apoiada para que se desenvolva - assemelha-se à atenção integral à saúde que temos a intenção de promover, no sentido da produção da autonomia. Fala também de uma série de capacidades que a mãe desenvolve na experiência de maternagem: sensibilidade para escuta de uma comunicação não verbal, da transformação de desejos onipotentes em uma adaptação à realidade possível, entre outras.

Relacionamos esta capacidade materna à necessária para a compreensão de como a sociedade atualmente se organiza e, conseqüentemente, procura por cuidados em saúde, para construção de novas práticas de cuidado em defesa da vida, para o debate e reflexão crítica acerca da produção do cuidado como um dos fenômenos em saúde (PINHEIRO; MATTOS, 2004).

4.6. A construção da interação e do vínculo

A construção da integralidade da atenção à saúde como prática social não pode ficar restrita a sua organização técnica, principalmente na situação predominante atual, que equivale à técnica baseada no saber biomédico (PINHEIRO; GUIZARDI, 2004). É necessariamente polissêmica, menos determinada pelas configurações institucionais e normativas, precisa ser tomada como um campo de disputa de desejos e interesses. Por isso, a construção de um sistema integral desafia-nos a superar nossas concepções de atuação no campo da saúde como definições do “*que fazer*” pela aplicação exclusiva dos saberes disciplinares existentes (AYRES, 2001).

A assistência à saúde tem sido historicamente balizada pela intervenção que sujeita o outro a um poder-saber técnico. Característica comum das relações sociais da modernidade revela-se insatisfatória porque despreza o desejo, o saber, a história de cada um, a singularidade de cada viver (PINHEIRO; GUIZARDI, 2004).

Pinheiro e Guizardi (2004) apontam ser necessária a transformação do atuar em saúde como intervenção técnica para o agir em saúde como produção do cuidado, *o ato de cuidar como alma dos serviços de saúde* (MERHY, 2000c). Nesta perspectiva, procedimentos e técnicas tornam-se secundários às relações engendradas, do campo das *tecnologias leves*. Quanto maior a composição da caixa de ferramentas, complexidade de saberes para produção de atos cuidadores, maior será a possibilidade de se compreender o problema de saúde a ser enfrentado, com melhores chances de satisfação da necessidade.

Assim, a construção da integralidade ganha forma e expressão no encontro dos diferentes sujeitos implicados, como espaço de abertura para o diálogo, de aceitação do outro com diferentes vozes, saberes e implicações (PINHEIRO; GUIZARDI, 2004). É preciso, no entanto, explorar e entender as tensões próprias deste encontro produtor do agir em saúde.

No encontro de duas ou mais pessoas há uma interação comunicativa, não necessariamente verbal, com momentos de acolhida ou não, de compromisso ou não, para o que é colocado como expectativa ou desejo, dependendo do sentido e do vínculo para os que dela participam. Há uma relação interdependente e constantemente dinâmica: a qualidade do vínculo depende da qualidade da interação, que tem haver com a compreensão da fala, da disponibilidade para escuta. Isto é, a interação qualifica o vínculo que, por sua vez, transforma a interação.

Portanto, no encontro sempre existirá a relação interação-vínculo, de forma, nomeada como positiva, quando promove transformações criativas e inovadoras no sentido da satisfação da necessidade. Ou seja, a interação positiva precisa de uma comunicação, não necessariamente verbal, mas que faça sentido para quem demanda e para aquele que pretende acolher, só

assim é possível recriar o processo de trabalho para atenção integral à saúde. Caso contrário, insiste-se na estagnação esterilizante, interação hegemônica de aplicação de formulações prontas, com pouca densidade crítica, ineficazes por não apreenderem o problema na sua integralidade como necessidade de saúde.

Nos dizeres de Ayres (2001), reiteramos esta experiência de dispor nossas competências profissionais para “*nossa população alvo*”, como se cada sujeito-profissional e sujeito-população saísse do seu lugar particular e se encontrassem em uma arena neutra, para dar e receber saúde.

Cuidar da saúde de alguém transcende as competências e tarefas técnicas, é preciso estar preparado, disponível para o diálogo com interesses de natureza estética, emocional e moral, entre outras (AYRES, 2001). Em outras palavras, não está apenas inscrita no plano racional, também dela participam os desejos, os afetos e, até mesmo, as fantasias, da dimensão do inconsciente.

Para Winnicott (1975), o “*entre*”, espaço intermediário da experiência não é uma posse de um dos participantes, mas construção mútua a partir vivência de continência, onde o que foi “*contido*” pode ser disponibilizado para que cada um dos envolvidos possa usá-lo de acordo com as suas necessidades, e fazer suas recriações (OGDEN, 1996).

A experiência de ser contido com nomeação para o que antes estava indiscriminado, soando muitas vezes como ameaçador e terrorífico, pode agora ter um sentido passível de ser comunicado, entendido e partilhado de uma maneira mais horizontal, mais democrática. Onde o novo vai ser usado, transformado pela singularidade de cada um e possível de ser, uma vez mais, colocado no também novo espaço interseção, na nomeação de Merhy (1997).

Como no percurso de uma espiral sem circularidade fixa, as vivências de interação “*positiva*” ampliam a busca do conhecimento do eu, do outro e do coletivo; e a cartografia resultante assemelha-se a um cone invertido: as voltas de cada espiral (círculos que não se fecham, ascendem a outro nível) são alargadas em cada plano pela inclusão da experiência pensada ou a ser pensada. Diferente da idéia-imagem usada por Pichon-Rivière (1998), onde

o cone invertido se presta a demonstrar o movimento de emergência do implícito, o vértice do mesmo pode ser visitado a partir da base, mas será olhado, e portanto visto, de maneira diferente pela “bagagem” adquirida no percurso inverso, do vértice à suposta (porque nunca alcançada) base (REZENDE, 1992).

Para sintetizar o que estamos querendo dizer, usamos as palavras de Ogden (1996, p.xvii):

“O que estou descrevendo é, ao mesmo tempo, uma das experiências humanas mais misteriosas e mais comuns – é a experiência de combater a nossa auto-identidade estática por meio do reconhecimento de uma subjetividade [...] que é outra para nós.”

A transformação do vínculo de poder para o de cuidado pode significar o sacrifício de certas técnicas hegemonicamente aceitas. Não se preconiza um ecletismo aleatório e um descaso pelo conjunto de formulações teóricas que dá corpo às relações de produção do trabalho em saúde, o que não deve acontecer é que regras determinem a natureza da relação ou intervenções categóricas que impeçam a criação de um espaço intermediário potencializador da reflexão (KATZ, 2000).

... M. abre a porta com B. no colo. Pede baixinho para eu entrar. Pareceu-me ... um pouco cansada. “Tadinha”, cheia de olheira! ... cumprimentei-a com um beijo no rosto. Comentei como estava calor. Ela concorda e vai se levantando para abrir um pouco a janela e a cortina para arejar a casa, mas eu a impeço e digo que eu abriria. Levanto-me e tiro a sandália ... dizendo em voz baixa: “Deixa eu tirar isso porque faz muito barulho”... Diz que B. acabou de parar de chorar ... estava chorando muito, a manhã inteira. Comentei ... havia ligado e falado com P., que me disse que ... “B. não deixou ninguém dormir direito”. Ela sorriu e disse que realmente não podia dormir porque B. acordava a cada meia hora ou menos ... também sentir por B. ... já há algum tempo ele vinha tendo cólicas que deixavam-no irritado. Disse a ela que lembrava deste comentário, que ela o fizera na visita anterior. ... Disse que B. parecia muito com P., era calmo, tranqüilo, mas quando estava bravo, ninguém agüentava ... Mm-2

Parece que a Marrom observou vários detalhes, que faz com que se compadeça da situação de cansaço da mãe. Sai da postura de observadora tomando iniciativas de ação, fazendo comentários. Esta atitude, no entanto,

proporciona continência para a mãe, que tendo alguém que pense nela, pode pensar no incômodo do seu bebê mais do que no dela própria e pode refletir sobre o que vê: a braveza insuportável do marido se desenvolvendo no filho pode ser “*hereditária*”, mas pode ter origem no desconforto, passível de cuidados. Assim, pensar o cuidado com o filho e também com o marido tem um espaço na mente desta mãe.

O espaço de escuta continente tem uma implicação terapêutica, com potência de ser mais eficaz que a intervenção orientada para ação de alívio de um sintoma.

Mas, o que vinha se constituindo como uma interação potente para a produção do cuidado, é interrompida por uma série de perguntas, que interfere no fluxo de comunicação da mãe.

... Pergunto de I., ela me diz que estava na escola ... Perguntei qual era a fase (faixa etária) que dava mais trabalho ... Ela disse que quando a criança atinge mais idade. ... Ela disse que o certo seria programar o bebê, mas se você pára para pensar, nunca é tempo de engravidar. Perguntei se B. tinha sido programado e ela disse que sim, a princípio. ... ela não pensava em ter mais filhos, mas que P. queria muito. Desde que eles se conheceram ele pediu um filho para ela. Mas ela sempre tomou anticoncepcional. Quando ele encontrava uma cartelinha na casa ele jogava fora. Mesmo assim, ela tomava escondido. B. só nasceu, porque ela deixou de tomar a pílula, alegando que “não queria gastar dinheiro com isso”. ... P. ficou muito contente ... Mm-2

Embora Marrom faça um questionário daquilo passível de ser observado, até mesmo invasivo, a mãe não toma desta forma, aproveitando para falar de si, da sua relação com o marido. Mas será que ela pode pensar na contribuição do seu desejo para gravidez? Há implicações importantes para a saúde e para o cuidado: tem influência sobre a vinculação dela com o filho, sobre o planejamento familiar.

Quando se pretende a atenção integral à saúde, é indispensável que se conheça o indivíduo como produto e produtor nas relações estabelecidas com outros, com a família e com a sociedade. A investigação deve contemplar as três dimensões, com análises psicossocial, a partir do indivíduo, sociodinâmica, do grupo como estruturante do seu viver, e a institucional, como grupo maior. Mas não existe uma separação entre os

campos de investigação, o que se procura conhecer é a forma particular de como se dão as relações do indivíduo com o outro, com o grupo mais restrito e maior (PICHON-RIVIÈRE, 1998). Diversa da assistência clássica focalizada no indivíduo-paciente²⁷, a integralidade da assistência pressupõe a assunção dos vínculos.

Nesta pesquisa para uma clínica ampliada, o investigador não está de fora, é participante ativo do que se expõe para que conheça – o tipo de vínculo construído tem influência direta no que se apresenta como manifesto de cada um dos participantes - como conhece, enquanto disponibilidade para a relação, mas também implicado com as transformações, uma vez que interfere no que pretende conhecer.

Assim, a interação que se compromissa com o conhecer para cuidar vai se revelando produtora de vínculos de confiança, essenciais para produção de cuidado.

... M. abre a porta, está ... arrumada ... pergunto se ela estava saindo. Ela diz que sim. Então proponho que eu venha em outra hora, ela diz que não ... que eles ainda iam demorar um pouco para sair ("Até meu marido ficar pronto ... do jeito que ele é enrolado") ... M. ... conversa um pouco com B., diz que ele está olhando para mim e vai tirando o bebê do berço ... Assim que ela o levanta, ele gira a cabeça na minha direção e não pára de olhar fixamente. Isso chama a atenção dela: "Olha,O.! Entortando o pescoço só pra te ver" ...Mm-4

O cuidado de Marrom para não atrapalhar as programações da família, provavelmente tem influência sobre a receptividade da mãe, fazendo com que ela se responsabilize pelo compromisso previamente marcado e possa comunicar implicitamente que a presença da estagiária é um espaço para falar de suas necessidades. No entanto, esta interação não é linearmente homogênea, sofre múltiplas influências promotoras de regressões, interrupções, que precisam ser entendidas como comunicações das dificuldades emergentes.

... vi I. chegando ... acompanhado por um menino um pouco mais velho. ... Cumprimentei-o ... perguntei sobre o paradeiro

²⁷ De *pathos*, sujeito da paixão, sofre (REZENDE, 1998), não é ator do conhecimento e das ações de saúde.

de sua mãe. Ele disse que haviam saído e que não sabiam quando voltariam; me pergunta se eu não quero entrar. Eu digo que já estava indo embora. Perguntei pra ele quem era o menino que estava com ele ... Ele disse com certo ar de desprezo: “- É esse aí que cuida de mim de vez em quando”... Quando estava ... indo embora, ouvi ... I. dizendo bem alto, acenando para mim sorrindo: “Tchau!”. Mm-5

Há uma identificação com o abandono, que pode fazer o irmão falar do que sente ser o seu. Mas fica no ressentimento, não há espaço, nem no tempo de espera, para pensar como uma dificuldade da família, ou mesmo como reação à ausência de Marrom, na semana anterior, provavelmente sentida como abandono também. A interação “*negativa*” – tomar a ausência dos pais ao encontro marcado como indício de que não desejam mais a observação – tem repercussões sobre a (in)disponibilidade de Marrom e da família para a observação, mas sobretudo perde-se a oportunidade de se pensar nos fatores que determinaram a situação, semelhante aos que influenciam, por exemplo, a adesão ao tratamento, ao acompanhamento pelos serviços de saúde.

Esta consciência que resulta do pensar e sentir é afetiva, mas faz parte das habilidades e saberes para perceber o que está acontecendo. Estes, coincidentemente, são os mesmos que o cuidado demanda: sugerem uma forma de sermos para andar a vida lado-a-lado, em diálogo, na horizontalidade, na construção conjunta (WONG, 2004).

... P. pergunta se eu quero segurar B. ... sem jeito, eu aceito. M. ... diz: “Até que enfim”. Digo que não tenho muito jeito ... P. diz que toda mulher nasce com esse dom. “Viu como não é difícil?”. Coloco-o sobre meu ombro e tento não tirar M. de sua vista. Ele começa a ficar um pouco impaciente e acabo entregando-o à mãe. ... B. fica me olhando. Mando beijinho para ele e ele sorri, escondendo o rosto com as mãozinhas. ... Mm-8

O pai é mediador de momentos interessantes: da interação de Marrom com o bebê, que desperta a manifestação da mãe – ela diz que esperava que a observadora, depois deste tempo com eles, tivesse vontade de segurar a criança. Por outro lado, Marrom pode aprender a estar em um contato mais próximo, mais disponível, pela experiência nova, com o apoio da família, mas sobretudo pensar nas suas dificuldades, que permearam o desenvolvimento da observação, importantes para aprendizado da clínica do cuidado.

... P. comenta como o filho olha na minha direção e justifica-se dizendo que devia ser porque fazia muito tempo que eu não ia lá ("Também, faz 5 anos que você não vem ver ele")
 ... Mm-9

É o pai, novamente, quem se coloca para falar das expectativas da família em relação a Marrom. Reclamando sua falta, chama atenção para a necessidade de uma frequência mais regular, mais comprometida para que o bebê a reconheça. É porta-voz das queixas que pacientes e usuários fazem quanto à falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços de saúde em torno de si e dos seus problemas de saúde. Mais ainda, é mediador da vivência sobre as teorias do vínculo, nos seus elementos constituintes: tempo, interesse por conhecer, compromisso.

Já sua esposa, a mãe do bebê, coloca sua expectativa que, de certa forma, foi frustrada pelas ausências prolongadas, quando o vínculo de confiança estava se constituindo, para falar de seus mais profundos e íntimos problemas. Ela não recusa a presença, de volta, de Marrom, mas se coloca numa distância que comunica seu ressentimento.

... Uma das mulheres perguntou a M. se eu era amiga dela, e ela disse que eu era Psicóloga ... e ia uma vez por semana ver o B. ... M. estava ocupada, ela não voltava a atenção ao filho. De vez em quando passava e mexia com ele. B. estava inquieto, e perguntei para M. se ele estava com sono. Ela disse que achava que sim. Foi até a cozinha e trouxe uma mamadeira cheia de água e colocou na boca de B. e eu segurei. M. continuou suas atividades. Estava passando um produto com cheiro forte nos cabelos de uma de suas clientes. Perguntei se eu deveria tirar o bebê dali em função do cheiro do produto de amaciar cabelo. Ela disse que não precisava porque ele já estava acostumado ... Mm-11

Não só o bebê, a mãe também não reconhece mais Marrom. Não tem nome, não é amiga, nem é mesmo a estudante de psicologia. Isto confirma que o vínculo formado foi rompido, e denuncia, através do desejo-expectativa da visita semanal, que não esqueceu o contrato do início da observação. Apesar da tentativa de Marrom se aproximar, solícita, a mãe recusa suas várias ofertas.

A noção de vínculo está relacionada à responsabilização, onde se busca uma ligação mais estável entre as pessoas, onde um contrato explicita um certo projeto de trabalho (MATUMOTO, 1998).

A idéia de contrato, de responsabilidade é muito mais ampla que os elementos racionais que os compõem, adquire uma dimensão subjetiva. Por exemplo, a ausência da família para o horário marcado para observação, semelhante à falta dos pacientes e usuários aos retornos, podem ser interpretados como desistência desta parte. O trabalho em saúde que pretende a integralidade da atenção há que superar esta cultura que bloqueia o acesso, comprometendo-se com a compreensão do que o impediu.

Desta forma, pela experiência re-pensada, o estudante em formação e o trabalhador de saúde podem pensar na relação dinâmica, não linear, e sim dialética, realimentada mútua e subjetivamente como determinante da estrutura vincular, qualificado como “*bom*” ou “*mau*”, segundo a satisfação ou frustração de suas necessidades motivacionais (PICHON-RIVIÈRE, 2000).

No entanto, estar próximo o suficiente para poder se colocar no lugar do outro, ter compaixão²⁸ (REZENDE, 1998) não é tarefa simples quando confronta nossos valores, nossas teorias, ou elas não dão conta de explicar aquilo que observamos, mas principalmente quando mobiliza dor, sofrimento. O mais comum é apelar para os questionamentos conhecidos e aceitos socialmente.

... M comenta comigo que B está com aversão a um seio ... quando a coloca para mamar no seio esquerdo, ela não aceita de jeito nenhum e chora muito ... fica desesperada ... M. pega B ... diz que vai tentar amamentar agora que ela está calma, que não está chorando, pois se tenta com ela nervosa, aí que não dá certo mesmo ... oferece o seio esquerdo. B. encosta no bico mas logo se afasta e começa a chorar. M. oferece novamente mas B. não aceita e chora. M. desiste então. Fica com ela mais um tempo no colo e quando pára de chorar a coloca no carrinho. Disse que está preocupada, que isto é muito estranho. Pergunto o que os médicos falam e M. diz que eles não sabem, mas com isto ela não está ganhando o peso esperado e se continuar assim será preciso fazer exame. Pergunto qual o exame e M. diz que B. tem que tomar uma substância, primeiro, mas não se lembra o nome ... B. dorme e M. vai arrumar a cozinha. ... M. volta e comenta que a novela já começou, sentando-se no sofá. ... Vd-8

²⁸ Pelo dicionário Caudas Aulete, entre outros significados está “*pesar que nos desperta o mal alheio*”, o sentido que mais se aproxima do que gostaríamos, aqui, de invocar. Mas, não para expressar o sentimentalismo do “*ter dó*”, e sim sobre a capacidade de poder sofrer a paixão (*pathos*) do outro de forma que se possa entendê-la melhor.

A mãe quer entender o que seu bebê comunica com esta aversão pelo peito. Mas Verde medicaliza o estranhamento da mãe, não só, perdendo a possibilidade de pensar sobre o que pode estar acontecendo, mas, provavelmente, indicando para mãe que seja um problema da área médica, desresponsabilizando-se do “núcleo cuidador”, negligenciando o pedido feito a ela.

Na busca de possibilidades de intervenções que mudem os modos de produzir atos de saúde, Merhy (2002a) acredita que um modelo de atenção em defesa da vida deve ampliar sua missão, articulando o núcleo específico de ação - que possibilita um agir sobre o problema a partir de certos recortes profissionais, efetivamente mais eficazes - ao núcleo cuidador.

Este último, aliás, deverá se impor como responsável pelo “projeto terapêutico”, favorecendo inclusive a diminuição das relações de dominação entre os vários profissionais, representantes de interesses e modos de operá-los no interior dos modelos de atenção. Independente do papel que desempenha, todo trabalhador da saúde é um operador de cuidado, desde que capacitado para atuar no terreno das tecnologias leves - modos de produzir acolhimento, responsabilização e vínculos. (MEHRY, 2002a)

A presença regular junto à família, com interesse por conhecer, durante um período prolongado, implica Verde como produtora do cuidado.

... completado uma hora de observação e digo a M ... já estava na calçada, M. fala que está preocupada com B.. Disse que a nenê de uma conhecida sua tinha refluxo e teve que fazer cirurgia ... sua mãe, que teve 13 filhos, contou que quando os dentes estão nascendo, a criança pode ter várias reações, como ficar enjoada ou ter algo na pele ... apesar disto, não acha que é o caso de B., pois já faz ... várias semanas ... que ela está regurgitando muito. M. termina sua fala desejando que não seja nada. Combinamos a próxima visita, nos despedimos e vou embora ... Vd-11

A mãe demanda a continência de Verde para articular os vários saberes: o da avó experiente - quando os bebês estão se desenvolvendo passam por vários períodos de adaptação – ao da Medicina. Verde não faz nada além de escutar, mas já teve condições de aprender o quanto o acolhimento pode ser terapêutico. Articulando um espaço-tempo com a escuta sem julgamentos, sem intervenções, os participantes dos diversos

encontros têm possibilidades de receber e pensar nas contribuições de cada um, para compreensão do problema e do planejamento das ações.

... Pergunto como está B.? M. diz ... já está quase dando uns tapas nela. Pergunto o porquê e ela diz que B. está dormindo pouco e chorando muito, como se estivesse mostrando que vai ser daquelas pessoas que impõem suas vontades ... se pergunta se a B. vai ficar como ela, dizendo que ... ela, apesar de ser calma na maior parte do tempo, quando fica brava, fica muito brava mesmo ... M. se pergunta como será que ficam as crianças cujas mães não oferecem cuidados suficientes. Diz que se B. está sendo cuidada, está assim, então ela nem consegue imaginar como são as crianças de mães que não se importam. ...Vd-2

Apesar das perguntas focadas na bebê, a mãe toma o interesse de Verde como espaço onde ela pode projetar suas dúvidas, até mesmo suas insatisfações. Esta, com uma escuta continente, acolhe as necessidades de saúde materna: como ficam as mães que não têm as suas demandas ouvidas, batem no filho?

Na maioria das vezes, as pessoas não precisam de regras, conselhos dizendo o que devem ou não fazer; querem falar dos seus incômodos, até como forma de descarregar suas ansiedades, medos ou até agressividade. O desejo de bater não se transforma na ação, principalmente, quando pode ser entendido como momentos dos seres humanos, ou como forma de pedirem ajuda.

... B. começa a chorar ... de olhos fechados e fazia movimentos com os braços e pernas. ... M. vem ... e olha para ela, por trás do carrinho, balançando um pouco. Comenta que parece que o cérebro de nenê tem um alarme que desperta na hora certa. B., segundos depois que a mãe começa a balançar o carrinho pára de chorar e continua dormindo. M. comenta que ela está mais tranqüila, ultimamente. Pergunto se a gripe passou e ela diz que sim, mas que acha que infelizmente, B. tem alergia no nariz ... B. pára de chorar e começa a mamar calmamente, olhando fixamente para o rosto da mãe durante um longo período da amamentação, até o momento que fecha os olhos, ficando assim até o final. M. percebe e comenta comigo. Digo que já tinha reparado e M., então, olha sorrindo para ela e diz: "O que você está olhando? Você achou a mamãe, minha bonequinha?". M. continua olhando-a durante todo tempo em que B. sustenta o olhar, parando só em alguns instantes para olhar para mim e no momento que pega a mão de B.. para fazer carinho. Durante a amamentação B. permanece

tranqüila ... Após fechar os olhos, B. continua mamando por mais um tempo e depois soltou o seio. M. a coloca de pé encostada em seu colo para arrotar. B. não arrota e dorme, permanecendo no colo de M. até o final da observação. M. fica fazendo carinho em sua cabeça e dando alguns beijos ... Disse que, olhando para B., não consegue entender como existem pais que judiam das crianças; que estas são muito dependentes, mais até que os filhotes de passarinhos, pois estes têm penas, e as crianças não, elas passam frio ... Vd-5

Quando Verde consegue descrever melhor a interação mãe-bebê a qualidade de interação dela com a dupla é diferente? Aqui parece haver uma continência em cadeia - da estudante para a dupla mãe-bebê, da mãe para o bebê, que denota uma transformação para o que se segue, na observação: diante da resposta compadecida de Verde à demanda materna, a mãe pode satisfazer as necessidades da criança, não apenas com alimento, também com contato afetivo, que mama tranqüilamente e assim permanece. A calma da filha tem também efeito sobre ela, que pode pensar, neste momento, que precisa haver mais que a manta para aquecer do frio, antes é necessário saber da necessidade de aquecimento. Talvez, a colocação da mãe seja um pedido de ajuda para entender porque não consegue ter sempre esta disponibilidade para perceber, satisfazer as necessidades e “judia” da bebê.

... Da cozinha M. me pergunta novamente se eu notei o quanto ela se desenvolveu e eu respondo que sim. ... M. senta novamente e diz que o teste do pezinho mostrou que B. tem uma anemia, cujo tipo ela não se lembrava. Pergunto se tem algo a ser feito e ela diz que não, que ela só terá que tomar cuidado quando for ter filhos ... o resfriado que ela estava desde que nasceu só passou mesmo agora, pois antes ele desaparecia, mas logo voltava. M. me perguntou se eu vou passear no feriado. Digo que vou para casa dos meus pais, pois há quase 2 meses não os via. ... B. acorda e começa a reclamar. M. balança o carrinho, mas não adianta, então a pega no colo. Diz que ela está muito malandrinha, só querendo colo, mas que não vai ficar a pegando, pois é para seu bem, já que volta trabalhar em ... Digo que tenho que ir e M. se levanta, dizendo para B. ir dar uma volta até o portão comigo. Fala que B. vai estranhar quando tiver que ficar com a tia ... também não vai adiantar muito evitar de pegá-la, pois a tia e I. vão ficar com ela no colo o tempo todo... Vd-7

A atitude materna de ficar com Verde, mesmo depois que a filha dormiu e com seus afazeres, partilhando com ela suas preocupações, sem

ficar tão desesperada com o problema da criança, demonstra que a preocupação da estudante com a bebê tem influência sobre sua vinculação com a dupla e vice-versa. De efeito continente sobre a mãe, esta retribui, interessando-se por Verde também.

Disponibilidade de continência para necessidade do outro e a necessidade de continência interagem no espaço intermediário da experiência (WINNICOTT, 1975) entre Mãe-Bebê-Observadora. Contida, Verde fala de si, da falta que sente dos pais, necessidades, provavelmente despertadas pela relação satisfatória da mãe com seu bebê. Mais além, coloca no espaço interseção (MERHY, 1997) outro pensamento “*em busca de pensadores*” (BION, 1991): o esforço para as separações saudáveis.

É preciso a “*ilusão*” (WINNICOTT, 1975) de um colo seguro, constante, para dele conseguir se independer relativamente, pois a necessidade do “*colo*” dos pais é símbolo das nossas necessidades, recorrentes através da vida, por alguém que acolha as nossas dificuldades - necessidades de saúde colocadas no espaço de *educação permanente*.

... Brinco um pouco com ela, que sorri ... dou meu dedo para ela segurar com a mão. Logo depois ela dorme. M vem da área de serviço em direção ao quarto, levando as roupas passadas, e vê que B. estava dormindo. Diz, então, que vai aproveitar para tomar ... sai do banho e vê que B está acordada. Esta resmunga um pouco, então M. diz que ela já vai mamar, mas irá tomar banho primeiro. ... B. começa a resmungar, M pede a ela que espere um pouco. ... para eu prestar atenção no que ela irá fazer, para eu usar quando eu tiver meus pacientes com filhos. Ela pega B. do carrinho e a coloca deitada no sofá. Fala que é só eu dizer para os pais tirarem as roupas da criança, que elas ficarão quietinhas. Começa a desabotoar o macacão de B. e esta sorri para M. M. tira a fralda ... dizendo que irá dar banho em seu bumbum sujo ... brinca um pouco com B., que continua sorrindo. ... comenta o quanto ela emagreceu. Depois corrige, dizendo que ela cresceu mas não engordou. ... que antes de engravidar de B. pesava ... não tinha barriga ... agora está com uma barrigona ... começa a brincar com B ... “Mas fazer o quê, né?! Vou ficar sem barriga, sem nenê, ou ...? Com nenê e com barriga!” ... B. sorria e se movimentava um pouco. ... Vd-12

Com certeza, a postura de Verde e a disponibilidade materna para observação foram modificadas, talvez pela experiência de interação

“positiva”, quiçá pelo vínculo. Podemos conjecturar que há uma implicação para relação mãe-bebê? Para o aprendizado do *agir em saúde* (PINHEIRO; GUIZARDI, 2004)?

... P. diz... que vai à padaria ... agacha-se para que B. não o veja. Diz que se ela o ver e ele não o pegar, começa a chorar sem parar. Ele vai para perto do carrinho e brinca um pouco com ela, que sorri. Depois, ele sai ... B. começa a chorar. ... não pára de chorar e P. chega. Comento com ele que logo após a sua saída, ela começou a chorar. M diz que com I. também era assim. ... pede a P. ... trazer ... água para lavar B.. Ele pergunta se ela vai dar banho novamente e M diz que só vai lavar o bumbum, pois senão B. ficará com assaduras. ... P. traz a banheira ... M. pede ao marido a toalha. Ele a pega e estende na cama ... Vd-13

... M. veio atender ... Nos cumprimentamos e comento sobre seu corte de cabelo ... Pergunto como foi a volta ao trabalho e ela diz que B. não aceitou a mamadeira ... ficou chorando ... até ela chegar do serviço ... Depois que amamentou, B. ficou tranqüila e dormiu. ... comenta que B. voltou a vomitar nos dois últimos dias. Diz que passou uma vez, irá passar novamente ... Vd-14

Parece que as transformações não ficaram restritas à Verde e à mãe, há um pai “*observador participante*” das necessidades da filha e da mãe, com prováveis repercussões sobre a dinâmica doméstica e implicações para a direcionalidade do processo saúde-doença.

Verde pode aprender, então, no espaço intermediário da experiência, com a família sobre os aspectos constituintes do processo de cuidar, como a postura discreta, porém acolhedora, a disponibilidade para tolerar a frustração do que parece muito incoerente e, portanto, sofrido. A aquisição do conhecimento a partir da experiência torna-se saber, porque passa pela compreensão que é sobretudo sentida. A qualidade da interação assim realizada é transformadora para *aprender a aprender*, essencial para produção de autonomia nas formas de andar a vida.

São infinitas as possibilidades de observação se pensarmos na singularidade das pessoas, dos agrupamentos familiares e dos olhares com que cada observador se coloca para aprender.

Da mesma forma, a interação resultante deste tipo de investigação são incontáveis. Há aquelas que nos surpreendem porque fogem muito

daquilo que foi considerado como aceitável, mesmo dentro de um padrão bem flexível.

Não podemos desprezá-las simplesmente com base nesta categoria de análise, pois se trata de situações vividas, fruto do movimento de interação entre o outro, que ousa sair do conhecido porque este não dá conta da experiência atual. Como no mito da caverna de Platão, na lenda dos índios Carajás (AZOUBEL, 1993) ou no trabalho em saúde as pessoas usam de seu auto-governo (MERHY, 1997) para enfrentarem as diversas situações que lhes surpreendem ora pelo ineditismo da mesmas, ora porque provocam mal estar e atuam sem pensar, ou, ainda, porque desejam conhecer o diferente, são movidos pela curiosidade.

Da observação que trazemos os recortes a seguir, o observador é mobilizado pela experiência para re-pensar uma situação muito comum nos tempos atuais – as dinâmicas familiares criadas pelos novos arranjos conjugais, parentais e pelas determinações trabalhistas diante das necessidades de sustento, nestes contextos - mas que não investigamos profundamente como importantes para o processo saúde-doença, arraigados que estamos, até de forma “mística”, aos conceitos do ideal de constituição familiar.

Temos a tendência de classificar como boa, a estrutura constituída pelo casal, filhos e apoio da família mais ampla e a impor regras para normatizar as situações que diferem deste padrão e que mal conhecemos. Relevamos, assim, as determinações coadjuvantes das diversas instituições, das dificuldades que elas expressam e, sobretudo, os recursos adaptativos, muitas vezes, transformadores.

Esta experiência é, então, perpassada por momentos muito diversos: da expectativa frustrada “do mito do amor materno”, identificado com o abandono da criança, passa a assumir vários papéis na dinâmica familiar; à situação incômoda que vai criando para si próprio, porquanto não escolheu ser mãe, pai ou mesmo babá da criança. Consegue, então, olhar para outros recursos familiares e interagir de acordo com as realidades que se apresentam, mas valorizando as subjetividades produzidas.

Cheguei no horário combinado. Era de manhã. ... Na sala encontrei M. e A.. Cumprimentei as duas. M. disse-me que hoje não poderia estar junta ... tinha um compromisso. Eu disse que tudo bem. M. foi ao quarto, buscou o carrinho de B. disse que estava dormindo e colocou-a na sala. Perguntou-me se eu aceitava uma xícara de café e eu disse que estava envergonhado. Ela disse que era besteira e me trouxe uma ...M. e ... irmão saíram e eu fiquei apenas com a A. e B.. A. me perguntou se ela precisava ficar junta durante a observação e eu disse que não. Senti uma certa confiança por parte de A. por deixar o bebê sozinho comigo. ... A. saiu e foi arrumar alguma coisa. Ela passava de um quarto pro outro ... me ofereceu mais uma xícara de café. Eu disse que estava satisfeito ... ela disse que um dia eu ia almoçar com eles. Depois ...ela continuou a andar pela casa e arrumá-la. ... Am-3

Parece-nos que o observador não entendeu a comunicação da mãe e menos ainda a da avó. Tem o seu lado que não quer atrapalhar as ocupações profissionais da mãe nem as tarefas domésticas da avó, mas a forma como responde gera outros entendimentos sobre o objetivo da observação.

Parte do entendimento que a mãe tem é que a observação é sobre a bebê, portanto a sua presença não se faz importante. Esta compreensão também é da avó que, no entanto, não deixa a neta totalmente só.

São pequenos detalhes da comunicação, muitas vezes, não valorizados como produtores dos sentidos que darão rumo às relações, que configuram os vínculos, até para gente muito pequena.

... B estava no carrinho e logo que cheguei, ela me reconheceu ... B. ficava reparando em mim e sorrindo ... pensei numa inversão de papéis, pois eu parecia estar sendo observado ... B. continuava a me olhar ...e mostrava uma felicidade repentina, parecia saber que aquela manifestação me fazia sorrir ... quando eu me voltava para ela, tornava a se agitar sorrindo e, às vezes, olhando introspectivamente para mim ... Am-15

Liguei para M. ... e combinamos de fazer a observação ... A. me perguntou se eu tinha marcado com M. aquele horário. Disse que sim. Ela ... Ligou para M. e deu uma bronca nela, dizendo que eu estava lá e que ela estava atrasada. ... M. chegou e fiquei feliz em vê-la, pois nas duas últimas ... não havia comparecido. Ela me cumprimentou. B. parece ter percebido a chegada de M. A. também pareceu ficar bem feliz na chegada de sua filha ... M. me perguntou se eu tinha notado muita diferença em B. desde a última vez que eu a tinha visto. Eu disse que a última vez que a tinha visto tinha sido semana passada. Ela ficou meio sem jeito, pois quem não tinha comparecido tinha sido ela. ... Am -17

Amarelo também, só tem compreensão da comunicação explícita da mãe: sua dificuldade de cumprir os horários marcados. Não percebe, contudo, na sua pergunta, nas reações da filha e da avó, que ele próprio registrou, uma demanda a ser problematizada como necessidade de saúde. Toma para si a ausência da mãe, como uma recusa ao seu trabalho, negligenciando o que tem de disponibilidade dela, e a possível comunicação de sua dificuldade de estar observando a própria filha.

No encontro entre os seres vivos nas diversas circunstâncias da vida, emergem os projetos desejantes de dar sentidos a nossa existência. Ao mesmo tempo, que geram convites mútuos, há resistências e conflitos entre os indivíduos (AYRES, 2004).

Depois do Domingo, eu fui ligar para M. apenas na quinta feira, me explicou que Domingo ela se esqueceu e foi passear com B, quando lembrou já estava do outro lado da cidade. Daí, ela estava sem celular para me avisar. ... conversei com A. antes de falar com M., pois seu celular estava ocupado, consegui agendar uma observação ... neste mesmo dia. M. foi avisada que eu havia marcado com sua mãe. Atrasei 15 minutos, avisei A. que eu iria me atrasar. E. atendeu a porta. ... Eu fui até a sala, não havia ninguém lá. E. ... foi buscar B. veio ... provavelmente estava dormindo, pois estava com cara de sono ... meio chateada, acho que porque estava sendo exposta à claridade ... olhou para mim ... ameaçou chorar. ...Am- 25

Fica claro que há uma comunicação truncada entre a mãe e o observador, mas que não é do acerto de horários, não faz parte da esfera racional.

Como diz Ayres (2004, p. 77), o “tempo, que arbitra tais aspirações ... confiando à habilidade artesã de um projeto de vida a tarefa de gerir a presença de cada um no devir da existência.”

... A. falou que achava que B. estava com problema porque não estava andando ainda, eu perguntei se ela estava engatinhando mais rápido e ela disse que sim ... que se sentia culpada por não tê-la deixado engatinhar bastante no começo. Agora ... vai levar B. em um pediatra para ver se ela está com algum problema ... A. disse que se eu quisesse e enfatizou muito o “quisesse”, eu poderia observar às oito horas da noite, porque M. estaria em casa. Eu disse que não poderia, ... ficava muito cansado naquela hora ... era muito tarde ... Ela acabou me interrompendo ... era só se eu quisesse. Eu perguntei se aquele horário estava bom para ela ...ela disse que sim. Eu comentei ...

que B. já conhecia este horário ... Mais uma vez, B. foi engatinhando até lá fora, eu perguntei para A. se ela queria que eu a pegasse e ela disse que não precisava ... fui até lá fora com B. E em seguida A. veio atrás ... ficamos a observar B. ... Am-42

Após um ano de observação, há implícito na comunicação da avó que Amarelo foi seu parceiro no desenvolvimento da maternagem da neta. Foi observando que soube sobre as dificuldades, precisa agora de um “pediatra” que a ajude ver o problema da filha, que não consegue ser mãe.

Amarelo, por sua vez, na sua comunicação resistente revela a sua dificuldade de enfrentar o desafio que a avó lhe propõe. A dificuldade não é um problema insolúvel, não há porque culpabilizar mãe, avó ou mesmo o observador, mas há que se pensar sobre ela, sua compreensão faz parte da centralidade do projeto de cuidado.

A resistência de Amarelo tem, no entanto, uma história dentro da própria observação. Além da sua disponibilidade para se flexibilizar aos mais diversos horários da mãe, passou pela assunção de vários papéis no desejo de fazer a observação com a mãe, para descobrir o seu desejo maior: que a criança, a quem se afeiçãoou, tivesse uma mãe suficientemente capaz de entender as necessidades dela.

... quem atendeu foi A. com o bebê no colo ... fomos juntos até M. que estava na sala ... a televisão estava ligada. M. pegou B. no colo e começou a brincar ... Às vezes, B. ameaçava regurgitar porque havia acabado de tomar mamadeira. B. respondia com sorrisos às brincadeiras da mãe. Percebi que o cachorro estava cheiroso, M. disse que finalmente deram um banho nele e que agora ele tinha gravatinha. Começou o “Jornal ...” e a primeira notícia chamou nossa atenção ... de uma estudante baleada dentro da Universidade. Eu indaguei ... M. disse ... A. ... veio ver do que se tratava ... ficamos assistindo televisão. Eu ao lado de M. e B. no colo dela. M. colocou B. no carrinho e ficamos a conversar. Perguntei se ela estava cansada. Ela disse que muito porque todo dia ela trabalhava, cuidava de B. ... dormia pouco ... Neste dia tudo correu tranqüilo. ... M. me ofereceu café, aceitei. A novela começou e M. fez comentários sobre um personagem ... Mexi no carrinho de B. Brinquei um pouco com ela. Algumas vezes ela acabava sorrindo ... M. foi para o quarto e fiquei conversando com A. ... comentamos que o horário da noite era tranqüilo e agendamos o próximo encontro. Am-7

Em um papel, que se assemelha mais a de um esposo, desfruta do horário tranquilo da noite, discutindo sobre a violência do cotidiano atual tão próxima da realidade de cada um de nós, mas também sobre problemas domésticos: como a mulher profissional que ainda tem que cuidar de filho, cachorro, entre outros. Ainda, faz companhia para novela, e brinca com a filha.

Se há uma presença masculina disposta a ouvir estas três gerações de mulheres, para a produção de cuidados em saúde ela precisa ser escuta das demandas implícitas, que certamente não requerem o observador no lugar de esposo, pai e até mesmo genro.

Mesmo pelo lado de Amarelo, nas eventualidades da vida, ele até poderia ser surpreendido pela mudança de destino, mas certamente ser pai ou esposo não fazia parte da motivação que o levaram para escolha por este estágio.

A análise, que parece dura, é de fundamental importância na discriminação dos sentidos da integralidade da atenção à saúde, muitas vezes, confundido com “o dar caridoso do que falta ao outro.” Até porque as seduições são muitas e variadas para que ocupemos estes papéis, ficando-se na superfície, sem entender a complexidade do que se coloca como necessidade.

... quase na hora de ir embora ... M. me convidou para comer pizza ... disse que precisava ir ... Ela disse que precisava falar comigo ... Fui até a cozinha e B. ficou com A. que ia dar de mamar para ela. M. preparou a mamadeira meio afobada e deixou cair leite no chão. Havia duas pizzas. A. disse que já havia jantado. ... M. me perguntou se havia como prever o comportamento de uma pessoa que vai se suicidar. Eu falei que a psicologia não tinha esse poder ... também que a pessoa tem que estar numa forte depressão para cometer este ato. Ela disse que o menino, que havia se suicidado, tinha deixado uma carta ... indignado com as injustiças da sociedade. Eu disse que este garoto podia estar indignado com as injustiças dele. Ela disse que, muitas vezes, a carta era só uma forma figurativa de comunicar um sofrimento. M. disse que acha que todos precisam de psicólogos e que, por isso, ela estava desenvolvendo um trabalho com menores infratores. Para isso ela disse que queria fazer uma parceria ...abrindo espaço para estagiários. Eu disse que, se ela quisesse, eu poderia dar o telefone de algum professor para ela entrar em contato. Nisso, apareceu A. ... colocando B. na cozinha. Falei que ... eu já havia ficado vinte minutos a mais ... M. parecia evitar que eu fosse embora. Am-8

Os convites aparecem das mais diferentes formas. Aqui a mãe empodera Amarelo como consultor da psicologia, ele vaidoso da condição que é colocado, faz explicações doutorais sobre o assunto, oferecendo mesmo para ajudar na empreitada dela. Com isso, o observador vai ficando, satisfazendo a necessidade da mãe por companhia, mas sem entender a *“forma figurativa de comunicar um sofrimento”*, entra em um conluio com ela. Quem os chama para a tarefa, ou para os limites da observação, é a avó.

Em outra situação, é interessante o registro que Amarelo faz mostrando uma mãe afetuosa e seus esforços na aprendizagem dos cuidados de uma criança; nem sempre tão fácil para uma profissional que não tem esta prática, mas pode aprender e até ensinar.

... M. achou que ... era melhor trocá-lo ... me perguntou se eu queria assistir e eu disse que sim. B. ficou com os braços abertos, sorrindo em cima de um pequeno colchão. M. tirou delicadamente ... a roupa. Passou muito hipoglós ... Finalmente, colocou outra roupa nela. ... Pedi para segurar B.. M. concordou e disse que eu já deveria ter pedido isto ... Logo que peguei B. no colo, M. colocou um paninho na boca de B. e esta regurgitou ... disse “Mãe é foda, sabe de tudo”. ... B. sorria ... agitada, era difícil mantê-la ... M. disse que era sono ...que ia me explicar como fazia para ela dormir ... mas eu devolvi B., dizendo que o meu tempo estava esgotado ... despedi e M. foi comigo até lá fora. Conversamos sobre férias e ela disse que eu deveria fazer como fosse melhor para mim. ...Am-14

Assim, erra na dose da pomada, mas é delicada para troca de roupa, já é capaz de prevenir as regurgitações na roupa de quem segura, evitando com isso o desagradável odor. Enfim, talvez ela não tenha a destreza de outras pessoas que já passaram por esta experiência, o próprio observador constata que a tarefa requer um certo treino, mas está se esforçando, comunicando, inclusive, que é o desenvolvimento da maternagem – não só cuidados físicos, mas estar disponível para o impacto das emoções do encontro – faz-se melhor quando acompanhada de um terceiro continente.

Amarelo não percebe este lado da comunicação, é surpreendido pelo mal estar de ser feito de babá e cuida de sair o mais rapidamente desta situação, falando inclusive do afastamento das férias.

Em outra situação, com outro vínculo, Amarelo aceita os mesmos papéis, que acredita ajudar a avó no desenvolvimento da capacidade de maternar.

... B. estava no colo de A. e parecia estar tranquilo. A. resolveu ligar a televisão, achei que iria colocar B. no carrinho, por isso arrumei ... mas ela continuou sentada no sofá com B. no colo. B. brincava com a chupeta, reparei que agora ela estava conseguindo ... e comentei ... A. me disse que ela está com sete meses ... não engatinha apenas consegue ficar sentada. Colocou-a sentada para me mostrar ... soube de uma criança ... seis meses que já engatinha ... eu disse que ... ser precoce, à vezes, também pode ser uma dificuldade, coisas de um bebê que precisa se virar muito sozinho. Ela disse que ainda não havia pensado naquilo ainda. ... A televisão não estava tão alta quanto na última ... Fiquei prestando muita atenção na televisão e pouca atenção em B. Por isso troquei de lugar ... Percebi que ... estava com uma vontade muito grande de segurar B.. Tinha dificuldade de ficar só observando. B. estava muito arisca, A. dizia que ... era fome, fome ... ela só podia dar de mamar ... mas que ia adiantar ... ficamos tentando distrair B.. Eu segurava a mão dela, fazia careta. A pareceu gostar da minha ajuda ... Ficar mais perto de B. e vê-lo mais calma parecia me aliviar muito. ... Am- 20

Não há propriamente um erro na saída do papel de observador, percebemos que este foi o recurso que Amarelo encontrou para desenvolver a tarefa do estágio com esta família. Além disso, a avó se beneficia da continência de Amarelo para desenvolver o seu papel cuidador, necessário, na ausência da mãe, ao desenvolvimento da criança.

A questão ressaltada aqui reporta ao aprendizado para produção de saúde, que precisa ir além de se colocar no lugar do outro. Esta, com certeza, é muitas vezes, parte do processo, mas é preciso estar alerta para não tomar o lugar do outro, criando dependência. A capacidade da mãe suficientemente boa nos ensina que, no início, é preciso iludir o bebê de que ela pode ter tudo, para ter confiança na cooperação do outro; mas para que cresça, desenvolva os recursos que introjetou sobre o cuidado, é preciso ser apresentado em pequenas doses ao mundo (WINNICOTT, 1990).

Assemelha-se à tarefa do trabalhador de saúde que visa autonomia para andar a vida como produção em saúde, mas para isso é preciso ter, ou tornar, claro os projetos e as estratégias: o quê queremos, o quê / como fazemos. Caso contrário, corremos o risco de ficar sempre com outro no

colo, dependente do nosso fazer, ainda que muito afetuoso, mas impedindo que se lance para o andar com as próprias pernas, tendo para isso que enfrentar os percalços do engatinhar, inicialmente.

... foram lá fora comigo e senti que minha presença era importante. A. agradeceu por eu estar indo lá e disse que este horário era muito bom...mesmo M. não comparecendo, pelo menos ela estava lá para eu observá-la com B.. Fiquei muito feliz por poder valorizar a relação A.-B., já que não conseguia observar a relação M.-B. ... Am-26

... desce de um ônibus ... A.. Eu fui ao encontro dela e ela me perguntou se eu já havia observado. Eu disse que ainda não. Disse que quando lembrou que tinha observação, ela pegou o ônibus e veio embora de onde ela estava. ... perguntou se eu lembrava quando B. tinha nascido ... era bem mirrada ... “eu não tinha nem coragem de colocar a mão, mas que agora ela enche as nossas mãos”. Eu disse que eu comecei a observar quando ela tinha um mês e meio, ela disse que,então, eu tinha acompanhado aquela fase ... Am-31

Fica claro que o estudante adotou uma série de posturas, não previstas como tarefa do estágio, para conseguir realizá-lo. Foi assim que conseguiu se vincular a outra pessoa da casa, para fazer a observação. Mais que satisfazer seu interesse de aprender, esta sua postura propiciou o desenvolvimento dos cuidados pela criança na avó.

Agora ela se mostra agradecida ao observador, ignora o que ele traz de concreto sobre a sua presença, para falar da construção realizada com as *nossas mãos*. Mas não se refere apenas ao desenvolvimento da criança, reconhece que ele a auxiliou na trajetória da maternagem.

As mudanças de papéis envolvem novas aquisições, mas há que se elaborar as perdas, muito mais simbólicas, que reais. A criança que começa a andar com as suas próprias pernas, não é perdida pela mãe; o paciente/usuário que consegue lidar com sua doença/vida com certa dose de autonomia, não deixa de precisar dos profissionais e dos serviços de saúde. O que se perde é apenas aquele grau de dependência, o controle sobre o outro. Esta é uma forma de poder arraigada, que se necessita uma elaboração para se desinvestir.

... a televisão estava ligada ... passando os “teletubies”, ela responde acenando com a mão quando eles falam “oi” e dão

“tchauzinhos”, eu também dava “tchauzinhos” para ela. Ela estava bem calma ... A. disse que iria colocar ela para engatinhar, ela pareceu entender o recado e foi ficando agitada, enquanto A. foi buscar o “edredon” eu me encarreguei de tirá-la do carrinho ... ela estava afoita para sair ... com muita dificuldade eu tirei-a ... mas A. não estava com “edredon” pronto ainda ... eu fiquei segurando-a ... aproveitei para dar uns beijos na sua bochecha, ela sorria e balançava o corpo querendo sair caminhando ... C. veio para perto de mim, A. percebeu o meu incômodo e tentou tirá-lo ... C... começou latir e ameaçá-la, A. ria e dizia que ... C. era abusado ... ela deu um golpe nele e ... deixou C. no quarto chorando. ... eu tirei o sapato e fiquei no “edredon”. Fiquei muito feliz quando vi que A. havia trazido três travesseiros ao invés de dois, como na sessão anterior. ... Am-35

Para andar com as próprias pernas, há de se iniciar pelo engatinhar que, por sua vez, passa pelo cuidado de amaciar o chão, tirar o cão do caminho, mas também tirar os travesseiros de apoio, para quem já sabe fazê-lo, sem cair.

E assim, com tantas comunicações, inúmeras demandas que precisaram ser decifradas, ou ainda estão por serem entendidas, na interação da alegria, da confusão, da raiva e mesmo da tristeza, Amarelo chega ao final de quase um ano de estágio, com certa dificuldade de falar da tarefa realizada. Com o desejo mais explícito de usar o material para iniciação científica, o estagiário decide continuar a observação, talvez, com a curiosidade de entender melhor o desenvolvimento de seu núcleo cuidador, ao longo do estágio, onde correram vários riscos ao fugir do *setting* de observação, mas ousou pensar sobre eles.

... partimos para a parte burocrática e ela assinou os papéis. ... ficou um grande silêncio, eu imaginei que seria muito mal se eu saísse ... então, fiquei escutando o silêncio. Ela me perguntou o que eu havia observado até então, quis saber que conclusões tínhamos chegado de B. Eu disse que não havia ... conclusões ... não fazíamos diagnósticos ou previsões. Confesso que me “embananei” bonito ... ela disse que eu não precisava ter medo ... que eu podia falar sim. Então eu disse que a gente observava quem estava fazendo vínculo com o bebê, ela me completou ironizando, dizendo que sua mãe fazia mais papel de mãe que ela. ... conversamos sobre E., ... que achava que ela extrapolava os limites. M. concordou, eu disse que no momento que ela foi demitida as coisas facilitaram um pouco. Ela concordou, achou muito pertinente o que eu estava falando ... que ela

roubava ... que ela era completamente louca. Eu disse que ela dificultava minhas observações ... ficava fazendo perguntas para mim ... ela tinha uma história complicada ... sua mãe tinha cuidado de sua filha ... e que ela ficava se apressando do bebê dos outros. Neste momento, M. segurou B. fortemente e eu me dei conta que estava falando de uma história parecida ... eu disse que ela tinha tido filho muito cedo ... meio que tentei me consertar, ela tentou falar que a história dela era bem diferente e que ela até ficava com B. nos finais de semana ... que sua mãe estava bem diferente, que ela cuida de B. mesmo com dificuldades, mas que ela gosta de cuidar agora, eu disse que talvez ela esteja descobrindo o prazer de ser mãe. Ela disse que sim, contou que a perda do marido ... há cinco anos ... foi muito dolorosa e que eles sempre andaram juntos ... que sua gravidez foi muito conturbada (namorado ausente depois do nascimento, etc) ... que era um ganho ver a mãe dela podendo cuidar novamente de alguém. ... Am-37

Amarelo se propõe a escutar o silêncio, comunicando que está ali, disponível para mãe. Apesar de ter se “*embananado*”, foi a pergunta da mãe que o ajuda a colocar ordem na experiência realizada. Tem um retorno reconhecido da mãe sobre o cuidado que proporcionou para a avó, algo que já intuía. Mas é tocado pelo novo, compreende os assédios da empregada como pedido de escuta para suas dificuldades, relacionando-as com às da mãe do bebê, como necessidades de saúde. Cria-se um espaço intermediário entre ele e a mãe, para que possam tornar pré-conceitos e os preconceitos em pensamentos com outros sentidos para a produção do cuidado do outro e de si próprio.

Na genealogia de uma ética ocidental entendida, não como um conjunto de princípios e pressupostos universais, mas como saberes e práticas emergentes da experiência social, há uma construção do lugar do eu e do outro na complexa rede de interações. Nesta perspectiva é definido o “*cuidado de si*” como um aperfeiçoamento “*da própria alma com ajuda da razão*”, não apenas ações mas preocupações com as necessidades vitais, para não sucumbir. O cuidado constitui-se assim, como um atributo e uma necessidade dos seres humanos, para tal é preciso “*conhecer a verdade que a razão a todos podia dar acesso*” (AYRES, 2004, p.80).

A interação dos próximos recortes tem uma qualidade diferente: a observadora, que começa a fazer a observação antes do nascimento do

bebê, coloca-se em uma postura de identificação com estado de “preocupação materna primária” (WINNICOTT, 1982a), parece sentir visceralmente o que a mãe passa. Interessante como se dá a aproximação, que de tão incomum, surpreende.

Remete-nos, entretanto, às experiências, cientificamente analisadas, sobre o desenvolvimento paralelo ao de assistência tecnológica ao período pré e peri-natal, de uma atenção psicossocial, humanizando o parto. Baseiam-se no apoio fundamental para os pais e na importância dos laços afetivos iniciais, o apego, para o desenvolvimento da saúde nas relações futuras (KLAUS; KENNEL, 1993; CUNHA, 1991).

Assim, pesquisadores que se voltam a esta questão relataram que uma nova compreensão, sobre a suscetibilidade materna para com o seu recém-nascido, proporcionou questionamentos acerca dos muitos procedimentos de rotina utilizados no trabalho de assistência à gestante e seus familiares. Mais importante que o controle rígido baseado na fisiologia biológica da grávida seria a relação de igualdade e confiança. No trabalho em que os medos, inseguranças podem ser partilhados, apoiados, as dificuldades emergentes e eventualidades possam ser de responsabilidade de todos, há repercussões positivas sobre a morbi-mortalidade materna e neonatal (KLAUS; KENNEL, 1993; CUNHA, 1991).

... Perguntei como tinha sido o parto, e ela falou que foi fácil ... ela nasceu logo ... tomou anestesia e nem tinha sentido muita dor ... estava cansada porque I. estava dando muito trabalho, era egoísta e briguenta ... estava com muito ciúme ... iria colocá-la na escolinha pra ver se melhora ... Nesse momento já falava olhando para mim às vezes ... Perguntei como iria chamar o bebê e ela disse que estava esperando sua mãe ... era ela quem iria escolher ... estava na Suíça, com o marido ... ela espera que seja um nome bem bonito, para ela e P. concordarem. Falou que o nome da filha foi P. quem escolheu ... e disse que ela teria dificuldade na escola ...Vm-1

Apesar das muitas perguntas, não recomendadas pelo método original da ORMBF, disponibilizam um espaço para que a mãe fale de suas outras necessidades, da relação com a própria mãe. O interesse de Vermelho por conhecer, compreender a dinâmica familiar, vai constituindo o acolhimento, o vínculo.

... Perguntei sobre I., se ela iria mesmo para escola, M. me disse que P. não queria, mas que ela ... achava que ia fazer bem para I. ... quando ela e o marido trabalharam o dia todo, I. ficou na escola e lá aprendeu muita coisa, umas boas outras nem tanto, largou de chupar o dedo e começou a chupar chupeta, aprendeu a andar e parece que gostou da escolinha ... agora eles tinham problema do dinheiro ... M. me perguntou se eu já tinha assistido algum parto, respondi que não, ela disse que seria o primeiro. ... o médico perguntou se eu ia assistir o parto, respondi que pretendia sim ... ele pegou o aparelho para ouvir o bebê, ..., não demorou e logo começamos a escutar o coração do bebê que batia bem rápido ... No momento que escutei as primeiras batidas, senti que meu coração também disparou, foi extremamente emocionante presenciar esta cena. ... Vm-2

Diante da presença interessada da observadora, a mãe pode falar de suas “dores”, não tradicionais da área médica, das dificuldades outras por que passa e pode até organizar sua argumentação a favor da ida da filha para escola.

E Vermelho descreve que não consegue ficar neutra, emociona-se. É importante perceber e entender este acontecimento, porque ele é determinante no desenvolvimento das relações, dos vínculos.

... no local indicado, vi M. em uma fila bem longa. ... nos cumprimentamos e ela perguntou se eu estava lá dentro. Respondi ... que tinha acabado de chegar ... procurando por ela. Ela falou que estava com medo de não nos encontrarmos, falei que realmente o hospital era bem grande, mas que tinha dado tudo certo ... M. se deitou, o médico perguntou se ela já havia feito US ... de quantas semanas estava ... ligou o monitor virado para ele. Eu estava atrás dele e via o monitor, M. não. Achei isto estranho e isso me incomodou, queria que ela também estivesse vendo. Ele perguntou se ela sabia o sexo de bebê e ela me olhou com uma cara de safada e disse que não. Ele falou que era menino e continuou o US em silêncio, fez algumas medições e continuou vendo. Eu não conseguia enxergar, resolvi pedir explicações e ele começou a me explicar e a mostrar. Perguntei se ela não ia ver, ele virou o monitor para ela também e M. abriu um sorriso e me olhou. Com as explicações do médico comecei a diferenciar o bebê ... Vm-3

Na necessidade de rapidez diagnóstica, cria-se uma nova percepção de mundo, onde o cuidado com a vida afetiva da gestante, seu bebê e o restante da família não é objeto da clínica (ARAGON, 2003). Em todo o acompanhamento médico, nos vários setores por onde esta gestante passou, não foi oportunizado que suas necessidades fossem pensadas,

apesar de toda cordialidade bem intencionada dos serviços. Vermelho que não sabe, mas se dispõe a aprender, usa do seu mal estar para mudar a relação, com provável efeito na produção de um bem estar da pessoa, com quem já tem, com certeza, um vínculo qualificado para o cuidado. Será que esta forma de estar da estudante tem algum impacto para o profissional encarregado de uma parcela da rede do que se pretende ser a atenção integral à saúde?

Não temos dados para avaliar, mas há grupos multidisciplinares usando curiosidade e expectativas despertadas pela ultra-sonografia durante a gestação, para olharem além das imagens, que permitem o acompanhamento da gravidez e diagnóstico genético pré-natal. A cena tecnológica abre-se, então, para receber outros planos de comunicação, deixando-se contaminar por fatores inconscientes do mundo fantasioso, que permeiam as relações. Não menosprezando os benefícios que a maquinaria médica traz em várias situações, é fundamental radicalizar o trabalho protocolar para pensar sobre outras situações cotidianas que não são objeto de reflexões, mas sustentam a complexidade da produção em saúde além da dicotomia da relação médico-paciente, hegemônica na atualidade, como sujeito-objeto (FONSECA et al, 2000; ARAGON, 2003).

O interesse cuidadoso reiterado de Vermelho, diferente da curiosidade científica arrogante (ARAGON, 2003), vai conformando um vínculo terapêutico, a mãe também expressa sua expectativa pela companhia da observadora:

... Sentou-se ao meu lado e comentou que estava frio, concordei e perguntei sobre a vinda da mãe dela ... Ela contou que matou a saudade da mãe e que essa trouxe muito chocolate ... ela não resistiu e comeu bastante. Perguntei sobre o nome do bebê, que a mãe iria escolher. ... um nome bíblico ... Vm-4

A gestante “retribui” falando de sua relação com a mãe, das coisas que está fazendo diferente das recomendações do médico, provavelmente, partilhando a culpa, mas, com certeza, procurando entender porque contraria as prescrições médicas para sua saúde e a do filho.

Muitas são as questões e comunicações colocadas no momento do encontro, muitos são os afetos disparados nesta situação, nem todos são aprendidos conscientemente, não poderão ser nomeados (ARAGON, 2003). Entretanto, a disponibilidade para vivenciá-los pode ser transformador na perspectiva da produção da integralidade da assistência.

... estava sentindo muita dor e ... muito ansiosa também. ... Fomos andar ... resolvi esperar lá, já tinha faltado da aula e estava por conta ... Andamos ..., eu, ela e P. marcando as contrações, o tempo. Estava muito frio e ventava bastante ... as contrações aumentaram ... conversamos bastante ... Vm-7

Interessante como Vermelho se despoja do seu compromisso, disponibilizando-se para uma tarefa para a qual nem tem competência específica, mas aprende sobre trabalho de parto, acolhimento e compromisso com a atenção às situações especiais. É também por esta sua disponibilidade para se colocar com e no lugar do outro que lhe permite o conhecimento da situação como um todo.

... sentei ao seu lado, o peito estava tão cheio pingava, B começou a procurar o bico e ela comentou que estava com medo pois ia doer muito, que ela tinha coragem para colocar na boca dele. Foi chegando ... até o seio devagar e fazia cara de medo e dor, até que ele pegou, ... fez careta de dor e encostou no sofá até se acostumar ... ele começou a mamar tranqüilamente, puxava com força e sua respiração daí um tempo passou a ser ofegante, chegava até suar sua testa ... se esticava e depois puxava a perna, M. reclamava, pois quando ele fazia isso pela cólica ... ele puxava o peito e doía mais ainda ... Vm-9

A descrição que Vermelho faz desmistifica a amamentação como natural, instintiva, fácil, mas informa sobre os percalços a serem enfrentados, os apoios que a mãe precisa ter. Mostra, também a luta do bebê para se alimentar. Mas é porque está nesta proximidade, que não é só física, que apreende as necessidades maternas e do recém-nascido.

No entanto, para observar, entender os possíveis determinantes da dinâmica familiar, que informa o processo saúde-doença, há que se ter uma distância ótima, nem tão perto que se confunda, nem tão longe que fique insensível.

... P. começou a me perguntar sobre um programa que passava, minha opinião como psicóloga, sempre muito brincalhão, falei que não tinha como falar nada, pois tudo

dependia muito do contexto ... era um caso de sexualidade entre um casal que estava brigando ... Vm-10

Conseguir esta distância também requer, como a mãe e o bebê na sua relação, tempo, esforço, paciência e reflexão. Não é uma aquisição permanente, também, precisa de mudança segundo os contextos requerendo novos aprendizados. Como vemos, no recorte acima, a resposta de Vermelho teoricamente é correta, mas será que a demanda pode ser compreendida? Será que esta resposta responde a necessidade do pai?

... Aproveitei a deixa e a conversa descontraída ... perguntei como os dois se conheceram. M. abriu um sorriso e começou a me contar ... Podia ter perguntado mais coisas, mas achei melhor parar por aqui, apesar de perceber que M. contava bem entusiasmada ... Vm-3

É bom ter alguém interessado em conhecer, ouvir. Assim a mãe se solta, no ambiente acolhedor construído pelas duas, falando de sua vida. Vermelho sente-se recompensada, gostaria de “aproveitar” e perguntar mais coisas, mas reflete sobre o objetivo da observação: deve aprender a esperar, na longitudinalidade, o vínculo feito permeará que todas estas histórias apareçam espontaneamente e no contexto apropriado farão mais sentido.

Em outras situações, é difícil não se misturar com a família, mas perde-se a oportunidade de observar sem interferir, para pensar na comunicação implícita, em outras situações da família. Com a criança, então, fica difícil resistir a sua sedução para interagir com ela.

... a TV estava ligada ... P. continuava falando dos desenhos de hoje e dos programas infantis ... os personagens do mal pareciam muito mais perversos. M. começou a lembrar dos desenhos antigos e eu também fui lembrando, a cada desenho que íamos falando dávamos risadas, pois eram desenhos que não ouvíamos há tempos ... Vm-9

... M. ... ligou a televisão para mim. Constatou que B. estava acordado e perguntou se ele estava chorando, disse que não. Ela trouxe a chupeta e deu a ele, voltou a sair... Ele chupou a chupeta ... parou um pouco de se mexer e ficou olhando para mim ... largou a chupeta e voltou a mexer pernas e mãos, continuava me olhando e peguei a chupeta ... quando cheguei perto ... ele começou a esboçar sorrisos, sorri para ele também e encostei a chupeta em seus lábios, ele continuou rindo e não pegou ... coloquei de lado. Continuamos nos olhando, em alguns momentos me senti observada, como se ele tentasse reconhecer quem estava com ele ... Vm-14

Não existe impedimento para que o observador interaja com o bebê, mas fica claro que interfere na situação. No entanto, pode-se ainda pensar no ocorrido e pensar nas motivações que levaram Vermelho a tomar tal atitude. Podemos pensar na comunicação (demandante?) que a mãe faz com a pergunta sobre aquilo que ela própria pode observar, na interferência que provoca na observadora, que reage.

... B. me olhava muito, a TV não estava ligada como de costume, apenas o rádio ... às vezes ele fazia beicinho para chorar. Falei oi para ele ... que estava feliz em vê-lo ... Começou a ficar mais agitado e a dar chorinhos, coloquei a chupeta em sua boca e ele logo pegou, só que se acalmava por pouco tempo e voltava a chorar. M. passou pela sala, pegou ele do carrinho e deu em meu colo dizendo: só um minutinho e eu já venho, vai entretendo ele aí ... O recebi sem saber o que fazer, levantei e dei uma voltinha ... ele se acalmou e ficou olhando um quadro ... fiquei balançando o corpo lentamente, logo B. dormiu. M. realmente voltou logo e ao perceber que ele estava quase dormindo falou para eu sentar com ele para eu não cansar. Perguntei a ela se podia colocá-lo no carrinho e ela disse para eu fazer como quisesse. Coloquei B. no carrinho e ele apesar de abrir os olhos ... logo voltou a dormir ... Vm-15

Também não há regras que digam que não se pode auxiliar a mãe nos cuidados com o bebê, em situações em que isto se fizer necessário. No entanto, estas atitudes vão (des)configurando o papel, a função do observador ali. Parece que Vermelho pode pensar sobre isto, porque, apesar de satisfeita de ter tranquilizado a criança, sabe que este não é o seu papel, podendo confundir o seu entendimento sobre a dinâmica familiar.

É importante ressaltar esta experiência, porque a ação comumente é bem intencionada, mas é importante pensar se é este o modelo que queremos imprimir à atenção à saúde.

...M. brincou com B. perguntando se ele tinha agradecido a tia O. por ter cuidado dele e não ter deixado molhado, que o papai era um banana e tinha medo de bebê ... pedi para M. abrir o portão quando desse, ... falou que ia com B. para ele ver rua um pouquinho, chamou I. ... para vir falar tchau, ela veio correndo e me deu um beijo ... me despedi de M. e de B. e combinamos que eu ligaria na próxima semana. Vm-16

Desta vez, foi o pai que solicitou os “serviços” de Vermelho, pois a mãe havia saído. O mal estar que a situação lhe provoca, faz com que a

estudante pense e possa relacionar ao cotidiano familiar, já conhecido. Pode então, recontextualizar a impressão da experiência vivida, entendendo, também, a sua parcela de contribuição.

Esta postura, de pensar sobre a vivência, às vezes, quase que simultaneamente à observação, traz algumas transformações para família, principalmente para a mãe, mas também para a observadora.

Após um mês de ausência, mais por conta das ocupações da mãe, mas também devido a uma viagem da observadora para um congresso, acontecem os últimos encontros, pela finalização do estágio.

... ela perguntou como eu tinha ido de viagem, disse que fui bem, comentei como B. tinha crescido e ela contou que ... já faz 5 meses, comentamos como o tempo passou rápido ... comenta que está fazendo regime, pois não voltou seu peso normal depois da gestação ... e nos lembramos do dia que B. nasceu ... conta como ele chorava à noite se eu me lembrava como ela ficava cansada durante o dia. Digo que me lembro ... M. se lembra das roupinhas que ele gostava de ver ele usando e diz que dá saudade ... me chama para ir até a cozinha pois vai preparar a papinha dele ... M. conta que ele gosta mesmo é do peito e que vai dar trabalho para passar para a mamadeira ... estão pensando em mudar de casa para um terreno que a mãe lhe deu ... Digo que preciso ir ... antes de sair de férias ... ligo para visitá-los, ela diz que precisa dar o número do celular ... lembra que em ... B. faz um ano e que ela vai fazer uma festinha e gostaria que eu fosse, digo que eu vou sim e que qualquer coisa ela pode me ligar, mas que volto lá ... Ela diz que é para eu ir quando quiser, que será bom. Nos despedimos, me despeço de I. e de B. e deixo um abraço para P. ... M. vai comigo até o portão ... Vm-21

... “Que bom que você veio, o telefone estava desligado ...” falou para eu ficar a vontade, me levou até o quarto ... Mostrei ... uma lembrancinha porque o estágio estava acabando e eu agradecia muito a colaboração dela. M. agradeceu várias vezes, dizendo que eu não precisava ter me incomodado ... no quarto, B. já estava se movimentando muito, se virando na cama ... M. o pegou e disse: “Olha quem veio te ver e trouxe até um presente para você” ... já colocou o babador em B. e depois disse para eu pegá-lo, para matar a saudade e ver como ele tinha crescido ... para que eu não reparasse na bagunça, porque ela não parava em casa ... mas que estava muito bom fazer o curso ... e que B. já tinha acostumado a andar com ela para todo lado ... sua mãe dá um dinheiro para ela ir até sua casa limpar e lavar roupa do irmão ... e que com este dinheiro está pagando o curso ... Vm-22

... M. ... perguntou se o estágio não ia até B. completar um ano. Disse que o estágio era de um ano e por isso estava acabando, mas que se estivesse tudo bem para ela eu gostaria de continuar indo lá, uma vez por mês para vê-los. M. disse que seria ótimo, que eu podia ir quando quisesse. Expliquei que não daria para ir toda semana ... se poderia ser na última semana de cada mês, ela concordou e disse que ia sentir minha falta, pois só agora estava conseguindo organizar seus horários um pouco melhor. ... Vm-22

Vermelho pode se dar conta, no final do estágio, quanto aprendeu sobre postura, disponibilidade e distância favorecedoras da observação da dinâmica familiar, que informam sobre as necessidades de saúde. Percebe, ainda, que a interação promotora desta aprendizagem também transformou os vínculos familiares.

História comum no nosso tempo, nas mais diversas classes sociais: adolescente sem estímulo e sem possibilidades mais amplas com o estudo opta por um sub-emprego, pela gravidez precoce, abandonando a escola. O resultado têm sido, em larga escala, a junção e a dependência com outros, igualmente sem qualificação profissional para o trabalho, com conseqüências prejudiciais para qualidade de vida, em uma perspectiva de maior autonomia.

Muito provavelmente, é a partir do contato com a estagiária da faculdade de psicologia, que realiza parte da sua formação observando o cotidiano da família, que os estudos tomam outra configuração para esta jovem mãe, com possibilidades de alterar o destino (LEWIS, 1999). Temos, então, o espaço de aprendizado, extra-muros acadêmicos, como espaço da clínica ampliada, com *feed-back* positivo para quem aprende, quem ensina, ou melhor dizendo, para todos que aprendem ensinando ou ensinam aprendendo, centralidade da aprendizagem significativa.

Diferente dos modelos exploratórios comuns, para os quais se vai armado de um arsenal de conhecimentos, e distanciam-se daquilo que se deseja conhecer, principalmente, em se tratando das relações humanas. Porque esta forma de investigar, empoderada pelo que já se sabe, muitas vezes, denota arrogância e, em outras, invasão.

A postura com que esta estudante se coloca para aprender e conhecer sobre as relações familiares, difere em muito deste meio habitual.

Possuidora de experiências anteriores, detentora do poder do conhecimento e da intervenção, parece ter, agora, a curiosidade pelo observar “sem memória, sem desejo” (BION, 1973). Assim, coloca-se para uma interação dialógica, que tem implicações de caráter transformador para sua formação e para a família.

... M. me pergunta se trabalho no HC ... ela leva I. na pediatria ... sabe que a Psicologia fica do lado. ... Ela diz que quando B. fizer uns sete meses, ela vai voltar a estudar, quer ser enfermeira, já sabe que curso que fará e sua mãe tomará conta de B., afinal tem 21 anos e toda uma vida pela frente, com duas crianças para criar. Eu digo que é bom fazer alguma coisa sim ... Az-2

Parece-nos que a presença da estudante, em uma condição diferente, querendo aprender com a mãe, com os familiares, no seu ambiente de vivência, fora dos muros, dos laboratórios da academia, desperta nesta, outras possibilidades de vivência, sonhos de uma outra vida, já sonhados. Há, no entanto, todo um cotidiano arraigado em padrões conhecidos de andar a vida, que podem ser superados com a intermediação de outros olhares, quiçá de certos cuidados.

... I. começa a jogar bola na sala, a mãe pede para que pare ou sua avó vai ficar brava. ... ele continua. ... I. quase acerta a bola na minha perna, sua mãe diz que eu vou ficar brava se ele me acertar ... ele responde: “Se ela ficar brava eu dou um tiro nela”, olhando diretamente pra mim. Eu fico surpresa, arregalo os olhos e digo que isso é muito feio, ao mesmo tempo em que M. tenta justificar ... “É que o T. fala essas coisas perto dele e ele repete pra todo mundo”. Diz para o filho que isso é muito feio, que ele deve pedir desculpas e não falar isso a ninguém, senão vai apanhar. Ele solta um “desculpa” baixinho. A mãe coloca B. no sofá ... e se senta no outro sofá com o filho maior, que lhe belisca. Ela retribui o beliscão e diz que ele tem essa mania, de beliscar. Diz que o pai dele não liga, mas ela não gosta. I. sorri. Noto que já se passou uma hora. Comento com M., que diz ter passado muito rápido hoje. ... Az-3

Há um esforço de Azul que mostra não ficar imune ao que vê, principalmente à violência. Diante da reação dela, a mãe mobiliza-se por uma situação, que não lhe é habitual: a surpresa da estudante, com um certo tom de indignação, mas sem revanche ameaçadora. Tranqüiliza a visitante, es(x)tranha a este cotidiano doméstico, que o filho não é violento, mas consegue pensar

que ele aprende com este ambiente e com a importância que os outros da família dão para estas questões. Por isso ela tenta colocar limite, inicialmente, mais violento que a ameaça que a criança faz à observadora, mas quase instantaneamente depois, transformada pela interação com outros referenciais, pode ensinar para o filho sobre outros modos de viver.

A acolhida que cada um faz para pensar diferentemente é mais importante do que o aparente constrangimento desencadeado pela situação, fazendo com que o tempo passe sem ser sentido. Parece-nos ainda que este acontecimento tem reverberação sobre o ambiente familiar.

Bati no portão ... M. deu um grito perguntado quem era; respondi e ela logo veio ao portão com I. ... disse que eu fosse entrando, mas que não reparasse na bagunça. Estavam na sala ... T e o mesmo amigo ... sua mãe (A.), que M. me apresentou. Eu a cumprimentei e ela foi logo dizendo que estava bem, mas que havia passado muito mal à noite, que estava com dor de barriga. M. me disse para ficar no quarto dela, onde estava B., dormindo ... B. olha fixamente pra mim, mexe muito seus braços, sorri pra mim; eu fico feliz e sorrio também. Sua avó me pergunta se está tudo bem, digo que sim. I. reaparece no quarto e diz estar imitando um sapo, pára para beijar seu irmãozinho ... Az-4

A receptividade da família em outra visita de Azul revela-se diferente: a avó, acabou de ser apresentada a ela, deposita-lhe suas queixas, cuidando também do seu bem estar; a mãe quer garantir um espaço protegido para que a observadora execute sua tarefa de observar e o irmãozinho aparece com o seu lado, “sapo-feio” com potência de se transformar “príncipe-afetuoso”.

Por seu lado, Azul não intervém, mas tem um interesse por saber o que acontece, revelando-se acolhedora. O acolhimento constitui-se como tecnologias leves do trabalho em saúde, das que operam criando seus próprios processos, seus objetos, recursos. No momento do encontro, em ato, produzem bens-relações (MERHY, 1997), onde o vínculo de confiança formado tem, também, valor terapêutico.

... M. ... me diz que já mudou de casa ... agora esta casa é de sua mãe, mas que ela estará ali toda quarta-feira ... Pergunto sobre nossos encontros, ela diz preferir que eu vá à casa de sua mãe mesmo, até porque ela já está ali, e a casa nova é muito longe. Digo que não há problema, é só ela me dar o endereço novo e eu vou até lá. Ela repete que

prefere ali, e diz que quando não for estar na casa da mãe me liga um dia antes para que eu vá até a sua casa mesmo. Fica combinado assim. ... Despeço-me de M. e de sua mãe que agradecem minha presença; eu digo que eu é que agradeço ... Az-4

A experiência de ser acolhido pode ser introjetada como confiança de que há alguém que pode pensar e acolher as necessidades e as dificuldades do outro no sentido de uma construção mais resolutiva para os problemas evidenciados; gera reconhecimento e prazer para quem acolhe e para quem o recebe. A relação mais horizontalizada resultante tem repercussões para outros encontros.

... M. me atendeu sozinha, um pouco abatida, dizendo que estava com dor no rim direito. Perguntei quando havia começado, ela disse que não fazia muito tempo e que estava aumentando, talvez fosse melhor ir ao médico naquela noite ... me conduziu até a sala, onde estava B., dormindo no carrinho ... desligou o som, e eu disse que podia deixá-lo ligado, pois não me incomodava. Ela disse que já estava cansada de música. Perguntei como foi a Páscoa, e ela disse tudo bem, sorrindo e perguntando o mesmo.. Az-5

“A identidade de cada um se faz sempre ... na presença de seu outro. A alteridade de cada um se define sempre pela construção de uma identidade, e vice versa” (AYRES, 2004). A mãe exaurida pela dor, cansa-se até da música, mas não recusa a presença de Azul, pelo contrário, diante de seu interesse, a conduz para o interior da casa. A estudante por sua vez é mobilizada pelo abatimento da mãe, acionando o seu núcleo cuidador (MERHY, 2002a) – o interesse por saber o que se passa, a “prescrição” de um alívio para o sofrimento com a lembrança da Páscoa, momento de ressurreição, faz a mãe sorrir, lembrando de algo bom, provavelmente.

E o interesse pela observadora, pelo seu trabalho vai se ampliando na família, talvez, fruto da interação dela com a mãe, promotora de cuidados.

Desta vez, ... P. foi quem me recebeu ... com B. no colo, l. correndo pra ver quem havia chegado. ... dizendo para que eu entrasse e ficasse à vontade. ... M. veio da cozinha e, pegando B. do colo do pai, pediu que eu fosse para o quarto porque poderia observá-lo melhor ... pediu desculpas por seu marido ter ligado a cobrar para avisar de sua viagem. ... O pai vem novamente até o quarto ... perguntando-me se é psicologia que eu faço e como é, se eu tenho que aprender os movimentos do bebê. Respondo que sim, que tivemos a parte teórica e agora é a vez da prática, ele sorri e beija

muito o filho, colocando-o em seu colo, embalando-o. Deita B. ... e diz: "Vamos ver se ele quer ficar deitado, né?" Ele fica quietinho e P. sai ... em seguida entram I. e um amigo; eles pulam na cama quase que em cima de B. Quase me desespero, mas percebi que ele estava a salvo. M. dá uma bronca nos dois, pegando o bebê no colo e chamando o marido, reclamando que não agüenta mais seu outro filho. O pai pede que ele fique lá fora, ele vai contrariado com seu amigo e eles brincam de bola. ... M. diz que vai dar de mamar; ele me olha meio encabulado, ela sorri. B. demora a pegar o peito, ela conversa com o marido ... B. olha para ela o tempo todo e balança o braço esquerdo. Engasga de repente, ela apenas retira o peito, ele tosse ... Ela tenta dar o peito novamente, B. tosse. Ela espera um pouco e ele mama finalmente, mas só um pouquinho. Ela o coloca sentado, segurando-o apenas pelo bracinho, enquanto ajeita sua roupa. P. parece aflito, eu estou apreensiva. P. pega B., colocando-o para arrotar. Olha para mim enquanto o faz, parece orgulhoso, B. arrota. P. o coloca sentado no colo e brinca com ele. B. ri muito e M. também. ... Eu comento que já estou ali há uma hora; ele pergunta se é só uma hora mesmo que eu fico. Respondo que sim ... Despeço-me de M. que está ... almoçando e todos vão até a porta comigo... Az-6

Mas não é só a família que se beneficia com o acolhimento de Azul, esta também aprende sobre cuidado na interação familiar, visualiza as teorias do desenvolvimento infantil, mas reflete que a saúde familiar não depende só dos recursos concretos.

... I. pede para beijar o irmãozinho. M. deixa ... só um pouquinho ... justifica para mim ... I. chupou a bochecha de B. e a deixou marcada ... I. se senta ao meu lado, me olha e sorri. Eu sorrio. M. manda I. dormir. Ele diz ... que vai brincar. Pega algumas roupas que M. vai passar, ela o belisca para que ele devolva. Ele vai para um canto ... e brinca com alguns bonecos, colocando-os dentro do capacete. Coloca todos ... entra no quarto, T. xinga: "Sai daqui seu f.d.p." M. nada diz, I. sai do quarto cabisbaixo e vai ver B.. B. olha para o irmão e sorri. I. fica feliz e aponta dizendo: "Olha, ele tá rindo de mim". Eu e M. rimos também. I. volta a brincar ... com um capacete; coloca-o e se vira para mim, tentando me assustar. Dou risada. Ele coloca o capacete no chão, me informando que dentro dele há um bichão e que eu devo tomar cuidado ... mas ele vai deixar o bicho preso, então não tem problema. Eu sorrio, ele também. ... Az-8

Lógico que a estrutura básica de moradia é um dos elementos componentes do ambiente facilitador do desenvolvimento saudável, ainda é necessária a conjunção de uma série de outros, como a interação com a

“mãe suficientemente boa”, que permite e limita, sem cercear, para que os impulsos maldosos naturais não se constituam como perversos. Esta forma de interagir é introjetada por Azul, que pode se relacionar mais tranqüilamente, até se divertindo, com a reação enciumada do irmão. Este, por sua vez, vai transformando a agressividade defensiva em aproximação produtora de cuidado.

... ouço M. dizer a I. que ele vá até o quarto conversar comigo. Ele só dá risada. Ela insiste e diz para que ele me ofereça o salgadinho que estava comendo. ... ele ... de um jeito tímido, estica o braço em minha direção com o saquinho de salgadinho. Eu agradeço e volta ... correndo e rindo. Diz para M. que eu não quis ... M. e I. me acompanham até o portão. I. senta no chão, de uma maneira que M. não tinha como abrir o portão. Ela pede que ele saia várias vezes. Ele sai contrariado ... I. acena para mim. Az-10

Aparece, então, que o espaço-tempo que a observadora partilha da interação familiar, sendo em alguns momentos mediadora da mesma, é um momento esperado, desejado. Ayres (2004) discute a construção do cuidado em saúde, designando-o como compreensão filosófica simultânea a uma atitude prática que se constitui na interação entre os indivíduos visando o alívio de um sofrimento ou alcance de um bem estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para esta finalidade.

... M. veio me receber com B. no colo. Percebi que não havia mais ninguém em casa ... sentou-se no sofá e me disse que eu me sentasse no outro ... colocou B. sentado em seu colo, ele olhava muito para mim fixamente ... começou a sorrir. M. disse que estava na hora de B. mamar, que a médica mandou que ela tentasse dar o peito de novo ... estava conseguindo, mas que a quantidade não o satisfazia ... dá o peito... ele começa balançar a mão como se estivesse empurrando o peito ... M. fica irritada, olha para mim e diz: “Ah, esse menino!!!” Eu observo ... B. franze a testa e começa a choramingar, M. tente lhe dar a mamadeira. Ele recusa também. Ela o coloca no carrinho, ele chora muito. Fico angustiada porque B. chora muito e esperneia ... M. sai ... dizendo que vai esquentar o leite ... Quando ela coloca a mamadeira em sua boca, B. pega aos pouco e pára de chorar. Parece ter se acalmado. M me diz que ele é assim, só toma leite quentinho ... acha que é porque é parecido com a temperatura do leite dela. B. mama a metade da mamadeira ...M. o coloca para arrotar e ele logo fecha os olhos. Ela o

coloca no carrinho, com chupeta, ele dorme calmamente até o final da observação. ... Az-11

Há uma descrição do ambiente como se este tivesse sido preparado para que Azul pudesse olhar para as dificuldades da mãe no seu relacionamento com seu bebê. Tudo ia bem mas a eventualidade de uma cirurgia afasta a mãe dos cuidados com o recém-nascido. Ambos, cada um a seu modo – ela pelo sofrimento da doença, da necessidade de cirurgia e do próprio afastamento de seu filho, ele, pela sua condição etária, viveu a separação sem o entendimento de uma realidade condicionante, pode tê-la fantasiado como abandono – recuperam-se do impacto traumático, adaptando-se à nova situação.

A mãe, principalmente, conta com a presença continente da observadora, para que lhe ajude a realizar o que sente como ordem médica, mas que não depende só dela. A estudante, por sua vez, recebe as projeções do sentimento de perdas de ambos, chega até a se angustiar com o sofrimento do bebê, mas é capaz, também, de olhar para os recursos que a mãe utiliza para superar o que aí está colocado como necessidade em saúde.

Ayres (2004) argumenta acerca da situação simultaneamente contingente e transcendente da condição humana: característica do ser homem, “estar lançado” em um mundo que só é percebido no e pelo ato de atribuir significados às experiências passadas, a partir de uma vivência atual, entendida como devir de um projeto existencial, o humano surge como criador e criatura da existência, em uma construção dinâmica, “artesanal” do cuidado.

Entre os elementos relevantes para a produção do cuidado, o autor destaca o movimento e a interação, apontando para o caráter pragmático da construção de nossas identidades. Ou seja, a nossa existência não está determinada por um destino inexorável, ela vai sendo construída no e pelo ato de viver, do movimento que nos dispomos para andar a vida. “São as interações que constroem a sua trama.” (AYRES, 2004, p. 75-76)

Nesta experiência de poder ser acolhida, sem *a priori*, nas suas demandas pela estagiária da ORMBF, a mãe constrói, no espaço da observação, momento para re-significar vivências passadas e, cuidando da atual com os recursos possíveis, projeta as futuras.

...M. perguntou meu telefone novamente, porque havia perdido ... precisou ligar, pois seu avô havia morrido. Mas não houve problema, pois não iria ao enterro, já que não tinha muito contato com ele porque era avô paterno, e, como sua mãe e seu pai se separaram ... desde que tinha dois anos, que só foi conhecer o pai aos 11, mas tem muito pouco contato com ele, que mora em São Paulo com outra mulher e uma filha ... o pai estaria vindo ... para buscar seu irmão para o enterro ... Az-12

Várias são as demandas, mas parece que a mãe esta falando de medos de separação, do re-encontro com o pai, com outro irmão, e também da vulnerabilidade aos acontecimentos imprevisíveis. Nesta reflexão mediada pela escuta de Azul, apropria-se dos elementos propiciadores da saúde familiar.

... perguntou-me se eu achava que B. havia emagrecido, respondi que não, para mim ele parecia estar com o mesmo peso. M. segurou as bochechas de B. comentando como ele estava gordinho e lindo. Beijou-o ... A. foi atender a campainha: era o irmão mais velho de M. Elas me apresentaram como a psicóloga de B. O homem deu risada e disse quando era bebê nem devia existir isto, admirou-se. Expliquei o meu estágio, o que eu estava fazendo ali como observadora. A. e M. pareciam contentes. ... Az-12

Este acolhimento da família para a presença da estudante tem repercussões na disponibilidade de Azul para continuar seu trabalho, sobretudo para o seu aprendizado: a produção de cuidados depende da disposição de ambas as partes, da cooperação-interação de vários.

No trabalho em saúde, o acolhimento constitui-se no encontro entre trabalhador e usuário, através das mais diversas formas de diálogo, cada um assumindo uma posição, mais ou menos disponível, trazendo um tema-problema-necessidade sócio-historicamente construído (MATUMOTO, 1998)

... M. veio me atender, dizendo que estava sozinha ... que achava melhor assim porque tinha mais sossego. I. ... veio correndo ... com vários brinquedos que jogou na sala para brincar. ... M. ... Disse que considera seu pai muito frio ... vai ... preparar a mamadeira e B. começa a chorar. I. fica balançando o carrinho ... e diz: "Agora você". Eu balanço o carrinho até que M. chegue ... Quando ela vem ... me agradece e pega B. para alimentá-lo. I. acha graça e faz carinho na cabeça de B. ... Az-13

... B. estava se mexendo, mas quando me sentei ficou quieto, olhando fixamente para mim. Sorri, ele continuou me

olhando. Não resisti e toquei suas mãozinhas e pezinhos. Comentei com M. como ele estava lindo. Ela disse: "Aí B., olha quem veio te visitar..." Ele olhou para a mãe, segurando meu dedo, olhou para mim e sorriu. Começou a balançar os pés e as mãos, parecia feliz. Perguntei a M. se estava tudo bem com ele. Ela disse que sim ... na noite anterior, o pai havia lhe dado mamadeira e em seguida B. vomitou. Mas não foi nada de mais. ... B. segurava meu dedo e me olhava ... soltou, virou-se de bruços, tentava ficar de quatro, tentava falar o tempo todo, olhava muito para o lado em que a M. estava. Foi se arrastando até o final da cama. Ela comentou que ele está quase engatinhando e que já senta. Pergunta se não é muito cedo para ele se sentar porque o I. só fez isso com sete meses. Respondi que achava que não e que também não havia mal nenhum nisso. ... Az-14

M. colocou B. sentado na cama, B. pareceu gostar, sorria e tentava se equilibrar. M. foi logo dizendo que ele está muito levado, que não pára quieto ... ele está quase engatinhando ... Perguntei porque quase e ela me disse que na cama não tem muito como engatinhar. Perguntei se não havia outro lugar. Ela disse que só o chão, mas não gosta de deixá-lo no chão, embora às vezes o faça, pois tem medo que ele fique doente no piso frio. ... Az-15

Assim, vamos conhecendo o desenvolvimento saudável de uma criança, construído pelo cuidado partilhado pela família na interação com ele e podemos afirmar que a mediação da observadora é partícipe desta construção, que, por sua vez, contribui para o bem estar de outros, além do bebê.

... I. se aproxima ... diz que vai me ensinar a construir um prédio. Depois ... pede que eu faça para ver se aprendi. Começo a colocar as peças e ele diz que quer me ajudar ... vai fazendo o prédio sozinho, quando digo que quero ver o prédio que ele sabe fazer. M. observa seu filho e diz para que ele tome cuidado com o dominó, para que não perca nenhuma peça ... M. me acompanha até a porta com I., que fica acenando para mim. Az-18

... B. se mexia no carrinho, enquanto I. derrubava vários carrinhos ... no chão ... pediu que eu brincasse com ele ... que eu escolhesse um carrinho para mim. Escolhi um vermelho e ele disse que era muito velho, que eu tinha que pegar um novo, e me entregou o novo ... pegou um outro ... começou a bater no meu ... me incentivando a fazer o mesmo. Perguntei por quê e ele disse que tinha que me matar. Fiquei segurando o carrinho parado, enquanto ele batia com o dele. Tirou o carrinho da minha mão e fez como que um acidente, dizendo: "Pronto, agora, eu te matei!". Depois pediu que eu escolhesse outro carrinho ... que eu batesse no carrinho dele até matá-lo. Disse que não queria fazer aquilo, que queria brincar com o carrinho

andando. Ele aceitou, brincou um pouquinho, depois desistiu e matou o outro carrinho também, dizendo: “Olha, agora matei esse”. M. ria. B. começou a gritar, batendo palmas. M. cantou “Parabéns a você” e o bebê se animou mais ainda. I deu um carrinho a B., que logo o colocou na boca, em seguida o jogou no chão ... I. continuava com as batidas de carrinhos até matar todos eles. Olhou para mim e disse que o carrinho mais novo era de B.. Lembrei-me que ele havia dito que eu devia querer o carrinho mais novo. Perguntei a I. porque o carrinho novo era de seu irmão. Ele disse porque ele era “mais pequeno” e tinha que ficar com o novo e mais bonito. ... B. ficava se mexendo, fazendo o carrinho andar na direção do sofá em que eu estava. Olhava para I. brincando no chão e sorria. ... pensava que B. também poderia estar brincando no chão. ...Az-19

Azul aprende sobre a importância do brincar, enquanto momento para descarga da agressividade e como espaço para atuação de conflitos, para o desenvolvimento da criança. Aprende muito mais sobre o desenvolvimento do seu núcleo cuidador. Às várias ferramentas que foi adquirindo, durante o estágio, para compor a caixa de produção de cuidados, acrescenta mais esta: a necessidade de suportar para entender a agressividade no contexto das relações humanas, como processo defensivo.

São várias as interações introjetadas como constituintes do processo de cuidado: das ações dos serviços de saúde com os recursos disponíveis da família, das diversas vivências da família com a observação continente, com possibilidade de ampliação da compreensão da complexidade da experiência da existência humana. Nesta perspectiva, estudante em formação para o trabalho de atenção à saúde, usuários consumidores dos serviços realizados por trabalhadores igualmente formados – “criaturas” da ideologia científica – tornam-se criadores do próprio cuidado, com potência de satisfação mais efetiva – não imediata, mas mediada pelos vários “artefatos” do processo – das necessidades de saúde. E todos se beneficiam no processo.

... M. perguntou se eu estava muito doente; disse que estava gripada, com um pouco de dores no corpo. Ela sorriu e disse que eu devo ter pegado essa gripe dela e de B., uma vez que na semana anterior eu não estava doente, mas entrei em contato com eles, que estavam. Disse que talvez fosse possível; ela insistiu e começou a me indicar o que fazer ... que eu fizesse repouso ou iria piorar, a gripe tomava conta ... que eu tomasse chás de alho, de limão e leite quando fosse me deitar, além de outras coisas ... que

se eu piorasse, que fosse embora pra casa de meus pais porque é muito ruim ficar doente sozinha. ... Az-16

Os estagiários da ORMBF podem aprender sobre a evolução da interação positiva na continência que a mãe proporciona para seu bebê, pode vivenciá-la através da que proporciona para a família, e com os colegas e supervisores nos seminários-supervisão, mas da continência que são alvo pela família.

Tão importante quanto *“entrar na perturbadora experiência de se ver transformado num sujeito que você não conhece, mas mesmo assim reconhece”* (OGDEN, 1996), é pensar na interação qualificada como negativa. Não significa ausência de interação, mas que a comunicação não pode ser partilhada, e por isso não pode ser acrescentada, ou modificada pelo novo. Como a demanda que não se enquadra na classificação nosológica e não pode ser compreendida como necessidade de saúde, ou, mesmo aquela, que é sempre medicalizada sem eficiência porque não sai da dimensão conhecida (determinismo biológico das doenças) para pensar no adoecimento como um processo mais amplo. Neste caminho, de pensar a interação negativa, nos seus possíveis fatores de influência – disposição do observador para o encontro, postura desenvolvida durante, disponibilidade da família para observação, para a experiência do novo – ela não é menos valiosa para transformações. Pode ser, até, mais potente para o desenvolvimento da capacidade para o pensar (BION, 1991).

A qualidade da interação pode ser determinante do vínculo. No estágio da ORMBF, o grupo participante aprende vivencialmente sobre o vínculo, sob vários vértices. Observando, participativamente, os vínculos que se formam entre o bebê e a mãe, com os outros membros da família, e destes com a criança. Construindo-no, ele observador, com as várias pessoas da família. Todos, os vínculos feitos, se apresentam na descrição que faz do encontro de observação, relatada no grupo de supervisão. Por sua vez, as leituras das observações feitas com seus aspectos objetivos, mas principalmente subjetivos, são partícipes da reconfiguração dos vínculos, previamente formados entre os participantes do grupo, mas,

também, da vinculação dos estudantes e supervisores com os familiares, que conhecem através do observador.

É difícil descrever uma dinâmica tão complexa, mas é impossível apreendê-la pela leitura de teorias. Sua importância é, no entanto, fundamental para clínica ampliada e, conseqüentemente, para atenção integral à saúde, para equidade, para o trabalho em equipe. Também, para quem se dispõe como facilitador do processo de formação para o agir²⁹ em saúde.

²⁹ Para a psicanálise, o agir significa atitude pensada, diferente do atuar que é ação reflexa (REZENDE, 1989).

V. CONCLUINDO ...

Na sociedade em busca do conhecimento aprender é um direito humano fundamental, como direito à vida. Cresce-se aprendendo, buscando o próprio espaço, e o conhecimento é produto desta própria ação. Aprender deixa de ser atributo escolar e de determinada idade para ser direito permanente para o exercício pleno da cidadania (DEMO, 2001)

Praticar a observação de bebês, segundo Esther Bick, é engajar-se no caminho de ser um livre pensador, aprendendo com sua própria experiência, muito diferente de pensar academicamente. É uma “*escola do singular*”: a grande quantidade de dados observados mostra como o conjunto “*bebê em sua família*” difere do outro (HAAG; HAAG, 1997).

Nem sempre o observador consegue, após a observação ou mesmo durante o seu registro, colocar o que aprendeu através do que foi experienciado. Quando descreve os sentimentos despertados na casa da família, pela vivência de uma realidade que é muito diferente da sua, tornam-se emergentes outros focos da observação, antes não valorizados para atenção integral à saúde. A revelação da satisfação, ou mesmo do encantamento do encontro, fala da importância de um ambiente facilitador (ROSA, 2000) para o desenvolvimento infantil saudável e também para a aprendizagem das interações transformadoras. O sofrimento causado, na maioria das vezes, pelo impacto emocional diante de tendências humanas comuns, alerta-nos para a importância da *violência sutil* (CARON et al, 2000) no cotidiano das famílias, influenciando o processo saúde doença. As duas realizações podem compor o aprendizado para clínica ampliada.

A postura do observador de orientação psicanalítica é um desenvolvimento, que vai sendo conquistado pela problematização da atuação tradicional – de intervenções diretas e autoritárias frente às dificuldades do outro – na interface com a reflexão do vivido na casa da família, durante as supervisões. A experiência de observar, então, configura-se como um compartilhar afetivo do *aprender a aprender, aprender a fazer, aprender a conviver*, com repercussões para a confiança no permanente

aprender ser da formação profissional (PERGHER et al., 2004) e implicações transformativas, na perspectiva da produção do cuidado, para as famílias observadas.

O processo de supervisão tem por objetivo conter angústias, sofrimentos dos observadores diante do impacto da realidade, que é e sempre será inédita. É na vivência que os supervisores também aprendem como lidar com o novo sob a perspectiva de novos olhares diante das diversas experiências singulares.

Aprendemos sobre a importância de estarmos abertos à investigação do novo, despojados do que já temos como intervenções prontas, que nos impedem de escutar o que não sabemos. Nesta interação consigo próprio, com outro(s) e com o meio, podemos descobrir, ou construir um espaço, o “*interseção*” (MERHY, 1997) ou da experiência intermediária (WINNICOTT, 1975), onde o estabelecimento de relações interpessoais, de vínculo, de solidariedade e acolhimento possibilita a constituição de sujeitos autônomos capazes de escolherem entre os diversos modos de *andar a vida*.

Assim, reafirmamos o pressuposto desta investigação: que a ORMBF possa ser um processo para conhecermos a comunicação intersubjetiva e aprendermos a partir da reflexão crítica da experiência, mais uma ferramenta de trabalho para compor a enorme caixa, sempre incompleta, para o trabalho em saúde, pautado em suas ações, pelos princípios da integralidade de atenção, da humanização do cuidado e do reconhecimento da autonomia e dos direitos dos usuários dos serviços de saúde.

Todos estes elementos da ORMF que compõem o aprendizado para interação, na realidade, identifica o observador participante como privilegiado para compreender e refletir sobre a complexidade do processo saúde e doença, com responsabilização e vínculo com a família que se propôs conhecer, campo de competência para a atenção integral à saúde. Revelam aprendizado pela experiência e, também, novos conteúdos a serem pensados por pensadores implicados com a mudança dos modelos de atenção à saúde e de ensino.

Todas as formas de participação no estágio da ORMBF têm uma comunicação que deve ser apreendida pelos mediadores desta aprendizagem: revelam desde os laços do encantamento (LACROIX; MONMAYRANT, 1997) às dificuldades do observador para entrar em contato com os desacertos, desarmonia, sofrimentos e inseguranças também presentes na relação idealizada pelo mito do amor materno incondicional e de família sem problemas.

São enfoques para a continência do docente, ou qualquer mediador da aprendizagem das tecnologias leves para a produção de cuidados em saúde, para aqueles inexperientes para esta ação. São necessidades de aprendizagem saudável, significativa, que, acolhidas, são capazes de criar vínculos de confiança. Confiança em si próprio é caminho para competência de enfrentar o sempre inédito, singular, que desafia o processo de trabalho em saúde; mas, sobretudo, confiar em outros com diferentes olhares, outros recursos e experiências, disponíveis para ensinar e aprender, no processo de educação permanente em saúde.

VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M.C.P; MISHIMA,S.M.; PEREIRA,M.J.B. O Processo de Ressignificação do Trabalho de Enfermagem. 56 Congresso Brasileiro de Enfermagem, Florianópolis, SC, 2004. 16f. (mimeo)

ARAGON, L.E.P. A espessura do encontro. **Interface** – Comunicação, Saúde, Educação, v.7,n12, p. 11-22, fev. 2003.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). A agenda reiterada e renovada da Reforma Sanitária – SAÚDE JUSTIÇA CIDADANIA. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.26, n.62, p.327-331, set./dez. 2002.

AZOUBEL NETO, A. **Mito e Psicanálise**. Estudos Psicanalíticos sobre Formas Primitivas de Pensamentos. Campinas: Papirus, 1993, 298p.

AYRES, J.R.C.M. Sujeito, intersubjetividade e prática de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v.6, n.1, p.63-72, 2001.

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

BASTOS, L.M. Impasses e paradoxos do corpo e da subjetividade na medicina: um olhar psicanalítico. In: Reunião Científica da Sociedade de Psicanálise de Ribeirão Preto, 2002, Ribeirão Preto. 12p. (mimeo).

BARDIN, L. **Análise do conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1995. 225p.

BERTOLDI, S.G. No limite da vida e da morte – A aplicação da ORMB no ensino médico. In: CARON, N.A.(Org.) **A relação Pais-Bebê, da observação à clínica**. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2000. p.248-267.

BICK, E. A experiência da pele em relação de objeto arcaicas. In: SPILLIUS, E.B. **Melanie Klein Hoje: desenvolvimento da teoria e da técnica**. Tradução de Belinda Haber Mandelbaum. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1991. p.194-198.

BICK, E. Notes on infant observation psychanalytic training. **International Journal of Psycho-Analysis**, London, vol.45, p.558-566, 1964.

BION, W.R. **Atenção e Interpretação**: uma aproximação científica à compreensão interna na psicanálise e nos grupos. Tradução de Carlos Heleodoro P. Affonso. Rio de Janeiro: IMAGO EDITORA, 1973. 142p.

BION, W.R. Uma teoria do pensar. In: SPILLIUS, E.B. **Melanie Klein Hoje: desenvolvimento da teoria e da técnica**. Tradução de Belinda Haber Mandelbaum. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1991. p.185-193.

BOWLBY, J. Como estudar os danos produzidos pela privação. In: _____ **Cuidados Maternos e Saúde Mental**. Tradução: Vera Lúcia Batista de Souza e Irene Rizzini. 2ª Edição. São Paulo: Martins Fontes, 1988. p.21-33.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Pólo de Educação Permanente em Saúde: diretrizes para sua organização.** Seminário sobre a Proposta da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde para a Política de Educação na Saúde. Brasília 14 e 15 de Maio de 2003. 16f.(mimeo)

BRASIL. Aprender SUS: o Sus e os cursos de graduação da área de saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20p.

BRAZELTON, T.B.; CRAMER, B. **As primeiras relações.** Tradução: Marcelo Brandão Cipolla. São Paulo: Martins Fontes, 1992. 287p.

BRIENZA, A.M. **Acesso ao pré-natal na rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto: análise da assistência recebida por um grupo de mulheres.** Ribeirão Preto, 2002. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP. Ribeirão Preto, 2002.

CAMARGO JR., K.R. (lr) racionalidade Médica: Os paradoxos da Clínica. **PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva**, v.2, n.1, p.203-228, 1992

CAMPOS, F.E. et al. Caminhos para Aproximar a Formação de Profissionais de Saúde da Necessidade da Atenção Básica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.25, n.2, maio/ago. 2001.

CAMPOS, G.W.S. Modelos Assistenciais e unidades básicas de saúde: elementos para o debate. In: CAMPOS, G.W.S.; MERHY, E.E.; Nunes, E.D. **Planejamento sem normas.** São Paulo: Hucitec, 1989.p.53-60.

CAMPOS, G.W.S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: MERHY, E.E.; CAMPOS, G.W.S.; CECILIO, L.C. de O. (org.) **Inventando a mudança na saúde.** São Paulo: Hucitec, 1994. p.29-87.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos.** A constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo, Hucitec, 2000. 236p.

CAMPOS, G.W.S. Paidéia e modelo de atenção: um ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde. **Olho Mágico**, Londrina, v.10, n.2, p.7-14, Abr./Jun. 2003.

CARON, N.A. Fundamentos Teóricos para a Aplicação de E. Bick. **Revista Brasileira de Psicanálise**, São Paulo, v.29, n.2, p.283-291, 1995.

CARON, N.A. et al. Vivenciando a violência sutil: o impacto emocional diante de tendências humanas comuns. In: CARON, N.A.(org.) **A relação Pais-Bebê: da observação à clínica.** São Paulo, Casa do Psicólogo, 2000. p.45-59.

CARON, N.A.; FONSECA, M.M.C.; KOMPISKY, E. Aplicação da Observação na Ultrassonografia Obstétrica. In: CARON, N.A. (Org) **A relação Pais –**

bebê, da observação à clínica. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2000. p. 179-206.

CARVALHO, S.R.; CAMPOS, G.W.S. Modelos de Atenção à Saúde: a organização de equipes de referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim/ Minas Gerais. Disponível em: <html/CNS-Art-Betim-agosto99.htm>. Acesso em 06 out. 1999.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. **O quadrilátero da formação para área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social**. Publicação eletrônica [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <silvantfranc@yahoo.com.br> em 22 abr. 2004.

CECÍLIO, L.C. de O. As necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R.A.. **Os Sentidos da Integralidade na atenção e cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001. p.113-126.

CHARLES, J.E.; KOMATSU, R.S.; MENEZES, D.B. Mudanças profundas, resistências a dificuldades idem. Aprendizagem Baseada em Problemas. **Ser Médico**, São Paulo, v.6, n.22, p. 20-28, Jan./Fev./Mar. 2003

CHIRELLI, M.Q. **O processo do enfermeiro crítico-reflexivo na visão dos alunos do Curso de Enfermagem da FAMEMA**. 2002. 286p. Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP- Programa Interunidades em Enfermagem das Escolas de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2002.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M.C.S. (org.) **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 18ª edição, Petrópolis, R.J., Ed. Vozes, 2001. p.51-66.

CUNHA, I. **Treinamento perinatal**. Porto Alegre: Sagra:DC Luzzacato, 1991, 120p.

DELUIZ, N. Qualificação, competência e certificação: visão do mundo do trabalho. In: Ministério da Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. **Formação**. Brasília, v.1, n.2, p.5-15, Maio, 2001.

DEMO, P. Aprender. In: _____. **Saber pensar**. 2a ed. São Paulo: Cortez, 2001. p.85-91.

FEUERWEKER, L.C.M. A construção de sujeitos no processo de mudança da formação dos profissionais de saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n.22, p.18-24, dezembro 2000.

FEUERWEKER, L.C.M. et. al. O processo de construção da Rede UNIDA. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n.22, p.9-17, dez., 2000.

FEUERWEKER, L.C.M.; COSTA; RANGEL, M.L. Diversificação de cenários de ensino e trabalho sobre necessidades/problemas da comunidade. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n.22, p.36-48, dezembro 2000.

FONSECA, M.M. et al. Ultra –sonografia em obstetrícia: explorando um novo mundo. In: CARON, N.A.(Org) A relação Pais – bebê, da observação à clínica. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2000. p.97-118.

FORTUNA, C.M. **O trabalho de equipe numa unidade básica de saúde:** produzindo e reproduzindo-se em subjetividades. Em busca do desejo, do devir e de singularidades. 1999, 236f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 1999.

FORTUNA, C.M. **Cuidando de quem cuida** – Notas cartográficas de uma intervenção institucional em prol da montagem de uma equipe de saúde como engenhoca mutante para produção da vida. 2003. 197f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2003.

FRANCESCHINI, S.A., BOLLELA, V.R.; FRANCESCHINI, T.R.C. PISC – Programa de Integração em Saúde na Comunidade – Diversificação dos Cenários de Ensino Médico. In: 42 Congresso Brasileiro de Educação Médica, 2004, Vitória, ES.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. **Acolhimento e os Processos de Trabalho em Saúde:** o caso de Betim (MG). Disponível: <<http://www.datasus.gov.br/cns.htm>>. Acesso em: 10 out. 2001.

FREUD, S. Além do princípio do prazer. In: _____ Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud. Rio de Janeiro: Imago Editora. Vol XVIII., na unidade de leitura CD-ROM, 1920.

FREUD, S. O mal estar na civilização. In: _____ Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud. Rio de Janeiro: Imago Editora. Vol XXI., na unidade de leitura CD-ROM, 1929.

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M.C.S.(org.) **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis R.J. 18ª edição, Petrópolis, R.J., Ed. Vozes, 2001. Cap. IV, p.67-80.

HAAG, M.; HAAG, G. De Colóquio em Colóquio, pro que esse Sucesso? In: LACROIX, M-B; MONMAYRANT, M. **Os laços do encantamento.** A observação de bebês, segundo Esther Bick, e suas aplicações. Tradução Francisco Franke Settineri. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 3-11.

GUIZARDI, F.L.; PINHEIRO, R. Quando Dádiva se Transforma em Saúde: Algumas Questões sobre a Integralidade e o Cuidado nas Relações entre Sociedade e Estado. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.(orgs.). **Cuidado: as Fronteiras da Integralidade.** Rio de Janeiro. Hucitec: ABRASCO, 2004, p.37-56.

KATZ, G. A experiência interna do analista e a natureza da intersubjetividade: uma abordagem clínico-teórica. **Revista Brasileira de Psicanálise**, São Paulo, v.34, n.4, p. 633-653, 2000.

KLAUS, M.H.; KENNEL, J.H. Parto, nascimento e formação do apego. In: _____. **Pais/Bebê: a formação do apego.** Trad. de Daise Batista e revisão

técnica de trad. de Maria Helena Machado. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p.42-117.

KLEIN, M. Sobre a observação do comportamento dos bebês. In: Riviere, J.(org.) **Os Progressos da Psicanálise**. Tradução Álvaro Cabral. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1969. p.256-289.

KOMATSU, R.S. Educação Médica: Responsabilidade de Quem? Em Busca dos Sujeitos da Educação do Novo Século. **REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA**, Rio de Janeiro, v.26, n.1, p.55- 61, jan./abr. 2002

KOMPINSKY, E. Observação de Bebês: método e sentimentos do observador. In: CARON, N.A.(Org.) **A relação Pais-bebê, da observação à clínica**. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2000. p.9-43.

LACROIX, M-B; MONMAYRANT, M. **Os laços do encantamento**. A observação de bebês, segundo Esther Bick, e suas aplicações. Tradução Francisco Franke Settineri. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. 240p.

LEWIS, M. **Alterando Destino**. Porque o passado não prediz o futuro. Tradução: Dinah de Abreu Azevedo. Campinas: Editora da UNICAMP, 1999. 271p.

LITVIN, E.M. Apresentação à Edição Brasileira. In: **Os laços do encantamento. A observação de bebês, segundo Esther Bick, e suas aplicações**. Tradução Francisco Franke Settineri. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p.vii-ix.

LUZ, M.T. Fragilidade Social e Busca de Cuidado na Sociedade Civil de Hoje. In: Pinheiro, R; Mattos, R.A. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO, 2004. p.9-20.

MALTA, D.C.; FERREIRA, L.M.; MERHY, E.E. Acolhimento – Um Relato da Experiência de Belo Horizonte. Versão Preliminar 30/6/1997, mimeo.

MALTZ, R.S. Observação de Bebês – método Esther Bick – uma vivência emocional significativa para a criatividade. **Revista Brasileira de Psicanálise**, São Paulo, v.37, n.2/3, p.631-646, 2003.

MARTINS, M.C.F.N. Humanização na Saúde – Relação médico-paciente no microscópio. **Ser Médico**. São Paulo, v.18, p.27-29, Jan./ Fev./ Mar. 2002.

MATTOS, R.A. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R.A.. **Os Sentidos da Integralidade na atenção e cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001. p.39-64.

MATUMOTO, S. **O Acolhimento**: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde. 1998. 225f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

MATUMOTO, S. **Encontros e desencontros entre trabalhadores e usuários na Saúde em transformação**: um ensaio cartográfico do acolhimento. 2003.186f. Tese de Doutorado (Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

MATUMOTO, S.; FORTUNA, C.M. Trabalho em Saúde, Saúde da Família, vínculo, acolhimento e ética. Capacitação de equipes – Módulo I (versão preliminar – 15/10/ 1998). 7f. (mimeo)

MÉLEGA, M.P. A Supervisão da observação da relação mãe-bebê: ensino e investigação. **Revista Brasileira de Psicanálise**, São Paulo, v.29, n.2, p.263-282, 1995.

MENDES, E.V.(Org.) **Distrito sanitário**. O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 2. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996. 300p.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: MERHY, E.E.; CAMPOS, G.W. de S.; CECILIO, L.C. de O. (org.) **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p.117-160.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (orgs.). In: **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo, Hucitec/Lugar Editorial, 1997. Parte 2, p.113-150.

MERHY, E.E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: fazendo um exercício sobre a reestruturação produtiva na produção do cuidado. In: MERHY, E.E **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo, Hucitec, 2002a. cap.4, p.93-112.

MERHY, E.E. Apostando em projetos terapêuticos cuidadores: desafios para a mudança da escola médica (e dos serviços de saúde) In: MERHY, E.E **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo, Hucitec, 2002b. Apêndice 2, p135-147.

MERHY, E.E. Ato de cuidar: alma dos serviços de saúde. In: MERHY, E.E **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo, Hucitec, 2002c. Apêndice 1, p115-133.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2ª edição. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1993. 269p.

MINAYO, M.C.S. Ciência, Técnica e Arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M.C.S. (org.) **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 18ª edição, Petrópolis, R.J., Ed. Vozes, 2001. Cap. 1, p.9-29.

MISHIMA, S.M. Atenção Básica e promoção de saúde como modelo docente assistencial, sob a ótica da interdisciplinaridade. In: 16 Semana de Seminários da Universidade de Uberaba – UNIUBE. 2003. Uberaba, MG. 9f.(mimeo)

MISHIMA, S.M. et al. Trabalhadores de saúde: problema ou possibilidade de reformulação no trabalho em saúde? – alguns aspectos do trabalho em saúde e da relação gestor/trabalhador. In: Brasil, Ministério da Saúde.

Observatório de Recursos Humanos de Saúde no Brasil: estudos e análises. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. P.137-155.

MORIN, E. **A cabeça bem feita:** repensar a reforma, reformar o pensamento. Tradução Eloá Jacobina. – 5ª ed. – Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001. 128p.

MORINAGA, C.V. et al. Frases que resumem os atributos da relação médico-paciente. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.26, nº1, p.21-27, jan./abr. 2002.

OGDEN, T. **Os Sujeitos da Psicanálise.** Tradução:Cláudia Berliner. São Paulo: Casa do Psicólogo,1996. 217p.

PADILHA, R.Q.; FEUERWEKER, L.C.M. As Políticas Públicas e a Formação de Médicos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.26, nº1, p.3-4, jan./abr. 2002.

PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev. Saúde Pública**, 32(4): 299-316, 1998.

PEREZ-SANCHEZ, M. A Observação de Bebês, segundo Esther Bick, uma Pauta Musical. In: LACROIX, M.B.; MONMAYRANT, M. **Os Laços do Encantamento: a Observação de Bebês** . Tradução: Francisco Franke Settineri. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p.57-60.

PERGHER, D. et al. A Formação em Psicologia através do olhar: A Observação da Relação Mãe-Bebê-Família. In: MELO-SILVA, L.L.; SANTOS, M.A.; SIMON, C.P. **Formação em Psicologia: Percursos e Paradigmas.** 2005 (no prelo)

PICHON-RIVIÈRE, E. **Teoria do Vínculo.** Tradução:Eliana Toscano Zamikhouwsky. 6ª Edição. São Paulo: Martins Fontes, 1998. 129p.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O Processo Grupal.** Tradução: Marco Aurélio Fernandes Velloso. 6ª Edição. São Paulo: Martins Fontes, 2000. 239p.

PIONTELLI, A. **De feto à criança:** um estudo observacional e psicanalítico. Trad. Joana Wilhelm, Nycia Lyra Gomes, Sonia Maria de Godoy. Rio de Janeiro: Imago, 1995.

PINHEIRO, R. As Práticas do Cotidiano na Relação Oferta e Demanda dos Serviços de Saúde: um campo de estudo e Construção da Integralidade. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R.A.. **Os Sentidos da Integralidade na atenção e cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001. p.65-112

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.L. Cuidado e Integralidade: por uma Genealogia de Saberes e práticas no Cotidiano. In: _____. **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** Rio de Janeiro: Hucitec;ABRASCO, 2004.p.21-36

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. Cuidado e Integralidade:Vida,Conhecimento, Saúde e Educação. In: _____. **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** Rio de Janeiro: Hucitec;ABRASCO, 2004. p.5-7.

PRAT, R. O Diálogo das emoções. **Jornal de Psicanálise**. São Paulo, v.25, n.48, p.129-158, abril, 1992.

REZENDE, A.M. O Pensamento de Bion: um Universo em Expansão. **Revista Brasileira de Psicanálise**, São Paulo, v.26,n.3, p.273-284. 1992

REZENDE, A.M. **A questão da verdade na investigação psicanalítica**. Campinas: Papyrus, 1998.

REZENDE, S. Observação da Relação Mãe/Bebê na Família. Grupo de Estudos da Relação Mãe-Bebê, da UNICAMP. (S.D.). (mimeo).

RIBEIRO, E.C.O.; LIMA, V.V. Competência Profissional e mudança na formação. **Olho Mágico**, Londrina, v.10, n.2, p.47-52, abr./jun. 2003.

SÁ, M.C. Subjetividade e projetos coletivos: mal estar e governabilidade nas organizações de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.6, n.1, p.151-164, 2001.

SADER, E. **Quando novos personagens entraram em cena: experiências e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo, 1970-1980**. 2ª edição. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994.

SANTANA, J.P.; CHISTÓFARO, M.A.C. Articulação Ensino-Serviço na Área da Saúde. Texto de Orientação do Curso de Especialização em Políticas de Recursos Humanos para a Gestão do SUS – Eixo Temático da Reforma Educacional Brasileira. 2003. 5f. (mimeo)

SAPIENZA, A. Analogias entre adoção e psicanálise. **IDE - Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo**, São Paulo, n.34, p.3-5, Novembro, 2001.

SCHRAIBER, L.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. Necessidades de saúde e Atenção Primária. In: SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B.. **Saúde do Adulto. Programas e Ações na Unidade Básica**. São Paulo: Editora HUCITEC, 1996. p.29-47.

SHUTLEWORTH, J. Psychoanalytic theory and infant Development. In: Miller, R. et. al. **Closely Observed Infants**. London: Duckworth, 1989.

SOIFER, R. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. Trad. Ilka Valle de Carvalho. Porto Alegre: Artes Médicas, 1980.

SOUZA, M.S.I. Supervisão da Observação da Relação Mãe-Bebê. **Revista Brasileira de Psicanálise**, São Paulo, v.29, n.2, p.293-305, 1995.

SPITZ, R.A. **Primeiro ano de vida: um estudo psicanalítico do desenvolvimento normal e anormal das relações objetais**. Trad. Ereothildes M.B. da Rocha. 5ªEdição. São Paulo: Martins Fontes, 1988. 279p.

STARFIELD, B. Cadastro de Pacientes e Atenção Orientada para o Paciente ao Longo do Tempo. In: ____ **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Tradução: Fidelity Traslation. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002a. p.247-289.

STARFIELD, B. Interação profissional-paciente. In: ____ **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**.

Tradução: Fidelity Translation. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002b. p.291-311.

STERN, D.N. **O mundo interpessoal do bebê**- uma visão a partir da psicanálise e da psicologia do desenvolvimento. Trad. Maria Adriana Veríssimo Veronesi. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. 275p.

STOCCHÉ, T.M. Observação da relação mãe-bebê: método Esther Bick. **Revista Brasileira de Psicanálise**, São Paulo, v.37, n. 2/3, p.647-654, 2003.

SZEJER, M.; STEWART, R. **Nove meses na vida da mulher: uma aproximação psicanalítica da gravidez e do nascimento**. Tradução: Maria Nuryrmar Brandão Benetti. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997. 322p.

TALBERG, G. A supervisão da relação mãe-bebê. **Revista Brasileira de Psicanálise**, São Paulo, v.29, n.2, p.307-314, 1995.

TRAVERSO-YEPEZ, M. A interface Psicologia Social e Saúde. **Psicologia em Estudos**, Maringá, v.6, n.2, p.49-56, jul./dez.2001.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa social em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Editora Atlas, 1992. 175p.

VALLER, E.H.R. A teoria do desenvolvimento emocional de D.W.Winnicott. **Revista Brasileira de Psicanálise**, São Paulo, v. XXIV, n.2, p.155-170, 1990.

VERNY, T. **A Vida Secreta da Criança Antes de Nascer**. Revisão técnica de Tradução: Célia Regina R. de Lima. São Paulo: C.J.Salmi, 1989. 214p.

WINNICOTT, D.W. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1975. 208p.

WINNICOTT, D.W. Preocupação materna primária. In: _____. **Textos selecionados: da pediatria à psicanálise**. Tradução: Jane Russo. 2ª Edição. Rio de Janeiro: F. Alves, 1982a. p.491-498.

WINNICOTT, D.W. Desenvolvimento emocional primitivo. In: _____. **Textos selecionados: da pediatria à psicanálise**. Tradução: Jane Russo. 2ª Edição. Rio de Janeiro: F. Alves, 1982b. p.269-285.

WINNICOTT, D.W. Um homem encara a maternidade. In: _____. **A criança e seu mundo**. Tradução: Álvaro Cabral. 6ª edição. Rio de Janeiro: Zahar, 1982c p.15-18.

WINNICOTT, D.W. E o pai? In: _____. **A criança e seu mundo**. Tradução: Álvaro Cabral. 6ª edição. Rio de Janeiro: Zahar, 1982d. p.19-25.

WINNICOTT, D.W. O Bebê como Organização em Marcha. In: _____. **A criança e seu mundo**. Tradução: Álvaro Cabral. 6ª edição. Rio de Janeiro: Zahar, 1982e. p.269-285.

WINNICOTT, D.W. **Tudo começa em casa**. Tradução: Paulo Sandler. São Paulo: Martins Fontes, 1989. 211p.

WINNICOTT, D.W. **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Trad. por Ireneu Constantino Schuch Ortiz. 3ª Edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990. 268p.

WINNICOTT, D.W. A mãe dedicada comum. In: _____. **Os bebês e suas mães**. 2ª Edição: São Paulo: Martins Fontes, 1994a. p.1-11.

WINNICOTT, D.W. Saber e aprender. In: _____. **Os bebês e suas mães**. 2ª Edição: São Paulo: Martins Fontes, 1994b. p.13-18.

WINNICOTT, D.W. O ambiente saudável na infância. In: _____. **Os bebês e suas mães**. 2ª Edição: São Paulo: Martins Fontes, 1994c. p.51-59.

WONG, J. Fazer (do) Amor (n)uma Cidade: a presença do social e do cultural no cuidado em saúde. In: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Ministério da Saúde. **Curso de Formação dos Facilitadores de Educação Permanente em Saúde. Unidade de Aprendizagem: Análise de Situação**.- MATERIAL PROVISÓRIO Rio de Janeiro: FIOCRUZ, Ministério da Saúde, Novembro, 2004. p.62-74.

ANEXOS

ANEXO I - MAPA DA ÁREA DO CSE

ANEXO II -Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a)Sr(a): _____

Endereço: _____

Estamos desenvolvendo a pesquisa ***A observação da relação mãe-bebê-família - como experiência de ensino aprendizagem em parceria com os serviços de saúde e usuários***, que tem como objetivo *expor para análise a experiência do estágio da Observação da Relação Mãe-Bebê-Família como ferramenta para constituição de sujeitos competentes para produção de cuidados, na perspectiva dos princípios e diretrizes do SUS*, esperando-se contribuir com a construção de ferramentas de trabalho, com o objetivo de melhorar a qualidade de assistência em saúde, incorporando em suas ações os princípios da integralidade de atenção, da humanização do cuidado e do reconhecimento da autonomia e dos direitos dos usuários dos serviços de saúde.

Assim, gostaríamos de contar com sua participação na autorização da utilização dos relatórios de observação assim como dos relatórios da supervisão das observações. Sua colaboração será muito importante para a realização desta pesquisa. As informações/ opiniões emitidas nos relatórios não causarão nenhum dano, risco ou ônus à sua pessoa e serão tratadas anonimamente no conjunto dos demais documentos. Ainda, a qualquer momento da realização da pesquisa, caso não seja de seu interesse a continuidade na participação, haverá possibilidade de retirar este consentimento.

Agradecendo sua colaboração nos colocamos à disposição para qualquer informação que você julgar necessária, e aguardamos o mais prontamente possível sua confirmação quanto à participação nesta pesquisa.

Atenciosamente.

Dr^a Silvana Martins Mishima
Orientador - Professor Associado
junto ao Departamento de Enfermagem
Materno-Infantil e Saúde Pública da
Escola de Enfermagem de Ribeirão
Preto – USP

Trude Ribeiro da Costa Franceschini
Pesquisador - Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem em Saúde
Pública do Departamento de
Enfermagem Materno-Infantil e Saúde
Pública da EERP-USP

Telefone para contato: (16) 602-3429 ou
602-3391

Telefone para contato: (16)6722126

Eu _____, aceito
participar da pesquisa ***A observação da relação mãe-bebê-família - relato da experiência de parceria comunidade-serviço desaúde - ensino***, autorizando a utilização dos relatórios de observação e dos relatórios de supervisão e estou ciente de que os relatórios terão seu resultado tratado sigilosamente, e caso não queira mais participar da investigação, tenho liberdade de retirar este consentimento.

Ribeirão Preto, ____de_____ de 2004.

Assinatura

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP

Of.CEtP/072/23.09.2004

Senhor(a) Pesquisador(a):

Comunicamos a V. Sa. que o trabalho intitulado "A Observação da relação Mãe-Bebê-Família como Experiência de ensino Aprendizagem de Ensino Aprendizagem em Parceria com Serviços de Saúde e Usuários" foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP, e enquadrado na categoria: **APROVADO**, de acordo com o Processo CEP-FFCLRP nº **153/2004** – 2004.1.1075.59.0.

Aproveitamos a oportunidade para apresentar nossos protestos de estima e consideração.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Eucia Beatriz Lopes Petean
Coordenadora do CEP/FFCLRP

Ilustríssimo(a) Senhor(a)
TRUDE RIBEIRO DA COSTA FRANCESCHINI
Departamento de Psicologia e Educação - FFCLRP-USP