**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MATERNO-INFANTIL E SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE PÚBLICA**

**AÇÃO COMUNICATIVA NO CUIDADO À SAÚDE DA FAMÍLIA:
ENCONTROS E DESENCONTROS ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E USUÁRIOS**

Priscila Frederico Craco

**RIBEIRÃO PRETO
2006**

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MATERNO-INFANTIL E SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE PÚBLICA**

**AÇÃO COMUNICATIVA NO CUIDADO À SAÚDE DA FAMÍLIA:
ENCONTROS E DESENCONTROS ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E USUÁRIOS**

Tese de Doutorado, apresentada ao Programa de Pós-Graduação de 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, como parte dos requisitos necessários para obtenção do Título de Doutor. Trabalho inserido na linha de pesquisa Práticas, Saberes e Políticas de Saúde.

Orientadora

Prof^a Dr^a Maria Cecília Puntel de Almeida

Co-orientador

Prof^a Dr^o José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres

Orientanda

Priscila Frederico Craco

**RIBEIRÃO PRETO
2006**

Ficha Catalográfica

Craco, Priscila Frederico

Ação comunicativa no cuidado à saúde da família: encontros e desencontros entre profissionais de saúde e usuários. Ribeirão Preto, 2006.

308 p.: il, 29,7 cm

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor, junto ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem em Saúde Pública do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, 2006.

1. cuidado, 2. comunicação, 3. saúde da família.

PRISCILA FREDERICO CRACO

**AÇÃO COMUNICATIVA NO CUIDADO À SAÚDE DA FAMÍLIA:
ENCONTROS E DESENCONTROS ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E USUÁRIOS**

TESE DE DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO:
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Aprovada em: ____/____/____

COMISSÃO JULGADORA

Presidente: _____

Nome: Prof^a Dr^a Maria Cecília Puntel de Almeida

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP

Examinador: _____

Nome: Prof^o Dr^o José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres

Instituição: Faculdade de Medicina-USP

Examinador: _____

Nome: Prof^a Dr^a Elza Machado de Melo

Instituição: Faculdade de Medicina-UFMG

Examinador: _____

Nome: Prof^a Dr^a Ana Maria Chiesa

Instituição: Escola de Enfermagem de São Paulo-USP

Examinador: _____

Nome: Prof^a Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli

Instituição: Escola de Enfermagem de São Paulo-USP

Dedico, com carinho, este estudo a:

Guiomar Benedicta Nogueira de Abreu (in memoriam), pelos cuidados, ensinamentos e sabedoria de vida. Vó, quantas saudades!. Como nossos chás da tarde fizeram falta neste trabalho!. Dedido, especialmente, a você este dia. Pelos momentos felizes que passamos juntos. Vó e mãe, sentir que vocês estão olhando por nós, acalma a alma. Com amor, de sua neta e filha.

“... Tudo morre grande ou pequeno, fraco ou forte, tudo morre. Primeiro cumprimos a nossa missão. Experimentamos o sol e a lua, o vento e a chuva. Aprendemos a dançar e a rir... A primavera se transforma em verão. E também o verão se transforma em outono. É o momento em que as folhas mudam de casa. Algumas pessoas chamam a isso de morrer. São mudanças naturais, como a estação da morte. É o grande mistério... Pelo sol e pela lua, pelos tempos felizes que passamos juntos, pelas cores no outono, pelas estações... Há uma coisa que é mais forte do que a morte é a vida. Dura eternamente e somos todos uma parte da vida...”

(A história de uma folha- uma fábula para todas as idades- Leo Buscaglia)

AGRADECIMENTOS

Tempo Rei

*“Não me iludo. Tudo permanecerá do jeito que tem sido.
Transcorrendo, transformando, tempo e espaço navegando todos os sentidos.
Pães- de- açúcar, corcovados. Justigados pela chuva e pelo eterno vento.
Água mole, pedra dura. Tanto bate que não restará nem pensamento.
Tempo rei, ó tempo rei, ó tempo rei.
Transformai as velhas formas do viver.
Ensina-me, ó pai, o que eu ainda não sei.
Mãe senhora do perpétuo, socorrei.
Pensamento mesmo o fundamento singular do ser humano.
De um momento para o outro poderá não mais fundar nem gregos, nem baianos.
Mães zelosas, pais corujas, vejam como as águas de repente ficam sujas.
Não se iludam, não me iludo.
Tudo agora mesmo pode estar por um segundo.
Tempo rei, ó tempo rei, ó tempo rei...” (Gilberto Gil)*

Ó tempo rei, ó tempo rei, transcorrendo, transformando, ensinado... me permite dizer a relevância da pincelada de cada um no desenho dessa tese. A todos que colaboraram, apoiaram e foram solidários minha profunda gratidão.

A Deus e à Nossa Senhora, “da cepa brotou a rama, da rama brotou a flor. Da flor nasceu Maria, de Maria do Salvador”, que me deram força e equilíbrio para não desistir e continuar fazendo, com qualidade, o que me cabia fazer.

Ao Tia Carlos, que se foi breve, deixando saudades. Até hoje é difícil acreditar na sua “estação morte”. “Marcas do que se foi, sonhos que vamos ter, todo dia nasce, novo em cada amanhecer”.

A Sandra e Wagner, Obrigado, em todos os sentidos, pela presença, compreensão incondicional e paciência no tempo e no espaço. Sem vocês esta jornada não teria graça nenhuma. “Este ano quero paz no meu coração, quem quiser ter um amigo que me dê a mão. O tempo passa e com ele caminhamos todos juntos sem parar, nossos passos pelo chão vão ficar”.

Ao Zéva, companheiro de amor e sonhos, pela presença e paciência. “Você é a razão maior da jornada, a minha estrada, o meu guia, o meu fim”. Te amo muito e te agradeço cada momento que vivo ao seu lado. Dividimos a luta, agora compartilharemos a festa.

Ao Jacir, rara e grande pessoa, que com muita sensibilidade, firmeza, e paciência tem me ensinado o que ainda não sei. E como um grande amigo, numa prontidão gentil, aceitou ler este trabalho. Jacir, este trabalho é a prova concreta de que as longas distâncias são vencidas nos pequenos passos, desde que não deixem de serem dados.

A Leni, querida, que nestes vários anos me acolhe em momentos de extrema dor, apresentando-me coisas que minha cegueira não permitia ver e sentir, uma delas foi a sabedoria e a leveza do “tempo rei”. “Sem te desviar, sem voltar atrás, sem marcar passo, canta e caminha”.

A Adriana, Jorge, Júlia e André, que tão carinhosamente me recebem em suas vidas. O tempo transcorre, as formas de viver nos distanciam, mas tenho vocês como amigos, no pensamento e sentimento.

A Livia, Laís, Caio e Eugênia, minha mãe zelosa e carinhosa, espaços distantes, doces sentimentos e laços fortes e próximos.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À Prof^a Dr^a Maria Cecília Puntel de Almeida, navegamos vários anos juntas, neste tempo transforme-me e aprendi muito com você. Obrigada pela confiança, pelo estímulo a criatividade e pela paciência e sabedoria com que conduziu-me na orientação desta pesquisa, sempre ao lado. " Nossa profissão está solicitando correção de rota e você tem os atributos para escutá-la".

Ao Prof^o Dr^o José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, "Nunca mostre o teu poema, a um não poeta", com certeza esta tese não é um poema, mas você um poeta. Obrigado por ter aceito a co-orientação e tê-la feita com tanta sensibilidade.

À Prof^a Dr^a Elza Machado de Melo, fiquei muito feliz que o tempo nos está aproximando novamente. Obrigada pela disponibilidade e participação na banca de avaliação desta pesquisa e pelo exemplo, extremamente precioso, no difícil trabalho de aproximação da Teoria de Jürgen Habermas.

À Prof^a Dr^a Ana Maria Chiesa, pelo extremo carinho e atenção, bem como pela participação sensível e calma na banca de avaliação desta pesquisa.

À Prof^a Dr^a Elma Lourdes Campos Pavane Zabali, obrigada pelas sugestões e reflexões, repletas de vida e energia, que contribuíram para a elaboração deste estudo.

À Prof^a Dr^a Silvana Martins Mishima, pelo carinho e pelas valiosas contribuições durante o Exame de Qualificação. Vou contar um segredo: quando lhe vejo, lembro o tempo da graduação, quando quase não me formei, agora transcorrido algum tempo, vejo a luta e o esforço da caminhada e fico feliz.

Aos participantes desta pesquisa (usuários e profissionais de saúde), meu especial agradecimento, pela disponibilidade com que possibilitaram a construção dessa pesquisa ao permitirem a minha entrada em suas vidas e espaços e compartilharem comigo os seus brilhos. Estou aprendendo com vocês que só na vivência rompe-se paradigmas. Foi muito bom os tempos felizes e tristes que passamos juntos. "Gente é muito bom, gente deve ser muito bom... Gente quer ser feliz, quer durar, quer crescer, quer luzir... Gente é pra brilhar".

À Prof^a Regina Pupin, pela inestimável e preciosa ajuda e cuidado na "arte" final deste e de outros tantos trabalhos. Minha gratidão!.

À Cristiane, pela simplicidade e disponibilidade em ajudar em vários momentos em que o tempo estava se esgotando. Meu muito obrigada!.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela bolsa concedida e pelo financiamento deste trabalho de pesquisa.

Muitos ajudaram, obrigada a todos!

“As ciências e as técnicas vieram dominar a medicina até o ponto de excluir a mais importante ciência de todas - a ciência do homem - e a mais importante técnica de todas - a técnica da compreensão. Ciência sem humanismo pode funcionar com átomos, mas não vai funcionar com homens”

(RYLE, 1943 apud Ayres, 2002)

Resumo

Craco, P.F. **Ação comunicativa no cuidado à saúde da família: encontros e desencontros entre profissionais de saúde e usuários.** 2006. 308 f. Tese de Doutorado - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Na atualidade vivenciamos, nacional e internacionalmente, uma crescente revalorização do tema família com priorização e expansão de serviços de Atenção Primária à Saúde, como estratégia de reorganização do setor saúde e de mudança do modelo assistencial. Novas propostas em discussão e aplicação têm ocupado um lugar de destaque na reconstrução das práticas de saúde no Brasil. Neste cenário, ressalta-se a dimensão comunicacional do encontro entre profissionais de saúde e usuários, como um processo de diálogo, que garanta e estimule uma crescente integração entre as finalidades técnicas do trabalho e os projetos de vida dos usuários. Este estudo teve por objetivo compreender as comunicações e ações dos sujeitos (profissionais de saúde e usuários) envolvidos no cuidado à saúde da família e interpretar as possibilidades e dificuldades da ação comunicativa neste cuidado. A Teoria da Ação Comunicativa defendida por Habermas (1987) é a referência teórica fundamental. A esta foram acrescidas a conceituação de Dialógica do Cuidado proposta por Ayres (2002) e a categoria do trabalho vivo em ato proposta por Merhy (2000). Utilizamos a abordagem qualitativa de pesquisa, com a observação participante e a entrevista semi-estruturada como métodos de coleta de dados. A pesquisa foi desenvolvida em uma Unidade de Atenção à Saúde da Família do município de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo. A interpretação dos dados teve como eixo norteador os horizontes normativos dos profissionais de saúde e dos usuários, basicamente com relação aos ideais de: vida, saúde, trabalho, família, assistência à saúde (cuidado) e relacionamento. A discussão da temática teve como preocupação central a necessidade de reorganização das práticas de saúde, apostando no cuidado como categoria central e na comunicação como elemento transformador na construção de novos modos de cuidar, mais humanos e acolhedores, na saúde e na enfermagem e em especial na saúde da família. Destacamos as dimensões da ação comunicativa e da linguagem nos movimentos ora de aproximações (encontros), ora de distanciamentos (desencontros) entre os profissionais de saúde e os usuários. Uma categoria empírica central que emergiu do material empírico foi os encontros e desencontros dos sujeitos em interação. Foi possível identificar que os desencontros entre o saber popular e o saber técnico-científico geraram importantes assimetrias comunicacionais. A linguagem codificada, as invasões, controles e cobranças no espaço das visitas domiciliares e os diferentes horizontes normativos, onde o 'campo da amizade' e o 'campo do tratamento' presentes no ato de cuidar, muitas vezes se mesclam e se confundem, revelaram-se como barreiras na comunicação, que clamam por cuidados. A hierarquia e a falta de solidariedade entre os profissionais da equipe de saúde geraram, também, significativos entraves no diálogo e 'esbarrões' de espaços, tempos, ritmos e saberes. A classificação das famílias em vermelha, amarela e verde, mostrou-se como um veio que questionava se estávamos ainda sob o paradigma do risco ou se deslocamos os horizontes normativos para o conceito de vulnerabilidade. Já, a atitude cuidadora de 'escutar/ouvir' e estar sensível aos sofrimentos e dores do outro surgiu como um valor importante compartilhado por ambos os sujeitos em interação. Entre os encontros visualizados na comunicação destacamos o encontro de sentimentos e a emergência do 'Cuidado Afetuoso/Amoroso', onde o afeto e a espiritualidade foram valorizados no ato de cuidar. O encontro de valores humanos e éticos, onde o alfabeto do bom cuidado foi composto por quatro atitudes- calor humano, respeito, confiança e envolvimento. O encontro de sujeitos, onde o grupo de artesanato surgiu como uma opção por uma melhor qualidade de vida e de saúde. E o encontro de alegrias e risos, onde o ritual festivo e a descontração surgiram deslizando para o espaço do cuidado. Concluimos que o amadurecimento do diálogo entre os sujeitos transita pela construção de pontes linguísticas e pelo compartilhamento de horizontes normativos entre os técnicos (profissionais de saúde, os que querem ser cuidadores) e os não-técnicos (usuários, famílias, as que necessitam de cuidados).

Palavras-chaves: Cuidado, Comunicação, Saúde da Família.

Abstract

Craco. P.F. **Communicative Action Toward The Health care of the Family: Meetings and failure in meetings among professionals of health and users.** 2006. 308 p. Doctorate Thesis – Nursing School of Ribeirao Preto, University of Sao Paulo, Ribeirao Preto.

Nowadays we, nationally and internationally, experience a growing re-valuation of the theme family with prioritization and spreading of services of Primary Attention to Health, with re-organizational strategy in the health sector and changing the assistential pattern. New proposals being discussed and application has taken a prominent position in the reconstruction of health practice in Brazil. In this scenery, we point out the communicational dimension of the meeting among the health professionals and users, as dialogue process, which guarantees and stimulates a growing integration into the technical purposes of work and the projects of users' lives. This study aimed to understand the communications and actions of the subjects (health professionals and families) engaged in the care of family health and to interpret the possibilities and the difficulties of communicative action in this care. The Communicative Action Theory defended by Habermas (1987) is the fundamental theoretical reference. To this, the concept of Dialogic of care proposed by Ayres (2002) and the category of the live work in the act proposed by Merhy (2000) were added. It was used a qualitative approach of research, with close observation and semi-structured interview as a method of data collecting. The research was developed at a Unit of Attention to Family Health of the Public Health service in the city of Ribeirão Preto, São Paulo. The interpretation of the data followed the leading standard horizon of the health professionals and users, basically with relation to the ideals: life, health, work, family, health assistance(care), and relationship. The thematic of the discussion had as main concern the needs of reorganization of health practices, betting on the care as central category and communication as a changing element in the construction of new ways of caring, more human and welcoming in the health and nursing specially in family's health. We pointed out the dimensions of the communicative action and of language in the movements sometimes of approach (meetings), sometimes of distance (failure in meeting) among health professionals and users. A central empirical category which rose from the empirical material was the meeting and failure in meeting of the subjects in the interaction. It was possible to identify that the failure in meeting between the popular knowledge and the scientific-technical knowledge brought about important communicational asymmetry. The codified language, the invasions, control and demand in the space of the home visits and the different patterned horizons, where the 'friendship field' and the treatment field present in the act of caring are many times mixed and confused, they showed up as barriers in communication which asks for care. The hierarchy, the lack of solidarity among professionals of the health team, also generated meaningful hindrance in dialogue and 'bumps' of space, time, growth and knowledge. The classification of families into red yellow and green, showed as a remark which questioned if we were still under the paradigm of the risk or if we moved the patterned horizons toward the concept of vulnerability. Now, the caring attitude of 'listening /hearing' and being sensitive to the suffering and pain of the other appeared as an important value shared by both subjects in the interaction. Among the meetings seen in the communication we pointed out the meeting of feelings and the emergency of affective /loving care, where love and spirituality were valued in the act of taking care. The meeting of human and ethical values, where the alphabet of good care were made up of four attitudes- human warmth, respect, confidence and engagement. The meeting of the subjects, where a group of craftsmanship appeared as an option for a better quality of life and health. And the meeting of joy and smiles, where the festive ritual and the relation appeared sliding to the space of care. We concluded that the maturing of dialogue among the subjects moves along the building of linguistic bridges and by sharing standard horizons among technicians (health professionals, the ones who want to be minders) and the non-technicians (users, families, the ones who need care).

Key-words: Care, Communication, Family Health.

Resumen

Craco, P.F. **Acción Comunicativa en el cuidado de la salud de la familia: encuentros y desencuentros entre los profesionales de la salud y usuarios**. 2006. 308 h. Tesis de Doctorado – Escuela de Enfermeros de Ribeirao Preto – Universidad de Sao Paulo, Ribeirao Preto

Actualmente vivenciamos, nacional e internacionalmente, una creciente valorización, del tema familia con prioridad y expansión de servicios de Atención Primaria a la Salud, como estrategia de reorganización del sector de la salud y mudanza del modelo asistencial. Nuevas propuestas en discusión y aplicación han ocupado un lugar destacado en la reconstrucción de las prácticas de la salud en Brasil. En este cuadro, se resalta la dimensión de comunicación del encuentro de los profesionales de la salud y usuarios, como en un proceso de diálogo, que les dé garantía y estimule una creciente integración entre las finalidades técnicas del trabajo y los proyectos de vida del usuarios. En este estudio se orientó a comprender las comunicaciones y acciones de los sujetos (profesionales de la salud y usuarios) involucrados en el cuidado de la salud de la familia e interpretar las posibilidades y dificultades de la acción comunicativa en este cuidado. La Teoría de La Acción Comunicativa defendida por Habermas (1987) es la referencia teórica fundamental. A la teoría fueron acrecidas la conceptualización del Dialógica del Cuidado propuesta por Ayres (2002) y la categoría del trabajo vivo en ato propuesta por Merhy (2000). Utilizamos las abordajes cualitativos de pesquisa, con la observación participante y entrevista semi-estructurada como métodos de colecta de datos. La pesquisa se desarrolló en una Unidad de Atención a La Salud de la familia del municipio de Ribeirao Preto, São Paulo – Brasil. La interpretación de los datos tuvo como ejes conductores los horizontes normativos de los profesionales de la salud y de los usuarios, básicamente con relación a los ideales de: vida, salud, trabajo, familia, asistencia a la salud (cuidado) y racionamento. La discusión de la temática tuvo como preocupación central la necesidad de la reorganización de las prácticas de la salud, apostando en el cuidado como preocupación central y en la comunicación como elemento transformador en la construcción de nuevos modos de cuidar, más humanos y acogedores, en la salud y en el oficio de enfermero y en general en la salud de la familia. Destacamos las dimensiones de la acción comunicativa y del lenguaje en los movimientos de aproximaciones (encuentros) y distanciamientos (desencuentros) entre los profesionales de la salud y los usuarios. Una categoría empírica central que emergió de los materiales empíricos fueron los encuentros y desencuentros de los sujetos en interacción. Fue posible identificar que los desencuentros entre el saber popular y el saber técnico-científico crearon importantes asimetrías comunicacionales. El lenguaje codificado, las invasiones, controles y cobranzas en los espacio de las visitas domiciliarias y los diferentes horizontes normativos, donde el **campo de la amistad** y el **campo del tratamiento** presentes en el ato de cuidar, muchas veces se mezclan y se confunden, se revelaron como barreras en la comunicación, que claman por cuidados. La jerarquía y la falta de solidaridad entre los profesionales del equipo de salud crearon, también, significativas trabas, en el **diálogo** de espacios y **encontrón** de espacios, tiempos, ritmos y saberes. La clasificación de las familias en rojo, amarilla y verde, se muestra como una vena que cuestionaba si estábamos todavía en el paradigma del riesgo o si desplazamos los horizontes normativos para los conceptos de vulnerabilidad. La actitud cuidadora de **escuchar/oír** y quedarse sensible a los sufrimientos y dolores del otro surgió como un valor importante compartido por ambos los sujetos en interacción. Entre los encuentros visualizados en la comunicación destacamos el encuentro de sentimientos y la emergencia de los Cuidados Afectuoso / Amoroso, donde el afecto y la espiritualidad fueran valorizados en el acto del cuidar. El encuentro de los valores humanos y éticos, donde el alfabeto del buen cuidado es compuesto por cuatro actitudes – calor humano, respecto, confianza y involucramiento. El encuentro de sujetos, donde el grupo de artesanía surgió como una opción por una mejor cualidad de vida y de salud. El encuentro de las alegrías y rizas, donde el ritual festivo y la descentración surgirán deslizando para el espacio del cuidado. Concluimos que el amadurecimiento de los horizontes normativos entre los técnicos (profesionales de la salud, los que quieren ser cuidadores) y los no técnicos (usuarios, familias, las que necesitan de cuidados)

Palabras Clave: Cuidado, Comunicación, Salud de la Familia.

Lista de quadros

Quadro 1	- Relação das UBS e UBDS e quantidade de equipes de PSF e PACS de acordo com os cinco (5) Distritos Sanitários do município de Ribeirão Preto, São Paulo, 2006.....	95
Quadro 2	- Caracterização geral dos usuários, de acordo com perfil sócio-demográfico. Entrevistas realizadas em um Núcleo de Saúde da Família, do interior paulista, no segundo semestre de 2004.....	116
Quadro 3	- Caracterização geral dos profissionais de saúde, de acordo como o perfil sócio-demográfico. Entrevistas realizadas em um Núcleo de Saúde da Família, do interior paulista, no segundo semestre de 2004.....	117
Quadro 4	- Questões norteadoras do roteiro de entrevista semi-estruturada com usuários e profissionais de saúde de um serviço de saúde da família, segundo Horizontes Normativos, de acordo com a Teoria da Ação Comunicativa de Jürgen Habermas, 1987.....	118
Quadro 5	- Quadro síntese dos Resultados e Interpretações do material empírico. Achados relativos à entrevista semi-estruturada com usuários e profissionais de saúde de um serviço de saúde da família, segundo horizontes normativos, da Teoria da Ação Comunicativa de Habermas, 1987	266

Sumário

<i>Apresentação.....</i>	15
--------------------------	----

Capítulo 1

<i>Problema de Pesquisa e Objetivo do Estudo.....</i>	27
---	----

1.1	Ação comunicativa de Habermas na participação popular em saúde: investindo nas possibilidades da comunicação.....	29
1.2	A estratégia de Atenção em Saúde da Família e as possibilidades da ação comunicativa subsidiar mudanças no modelo assistencial: apostando em novos modos de construir o cuidado.....	31
1.3	Objetivo do Estudo.....	59

Capítulo 2

<i>Metodologia.....</i>	61
-------------------------	----

2.1	Quadro Teórico-Metodológico: A Teoria da Ação comunicativa de Jürgen Habermas – o paradigma dialógico ou comunicativo. Pressupostos do estudo.....	63
2.2	Quadro Técnico-Metodológico.....	89
2.2.1	<i>A opção metodológica: Pesquisa qualitativa.....</i>	89
2.2.2	<i>A escolha do campo de pesquisa.....</i>	91
2.2.3	<i>Aspectos éticos da pesquisa.....</i>	98
2.2.4	<i>O processo de pesquisa: métodos de investigação..</i>	100
	<i>2.2.4.1 Observação participante.....</i>	100
	<i>2.2.4.2 Entrevista semi-estruturada.....</i>	105
2.2.5	<i>A construção da análise dos dados: percorrendo caminhos.....</i>	107
2.2.6	<i>Iniciando o nosso olhar para as comunicações no cuidado à saúde da família: veios que pedem aprofundamento.....</i>	113

Capítulo 3

<i>Interpretação e Discussão do material empírico.....</i>	121
<i>Interpretando as comunicações entre profissionais de saúde e usuários: mescla de encontros e desencontros na produção do cuidado à famílias. Vamos mergulhar em uma lagoa?.....</i>	123
3.1 Interpretando alguns desencontros, algumas deformações comunicacionais entre profissionais de saúde e usuários no cuidado à saúde da família: mundos desligados.....	130
3.1.1 <i>Desencontros de saberes: o saber popular e o saber/conhecimento técnico-científico: os “técnicos-sabem-tudo” e os “não-técnicos-sabem-nada”?</i>.....	130
3.1.2 <i>Desencontros comunicacionais: a linguagem codificada como uma barreira na comunicação</i>.....	148
3.1.3 <i>Desencontros relacionais: invasões, controles e cobranças no espaço das visitas domiciliares</i>.....	155
3.1.4 <i>Desencontros de horizontes normativos: o “campo da amizade” e o “campo do tratamento”</i>.....	166
3.2 Interpretando alguns encontros, alguns facho de luzes aproximativas na comunicação entre profissionais de saúde e usuários no cuidado à saúde da família, rumo ao “Cuidado Bom” e à “Vida Boa”: mundos ligados.....	171
3.2.1 <i>Encontro de sentimentos e emergência do “Cuidado Afetuoso/Amoroso”: o afeto e a espiritualidade presentes e valorizados no ato de cuidar</i>.....	171
3.2.2 <i>Encontros comunicacionais e valores compartilhados pelo sujeitos em interação: os atos de Falar, Escutar/Ouvir e estar sensível aos sofrimentos e dores do outro presentes na boa atitude cuidadora</i>.....	182
3.2.3 <i>Encontro de valores humanos e éticos: um “Alfabeto” do Bom Cuidado e da Boa Vida, composto por quatro atitudes: Calor humano, Respeito, Envolvimento e Confiança</i>.....	184
3.2.4 <i>Encontro de sujeitos: o Grupo de Artesanato, optando por uma melhor qualidade de vida e de saúde</i>.....	198

3.2.5	<i>Encontro de alegria e risos: a preparação e a vivência da Festa Junina e o compartilhamento nos cafés e almoços. O ritual festivo e a descontração deslizando para o espaço do cuidado.....</i>	201
3.3	Analisando algumas comunicações entre os profissionais da equipe de saúde que prestam o cuidado às famílias: como estão dialogando e se cuidando quem cuida?.....	215
3.3.1	<i>A classificação das famílias: pintando e colorindo as famílias de vermelho, amarelo e verdes: risco ou vulnerabilidade?, monocromia ou um arco-íris?.....</i>	215
3.3.2	<i>A hierarquia e a falta de solidariedade nas relações gerando entraves no diálogo: “esbarrões” de espaços, tempos e saberes.....</i>	242
3.3.3	<i>A saúde dos profissionais de saúde: como está se cuidando quem presta o cuidado?: expressando algumas dificuldades no ato de se cuidar e no desejo de ter “muita saúde”.....</i>	248

Capítulo 4

	<i>Concluindo, Propondo e Reabrindo.....</i>	269
	<i>Muros e Pontes que se abrem com a saúde da família: plantando jardins e semeando jardineiros.....</i>	271
4.1	Primeira Conclusão Muros: a presença de fronteiras e o estreitamento de horizontes.....	280
4.2	Segunda Conclusão: Pontes: a abertura de horizontes comunicacionais.....	284

	<i>Referências Bibliográficas.....</i>	290
--	---	-----

	<i>Anexos.....</i>	297
--	---------------------------	-----

Apresentação

Pesquisador

*"Pesquisador, artesanão do verbo.
Verbo não mais espontâneo,
Mas construído tijolo por tijolo.*

*Buscar palavras, compor idéias,
lapidar percepções, para expressar
entraves, dilemas, caminhos,
de pequeninos recortes, minúsculos
setores das
práticas profissionais, dos problemas
sociais.*

*Trabalho de arte que parece se perder
nas idas, voltas e desvios
dos dias que se repetem diante da
mesa,
dos escritos, dos pensamentos.
E, aí, como é duro, dos sentimentos
confusos
brotando do isolamento.*

*Ah!. Quantas voltas!
Quantas tarefas preliminares!*

*Quantos esquemas recompostos!
Firmeza para não desanimar.
Calma para elaborar as frustrações.*

*Para que tanto esforço que, de tão
lento,
nem parece esforço, confunde-se com
ócio?.*

*Quanta força preciso para continuar
acreditando
no fruto nebuloso que de tanto tardar
nem sei se há de ter serventia real.*

*Neste desconforto, nessa arte, nesse
ócio.*

*O verbo se faz. Sem perceber a gente
se refaz.
Satisfação.*

Verbo construído. Original.

Lançado ao vento.

*Em que ouvido chegará. Em que dará?"
(Eymard Mourão Vasconcelos, 1999).*

Abro a apresentação desta Tese, trazendo esta poesia de Vasconcelos (1999), intitulada *"Pesquisador"* que, de forma simples e sensível, diz com poucas palavras aquilo que as interpretações dizem de forma complicada. Assim, convido o leitor, através desta linguagem poética, a compartilhar a estória de construção desta pesquisa, "construída tijolo por tijolo" e que, buscando palavras (o verbo construído), compondo idéias, lapidando percepções, se perdendo em várias "idas, voltas e desvios, em tarefas preliminares, em esquemas recompostos", também procurou "expressar entraves, dilemas, caminhos, de pequeninos recortes, minúsculos setores das práticas profissionais, dos problemas sociais". Em especial, buscou compreender uma temática ampla, atual e complexa: *a prática de saúde da família* e entender *as possibilidades (horizontes possíveis, as aproximações) e as dificuldades (distanciamentos) de comunicação entre profissionais de saúde e usuários envolvidos no cuidado à saúde, em um Núcleo de Saúde da Família do interior paulista*.

Para sua realização, contou com o apoio e financiamento da CAPES (Comissão de Aperfeiçoamento em Ensino e Pesquisa), fazendo parte da linha de pesquisa *"Práticas, Saberes e Políticas de Saúde"*, do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP).

Vejamos como podemos nos aproximar mais deste processo de pesquisa.

Trata-se de uma estória que ao tempo cronológico teve a duração de quatro anos, mas que ao tempo emocional teve uma duração mais longa, de dias e

dias que, igual ao poema apresentado, se repetiram “diante da mesa, do computador, dos escritos, dos pensamentos e sentimentos”. Estória esta que brotou de momentos de esforço isolado e solitário, mas também de momentos de trabalho coletivo, que se construiu e se renovou nas relações, nos encontros e desencontros que fomos tecendo no dia-a-dia com diversos sujeitos: orientadora, co-orientador, professores, alunos, profissionais de saúde, usuários e famílias.

Foi um esforço duro e lento que exigiu “firmeza para não desanimar, calma para elaborar as frustrações e os sentimentos confusos”. Mas que gerou imensa satisfação e alegria. E assim, nós também, de forma semelhante ao poeta, “sem perceber fomos nos refazendo”.

Neste sentido, trata-se de uma tese entendida não no sentido positivista, de uma produção de autoria individual, inovação do conhecimento, que busca verdades absolutas e comprovações, precisa ser testada, defendida e colocada à prova e guarda a possibilidade de replicação em contextos semelhantes e momentos posteriores quando se segue o mesmo método e passos do autor. Mas sim uma tese construída como uma produção individual e coletiva, fruto não de “análises”, que decompõem o objeto de estudo em partes, que quebra e separa, mas como um movimento contínuo de trabalho de ir e vir, da parte para o todo e vive-versa, um movimento interpretativo de colocar em relação as narrativas. Enfim, um movimento de síntese interpretativa que busca dar inteligibilidade para os autores e para os outros.

Refletindo sobre a questão de sermos “o pesquisador e o pesquisado”, “o analisador e o analisado”, Merhy (2004) nos brinda esclarecendo e afirmando que todo pesquisador, é, além de *sujeito epistêmico*, ou seja, portador de teorias e

métodos que lhe permitem se debruçar e estudar certos objetos da ciência (e “fazer ciência”), um *sujeito ideológico*, um *sujeito “cultura”*, ou seja, um *sujeito interessado* que dá valor a certas coisas e não a outras, que tem certas opções e não outras, que tem certas concepções ideológicas e não outras. Na linguagem habermasiana, um sujeito que também possui horizontes normativos, tem certos ideais e valores do que é “certo” e “errado” .

O problema é que, além de *“sujeitos interessados”*, somos *“sujeito implicados”*. Assim, numa analítica fina e brilhante, revela o quanto os sujeitos epistêmicos são subsumidos às lógicas do poder, da ideologia e dos afetos, fala inclusive da presença do *“sujeito amoroso”* neste processo. Fato que tem gerado, no cotidiano, situações nem sempre tão óbvias e tranquilas.

Neste terreno reflexivo, este autor, afirma, ainda, que a produção deste saber militante é novo e auto-analítico, individual e coletivo, particular e público. Aposta em processos que gerem “ruídos” no agir cotidiano, pondo os sujeitos, os indivíduos e os coletivos, sob auto-análise. É o que denomina de *“ferramentas disparadoras de situações auto-analíticas”* para os trabalhadores de saúde, nos seus agires cotidianos, nas organizações e nos serviços de saúde. Portanto, aborda que somos muitos tipos de sujeitos ao mesmo tempo: sujeito político, social, pedagógico, dos afetos, técnico, entre outros, podendo em certas situações não o sermos efetivamente.

Assim, em nossa pesquisa de Doutorado “afetamos” e fomos “afetados” por outros sujeitos. O material empírico “colhido” no campo de investigação, no cotidiano de trabalho de um Núcleo de Saúde da Família, foi se mostrando, descortinando e permitindo aprofundamentos em uma relação dialética entre *“sujeito*

epistêmico” e *“sujeito militante”*, que está ética e politicamente implicado com o Sistema Único de Saúde e a aposta em novos modos de cuidar em saúde, mais humanos e acolhedores.

Sua construção faz parte de um conjunto de escolhas, algumas trazidas como sementes de nossa produção no Mestrado, outras colocadas de forma compulsória, outras assumidamente definidas, algumas afetivamente construídas, algumas desenhadas no caminho da pesquisa, outras tomadas em função das limitações externas apresentadas. Mas todas traçadas em um ato de pesquisar que buscava fazer sentido e ter direcionalidade.

Neste processo de fazer escolhas, consideramos que duas foram decisivas para a conformação da presente Tese de Doutorado.

Primeira escolha afetiva: *o cuidado* à saúde da família como foco de investigação, na ótica da interação entre os sujeitos envolvidos. Ou seja, procuramos em nossa pesquisa ouvir as narrativas e entender os horizontes normativos dos profissionais de saúde e também os horizontes normativos dos usuários de um serviço de saúde da família. Assim, não optamos por fazer um recorte em um dos lados da relação, mas manter o olhar nos dois lados desta interação (profissionais de saúde e usuários). Decisão esta que com certeza, exigiu de nós maior esforço e dedicação.

Segunda escolha acidental: a exploração do território da *comunicação* como fio condutor de nossa investigação, fundamentando a interpretação e discussão do material empírico na perspectiva comunicacional da Teoria da Ação Comunicativa de Jürgen Habermas (1987).

Estas duas escolhas não foram fáceis de serem tomadas, pois se propor a olhar e interpretar as duas faces da relação (profissionais de saúde e usuários) não é tarefa simples, tanto que construímos um material empírico extenso, profundo e rico, que permitiria a elaboração de mais de uma Tese de Doutorado. E escolher a Teoria da Ação Comunicativa de Habermas como referencial teórico do estudo representou um esforço árduo e delicado de aproximação de outra área do conhecimento, *a filosofia*, o que significou o contato novo e desafiador com uma obra densa, extensa, profunda e rica, a nós apresentada em outra língua, o castelhano.

Portanto, escolhas difíceis de serem tomadas, mas *corremos o risco e aceitamos o desafio* de estudar o tema do cuidado à saúde da família na ótica das comunicações entre profissionais de saúde e usuários, por apostarmos no salto qualitativo e na guinada lingüística trazida pelo paradigma dialógico de Habermas para a área da saúde coletiva e, em especial, para uma melhor compreensão do cuidado à saúde da família.

Habermas, nas suas propostas sobre a construção social da ação comunicativa tem-nos ajudado a pensar a constituição de processos sociais da validação argumentativa, fornecendo-nos instrumentos, ferramentas para possibilitar o encontro de sujeitos sociais e os seus distintos processos de conformação legítima da verdade argumentativa como situação tipicamente social, de um para outro e vice-versa. Na ciência e para além dela.

Gostaríamos de assinalar ainda, nesta apresentação, que o texto formal desta Tese está construído em quatro capítulos. No capítulo 1- *“Problema de Pesquisa e Objetivo do Estudo”*, buscamos localizar a temática e o recorte do objeto de pesquisa, sustentados pelo olhar da ação comunicativa e pela aposta em novos

modos de construir o cuidado, através da estratégia de Atenção à Saúde da Família. Neste capítulo, ainda se faz presente as indagações que instigaram a pesquisadora e o objetivo do estudo.

No Capítulo 2- *“Metodologia”*, apresentamos o quadro teórico-metodológico, a Teoria da Ação Comunicativa de Jürgen Habermas e o quadro técnico-metodológico, ou seja, o percurso metodológico com a explicitação das opções relativas à abordagem qualitativa, a escolha do campo de pesquisa, os aspectos éticos considerados, os métodos de investigação, através da observação participante e da entrevista semi-estruturada com profissionais de saúde e usuários e os procedimentos de interpretação do material empírico construído neste processo.

No Capítulo 3- *“Interpretação e Discussão do material empírico”*, inicialmente, trazemos as duas categorias interpretativas (*a comunicação e o cuidado*) e a categoria empírica central (*os encontros e desencontros dos sujeitos em interação*), que emergiram deste processo. A seguir, interpretamos alguns desencontros, algumas assimetrias comunicacionais entre profissionais de saúde e usuários no cuidado à saúde da família, entre eles discutimos *os desencontros de saberes*: o saber popular e o saber técnico-científico; *desencontros comunicacionais*: a linguagem como uma barreira na comunicação entre os sujeitos; *desencontros relacionais*: invasões, controles e cobranças no espaço das visitas domiciliares e *desencontros de horizontes normativos*: o “campo da amizade” e o “campo do tratamento”.

A seguir, discutimos alguns encontros, alguns facho de luzes aproximativas na comunicação entre profissionais de saúde e usuários, rumo ao “Bom Cuidado” e à “Boa Vida”, entre eles destacamos *o encontro de sentimentos e a*

emergência do "Cuidado Afetuoso/Amoroso": o afeto e a espiritualidade presentes e valorizados no ato de cuidar; *os encontros comunicacionais:* os atos de falar, escutar/ouvir e estar sensível aos sofrimentos e dores do outro presentes na boa atitude cuidadora; *encontro de valores humanos e éticos:* um 'alfabeto' do Bom Cuidado composto por quatro atitudes- calor humano, respeito, confiança e envolvimento; *encontro de sujeitos:* o grupo de artesanato, aprendendo "macramê" e optando por uma melhor qualidade de vida e saúde e *encontro de alegrias e riso:* o ritual festivo e a descontração deslizando para o espaço do cuidado.

Também refletimos sobre algumas comunicações entre os profissionais da equipe de saúde que prestam o cuidado, onde assinalamos algumas questões "colhidas" do material empírico, tais como a classificação das famílias: risco ou vulnerabilidade?; a hierarquia e a falta de solidariedade nas relações gerando entraves no diálogo e como estão se cuidando quem presta o cuidado?.

Finalmente, no Capítulo 4- *"Concluindo, Propondo e Reabrindo": plantando jardins e semeando jardineiros* buscamos apresentar algumas reflexões e propostas acerca dos muros e pontes que se abrem com a saúde da família, onde se evidenciam a presença de fronteiras e o estreitamento de horizontes, mas também se evidenciam infindáveis aberturas de horizontes comunicacionais que marcam possibilidades que podem ganhar ressonância na saúde da família, gerando novas formas de cuidar, rumo a um "Cuidado Dialógico".

Assim, neste exercício de construir uma apresentação, onde repensamos a nossa trajetória de pesquisa, convidamos a todos os leitores a adentrarem e voarem pelo texto propriamente dito, percorrendo os caminhos da escrita, com o convite de conversar com as palavras.

Neste momento, ecoa novamente a pergunta do poeta: *“Em que ouvido chegará? Em que dará? Há de ter serventia real?”*. Esperamos que esta construção possa tocar você de alguma forma, despertando críticas, ruídos, gerando musicalidade ou barulho, causando “estranhamentos”, fazendo mais ou menos sentido e significado, causando ressonâncias e dissonâncias, sendo útil, tendo “serventia real”, ao se propor a abrir horizontes e contribuir para o pensar e o melhorar das práticas de cuidado a famílias, levantando novas inquietações e dúvidas, pois são escritos sempre provisórios e inacabados, no processo de sermos “sempre um aprendiz”.

Adentrando, também, neste território dos “aprenderes” e nesta busca de aprender a cuidar, a ensinar e a pesquisar, Chirelli (2002) nos convida a pensar nos quatro pilares da aprendizagem:

*[...] **aprender a fazer** (aquilo a que somos designados enquanto enfermeiros, professores e pesquisadores), **aprender a conhecer** (ou aprender a aprender, pois o trabalho e a vida apresentam-se como um permanente aprendizado), **aprender a ser** (nos reconhecermos e sermos reconhecidos nas relações que estabelecemos na vida em sociedade, na vida no interior da Universidade e de sua relação com outros setores) e **aprender a viver juntos** (ou aprender a conviver, levando em conta os conflitos e confrontos que estaremos tendo que enfrentar cotidianamente).*

Assim, trazemos nosso “melhor desejo”, nosso “bem dizer” que: *“nossos corpos se inclinam com alegria para ler, para aprender e os nossos sonhos voam [...]”* (ALVES, 1985).

Com este desejo trazemos, também, a alegoria da pomba utilizada por Ayres (2002), citando Kant, que utilizou essa metáfora na crítica da Razão Pura. Ela nos leva a pensar sobre questões filosóficas complexas através desta linguagem

simples e singela. O “vôo da pomba” permite refletirmos sobre a liberdade de voar: *“é o livre vôo da leve pomba que nos encanta e envolve, pela maravilhosa sensação que transmite ao espírito de potência na fragilidade, de abertura de horizontes e busca de sonhos”*.

À medida do possível, convido você a trilhar e voar pelo caminho do texto, tendo esta outra poesia de Vasconcelos (1999) como pano de fundo. Ela expressa alguns dos encontros e desencontros entre profissionais de saúde e usuários que caracterizam dois mundos ligados (ponte), dois mundos separados (fosso) que *“um dia conhecemos fazendo uma pesquisa e que atíça o compromisso de contar [...]”*.

Fosso e Ponte

*“Favela, dor e alegria,
que um dia conheci fazendo uma pesquisa.*

*Esse dia passou, mas seu grito ressoa
atíçando o compromisso de contar sua luta,
mostrando sua vida, para além do preconceito.*

*No centro de saúde, na favela encalacrada,
Convivi com funcionários
indignados, assustados, desanimados.*

*Vivi suas lutas, senti o desrespeito
Atirado pelos burocratas.*

*Favela e centro de saúde
Dois mundos ligados, dois mundos separados.
Fosso de preconceito e medo.
Ponte de compaixão e amizade.*

*Favela carente de saúde.
Funcionários carentes de criar.
Portas fechadas por filas.
Corações trancados por covardia.
Ouvidos insensíveis pelo Preconceito.*

Alimentados a cada dia pela

*guerra contra os pobres armada pelos liberais.
Guerra ideológica, travada na imprensa.
Mísseis de palavras, culpando as vítimas,
Insuflando a descrença. E justificando, assim,
O grande ataque: o corte de verbas.*

*Miséria gritando dor.
Lambuzada de violência. Infestada de verminose.
Mas pulsando e lutando.
Gente cheia de vida.
Olhares fundos, mas com brilhos.
Mistérios e Diversidade.*

*Favela/fosso/centro de saúde.
Quero quebrar a cabeça, buscando clarear
e depois divulgar a anatomia, a fisiologia
dessa separação. Saúde!"*

(Eymar Mourão Vasconcelos, 1999).

Capítulo 1
Problema de pesquisa e
Objetivo do estudo

Admirável Gado Novo

Vocês que fazem parte dessa massa,
que passa nos projetos do futuro.
É duro tanto ter que caminhar e dar
muito mais do que receber.

E ter que demonstrar sua coragem à
margem do que possa parecer.
E ver que toda essa engrenagem já
sente a ferrugem lhe comer.

Ê, ô ô, vida de gado, povo marcado, ê,
povo feliz!.

Lá fora faz um tempo confortável, a
vigilância cuida do normal.
Os automóveis ouvem a notícia, os
homens a publicam no jornal.
E correm através da madrugada a única
velhice que chegou.

Demoram-se na beira da estrada e
passam a contar o que sobrou.

Ê, ô ô, vida de gado, povo marcado, ê,
povo feliz!.

O povo foge da ignorância, apesar de
viver tão perto dela.
E sonham com melhores tempos idos,
contemplam essa vida numa cela.
Esperam nova possibilidade de verem
esse mundo se acabar.
A arca de Noé, o dirigível, não voam
nem se pode flutuar.

Ê, ô ô, vida de gado, povo marcado, ê,
povo feliz!

(Composição: Zé Ramalho)

1.1 Ação Comunicativa de Habermas na participação popular em saúde: investindo nas possibilidades da comunicação

Em nossa Dissertação de Mestrado, intitulada ***"A participação popular nas Comissões Locais de Saúde: mostrando vidas, contando lutas"*** (FREDERICO, 2001) e em publicações decorrentes (FREDERICO; ALMEIDA, 1999; FREDERICO et al, 2000, FREDERICO; ALMEIDA, 2002, FREDERICO; ALMEIDA, 2003) desenvolvemos uma investigação teórico-empírica na modalidade de pesquisa qualitativa, quando estudamos a participação popular nas Comissões Locais de Saúde do município de Ribeirão Preto, interior paulista, e visualizamos a existência de limites e de oportunidades a serem exploradas. Utilizamos o referencial teórico da Teoria da Ação Comunicativa de Jürgen Habermas (1987) que propõe o paradigma da comunicação.

A interpretação da participação popular em saúde nos mostrou um movimento social que reflete uma mentalidade que enfatiza o individualismo exacerbado, acentua as desigualdades e exclusões sociais e econômicas, contrapondo-se à democratização e contribuindo para compor um quadro desfavorável à participação popular e ao fortalecimento das políticas nas áreas sociais.

Entretanto, apesar da participação popular em saúde sofrer, com todo o seu vigor, a influência de limitações sistêmicas, esta pesquisa revelou as potencialidades das ações comunicativas e solidárias entre os sujeitos participantes

que clamavam “Queremos ser ouvidos” e ainda conseguiam encontrar brechas em meio ao universo de dificuldades e resistências, afluindo a possibilidade de construção de um espaço público autônomo e criativo, que tentava colocar as decisões e as iniciativas nas mãos da comunidade.

Este estudo trouxe também reflexões sobre o modelo assistencial em saúde vigente marcado por profundas dificuldades que clamavam por cuidados e por interações mais solidárias, humanas e acolhedoras. Assim, a Atenção em Saúde da Família surgiu como uma oportunidade de ruptura do “fosso cultural” entre os profissionais de saúde, de um lado, e a população, do outro.

Considerando a perspectiva da ação comunicativa na *educação* e a possibilidade de contrapor à colonização do mundo da vida, o enfoque comunicativo de Jürgen Habermas se aproxima muito da “pedagogia crítica”, que tem apresentado entre seus principais autores Paulo Freire e Giroux. A educação, nesta perspectiva, está centrada na interação entre seres iguais e nos princípios de igualdade, democracia e diálogo intersubjetivo; a aprendizagem comunicativa está baseada no diálogo igualitário, onde o educador é um facilitador da comunicação, propondo temas e formas para construção e reconstrução ativa do conhecimento (PINTO, 1996; BÓGUS, 1998).

O enfoque comunicativo de Habermas tem sido utilizado também para subsidiar a compreensão de problemas de pesquisa na *área da saúde*, principalmente aqueles que têm como foco de estudo as práticas enquanto trabalho e interação (RIVERA, 1995; AYRES, 1997; AYRES, 2001; PEDUZZI, 1998; MELO, 1999; SOUZA, 2000). Assim, cada vez mais, o referencial teórico do agir comunicativo tem subsidiado investigações que buscam analisar a dialética trabalho-interação inerente

ao trabalho em saúde e estudar as políticas públicas e as práticas enquanto trabalho. Seguindo a perspectiva habermasiana, entender a saúde como um direito social implica necessariamente pensá-la como decorrência da participação política livre e igual de todos os envolvidos. Assim, a participação da população em instâncias participativas, como os Conselhos de Saúde e as Comissões Locais de Saúde, pode ser regida para a busca do entendimento, através do diálogo. Nesta ótica, a autonomia política é condição chave de participantes que, além de *destinatários*, tem que ser também *autores* de direitos, ou seja, somente o exercício da autonomia política poderá garantir os direitos sociais e entre eles o direito à saúde em todos os seus níveis no que diz respeito à conquista de condições de vida, trabalho, lazer, entre outros, como na definição de diretrizes legalmente previstas, de financiamento e alocação de recursos, na gestão e no controle social.

Portanto, o paradigma habermasiano pode ser considerado relevante e bastante promissor para a área da saúde, na medida em que nos ajuda a ir além da lógica da ação instrumental (orientada ao êxito), buscando a ação comunicativa (orientada ao entendimento) e nos permite uma abordagem mais ampla e ao mesmo tempo integradora das diversas racionalidades que perpassam este objeto tão complexo.

1.2 A estratégia de Atenção à Saúde da Família e as possibilidades da Ação Comunicativa subsidiar mudanças no modelo assistencial: apostando em novos modos de construir o cuidado

No Brasil, as políticas sociais começaram a se organizar de forma sistemática e contínua a partir da década de 20. Vasconcelos (1999) destaca que,

apesar de terem ocorrido vários movimentos setoriais de integração das políticas sociais, tais como a criação do Instituto Nacional de Previdência Social-INPS em 1966 e do Sistema Único de Saúde-SUS em 1988, as políticas sociais continuam ainda fragmentadas. Assim, os direitos sociais da criança, do adolescente, da mulher, do idoso, do trabalhador nas áreas da saúde, educação, lazer, meio ambiente, geraram diferentes programas e instituições, conflitando e competindo entre si, caracteristicamente voltando-se para o atendimento individualizado das pessoas, desconsiderando o universo familiar e comunitário em que vivem, reflexo da ideologia mercantil hegemônica da sociedade. Por exemplo, no pré-natal, a tradição médica preocupa-se centralmente com a gestante, como se toda a família não ficasse, de alguma forma, também grávida. De forma semelhante, uma criança que vivencia um problema familiar grave é abordada, de forma simultânea, mas fragmentada, pela professora e pela psicóloga da escola, quando abordada, preocupadas com o fracasso no aprendizado, pelo juizado de menores por causa dos seus delitos e, ainda, por vários setores do sistema de saúde em razão das várias patologias decorrentes.

Assim, Vasconcelos (1999) analisa que o reconhecimento e a garantia dos direitos sociais acabaram refletindo a lógica individualista e fragmentada hegemônica na sociedade gerando direitos de indivíduos isolados e direitos setorizados onde:

[...] O indivíduo foi fragmentado em carências. Os direitos passaram a ser consumidos e fornecidos de forma separada. Neste contexto de individualismo, assiste-se a espantoso crescimento da importância do discurso centrado na subjetividade como explicador dos problemas sociais [...] A percepção da fragmentação das políticas sociais vem propiciando o surgimento de propostas e tentativas de integração [...] Vem crescendo internacionalmente a visão de que as unidades 'família' e 'comunidade' são pontos importantes da estratégia de integração das diversas políticas sociais.

A escolha do ano de 1994 como ano internacional da família pela ONU reflete esse movimento de priorização política da família (VASCONCELOS, 1999, p. 161).

Dessa forma, nacional e internacionalmente assistia-se a uma crescente *valorização do tema família* com priorização e expansão de serviços de atenção primária à saúde, como estratégia de reorganização do setor saúde e de mudança do modelo assistencial, considerando as ações mais locais, na comunidade e na família, como espaços com potencialidades mais democráticas, no sentido de privilegiar a diversidade e melhor atender às necessidades dos vários grupos.

Apesar desta valorização do tema família no setor saúde, principalmente através de incentivos governamentais aos Programas de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, a família ainda tem encontrado muitas *resistências* para ser aceita como instância importante de abordagem nas políticas sociais. Segundo Vasconcelos (1999), ela vem sendo, historicamente, objeto de duplo ataque. De um lado, na prática social e na ideologia de muitos segmentos mais intelectualizados da sociedade que denunciam a organização familiar como repressora, destacando seu papel de instrumento de dominação dos homens sobre as mulheres e dos adultos sobre os jovens. E, de outro lado, a família é criticada na prática científica como categoria ressaltada quando se quer ocultar a luta de classes. Por isso, durante muito tempo, o espaço da família ocupou papel *secundário* na dinâmica política de transformação da sociedade, uma vez que seriam campos das relações pessoais e afetivas distantes do jogo de poder mais decisivo.

Entretanto, Chauí (1986) reforça que a vida familiar e a vida comunitária não são isoladas, mas estão inseridas na dinâmica econômica e política da sociedade

como um todo. Caracterizam-se como uma mescla de conformismo e resistência às relações de dominação presentes na sociedade. Mantêm, muitas vezes, a subordinação feminina e dos filhos, mas protegem mulheres, crianças e velhos da violência urbana; criam condições para a dominação masculina, mas garantem aos homens um espaço de liberdade contra a subordinação no trabalho, conservam tradições, mas são espaços de elaboração de projetos para o futuro, não são só núcleos de tensões e conflitos, mas também lugares onde se obtêm prazer e satisfação.

Apesar de valorizadas nas classes populares, atualmente as famílias vêm sofrendo um intenso processo de desgaste. Segundo Vasconcelos (1999), a *vulnerabilidade das famílias* encontra-se associada à sua situação de pobreza e ao perfil de distribuição desigual de renda no país, o que vem funcionando como fatores desagregadores. Tem-se verificado uma fragilização da família popular brasileira com, por exemplo, o aumento das famílias monoparentais, em especial aquelas em que a mulher assume sozinha a chefia da família e a questão migratória, por motivos de sobrevivência, atingindo sobretudo os homens em idade reprodutiva, tem-se tornado importante motivo de desestruturação das relações familiares.

Na década de 80, as repercussões dos problemas sociais trazidos pelas crianças vivendo na rua trouxeram, também, para o debate político as questões relativas à família. Na década de 90, o surgimento do Programa de Saúde da Família, apoiado pelo Ministério da Saúde, reflete esta tendência de valorização da família na agenda das políticas sociais brasileiras. Entretanto, as questões relativas à família têm mostrado serem grandes desconhecidas nos serviços públicos e pouco eficientes porque estão presas, ainda, a uma *"cultura tutelar"* de relação com as classes

populares. Ainda cuida-se, tomando conta e criam-se estratégias que cerquem os possíveis desvios não aceitando, assim, a *autonomia da família*, por não confiar em sua capacidade (VASCONCELOS, 1999).

Paim (1999) chama-nos a atenção também para as oportunidades e perigos envoltos nos programas de atenção à família. Podem compor uma equipe para assegurar qualidade, integralidade e efetividade de “Atenção Primária de Saúde” ou visarem a um atendimento tecnologicamente simples e pobre para gente simples e pobre (“Atenção Primitiva de Saúde”) impedindo o consumo de outros níveis de atenção, ou ainda objetivarem uma ação “triagista, de screening” para a redução de custos do Estado. Podem mobilizar valores simbólicos das classes dirigentes, seja no sentido de alívio das tensões sociais, seja na propaganda de governos ou empresas, seja no controle sobre os trabalhadores e suas famílias, mediante o “policimento” e “domesticação” da sua cultura, seus hábitos, seu estilo de vida em função dos valores e ideologias dominantes. Cada um desses objetivos privilegiados tem implicações éticas, econômicas, políticas e culturais que não devem ser ignoradas ou negligenciadas.

Portanto, os anos 90 trouxeram para o setor saúde uma revalorização e acirrada discussão do tema família, decorrentes da preocupação com a superespecialização do trabalho médico com os conseqüentes altos custos financeiros e deteriorização das relações humanas.

Inicialmente, a proposta do “Médico de Família” se expandiu nos EUA com o reconhecimento da medicina familiar como uma especialidade médica. Na década de 70, contrapondo-se à tendência mundial de hospitalização, complexidade tecnológica e fragmentação do trabalho em especialidades e sub-especialidades, o

movimento espalhou-se com intensidade no Canadá, México, entre outros países europeus e da América Latina. Internacionalmente, assistia-se a uma progressiva valorização da prioridade de expansão de serviços de Atenção Primária à Saúde como estratégia de reorganização do setor saúde (VASCONCELOS, 1999). A Conferência de Alma-Ata (OMS, 1978) sobre *Atenção Primária à Saúde* foi um marco político dessa tendência que definiu os critérios da Atenção Primária à Saúde:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meio aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (OMS, 1978, p. 30-31).

A Conferência de Alma-Ata (OMS, 1978) especificou que a Atenção Primária à Saúde é composta pelas seguintes atividades: a educação sobre os principais problemas de saúde e sobre os métodos de prevenção e luta correspondentes, a promoção de um sistema de alimentos e de nutrição apropriados, um abastecimento adequado de água potável e saneamento básico, a assistência materno-infantil, com inclusão do planejamento familiar, a imunização contra as principais enfermidades infecciosas, a prevenção e a luta contra as enfermidades endêmicas locais, o tratamento adequado das enfermidades e traumatismos prevalentes, o sistema de medicamentos essenciais. Trouxe, também, os esforços intersetoriais (de todos os setores e campos de atividades interligados à saúde, em

particular, a agricultura, a alimentação, a educação, as obras públicas, as comunicações, entre outros setores) necessários para prestar serviços de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação e resolver os principais problemas de saúde dos indivíduos, famílias e comunidades.

Martin (2000) aborda que a organização de um serviço de Atenção Primária de Saúde deve utilizar como referencial básico a *atenção centrada no cidadão*, ou seja, centrada nas necessidades, demandas e expectativas dos cidadãos, que são o eixo vertebral desta organização. Portanto, a organização e o funcionamento dos serviços de Atenção Primária de Saúde devem partir da expectativa do cidadão que o utiliza. Assim, a acessibilidade de horário, de comunicação e da relação população-profissional são premissas conceituais da Atenção Primária, tornando-se necessário encontrar novas formas organizativas que dêem respostas às demandas assistenciais, diante da existência de uma forte rigidez e de disfunções significativas que afetam a acessibilidade e sobrecarregam e desgastam os serviços, os profissionais de saúde e os usuários. Este autor defende *um aperfeiçoamento da Atenção Primária*, diante do foco em critérios exclusivamente quantitativos, propõe um processo de aperfeiçoamento aberto no tempo e centrado também em componentes qualitativos. Defende a *qualidade da Atenção Primária* e diante das insuficiências do sistema propõe a criação e inclusão de objetivos de qualidade na contratação das equipes e motivação e compensação dos profissionais.

Starfield (1998) completa que a Atenção Primária à Saúde enfatiza princípios de humanização, equidade, solidariedade, ética profissional, proteção e promoção da saúde, responsabilização, cuidado centrado na pessoa/cidadão, foco na qualidade, no acesso e sustentabilidade financeira. Questiona a especialização na

saúde, abordando que à medida que os conhecimentos se acumulam os profissionais tendem a se sub-especializarem contribuindo para um *encarecimento* dos serviços prestados, uma vez que os cuidados especializados são muito caros e nem sempre acessíveis a toda população que necessita de assistência de saúde e para um *empobrecimento* da qualidade na prestação dos serviços, pois o especialista, em geral, desconhece a saúde integral das pessoas. Defende, assim, a tese de que, na maioria dos países industrializados, existe na saúde um *paradoxo*, caracterizado por diferenças sistemáticas em “mal-estar” de saúde nas comunidades, com concentrações maiores entre os grupos sociais, evidenciando uma desigualdade social importante no acesso aos serviços de saúde.

Assim, a Atenção Primária à Saúde não deve ser confundida com a noção de “medicina simplificada”, ou “medicina simplista”, que associa uma assistência de baixo custo e baixa qualidade, mas sim ser entendida como uma atenção que agrega um conjunto de ações e envolve um *trabalho complexo*: os requisitos assistenciais de uma unidade de saúde serão os de *alta capacidade resolutiva* e ao mesmo tempo *alta sensibilidade diagnóstica*, para atuar corretamente nas demandas primárias e propor encaminhamentos adequados no interior do sistema assistencial (SCHRAIBER et al, 1996).

Starfield (2002) traz as mudanças necessárias para converter o que denomina de “*atenção médica primária convencional*” em “*atenção primária à saúde*” mais ampliada. Segundo esta autora, a atenção médica primária convencional, com relação ao *enfoque* centra-se na doença e na cura, enquanto a atenção primária à saúde centra-se na saúde e na prevenção, atenção e cuidado. Com relação ao *conteúdo*, a atenção médica convencional enfatiza o tratamento, a atenção por

episódios e problemas específicos, enquanto a atenção primária enfatiza a promoção da saúde, a atenção continuada e a atenção abrangente. Com relação à *organização*, a atenção médica convencional organiza especialidades, médicos e consultórios individuais, enquanto a atenção primária organiza clínicos gerais, grupos de outros profissionais e equipes. Com relação à *responsabilidade*, a atenção médica convencional prioriza apenas o setor saúde, com domínio pelo profissional e recepção passiva pelo usuário, enquanto que a atenção primária prioriza a colaboração inter-setorial, a participação da comunidade e a auto-responsabilidade.

E assim, neste cenário de revalorização da Atenção Primária à Saúde e da Atenção à Saúde da Família, diferentes propostas de reorganização do sistema de saúde brasileiro foram trazidos para o debate político (VASCONCELOS, 1999).

Segundo este autor, um debate político que, nesta época, polarizou os profissionais foi sobre *que modelo de atenção primária à saúde deveria ser expandido?*. De um lado, existia a proposta do “Médico de Família” que significava uma atualização da medicina liberal, com a centralização do serviço na figura do médico. De outro, havia a proposta de experiências alternativas de saúde comunitária, gestadas nas décadas de 70 e 80, da relação entre a ação pastoral da igreja católica com os movimentos sociais emergentes, que se baseavam no trabalho em equipe e na relação educativa com a população. Entretanto, um terceiro modelo tornou-se hegemônico na maioria dos centros de saúde que se expandiram nas cidades, o modelo do “pronto-atendimento”, centrado essencialmente no atendimento pontual dos problemas, sem acompanhamento e com relação extremamente impessoal com a clientela (CAMPOS, 1994; SILVA, 1998).

No que se refere ao *modelo assistencial* vários estudos (SCHRAIBER,

1990; ALMEIDA, 1991; MERHY, 1992; CAMPOS, 1992; MENDES, 1994; SCHARAIBER et al, 1996; CAMPOS, 2000; MERHY, 2002) mostram também a hegemonia desta abordagem clínica centrada no cuidado individual e na assistência médica. Estes estudos questionam a *impessoalidade* que caracteriza a produção dos cuidados, o extremo *mecanicismo* de suas ações e a *rotinização dos cuidados* que empobrecem a questão, analisam a necessidade de superação desse modelo assistencial pela articulação de intervenções em diferentes naturezas, com destaque para a participação dos sujeitos, população usuária dos serviços ou não e agentes do trabalho, tendo como princípio, o desenvolvimento de *novas modalidades de relação* que permitam humanizar a relação instituição-população usuária. Assim, estes autores defendem a *humanização* das práticas médico-sanitárias e mostram a importância de trabalhar, direta e articuladamente, a *dimensão subjetiva* que está presente na estruturação e dinâmica das práticas e criar espaços para a reflexão e manifestação dos usuários do serviço, para que também eles reconheçam criticamente a equipe profissional de que se valem.

O modo hegemônico de pensar e agir em saúde tem conduzido à emergência, cada vez maior, de *insatisfações*, tanto de usuários como de profissionais de saúde, a sentimentos de *tristeza e impotência*, a um *trabalho penoso* (CAMPOS, 2000) e à morte das instituições (ENRIQUEZ, 1989), que caem no *ritual vazio*, onde as verdadeiras questões raramente são abordadas, pois se fossem poderiam surgir conflitos específicos que questionariam a segurança e a identidade de cada um. A instituição, enquanto estrutura fechada, produz a repetição das normas, dos procedimentos, das convenções, ausência de iniciativa, necessidade de segurança e de fuga das responsabilidades, redução de tensão, e, no fim das contas,

a tendência radical ao aumento da *entropia* e ausência de renovação, portanto, a morte.

O pensamento de Alves (1985), na crônica intitulada “*Os técnicos sabem-tudo*”, ilustra bem esta lógica dominante:

Um técnico de boca aberta é mais perigoso para a democracia que uma urna de boca fechada [...] Na saúde é a mesma coisa. O doente abre mão do seu próprio corpo e o entrega às manipulações das pessoas e instituições que detêm o monopólio do saber sobre a vida e a morte [...] Quando os técnicos têm a última palavra, aqueles que não são técnicos não têm palavra nenhuma [...] Afinal de contas, falta-nos a competência dos especialistas [...] Por outro lado, ninguém negará que aqueles que detêm o monopólio do saber devem deter também o monopólio do poder. Esta conclusão é resultado de uma lógica férrea [...] Se há técnicos que sabem, porque dar o poder a um povo que não sabe? [...] O povo perdeu o poder por ter sido roubado o saber. E quem se entrega ao saber do outro acaba por ficar ao sabor do outro [...] (ALVES, 1985, p. 97).

Assim, em 1993, o Ministério da Saúde lançou o “*Programa de Saúde da Família (PSF)*” que tem origem neste cenário de questionamento do modelo assistencial e resgate da Atenção Primária à Saúde. O PSF coloca-se como estratégia de reestruturação do modelo assistencial em conformidade com o ideário ético-político do Sistema Único de Saúde (SUS), onde antigos estigmas e novos desafios são postos em discussão (COHN, 1996). Propõe deslocar o eixo de preocupação centrada na figura do médico ao criar uma equipe de saúde composta de um médico generalista, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde que se responsabilizariam por uma área geográfica onde habita entre seiscentas e mil famílias, procurando apoiar um modelo de atuação em nível local que influencie a totalidade do sistema de saúde. Possui como diretrizes operacionais a adscrição da clientela, a integração dos níveis de atenção à saúde, o planejamento local e regional, o trabalho em equipe, a ação intersetorial e o controle

social, elegendo como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população (BRASIL, 1996; CIAMPONE, 2000; SANTANA, 2001).

Segundo Silva (1998), nestas relações dos serviços de saúde com as famílias, três noções são importantes: **a) vínculo e responsabilidade**, o vínculo entre a família e a equipe de saúde é mais personalizado e co-responsável e a autonomia de ambas as partes é estimulada; **b) acolhimento**, significa desenvolver na equipe a capacidade de solidarizar-se com as necessidades das famílias, criando uma relação humanizada e **c) resolutividade**, os serviços de saúde devem procurar acolher e resolver as necessidades de seus usuários, não bloqueando, no entanto, o acesso a outros níveis de maior complexidade tecnológica, caso haja necessidade.

Assim, à medida que o Programa de Saúde da Família busca constituir-se como uma estratégia de atenção que contempla as múltiplas dimensões das necessidades em saúde na sua dupla face individual e coletiva, propõe mudança no objeto de atenção, nos instrumentos e meios de trabalho, na forma de atuação profissional e na organização e gerência do serviço.

Mesmo que as diretrizes para a atenção em saúde da família contemplem o trabalho dos profissionais em equipe, e, portanto, fundamentado na interdisciplinariedade e em uma relação social de parceria com a comunidade, que se sustenta na autonomia das famílias, estas possibilidades que podem transformar o até então ineficaz modelo assistencial individual e curativo, são difíceis de realização e efetivação na prática cotidiana, acreditamos que principalmente porque envolvem *processos comunicativos intersubjetivos*.

Assim, chamamos a atenção para a importância, complexidade e

difficuldade de se trabalhar e interagir em *espaços coletivos*, quando ainda em muitas situações cotidianas prevalece a cultura do individualismo e do não compromisso.

Partindo desta dimensão do coletivo, Campos (2000) nos mostra as *diferenças*, tanto de ritmos, como de características e habilidades dos componentes de um grupo, seja um “grupo ou equipe” de trabalho ou um grupo social como a família, através da ilustração de uma situação grupal onde os membros do grupo foram retratados com a caricatura de diversos animais: *dois hipopótamos*: sonhadores, dorminhocos, divagadores; *dois sapos*: indiscretos, não medem palavras; *dois veados*: tímidos, imparciais; *dois cavalos*: sensatos; *uma tartaruga*: sempre atrasada, lenta, devagar; *uma raposa*: astuciosa, sempre encontra um jeito de se dar bem; *um porco-espinho*: tem um limite de aproximação; *um pavão*: arisco, quieto até não ser provocado; *um macaco*: saliente, não deixa escapar nada; *um cão pastor*: o cuidador, organizador, maestro dos bichos.

O exemplo apresentado é bem ilustrativo das diferenças presentes em situações grupais e exemplifica um ponto já bem conhecido, porém com frequência não considerada, o da ingenuidade em pensar os grupos como algo homogêneo, onde não existem diferenças, contradições, tensões, nem conflitos. Lembramos que as diferenças são fundamentais, sem elas não há produção de idéias novas, nem espaço para a criatividade. Quando bem administradas, possibilitam a complementariedade, favorecem as trocas e o enriquecimento do grupo. Isto deixa de ocorrer quando a elas se somam movimentos competitivos, disruptivos, destrutivos, que refletem a imaturidade de um ou de vários de seus membros. Osório (1997) aborda também esta questão quando afirma que a instituição sofre um inevitável processo de paulatina destruição na medida em que se afasta de seus

objetivos precípuos para servir aos interesses narcísicos de seus membros, ou se restringe a operar como mero instrumento para o exercício do poder.

No que se refere à questão das interações, comunicações, afetos e emoções, a existência de grupos, de trabalho ou familiar ou outro, pode propiciar:

Alegria, riso aberto, contentamento, folia, concentração; medo, dor, choro, conflito, perdição, desequilíbrio, hipóteses falsa, pânico; entendimento, diferenças, desentendimentos, briga, busca, conforto; silêncios, fala escondida, berro, fala oca, grito, fala mansa; generosidade, escuta, olhar atento, pedido de colo; ódio, decepção, raiva, recusa, resistência, rejeição, desilusão; amor, bem querer, gratidão, afago, gesto amigo de oferta... Porque eu não sou você. Você não é eu. Mas somos um grupo, enquanto somos capazes de, diferencialmente, eu ser eu, vivendo com você e você ser você, vivendo comigo (FREIRE, 1992, p. 67).

Assim, um grupo, de trabalho ou familiar, se constrói no espaço heterogêneo das diferenças entre cada membro participante, da timidez de um, do afobamento do outro, da serenidade de um, da explosão do outro, do pânico de um, da sensatez do outro, da mudez de um, da tagarelice do outro, do riso fechado de um, da gargalhada do outro, dos olhos miúdos de um, dos olhos esbugalhados do outro, da lividez de um, do encarnado do rosto do outro (FREIRE, 2000).

Schraiber (1996) estuda estas interações na área da saúde coletiva e aborda que as relações entre usuários e profissionais têm sido caracterizadas pela *presença assimétrica* desses dois sujeitos nas ações em saúde. Essa assimetria fica evidente pois os profissionais, ainda que de modos variados entre si, têm maiores possibilidades de participação do que a população, em geral, suas falas representam discursos mais aceitos como válidos e os projetos técnicos, suas concepções de “viver bem e corretamente” são os mais legitimados socialmente.

A mesma autora diz que ao nos voltarmos para entender a dimensão

relacional e comunicacional, nas interações entre usuários e profissionais, vemos que os profissionais são os portadores da Ciência e suas Técnicas, o que situará os usuários como o seu *Outro*. Ao analisar essas relações, esta autora está querendo:

Valorizar esse Outro, cujo discurso, se não é validado por referência à Ciência e à Técnica, é o mais verdadeiro relativamente à sua condição de sujeito da sociedade, aspecto que, então, estamos tentando introduzir para as ações em saúde. Assim, sendo, nosso propósito é resgatar suas falas, abrindo espaços para tal e fazendo com que os 'objetos' das intervenções nos serviços possam recuperar a qualidade de sujeitos que, de outro modo, lhes estará sendo interditada [...] As relações usuários-profissionais se têm revestido do caráter de 'monólogo tecnocrático' mais que de um 'encontro' (Schraiber, 1996, p. 265).

Esclarece que não quer dizer que os usuários não falem ou não se comuniquem com os profissionais, mas que sua voz se encontra, atualmente, “desapropriada”, ou apropriada pelo seu Outro, os profissionais. Essa apropriação pode ser reconhecida no fato de que o diálogo apenas se realiza enquanto for necessário para o profissional, ou seja, o tempo necessário para que este forme seu quadro diagnóstico. E, também, controla e conduz inteiramente o discursar do Outro, guiando sua expressão, interrompendo sua fala para reduzir o tempo do processamento e buscando apreender dele o que já lhe é familiar, ou seja, demandas conhecidas e reconhecidas cientificamente. Neste processo, desqualifica o que lhe parece “estranho”, ainda que este “diferente” possa ser o que mais tipifique o usuário e esclareça a sua situação. Por exemplo, no momento da consulta médica, quando é feita a anamnese, é o momento de maior explicitação deste outro e de maior desapropriação de sua voz, simultaneamente.

Assim, Schraiber (1996) defende a tese de que:

[...] É preciso instruir-se neste 'estranhamento': reconhecer que o agir profissional lhes seja, neste caso, também algo estranho, para que, de fato, possam ouvir e buscar conhecer o Outro. Será somente a partir dessa disposição que, então, será possível a relação de diálogo e comunicação [...] O importante, nesse caso, será criar novos espaços de escuta e fala na relação com os usuários do serviço, para abrir presenças e participações, recuperando, de certo modo, o que foi perdido, mas também fazendo emergir o que ainda não foi presenciado nas práticas em saúde (SCHRAIBER, 1996, p. 266).

Valla (2000) estuda, também, as dificuldades que os profissionais da saúde têm em interpretar a população e questiona as relações dos profissionais com os usuários nos serviços de saúde, que podem ser também visualizadas em outras relações, como dos professores com os alunos nas salas de aula, das lideranças religiosas com os fiéis, dos mediadores com os grupos populares organizados, entre outros. Neste sentido, este autor aborda os “pré-conceitos” e categorias previamente elaboradas, com relação aos “pobres e pouco escolarizados” e defende a tese de que *“A crise de interpretação é nossa (profissionais)”*. A começar pelo enfoque na idéia de *“iniciativa”*, na relação profissional/população muitos profissionais trabalham com a perspectiva de que a *“iniciativa”* parte do profissional, e que o usuário falhe neste aspecto, fazendo com que seja visto como *“passivo e apático”*.

Neste sentido, é possível afirmar que os profissionais e a população não vivenciam uma experiência da mesma forma. E, dentro desta concepção de que os saberes dos profissionais e da população são diferentes, é importante valorizar o máximo possível a fala desta última pois:

Se a referência para o saber é o profissional, tal postura dificulta a chegada ao saber do outro. Os saberes da população são elaborados sobre a experiência concreta, a partir de suas vivências, que são vividas de uma forma distinta daquela vivida pelo profissional. Nós oferecemos o nosso

saber porque pensamos que o da população é insuficiente, e por esta razão, inferior, quando, na realidade, é apenas diferente (VALLA, 2000, p. 14).

Entendemos, também, que outra dificuldade central que obstaculiza o nascimento, cultivo, operacionalização e implementação destas novas estratégias de atenção na prática cotidiana dos serviços de saúde é a *resistência à mudança*. A atitude diante da mudança pode ser propositiva e falamos, então, de *“atitude mutante”*, ou conservadora, à qual chamamos de *“resistência à mudança”*. Frente às situações de mudança, surgem os medos básicos: *o medo da perda* e *o medo do ataque* (OSÓRIO, 1989).

O primeiro é *o medo de perder* o que já se tem. O segundo é *o temor frente ao desconhecido*, que pode ser perigoso, e diante do qual sentimos que não estamos instrumentalizados para manejar com a nova situação. Ambos os medos se conjugam no dito popular: *“Mais vale o mal conhecido do que o bom por conhecer”*. Esses medos paralisam o sujeito e o tornam impotente.

Para Osório (1989), ao medo da perda corresponde a aparição de uma *ansiedade depressiva*, e ao medo do ataque a aparição de uma *ansiedade paranóica ou persecutória*. Quando o montante de tais ansiedades é muito elevado, determina a aparição da resistência à mudança, há uma problemática emocional-afetiva que perturba a comunicação e a aprendizagem. Os sujeitos terão, então, que reaprender a interagir, reparar as redes de comunicação danificadas no processo e aumentar o grau de criatividade grupal, onde os indivíduos enfrentam tarefas novas com técnicas diferentes, o que implica possibilidades de rompimento de estereótipos e de aprendizagem.

A situação de mudança pode ser comparada a uma catástrofe externa,

que põe tudo em revisão. Logo aparecem personagens que na tragédia grega vão se reunindo em dois subgrupos: o *“branco”*, que representa a vida e o amor (Eros), a construção, a criatividade, o reconhecimento, a gratidão (isto é, o bom); e o *“preto”*, que representa a morte (Tânatos), o ódio, a destrutividade, a inveja, a ingratidão (isto é, o mau). O subgrupo preto prepara uma armadilha ao branco, e, às vezes, este contra-ataca. Como na tragédia grega, as peripécias entre brancos e pretos seguem um desenvolvimento no qual se intermisturam, se intercambiam, passam por estádios *“cinzas”* e se escurecem, até que a situação se esclareça. Em outras palavras, ninguém é totalmente bom ou mau. Na situação grupal, os *“bons”* de hoje podem ser os *“maus”* de amanhã e vice-versa. Assim, o outro pode ser o nosso paraíso ou o nosso inferno (OSÓRIO, 1989).

Neste contexto, vários estudos vêm mostrando que a prática e a ética hegemônicas na saúde não se sustentam mais, o que tem conduzido à emergência de *novos modos de agir em saúde* (MERHY, 2000), de estratégias de atenção à saúde mais responsáveis, que resgatam a *dimensão cuidadora*, mas ainda práticas periféricas, marginais e secundárias em comparação com a dominância do modelo hegemônico.

Algumas características marcantes destes novos modelos assistenciais são: atenção *“usuário-centrada”*, *“humano-dependente”*, que reforça a qualidade e a humanização da assistência. Têm como eixo central a *relação sujeito-sujeito*, evidenciando uma prática cuidadora cidadã-emancipatória, um conceito ampliado de saúde e doença, onde a saúde é entendida como direito social, como *“autonomia no modo de andar a vida”*. Como uma prática em defesa da vida individual e coletiva, que parte do ponto de vista do usuário, centra-se no uso de tecnologias leves (das

relações), enfatizando uma lógica de autonomia, compartilhamento e descentralização de saber e poder, rumo a um *cuidado integral e humano*, que valoriza a complexidade do trabalho em equipe e está aberto à mudança, criatividade e sensibilidade, conduzindo à possível emergência de satisfação, de felicidade, de um *trabalho prazeroso* (MERHY, 2000; CAMPOS, 2000) e de uma *vida* nas instituições, sinal da circulação de um fluxo vital e de oxigenação (OSÓRIO, 1989).

Portanto, surge a necessidade de se construir novas formas de pensar e fazer esta prática que requerem alta complexidade de saberes, desenvolvimento de habilidades e mudança de atitudes, por parte de toda a equipe profissional, rompendo com as barreiras entre o saber científico e o saber popular.

Entretanto, esta necessidade nos coloca frente a outras questões relevantes: *como é possível mudar o modelo assistencial, a prática cotidiana de trabalho, quando, muitas vezes, nem todos os sujeitos da equipe querem uma grande mudança institucional?* Nem sempre para todos vale a pena mudar. Nem sempre estamos dispostos a enfrentar a mudança, com todas as exigências que ela carrega em seu colo e nem sempre estamos dispostos a enfrentar os desafios embutidos na mudança. E assim, em algumas situações do trabalho em saúde não conseguimos mudar o quanto queríamos mudar.

Para mudarmos torna-se cada vez mais necessário eliminarmos preconceitos, visões estereotipadas, mitos e posturas de rigidez e intolerância. Trata-se de um *investimento de cunho teórico, prático, filosófico e ético*, em um processo de mudança paradigmática lento, que pode ser muito penoso e/ou extremamente prazeroso. Temos noção de que não é possível rapidamente construir a mudança, pois esta implica em vivenciarmos o *momento de transição*, normalmente

caótico/catastrófico, onde nos deparamos concomitantemente com o novo e o antigo, surgindo assim a necessidade de abrirmos espaço, no antigo, para que o novo possa se moldar. Sendo que, a conformação do novo não excluirá as experiências passadas, ao contrário, valer-se delas é possuir o melhor professor.

Torna-se, também, imprescindível que as instituições de saúde e de educação iniciem o cultivo de uma outra inteligência, denominada por Alves (1985) de **"inteligência criativa-criadora"**, que exige muita sabedoria de vida. Segundo o autor, o que passa a importar não é mais uma "inteligência" extraordinária, mas uma capacidade de avaliar se a coisa é boa para a vida ou não. Para se construir uma bomba atômica é preciso ser muito inteligente. Para se tomar a decisão de se desmontar todas elas é necessário ser sábio. O trabalho criativo é essencialmente ausência de burocratismo e desalienado. O criativo acolhe os talentos e vê oportunidades/possibilidades de atuação, o burocrático vê limites. O estético e a criatividade trazem satisfação, felicidade, prazer e respeito aos desejos e sonhos dos profissionais de saúde e dos usuários. Este tipo de inteligência criativa, que na nossa visão será o grande desafio a ser enfrentado nas novas estratégia de saúde, é expressa melhor na fábula intitulada *"Monjolos e Moinhos"*, que conta assim:

*Eu gosto de contar histórias. É que elas dizem o que têm a dizer de forma curta e descomplicada [...] Não precisam de muitas explicações, e qualquer um entende [...] E aqui vai uma história: Era uma vez um povo que morava numa montanha, onde havia muitas quedas d'água. Moer o grão nos pilões era uma dureza (grifo nosso). Um dia, um moço coberto de suor de tanto trabalhar olhou para a queda d'água onde se banhava diariamente e uma idéia o iluminou como um raio: **acabava de inventar o monjolo. Foi aquela revolução. Tudo mudou.** E logo surgiu um grupo novo de profissionais, mecânicos especialistas em consertar monjolos. Isso eles faziam melhor que o inventor [...] Acontece que uma tribo guerreira invadiu a montanha e aquele povo teve que fugir para as planícies à beira do mar. Com muito esforço levaram seus monjolos, indo descobrir que **não tinham nenhuma utilidade lá embaixo**, já que não havia queda d'água. Os*

mecânicos e especialistas perderam o trabalho e não houve outra saída: voltaram os pilões. O tempo passou. Até que um homem cansado de fazer força viu um vento sacudir as árvores. E, de novo, o milagre aconteceu. Uma iluminação momentânea: nasceu assim o moinho de vento. ***Nova revolução.*** Nova classe de mecânicos, especialistas em conserto de moinhos de vento [...] ***Há um tipo de inteligência criadora.*** Ela inventa o novo e introduz no mundo algo que não existia. Quem inventa não pode ter medo de errar, pois vai se meter em terras desconhecidas, ainda não mapeadas. ***Há um rompimento com velhas rotinas, o abandono de fazer e pensar que a tradição cristaliza*** [...] Pense, por exemplo, no milagre o iglu. Como terá acontecido? Compreender que aquele espaço é protegido, que é possível usar o gelo para preservar o calor [...] Fazer uso dos materiais disponíveis. Tudo imensamente simples, inteligente, eficaz. Nenhuma importação é necessária [...] O criador está convencido de que existe algo de fundamentalmente errado no que existe e que é necessário começar tudo de novo [...] Já o mecânico pensa diferente. Tudo está bem. Foi apenas um pequeno defeito. Trocar uma peça, fazer um ajustamento. Trilha velhos caminhos e as necessidades práticas cortaram-lhe as asas da imaginação. Há receitas para tudo. Há respostas certas para tudo [...] ***Quando a imaginação é castrada, só resta à inteligência trilhar o caminho dos mecânicos.*** Assim, quando a crise política pede que apareçam visionários utópicos, com idéias novas e criativas, só aparecem os mecânicos tentando consertar o que não tem conserto. Não é essa a essência da crise que nos envolve?. ***Eles tentam fazer funcionar monjolos numa planície onde não existem queda d' água*** [...] Tem lugar para a inteligência criativa?... Negativo... Claro que esses dois tipos de inteligência se aplicam a situações diferentes. Se o meu monjolo quebrou e a queda d'água está lá, quero mais é que um bom mecânico o conserte. Mas se o monjolo está em perfeito estado e a queda d'água secou, o mecânico não vai servir para nada... ***Acontece que a inteligência se parece com sementes. Não basta que a semente seja boa. Ela precisa de terra para germinar, brotar e crescer*** (ALVES, 1985, p. 147-152).

Entendemos que diante destes desafios apresentados todos os profissionais da área da saúde e educação podem assumir basicamente duas posturas: uma *postura mutante*, caracteristicamente ativa, propositiva, motivadora e criadora que estimula a mudança ou uma *postura conservadora*, caracteristicamente passiva, paralisante, desmotivadora e resistente à mudança e renovação.

Bichuet¹ (2002) nos faz um convite, que pensemos como nós, profissionais de saúde, estamos participando do cuidado assistencial e como está a “esquizofrenia” do nosso jeito de pensar e agir na vida e no trabalho. Aborda, que

¹ BICHUET, J. Psicanálise institucional: a construção do sujeito. Palestra proferida no dia 08 de maio de 2002 na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

em muitas situações, não estamos felizes com o que vivemos na prática dos serviços e nem sempre temos possibilidades reais de criar/exercitar o novo nas instituições de saúde.

O autor reflete, ainda, sobre o que tem garantido os sonhos, desejos e felicidades dos trabalhadores de saúde e os sonhos, desejos e felicidades dos usuários. Aborda que é mais cômodo, tranquilo e protegido ficarmos no cuidado rotinizado e mecânico e bem mais exigente caminharmos para o cuidado sensível e participativo. Assim, reflete quem somos, o que fazemos e em qual lógica estamos frente aos desafios e mudanças e nos leva a pensar que podemos ser inovadores ou conservadores, sensíveis ou indiferentes, ativos ou apáticos, renovadores ou imitadores, abertos ou resistentes, ousados ou retardatários, tolerantes ou intolerantes, sensíveis ou mecânicos, criativos ou burocráticos.

Adentrando também neste território reflexivo, Merhy (2002) pergunta *“Somos sujeitos? Protagonistas ou Vítimas?”*, levanta que esta é uma pergunta desagradável de responder porque nos interroga acerca da confortável idéia de que somos sempre os mesmos, atuando sempre do mesmo jeito, como plenos senhores das situações em que nos encontramos e defende a idéia de que de fato, somos e não somos, sujeitos, ou seja, somos sujeitos em certas situações, e somos sujeitos que se sujeitam em outras. Não há nunca uma identidade, individual ou coletiva, que fica para sempre todo tempo em nós. Esta, está sempre em produção. Partindo de um certo território, abrindo-se para outros possíveis. Produzindo mapas, desenhando cartografias. Isto é, somos muitos sujeitos e não sujeitos em diferentes situações. Passamos de sujeitos que sujeitam a sujeitados, o tempo todo. O autor parte do princípio de que:

Somos em certas situações, a partir de certos recortes, sujeitos de saberes e das ações que nos permitem agir protagonizando processos novos com força de mudança. Mas, ao mesmo tempo, sob outros recortes e sentidos, somos reprodutores de situações dadas. Ou melhor. Mesmo protagonizando certas mudanças, em muito conservamos. Entretanto, sob qualquer um destes ângulos somos responsáveis pelo que fazemos. Como faz entender Paulo Freire: devemos assumir que somos responsáveis, com os nossos saberes e fazeres, pelo que vai ser amanhã. Ou o fazemos diferente, ou não o será... Não é possível não nos reconhecermos nos nossos fazeres... Mas nem por isso somos vítimas das situações... Com tudo isso, quero deixar claro que nós somos muitos nós [...] (MERHY, 2002, p. 14).

Para clarear estas reflexões, outra crônica de Alves (1985), de forma 'gostosa', diz com poucas palavras aquilo que as análises dizem de forma complicada. A crônica intitula-se "*A vida é conservadora*" e conta assim:

*Nenezinhos, pra dormir, devem ser ninados em ritmo vagaroso, monótono, ternário, valsa não dá certo. Todo mundo sabe disto. Quem ensinou? Não sei. Mas é consenso silencioso e universal: para se acalmar e fazer dormir, o bom mesmo é a monotonia das pancadas que se repetem, sempre do mesmo jeito, cada batida nova igual à batida velha, o que garante que a novidade não é novidade mas apenas repetição daquilo que já foi dito. O corpo adormece porque entende aquilo que lhe está sendo dito, sem palavras, sabedoria de vida [...] A repetição é o jeito que a vida tem para dizer que tudo vai bem, que ela não está em perigo. **Já a novidade que interrompe a monótona rotina é sinal de alarme**, sirene que toca, alerta de perigo, sempre acompanhada do susto e do medo. Todo mundo sabe disso em sua própria carne. Se o coração vai batendo como sempre bateu, a gente até esquece de que ele existe. Não é necessário conhecer aquilo que não incomoda. **Quando a vida vai bem o conhecimento dá lugar ao prazer** [...] Até que aparece uma extra-sístole, batida inesperada do coração, fora de hora, que faz o peito sentir o seu coração lá dentro. Coisa sem importância, dizem os médicos. Só que o corpo não acredita nisto. Ele sabe que com toda novidade as coisas deixaram de ser como eram. Com a novidade vai-se o sono, porque ela sempre carrega a ansiedade no seu colo [...] **A vida é conservadora. Tem medo de tudo quanto é novo.** Ela sabe dos perigos. Os caminhos já trilhados são sempre mais seguros. Daí o seu apego às repetições. Para continuar vivendo [...] Imagino que seja isto que fez com que as culturas tivessem tanto medo das mudanças. Atravessam séculos, até milênios, repetindo as mesmas práticas já testadas e experimentadas, fazendo as coisas sempre do mesmo jeito, e tudo acontece de novo [...] a mesma melodia se repete [...] diremos: 'Como é monótono'. Responderão: 'Como é tranquilo' [...] Mas qualquer dono de loja de cidade pequena sabe que este mundo não existe mais. Está lá, no anúncio das suas mercadorias: 'Sempre novidade'... Uma boa extra-sístole tem preço mais alto que as mansas e monótonas batidas do coração que se repetem [...] E os olhos e as mãos dos que se dedicam ao saber sabem que*

não vale andar por caminhos já percorridos. É preciso transformar. Ainda que as noites não sejam mais tão bem dormidas. Com as noites mal dormidas é bem possível conviver [...] O perigo é que a extra-sístole se transforme num infarto [...] (ALVES, 1985).

Neste sentido, acreditamos que a Teoria da Ação Comunicativa de Habermas dispõe de elementos teóricos para subsidiar o nosso estudo, pois o agir comunicativo é fundamentado exatamente na comunicação e interação entre sujeitos. A interação é, aqui, entendida como uma prática comunicativa por meio da qual os envolvidos colocam-se de acordo quanto a um projeto comum. Os sujeitos constroem consensos sobre um plano de ação por meio de uma modalidade de comunicação dialógica- de dupla mão, em que os envolvidos partilham os enunciados que proferem e as normas e valores que subjazem esses proferimentos. Ou seja, colocam-se de acordo quanto ao que dizem e aos valores pressupostos, compartilhando valores éticos (HABERMAS, 1987, 1994).

Entendemos que a ação comunicativa é potencialmente enriquecedora do trabalho em saúde da família que aponta justamente o foco de atenção da equipe de saúde para **"sujeitos em interação"** e nos leva a uma outra dimensão de mais benefícios sociais e menos cifras, mais solidariedade e menos as clássicas mensurações como os indicadores de padrões de saúde, níveis de educação, qualidade de transporte, etc que 'medem' realizações sociais e estabelecem a distância matemática que separa, por exemplo, o "primeiro mundo" do "terceiro mundo" segundo taxas, cifras e proporções. Falam de ossos e corpos e esquecem as almas (VASCONCELOS, 1999). Neste sentido, a Atenção à Saúde da Família pode favorecer o estabelecimento de novas relações em que cada participante atuante deixe de ser 'objeto' de ação e torne-se 'sujeito' do processo. Então, ressaltamos o

caráter potenciador desta proposta de intervenção centrada nos universos familiar e comunitário, por seu caráter oportuno quanto à possibilidade de 'empoderamento dos sujeitos', tanto dos profissionais de saúde, quanto dos usuários e familiares. Assim, pensamos que alguns conceitos habermasianos, como trabalho, entendimento, linguagem, interação e ação comunicativa podem subsidiar o nosso estudo.

Vasconcelos (1999) reflete sobre o significado positivo e o desafio central do Programa de Saúde da Família:

[...] O significado positivo do Programa de Saúde da Família foi tornar central no setor saúde a discussão do modelo de atuação local [...] O Programa tem-se expandido sobretudo em áreas onde ainda não existem centros de saúde bem estruturados [...] Um desafio central é mostrar sua capacidade de integração com serviços locais de saúde bem estruturados, redefinindo qualitativamente seu modelo de atuação, mostrando, como aconteceu em Cuba, que não é apenas uma proposta de atenção simplificada e barata para áreas rurais e pobres do país. Mostrar que, ao contrário de simplificação, é um alargamento da atenção primária à saúde em direção à incorporação de práticas preventivas, educativas e curativas mais próximas da vida cotidiana da população e especialmente dos seus grupos mais vulneráveis. Mostrar, portanto, que não é apenas uma nova forma de proposta de atenção primária à saúde seletiva, que se atém à abordagem de problemas de saúde delimitados mas de grande impacto na diminuição da mortalidade [...] O futuro de um programa, assim tão recente, será definido no jogo político entre os atores envolvidos na sua operacionalização (VASCONCELOS, 1999, p. 175).

Atualmente, ouvimos frequentemente falar das **crises da saúde**, que podem ser entendidas em diversas dimensões, crise econômica, crise do modelo assistencial, crise paradigmática, entre outras. Segundo Ayres (2001), a profusão de novas, ou renovadas propostas de conhecimento, de organização dos serviços ou de desenvolvimento da atenção à saúde são evidências práticas da inquietação e necessidade de revisão. Novas propostas em discussão e aplicação estão colocadas:

o Sistema Único de Saúde-SUS ganhando novo ímpeto com as propostas do Programa de Saúde da Família-PSF, a atenção primária recuperando seu prestígio, após décadas de uma aposta excessivamente "hospitalocêntrica". Estas propostas recentes, como saúde da família, vigilância à saúde, cidades saudáveis, em defesa da vida, suporte social, redução de vulnerabilidades, conceituação positiva de saúde, são evidências que não vivemos exatamente um período de normalidade das práticas de saúde. Estas discussões estão, segundo este autor, resgatando, em mais um "renascimento da fênix" médico-sanitário a importância das relações entre saúde e relações sociais.

Ayres (2001) parte de uma percepção de crise que não é a que prevalece no senso comum: de problema, destruição, desordem e pessimismo. Defende, pelo contrário, que em períodos de crise, há uma forte percepção de limites, de esgotamento de padrões que até então eram tidos como os melhores e mais aceitáveis. Neste sentido, este autor traz como muito sábio o tradicional simbolismo do I Ching, onde a crise é representada por dois hexagramas, indicando simultaneamente **perigo e oportunidade**. E assim afirma:

Nesse momento de crise, o grande norte passa a ser, então, explorar o máximo as possibilidades abertas à renovação e manter distanciado as paralisantes deformações ideológicas [...] De um lado, a expansão das oportunidades abertas pela crise depende da ação e do compromisso, amalgamados por uma solidariedade social pacientemente construída pela interação democrática. De outro lado, como sentinela da constante e verdadeira abertura democrática desse processo de construção, é a reflexão crítica que não pode ser negligenciada. Para isso nos serve a teoria; esse é o sentido de qualquer empreendimento filosófico na contemporaneidade como o de Habermas (AYRES, 2001, p. 64).

Apesar destas oportunidades acenadas alguns perigos se fazem presentes, como foi mostrado no estudo de Vasconcelos (1999) que, visitando alguns municípios que adotaram o programa, notou, no entanto, que não está ocorrendo ainda discussão aprofundada do modo de relação entre os profissionais e a população local. Em alguns municípios, o Programa tem significado mais uma modificação institucional, com nova divisão de trabalho entre os profissionais, deslocamento do local de atuação e acréscimo na remuneração das equipes, do que maior aproximação com o cotidiano das famílias. Analisa que:

[...] Passa a se denominar de saúde da família práticas tradicionais de abordagem individual ou de relação com os grupos comunitários. Qualquer tipo de intervenção da equipe é considerado como familiar. Ao não ter clara a distinção entre o que deve ser abordado no nível do indivíduo, da família ou dos diferentes grupos comunitários, o termo 'família' perde a especificidade [...] Isso ocorre porque o eixo que orienta a intervenção familiar são os programas de saúde pública planejados e padronizados nas instâncias hierarquicamente superiores da burocracia do setor saúde. A percepção e a intervenção dos profissionais locais tendem a ficar restritas. Nas visitas às famílias, a atenção fica muito dirigida aos aspectos que os diversos programas priorizam, como a amamentação, o uso de reidratante oral, o controle da hipertensão, a frequência do pré-natal, a utilização de alimentos alternativos, a vacinação, o cuidado preventivo com determinada doença endêmica na região, etc. Se de um lado essa padronização facilita a expansão do programa, de outro, simplifica e empobrece seu alcance por não considerar a complexidade das manifestações locais dos problemas de saúde e não trabalhar com ela (VASCONCELOS, 1999, p. 174).

Merhy (2004), aponta que o modo como os atores fazem Programa de Saúde da Família é decisivo. A estratégia traz na sua concepção teórica a tradição herdada da Vigilância à Saúde e, partindo de uma crítica ao atual modelo, propõe um novo modo de operar o trabalho em saúde, estruturando-o a partir de equipes multiprofissionais. Mas não se pode dizer que há um trabalho em equipe de fato, enquanto os trabalhadores não construírem uma interação entre si, trocando

conhecimentos e articulando um “campo de produção do cuidado” que é comum à maioria dos trabalhadores. Assim, o autor discute que para remodelar os processos de trabalho, sua implantação por si só, não significa que o modelo assistencial esteja sendo modificado. Há um caráter prescritivo, bastante exacerbado, neste programa. Com seu caráter prescritivo, não contribui para a superação do modelo atual de saúde, e pode propiciar aos profissionais assumirem a atitude que predominantemente assumem hoje: isolar-se em seus núcleos de competências.

As visitas domiciliares compulsórias, indicam, também, dois tipos de problemas muito graves: um diz respeito a otimização dos recursos disponíveis para assistência à saúde, principalmente de seus recursos humanos. Não deveria ser recomendado que profissionais façam visitas domiciliares, sem que haja uma indicação específica para elas, a exceção dos trabalhadores que têm a função específica da vigilância à saúde, por exemplo, os agentes comunitários de saúde que devem percorrer o território insistentemente. Mas, pode-se considerar uma diretriz pouco eficiente, a visitação de médicos e enfermeiros por exemplo, sem que o mesmo nem mesmo saiba o que vai fazer em determinado domicílio. Segundo, as visitas domiciliares compulsórias, podem significar uma excessiva intromissão do estado na vida das pessoas limitando sobremaneira seu grau de privacidade e liberdade.

O autor aborda também que o PSF trabalha com a idéia de que os altos salários garantem bons atendimentos, viabilizando o trabalho diferenciado do médico e permitindo sua “interiorização”. Sem desconsiderar a importância de remuneração satisfatória dos profissionais de saúde, é um equívoco pensar que isto por si só garante um atendimento acolhedor, com compromisso dos profissionais na resolução

dos problemas de saúde dos usuários. O modo de assistir as pessoas, está mais ligado a uma determinada concepção de trabalho em saúde, a construção de uma nova subjetividade em cada profissional e usuário. Vincula-se inclusive a determinação de uma relação nova, que foge ao padrão tradicional onde um é sujeito ao processo e o outro o objeto sobre o qual há uma intervenção para a melhoria da sua saúde. A nova relação tem que se dá entre sujeitos, onde tanto o profissional quanto o usuário podem ser produtores de saúde.

1.3 Objetivo do Estudo

Tendo como norte as reflexões e análises até aqui elaboradas e considerando esta temática pertencente ao campo da saúde coletiva e, portanto, estando presentes dimensões técnico-assistenciais, filosóficas e éticas, formulamos as seguintes questões ,comprometendo-nos em buscar neste estudo entender as seguintes indagações:

De que maneira os profissionais da saúde da família têm interagido, se comunicado com os usuários ? Como se conversa?

Quais os horizontes possíveis nesta conversa? Qual o tipo de diálogo “possível”? Quais as aproximações? Quais os distanciamentos?

Assim, os objetivos deste estudo são:

- compreender as comunicações e ações dos sujeitos (profissionais de saúde e usuários) envolvidos no cuidado à saúde da família;
- interpretar as possibilidades e dificuldades da ação comunicativa neste cuidado.

Para fundamentar esta interpretação crítica, utilizaremos a perspectiva comunicacional da Teoria da Ação Comunicativa de Jürgen Habermas (1987), cujos conceitos centrais serão apresentados a seguir.

Capítulo 2

Metodología

Tô

Tô bem debaixo pra poder subir.
Tô bem de cima pra poder cair.
Tô dividindo pra poder sobrar.

Desperdiçando pra poder faltar.
Devagarinho pra poder caber.
Bem de leve pra não perdoar.

Tô estudando pra saber ignorar.
Eu tô comendo para vomitar.
Eu tô te explicando pra te confundir.

Tô te confundindo pra te esclarecer.

Tô iluminando pra poder cegar.
Tô ficando cego pra poder guiar.

Suavemente pra poder rasgar.
Olho fechado pra te ver melhor.
Com alegria pra poder chorar.

Desesperado pra ter paciência.
Carinhoso pra poder ferir.
Lentamente pra não atrasar.

Atrás da vida pra poder morrer.
Eu tô me despedindo pra poder voltar.

(Zelia Duncan, composição de Tom Zé e Elton Medeiros)

2.1 Quadro teórico-metodológico: A Teoria da Ação Comunicativa de Jürgen Habermas, o paradigma dialógico ou comunicativo

Consideramos que a Teoria da Ação Comunicativa traz fundamentos teóricos para a compreensão das comunicações e ações no cuidado à saúde da família, pois a mesma aborda conceitos relevantes para o estudo de interação intersubjetiva entre grupos de pessoas e de como se dá a interação, a comunicação e o entendimento.

Não obstante a teoria de Jürgen Habermas centre-se nos países de capitalismo avançado, entendemos que a proposta por ele elaborada e as patologias sociais por ele descritas, enquadram-se na realidade brasileira. Logo, consideramos como pertinente e bastante proveitosa a utilização de seu referencial para o nosso estudo.

Na área da saúde, é relevante incorporarmos os instrumentos do mundo sistêmico. Não há como sobreviver sem o dinheiro e sem a tecnologia. No entanto, para colocá-los a favor da qualidade de vida jamais podemos abrir mão da ação comunicativa que permite cultivarmos valores como cooperação, compartilhamento, solidariedade e amor ao próximo.

Jürgen Habermas, de naturalidade alemã, professor de sociologia e filosofia da Universidade de Johann Wolfgang Goethe, em Frankfurt, é considerado o pai da Teoria da Ação Comunicativa. Esteve sempre ligado à Escola de Frankfurt,

nome dado a um grupo formado por filósofos e cientistas sociais, na Alemanha dos anos 20. Seus principais representantes foram Theodor Adorno, Max Horkheimer, Walter Benjamim, Herbert Marcuse e Erich Fromm. Este grupo de pensadores notabilizou-se pela criação de uma “Teoria Crítica” da sociedade, amparados no pensamento de Karl Marx e Freud. A “crítica” para os teóricos da Escola de Frankfurt representava a aceitação da contradição e o trabalho permanente da negatividade, presente em qualquer processo de conhecimento (FREITAG, 1994, p. 41). Jürgen Habermas é o principal representante da segunda geração da escola, não só por uma ordem cronológica, mas principalmente pela sua proposta da Teoria da Ação Comunicativa, em uma tentativa de superação das aporias e do profundo pessimismo criados por Adorno e Horkheimer com a Teoria Crítica.

Habermas (1987) propõe construir um conceito de sociedade em dois níveis, que integre os paradigmas de “sistema” e “mundo da vida” e elaborar uma teoria crítica da modernidade que ilumine suas deficiências e patologias. Dialeticamente, Jürgen Habermas propõe que o esgotamento da filosofia da consciência aponta na direção à filosofia da comunicação. Assim, retoma o papel do sujeito para além da estrutura e do sistema, identificando a possibilidade de transformação da sociedade através de sua competência comunicativa.

Conforme afirma Pinto (1996), Habermas propõe um salto paradigmático ao superar o predomínio do chamado “*paradigma da consciência*”, norteado pela idéia de um pensador solitário que busca entender o mundo a sua volta, estabelecendo uma relação de subordinação do objeto frente ao sujeito e apresentar o “*paradigma da comunicação*”, fundamentado nos processos de comunicação intersubjetiva com vistas a alcançar o entendimento lingüístico. Para a racionalidade

comunicativa “não é a relação de um sujeito solitário com algo no mundo objetivo que pode ser representado e manipulado, mas a relação intersubjetiva de sujeitos que falam e atuam, assumindo quando buscam o entendimento, entre si, sobre algo nos mundos objetivo, social e subjetivo (HABERMAS, 1987).

[...] Entendo por ação comunicativa, uma interação simbolicamente mediada. Ela orienta-se segundo normas de vigência obrigatórias que definem as expectativas recíprocas de comportamento e que têm de ser entendidas e reconhecidas, pelo menos, por dois sujeitos agentes (HABERMAS, 1987, p. 57).

Ayres (1997) caracteriza esse processo como uma “guinada comunicativa”, uma “guinada lingüística da filosofia”, uma “fusão de horizontes”, onde a auto-exigência racional não é mais o esclarecimento, mas o compartilhamento. Destaca que, para a razão crítica, “apreender racionalmente a realidade não será mais apropriar-se da realidade, mas, participar dela”.

Melo (1999) completa que, com a teoria de Habermas, é possível reconhecer todas as críticas às políticas de saúde geradas, sejam advindas do materialismo histórico ou de outras correntes de pensamento, sem cair no imobilismo, porque ela dispõe dos elementos que permitem pensar a superação da realidade criticada.

Habermas (1987) coloca-nos o ponto central de sua proposta comunicativa, o “**entendimento lingüístico**” que traz obrigações e define comportamentos comprometendo os interlocutores para a seqüência de interações, por isso, ele é capaz de coordenar os vários interesses e pontos de vista e gerar intervenção real no mundo, gerando um agir comunicativo. Assim, a relação entre

ação comunicativa e mundo da vida é uma das mais bonitas formulações para o postulado de que o homem é produto e produtor da sua história.

[...] Distinguí tres distintas relaciones actor-mundo: el sujeto puede relacionarse con algo que tiene lugar o puede ser producido en el mundo objetivo; con algo que es reconocido como debido en un mundo social compartido por todos los miembros de un colectivo; o con algo que los otros actores atribuyen al mundo subjetivo del hablante, al que éste tiene un acceso privilegiado. Esas relaciones actor-mundo vulven a aparecer en los tipos puros de acción orientada al entendimiento. Analizando los modos de empleo del lenguaje puede aclararse qué significa que un hablante, al ejecutar uno de los actos de habla estándar, entable una relación pragmática

- *com algo en el mundo objetivo (como totalidad de las entidades sobre las que son posibles enunciados verdaderos); o*
- *com algo en el mundo social (como totalidad de las relaciones interpersonales legítimamente reguladas); o*
- *com algo en el mundo subjetivo (como totalidad de las propias vivencias a las que cada cual tiene un acceso privilegiado y que el hablante puede manifestar verazmente ante un público), relación en la que los referentes del acto de habla aparecen al hablantes como algo objetivo, como algo normativo o como algo subjetivo.*

La intención comunicativa del hablante comprende, pues:

- a) el realizar un acto de habla que sea correcto en relación com el contexto normativo dado, para poder com ello establecer una relación interpersonal com el oyente, que pueda considerarse legítima;*
- b) el hacer un enunciado verdadero (o presuposiciones de existencia ajustadas a la realidad) para que el oyente pueda asumir y compartir el saber del hablante; y*
- c) el expresar verazmente opiniones, intenciones, sentimientos, deseos etc, para que el oyente pueda fiarse de lo que oye.*

Cuando hace un enunciado, cuenta algo, explica algo, expone algo, precide algo, o discute algo, etc, busca un acuerdo com el oyente sobre la base del reconocimiento de una pretensión de verdad. Cuando el hablante emite una oración de vivencia, descubre, revela, confiesa, manifiesta, etc, algo subjetivo, el acuerdo sólo puede producirse sobre la base del reconocimiento de una pretensión de veracidad. Cuando el hablante hace un mandato o una promesa, nombra o exhorta a alguien, compra algo, se casa com alguien, etc., el acuerdo depende de que los participantes consideren normativamente correcta la acción, sobre la base del reconocimiento de una pretensión de rectitud. El acuerdo alcanzado comunicativamente se mide justo por estas tres pretensiones de validez susceptibles de crítica.

Un consenso no puede producirse cando, por ejemplo, un oyente acepta la verdad de una afirmación, pero pone simultáneamente en duda la veracidad del hablante o la adecuación normativa de su emisión; y lo mismo vale para el caso en que, por ejembro acepta la valides normativa de un mandato, pero en duda la seriedad del deseo que en esse mandato se expresa o las presuposiciones de existencia anejas a la acción que se le ordena (y com ello la ejecutabilidad del mandato).

[...] En la medida en que actúen orientados al entendimiento es menester que tegan una definición común. Ejembro, el albanil veterano que manda a

un colega más joven, recién contratado, a buscar cerveza e le pide que se dé prisa y esté de vuelta en un par de minutos, parte de que los implicados, aquí el destinatario y los que le escuchan, tienen clara la situación: la proximidad de la hora del almuerzo es el tema; el ir buscar la bebida, un fin relacionado con esse tema; uno de los colegas más viejos concibe el plan de mandar por bebida al 'nuevo', que, dado su status, difícilmente puede sustraerse a esa exigencia. La jerarquía informal del grupo de trabajadores ocupados en la obra es el marco normativo en que uno puede exigir a outro que haga algo. La situación de acción viene definida por la pausa para el almuerzo en lo que toca al tiempo y por la distancia entre la obra y el puesto de bebidas más próximo en lo que se refiere al espacio. Pero si ocurre que al puesto de bebidas más próximo no se puede llegar en un par de minutos, es decir, que el plano que ha concebido uno de los trabajadores veteranos, a lo menos dada esa condición, sólo se puede poner en práctica contando con un coche (u outro vehículo), el interpelado tal vez responda: 'Pero si yo no tengo coche'. El trasfondo de una emisión comunicativa lo constituyen, pues, definiciones de la situación que han de solaparse suficientemente para cubrir la necesidad actual de entendimiento.

Si esta comunidad no puede ser presupuesta, los actores tienen que intentar llegar a una definición común de la situación recurriendo para ello a medios de acción estratégica empleados con finalidad comunicativa, o, lo que en la práctica comunicativa cotidiana sólo acontece casi siempre en forma de 'faenas de reparación', negociar directamente: la definición de la situación de acción que implícitamente propone el hablante, o queda confirmada, o es modificada, o queda parcialmente en suspenso, o es puesta decididamente en cuestión. Este incesante proceso de definiciones y redefiniciones implica una atribución de contenidos a los distintos mundos-según lo que en cada caso concreto se repunte perteneciente al mundo objetivo como componente en cuya interpretación se coincide, al mundo subjetivo como componente normativo intersubjetivamente reconocido, o al mundo subjetivo como componente privado al que cada cual tiene un acceso privilegiado. Simultaneamente, los actores se deslindan frente a esos tres mundos...

[...] Sólo los limitados fragmentos del mundo de la vida que caen dentro del horizonte de una situación constityen un contexto de acción orientada al entendimiento que puede ser tematizado y aparecer bajo la categoría de saber [...] Los participantes en la interacción se encuentran ya interpretada, en lo que a su contenido se refiere, la conexión entre mundo objetivo, mundo subjetivo y mundo social, con la que en cada caso se enfrentan... En la práctica comunicativa cotidiana no hay situaciones absolutamente desconocidas. Incluso las nuevas situaciones emergen a partir de un mundo de la vida que está construido a partir de un acervo cultural de saber que ya no es siempre familiar. Frente a esse mundo los agentes comunicativos no pueden adoptar una posición extramundana [...] El mundo de la vida es, por así decirlo, el lugar trascendental en que hablante y oyente se salen al encuentro; en que pueden plantearse recíprocamente la pretensión de que sus emisiones concuerdan con el mundo (con el mundo objetivo, con el mundo subjetivo y con el mundo social); y en que pueden criticar y exhibir los fundamentos de esas pretensiones de validez, resolver sus disentimientos y llegar a un acuerdo [...] (HABERMAS, 1987, p. 398, 172, 176 e 178).

Assim, de acordo com a Teoria da Ação Comunicativa (HABERMAS, 1987), em cada **ato de fala ou proferimento lingüístico**, definido como “uma ação lingüística através do qual um falante gostaria de chegar a um entendimento com um outro falante sobre algo no mundo”, existem três *pretensões/expectativas de validade* que podem ser criticadas ou defendidas com base em argumentos, ou seja, esses enunciados podem ser fundamentados e criticados.

A primeira pretensão ou expectativa é a **pretensão de verdade da afirmação ou verdade proposional** que enfatiza os “atos de fala constataativos ou afirmações” onde a expectativa existente é de que os conteúdos proposicionais sejam verdadeiros. Essa pretensão refere-se a um *mundo objetivo* entendido como a totalidade dos fatos cuja existência pode ser verificada.

A segunda pretensão ou expectativa é a **pretensão de correção normativa ou de retitude** que enfatiza os “atos de fala regulativos”, os quais, para serem aceitos, devem estar de acordo, em conformidade com as normas sociais vigentes. Essa pretensão refere-se a um *mundo social* dos atores, entendido como a totalidade das relações interpessoais que são legitimamente reguladas.

A terceira pretensão ou expectativa é a **pretensão de veracidade ou autenticidade expressiva** que considera os “atos de fala representativos ou expressivos” que se relacionam com a subjetividade do falante, sua autenticidade e sinceridade e garante a sua transparência, ou seja, tem-se a expectativa de que os interlocutores sejam sinceros consigo mesmo e com os outros. Essa pretensão refere-se a um *mundo subjetivo*, entendido como a totalidade das experiências do locutor às quais, em cada situação, apenas ele tem acesso privilegiado.

Assim, o sucesso de um discurso que realiza um efetivo diálogo apóia-se

em três níveis de validação intersubjetiva:

a) na aceitação, por parte do interlocutor, de que o projeto de mundo e de vida que orienta esse discurso (ou o que temos chamamos de encontro desejante das circunstâncias) é correto desde um ponto de vista ético, moral, político; b) na proposição de enunciados aceitáveis intersubjetivamente como expressão da realidade, isto é, de que se trata de fatos que são tidos como verdadeiros por ambas as partes; e c) na sua capacidade de expressar autenticamente a perspectiva subjetiva daquele que profere o discurso (AYRES, 2001, p. 161).

Portanto, na ação comunicativa, onde a ação é coordenada pelo entendimento lingüístico, os participantes devem se entender uns com os outros sobre algo no mundo objetivo, no mundo social e no mundo subjetivo.

Tem-se uma interação estável entre os participantes quando há um consenso, um acordo/entendimento com relação a essas três pretensões de validade. Além da *pretensão de inteligibilidade* que é a pretensão universal de que os conteúdos transmitidos sejam compreensíveis, ou seja, refere-se à possibilidade de compreensão do que foi falado. O consenso é perturbado/deformado quando umas destas pretensões não pode ser contestada de uma forma legítima.

As dúvidas quanto à pretensão ou expectativa de inteligibilidade dos conteúdos proferidos/enunciados podem ser problematizados e resolvidos no âmbito do próprio contexto da interação, por meio de certas convenções lingüísticas. Da mesma forma, os questionamentos relativos à pretensão de veracidade ou autenticidade expressiva também podem ser problematizados diretamente no próprio contexto da ação, ou seja, a própria experiência da interação mostrará em que medida o interlocutor, que parecia estar sendo sincero consigo e com os outros estava ou não sendo verdadeiro.

Já as pretensões de verdade proposicional (o que está sendo dito) e de correção normativa (da norma subjacente ao comportamento) podem ser problematizadas fora do contexto interativo imediato, recorrendo a uma forma indireta de fundamentação/comunicação que Habermas denomina de *discurso* onde as expectativas/pretensões ficam “suspensas” até que a afirmação seja rejeitada ou aceita e até que a norma social seja considerada legítima ou ilegítima. A pretensão de verdade (a afirmação) problematizada é debatida no *discurso teórico* sendo considerada verdadeira ou falsa quando for atingido um consenso quanto à sua verdade ou falsidade. Já a pretensão de correção normativa (a norma vigente) problematizada é debatida no *discurso prático* sendo considerada legítima ou ilegítima quando for alcançado um consenso quanto à sua legitimidade ou ilegitimidade.

Produz-se assim um *acordo racional* onde falantes e ouvintes têm razões para dizer o que dizem e fazer o que fazem, não podendo vir imposto e não podendo conter nenhuma forma de coerção que induza ou obrigue os participantes a adotarem este ou aquele tipo de conduta/postura. Ou seja, é um acordo gerado em processos de entendimento onde deve ser levada em conta a tomada de posição do ouvinte (explícita ou implícita), que sempre pode ser sim ou não. E assim, tem-se o risco de dissenso (MELO, 1999).

Portanto, as duas peças chave da Teoria da Ação Comunicativa, segundo Bógus (1998) são a concepção dialógica (comunicativa) da razão e o caráter processual da validade dos discursos. São os atores envolvidos na situação temporal que definem, através do consenso, o processo pelo qual a verdade e a razão serão atingidas, dentro do contexto real. Logo, o ponto de partida, onde as pretensões de

validade surgem e são aceitas, é o próprio contexto situacional (prática cotidiana contextual). Habermas chega a falar de dois elementos necessários para o processo de conhecimento: o da *experiência* e o da *argumentação*.

De acordo com Habermas (1987), para que o discurso seja considerado válido, a ação estaria dirigida para a obtenção de *efeitos ilocucionários*, ou seja, o falante está fazendo algo, sem um fim oculto, ou não declarado, sobre o qual os ouvintes não possam se manifestar e posicionar. É o que chama de “força ilocucionária” dos enunciados, de qualquer ato de fala. Diferente do ato de fala orientado para a obtenção de *efeitos perlocucionários*, ou seja, quando existem propósitos que só estão claros, transparentes para um dos participantes que procura com seus atos de fala, causar determinados efeitos sobre os demais, provocar algo pelo dito. Portanto, a comunicação está orientada para a obtenção de efeitos ilocucionários quando o ato de fala dá-se em um contexto de ação comunicativa, direcionada ao entendimento mútuo, a troca produtiva entre os participantes. E a comunicação está orientada para a obtenção de efeitos perlocucionários quando o ato de fala ocorre em um contexto de ação teleológica ou estratégica.

Seja de modo ilocucionário ou perlocucionário, explícito ou implícito, o núcleo significativo de um proferimento é a geração da *linguagem*. Daí a conclusão acerca do “caráter sempre interativo e construtivo de qualquer ato de fala”, ou seja, ocorre sempre na relação com o outro, na interação entre falantes e ouvintes (AYRES, 1997).

Para Ayres (2001), não há dúvida de que é a **linguagem** que permite o encontro ou desencontro entre os sujeitos. Aborda que uma questão que reiteramos com pouca densidade crítica é:

O fato de desconsiderarmos o universo de resistências que, ao mesmo tempo, nos opõe e aproxima desse outro a que chamamos, de modo tão revelador, de nossas populações-alvo. É como se houvesse entre sujeito-profissional de saúde e sujeito-população um vazio [...] Fracasso nosso em comunicar, ou das pessoas em compreender e aderir às nossas propostas. E a versão do fracasso nos mantém imobilizados, ou quase. Na melhor das hipóteses repetimos [...], as velhas estratégias 'mobilizadoras'. Na pior delas simplesmente desistimos. O que deixamos de fazer é lidar positivamente com a alteridade revelada pelo desencontro [...] (AYRES, 2001, p. 161).

Assim, o autor defende que se quisermos enriquecer o diálogo torna-se necessário cuidar de sua matéria-prima: a linguagem. É preciso refletir sobre nossa linguagem. Neste sentido um dos maiores desafios é:

Superar as barreiras lingüísticas que o jargão técnico interpõe a uma autêntica interação entre profissionais e população [...] A necessidade desse movimento de reconstrução das pontes lingüísticas entre o mundo da tecnociência e o senso comum [...] No campo da saúde, especialmente, isso é urgente. Sem essas pontes lingüísticas não poderá haver compartilhamento de horizontes normativos entre os técnicos e o público. Esse desencontro é sempre fonte de restrições ao diálogo [...] (SANTOS, 1989 apud AYRES, 2001, p. 163).

Outro conceito importante na Teoria da Ação Comunicativa é o de racionalidade, que representa, não apenas o domínio e acesso de informações, mas o próprio uso que se faz das informações, a partir do conteúdo acumulado por cada autor. A *racionalidade cognitiva-instrumental* visa ao êxito e é possibilitada pela capacidade de manipular informações e de se adaptar, de modo inteligente, às condições do contexto. Segundo Habermas, a esse conceito deve ser acrescido o de *racionalidade comunicativa/alargada* quando se considera a capacidade de acordos racionais sem coações (interna ou externa) e de geração de consensos universais. Aí,

participam da fala argumentativa diversos sujeitos que superam a subjetividade inicial de seus respectivos pontos de vista (BÓGUS, 1998).

Para entender a evolução das sociedades, Jürgen Habermas propõe uma teoria social e uma teoria da ação, concebendo as sociedades simultaneamente como sistema e como mundo da vida e introduzindo dois conceitos chave. Primeiro de ***mundo sistêmico (sistema)*** compreende a esfera social regida por mecanismos auto-regulados, o poder administrativo e financeiro, isto é, o mundo sistêmico é regido por mecanismos de regulação alingüísticos (o dinheiro e o poder). Este mundo é parte de uma realidade social onde atua a razão instrumental e técnica, subdividida por sua vez em dois subsistemas, o do dinheiro e do poder. A linguagem que prevalece aqui, já está previamente definida e baseada em imperativos automáticos. O diálogo fica suprimido, pois a validade dessa linguagem é inquestionável. Não há, por parte dos interessados, qualquer discussão. Essa regulação automática é denominada de “interação sistêmica”. O objetivo desta racionalidade técnica é de conseguir maior produtividade, obtendo assim a sobrevivência material dos homens em sociedade.

A categoria de ***mundo da vida*** compreende a esfera social regulada pela busca do entendimento através de procedimentos comunicativos mediados lingüisticamente. No mundo da vida, prevalecem as vivências e experiências partilhadas pelos sujeitos, no cotidiano vivido. Essas experiências e vivências, quando experienciadas por um contingente de pessoas, acabam por constituir-se na história e memória do grupo, ocorrendo assim a “integração social”. Nesse mundo, os homens buscam o entendimento e consenso através da comunicação.

Habermas (1987) esclarece que os elementos estruturais do mundo da

vida são cultura, personalidade e sociedade. Entende **cultura** como o acervo de saber, em que os participantes na comunicação se abastecem de interpretações para entenderem-se sobre algo no mundo. **Sociedade** como às ordenações legítimas através das quais os participantes na interação regulam sua pertença a grupos sociais, assegurando com isto, solidariedade. E **personalidade** como as competências que tornam um sujeito capaz de linguagem e ação, isto é, capaz de tomar parte em processos de entendimento.

A ação comunicativa tem as funções de, no que diz respeito à cultura, realizar a reprodução cultural, no que diz respeito à sociedade, garantir integração social e produzir solidariedade e, no que diz respeito à personalidade, promover os processos de individuação/socialização (HABERMAS, 1987).

Para Jürgen Habermas, o processo de evolução social é caracterizado pela crescente racionalização do mundo da vida, que traz como consequência a progressiva demanda pelos mecanismos comunicativos de alcançar o entendimento, mediados lingüisticamente, os quais acabam sobrecarregados.

Esta sobrecarga sobre os processos comunicativos, associados à diferenciação sistêmica crescente, abre caminho para que os meios deslinguistizados (dinheiro, mercado e poder), sobreponham-se cada vez mais ao mundo da vida, aos processos comunicativos mediados lingüisticamente. E assim, os imperativos sistêmicos tornam-se auto-suficientes, as pretensões de poder impõem-se mais facilmente sobre as pretensões de validade. Esse processo é denominado, por Habermas, de **colonização do mundo da vida**, o qual será responsável por uma série de patologias, de perturbações da interação social que atingem as sociedades capitalistas contemporâneas.

Segundo a visão de Habermas (1987), esses dois mundos têm uma razão de ser e deveriam coexistir dentro de um equilíbrio. Entretanto, a dissociação entre o mundo da vida e o mundo sistêmico, e a invasão deste segundo pelo primeiro, provocam verdadeiras patologias humanas, responsáveis pelas crises do mundo moderno.

Portanto, cada vez mais, torna-se necessário que a razão instrumental seja recolocada no seu verdadeiro espaço. É o que Habermas denomina de ***descolonização do mundo da vida***, que só vai ocorrer quando recuperarmos a nossa capacidade de comunicação, implementando transparência, flexibilidade e dirigibilidade nas nossas ações. E assim, Jürgen Habermas propõe a Teoria da Ação Comunicativa que comunga com a Teoria Crítica de Adorno e Horkheimer na sua dimensão crítica da realidade, no desejo de libertar a humanidade da inconsciência, ignorância e dominação. Mas, ao mesmo tempo a supera, pois não adere ao seu pessimismo filosófico, que não encontra saída racional para a alienação. Ao contrário, Habermas acredita na competência das pessoas e que elas são capazes, sim, de produzirem uma razão comunicativa, através do diálogo e questionamento, com possibilidade de transformar a realidade existente.

Portanto, diante da preocupação e da necessidade de termos um quadro teórico conceitual consistente para compreendermos ***as comunicações entre profissionais de saúde e famílias no cuidado à saúde da família***, foco central de análise desta pesquisa, buscamos auxílio em Habermas (1987), que propõe a dialética das interações no trabalho e a Teoria da Ação Comunicativa, a Ayres (1997, 2000, 2001, 2002), que tem discutido a conceituação do Cuidado como diálogo e proposto alguns “giros” teórico-filosóficos, num convite à construção de *“projetos de*

felicidade”, a Merhy (1998, 2000, 2002) que tem explorado as categorias do trabalho vivo em ato e das tecnologias leves (cravada na produção de processos relacionais, ou seja, na valise do espaço relacional trabalhador-usuário), apostando em “*projetos terapêuticos cuidadores*” e a autores como Lima (1998), Peduzzi (1998), Ferraz (2000), Ferraz e Valle (2001), Almeida e Mishima (2001), Almeida (2001), Teixeira (2002) e Nascimento (2003), que analisam a temática da ação de cuidar no campo da enfermagem. Estes serão os principais referenciais teóricos que sustentarão a confecção desta pesquisa.

É óbvio que não temos a pretensão de dar conta de todos esses referenciais e teorias ou mesmo de expô-las em sua totalidade. Mas, com este material, pretendemos refletir e polemizar algumas questões que enriqueçam e aprofundem a temática básica, foco de análise da presente investigação. Assim, consideramos importante trazer, sinteticamente, alguns conceitos e idéias centrais que fundamentarão teoricamente nossa pesquisa. Os conceitos básicos do paradigma habermasiano já foram acima apresentados como um enfoque dialógico considerado relevante e bastante promissor para a área da saúde, na medida em que permite uma abordagem mais ampla e ao mesmo tempo integradora das diversas racionalidades que perpassam este objeto tão complexo, destacando o vital papel assumido pela *linguagem* como articuladora da ação em geral e de todas as formas de saber. Consideramos Habermas, um dos mais importantes teóricos da dialógica das subjetividades e sua teoria poderá nos socorrer nos momentos de interpretação. Outras referências conceituais que fundamentarão nossa pesquisa e nos ajudarão a construir análises mais fecundas para o campo da saúde coletiva, e em particular para a saúde da família, passam a ser apresentadas neste momento do

texto.

Ayres (2000; 2001; 2002), em suas produções científicas mais recentes sobre as práticas de saúde, tem nos feito um irresistível *convite filosófico*: refletir sobre o que denomina de uma **"Dialógica do Cuidado"**, como uma forma de compreender as práticas voltadas à atenção à saúde coletiva e como um desafio prático para o pensar, conhecer e fazer das práticas de saúde. Segundo ele, atentar para a *dimensão dialógica* das práticas de saúde implica em um *alargamento de sentido* do que se entende por tecnologia, destacando a sua *dimensão não-tecnológica* de produção de mundos, de construção de significados compartilháveis que se dá na e pela construção de objetos, produtos e instrumentos de trabalho. Mais que uma ação teleológica, as intervenções em saúde se configuram como *Cuidado* que é essa atividade realizadora na qual caminho e chegada se engendram mutuamente e onde revelam-se questões não-técnicas, projetos de felicidade, modos de ver, valorizar e compartilhar a vida (AYRES, 2001; 2002).

Estas reflexões desdobram-se na tese defendida pelo autor de *transformação das práticas de saúde, com base em diversos, interligados e complexos "giros" teórico-filosóficos*, relacionados ente si e que, na verdade, representam uma tarefa ambiciosa e excessivamente trabalhosa e ampla, quando perguntamos: *como fazer esses giros no nosso cotidiano de trabalho?*. Mas, também, podem representar uma resposta a um irresistível convite filosófico, que não pode ser por nós negligenciado. Segundo este autor, *"esses giros irão exigir de nós, sem dúvida, um esforço nada pequeno de reconstrução"* (AYRES, 2001, p. 161).

O primeiro giro crítico defendido pelo autor é ***o de sujeito para intersubjetividade***, que nos ajuda a reconstruir nossa idéia de sujeito de modo

mais fecundo para as práticas de saúde, valorizando *o aspecto relacional, o aspecto existencial e o aspecto pragmático* e considerando *“o caráter substancialmente interacional e irremediavelmente contingente de nossas identidades e historicidades como indivíduos e grupos”* (AYRES, 2001, p. 157). A necessidade deste giro surge da constatação de que *“a concepção de sujeito predominante no pensamento sanitário não está em sintonia com os principais valores e pressupostos que o orientam hegemonicamente na atualidade”*, pois traz embutido duas significações problemáticas: a idéia de *permanência* e a idéia de *produção* (AYRES, 2001, p. 161).

O segundo giro teórico-filosófico proposto é ***o de controle técnico ou êxito técnico para o de “sucesso prático”***, que se orienta para um nítido deslocamento de horizontes normativos, buscando a subsunção do ideal de controle da doença no de respeito e promoção dos direitos humanos, na perspectiva de aberturas lingüísticas/pontes lingüísticas, pluralidade de saberes válidos e normatividade de natureza não tecnicista (AYRES, 2001). Portanto, *“o saber que se dirige ao êxito técnico constrói objetos, enquanto o saber na direção do sucesso existencial é o que constrói sujeitos”* (GADAMER, 1996 apud AYRES, 2001, p. 161).

A passagem das posturas limitadoras de ***tratar, curar ou controlar para o conceito de cuidar***, é o terceiro giro crítico defendido. Se transpormos o conceito de Cuidado para o plano mais concreto das práticas de saúde veremos que a atitude “cuidadora” implica em:

Cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele. Para cuidar há que se considerar e construir projetos... É forçoso saber qual é o projeto de felicidade que está ali em questão, no ato assistencial, mediato e imediato. A atitude de cuidar não pode ser apenas uma pequena e subordinada tarefa parcelar das práticas de saúde [...] A atitude ‘cuidadora’ precisa se expandir mesmo para a totalidade das reflexões e

intervenções no campo da saúde. Como aparece ali, naquele encontro de sujeitos no e pelo ato de cuidar os projetos de felicidade, de sucesso prático, de quem quer ser cuidado? Que papel temos desempenhado nós, os que queremos ser cuidadores, nas possibilidades de conceber felicidade, em termos de saúde? Que lugar podemos ocupar na construção desses projetos de felicidade que estamos ajudando a conceber? (AYRES, 2001, p. 164).

Outro autor importante nesta discussão tem sido Merhy (1998; 2000; 2002) ao explorar e adentrar basicamente em quatro territórios reflexivos com o objetivo de aprofundar a compreensão sobre o trabalho em saúde que, na sua perspectiva, é um trabalho vivo em ato. Primeiro, que o *ato de cuidar* constitui a alma dos serviços de saúde. Segundo, que é no encontro do trabalho vivo em ato com o usuário que se expressam alguns componentes vitais da *tecnologia leve* do trabalho em saúde: as das relações (denominada, por este autor, de “*relações interseçoras*”), que se configuram por meio de práticas de acolhimento, vínculo e autonomização, entre outras. Terceiro, que *todos* os atores em situação, na saúde, disputam a gestão e a produção do cuidado. Quarto, que a aposta em “*projetos terapêuticos cuidadores*” representa o grande desafio para a transição tecnológica rumo às mudanças nos serviços de saúde e nos processos de produção que necessitam estar mapeados pelos novos territórios de “tecnologias não-equipamento”, desenhando *novas cartografias* da micropolítica do trabalho vivo em ato.

Assim, o primeiro território reflexivo adentrado por este autor é o da constatação de que *o ato de cuidar representa a alma dos serviços de saúde*, que nos permitirá constituir um modo competente de realizar a mudança de um modelo de atenção “**corporativo-profissional- centrado**”, que nem sempre impacta ganhos em graus de autonomia no modo do usuário andar na sua vida, para um

modelo **"usuário-centrado"**, sem cair no "canto da sereia" dos projetos neoliberais, que ofertando uma cidadania negada e uma cesta básica de saúde, trazem quase que como uma "panacéia" um médico de família, que a tudo resolve, como um milagreiro, ignorando a complexidade do atuar em saúde e a necessária multidisciplinaridade desse agir. Este autor defende a tese de olharmos os serviços de saúde do ponto de vista do usuário e expõe que, na ótica deste usuário do sistema, é na área de prestação de serviços de saúde onde o cidadão se sente mais desprotegido:

Voltando ao ponto de vista do usuário, podemos dizer que, em geral, este reclama não da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas sim da falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e do seu problema. Os usuários, como regra, sentem-se inseguros, desinformados, desprotegidos, desrespeitados, desprezados (MERHY, 2002, p. 121).

Portanto, este modelo médico-hegemônico *diminui e empobrece* muito a dimensão cuidadora do trabalho em saúde e conduz a uma *tensão procedimento-cuidado*, a ponto deste autor dizer que a "morte" da ação cuidadora dos vários profissionais de saúde tem construído modelos de atenção irresponsáveis perante a vida dos cidadãos. Afirma ainda, que, neste modelo assistencial hegemônico, a ação dos vários profissionais de uma equipe de saúde é subjugada à lógica dominante, tendo seus núcleos específicos e profissionais subsumidos à lógica médica, com o seu núcleo cuidador também diminuído, empobrecido ou mesmo anulado.

A segunda tese defendida é de que há uma tecnologia menos dura, do que os aparelhos e as ferramentas de trabalho, e mesmo uma *tecnologia leve*, cravada na produção de processos relacionais como atos de saúde. Assim, o autor

propõe que imaginemos o encontro entre profissional e usuário sob a noção de *valises* que representam *caixas de ferramentas tecnológicas*. Ilustra que o profissional, para atuar, utiliza três tipos de valises: *uma vinculada a sua mão* e na qual cabem, por exemplo, o estetoscópio, o endoscópio, entre outros equipamentos que expressam uma caixa de ferramentas tecnológicas formada por *“tecnologias duras”*. *Outra que está na sua cabeça*, e na qual cabem saberes bem estruturados, como a clínica e a epidemiologia e que expressam uma caixa formada por tecnologias leve-duras. E finalmente, *uma outra presente no espaço relacional trabalhador-usuário* e que contém tecnologias leves implicadas com a produção das relações entre dois sujeitos, que só tem materialidade em ato e, assim, caracterizado por *incerteza e instabilidades* permanentes, que permitem a construção de múltiplos projetos tecnoassistenciais. São esses processos regidos por tecnologias leves que permitem produzir relações, expressando, por exemplo, a *construção ou não* de acolhimentos, vínculos e responsabilizações, jogos de transferências, entre outros.

A terceira reflexão é que o conjunto dos trabalhadores de saúde apresentam potenciais de intervenção nos processos de produção da saúde e da doença, associados à dimensão cuidadora que *todos* os profissionais de saúde detêm, seja médico, enfermeiro ou um vigilante da porta de um estabelecimento de saúde. Assim, haverá sempre um outro núcleo operando, que é o que denomina de ***“núcleo cuidador”***, no qual atuam os processos relacionais do campo das tecnologias leves, e que pertence a todos os trabalhadores em suas “relações intercessoras” com os usuários. Este núcleo cuidador é o que deverá se impor e o que favorecerá inclusive a diminuição das relações de dominação que se estabelecem entre os vários profissionais, como representantes de certos interesses e modos de

operá-los no interior dos modelos de atenção. Então, Merhy (2002) alerta-nos que devemos ficar atentos, ao fato de que todo profissional de saúde, independente do papel que desempenha, como produtor de atos de saúde, é sempre um operador do cuidado e como tal deveria ser capacitado, pelo menos, para atuar no território específico das tecnologias leves, modos de produzir acolhimento, responsabilizações e vínculos.

Enfim, o quarto território reflexivo adentrado por este autor é a aposta em um *profissional cuidador e responsável* que lute pelo direito do paciente e que o aborde de modo mais “humanizado”, comprometido com um *projeto terapêutico cuidador e integral*, que faça uma abordagem individual sem desprezar a dimensão coletiva dos problemas de saúde e que em última medida seja centrada no usuário, de forma a serem pessoas reais cuidando de pessoas reais, imprimindo mudança de direcionalidade e contrapondo-se às vivências onde há mais acúmulo de processos cuidadores em saúde que *descuidam* e que são mais “profissionais-centrados” do que “usuários-centrados”. Assim, o foco será o tema do “ato de cuidar”, como possibilidade de se pensar alternativas anti-hegemônicas para esta transição tecnológica. Este autor advoga, também, a noção de que os processos de produção do cuidado, “processos intercessores”, centralmente, envolvem *tensões*: entre o cuidado centrado nos procedimentos e o cuidado centrado nos usuários; entre um agir privado e um público e entre as disputas permanentes de distintas intenções em torno do que são os objetos e os sentidos das ações de saúde. Desenhar outras cartografias, para além da instituída, impõe-se como desafio a ser enfrentado por quem luta por novos modo de construir o cuidado, comprometidos radicalmente com a defesa da vida individual e coletiva dentro de uma ótica de direitos sociais plenos

(MERHY, 2002).

Este tema bastante amplo, atual e complexo também tem sido foco de análises no campo da enfermagem (LIMA, 1998; PEDUZZI, 1998; FERRAZ, 2000; FERRAZ; VALLE, 2001; ALMEIDA; MISHIMA, 2001; ALMEIDA, 2001; TEIXEIRA, 2002; NASCIMENTO, 2003), tanto no âmbito assistencial, como no âmbito gerencial, como em áreas específicas (saúde coletiva e hospitalar), onde a dimensão cuidadora da prática do enfermeiro representa uma *construção histórico-social* que caminhou do modelo religioso- vocacional, presente no início da enfermagem moderna, para uma enfermagem tecnológica contemporânea marcada por transformações do modelo assistencial de enfermagem, uma vez que esta prática se constitui para dar respostas às necessidades dos homens em um mundo em constante transformação.

Almeida et al (2001) analisam que, contemporaneamente, o entendimento hegemônico de cuidado, no sentido de uma ação, uma intervenção instrumental onde um ser cuida e outro recebe o cuidado, traduzido nas palavras: assistir, atender, servir, tratar, promover, dedicar e intervir, é algo duro, unilateral, onde, muitas vezes, as inovações tecnológicas traduzidas pelos equipamentos de última geração, procedimentos técnicos de apoio e terapêutica se sobrepõem a outros aspectos necessários para a atenção, tais como: o reconhecimento das diferenças (de pensar, atuar, de vestir, de falar, de cor diferente, de classe social diferente, etc. e das contradições (de pensar em si e em grupo, de falar e atuar, etc) presente na solidariedade e respeito de estar com o outro, não tendo medo de arriscar em novas formas de fazer saúde que favoreçam uma maior autonomia em quem cuida e quem é cuidado. Portanto, simultaneamente às práticas hegemônicas, nascem práticas de enfermagem que vão em outra direção, como a do acolhimento, do vínculo, da

responsabilidade e da autonomia, que são formas de dar um novo espírito para essa prática, entendendo a enfermagem como uma prática de relações que têm em sua base o cuidado. As autoras defendem que o compromisso social da enfermagem para o século XXI é construir novas práticas de cuidar com novos saberes, pois assim como no cuidado na fábula de Higino (Ayres, 2001), o enfermeiro tem potencial para dar forma (corpo) e vida (espírito) a suas práticas, com criatividade, flexibilidade e reflexão.

Peduzzi (1998) discute um elemento que, na sua ótica, atravessa toda esta construção: *a comunicação* entre os sujeitos. Segundo esta autora, a comunicação no processo de trabalho em saúde se expressa de diferentes formas: a) aquela externa ao trabalho, exercida apenas como instrumentalização da técnica; b) aquela de caráter estritamente pessoal, baseada na amizade e camaradagem e c) aquela intrínseca ao trabalho em equipe. O estabelecimento de uma comunicação na equipe que se volte para a finalidade do trabalho, ou seja, para a construção do *projeto cuidador comum*, passa pelo exercício prático de todos os profissionais de estabelecer um processo comunicativo que possa, sem deixar de instrumentalizar tecnicamente o trabalho, sem deixar de ocupar o lugar da camaradagem, voltar-se para os processos de negociação, de explicitação das diferenças e da diversidade existente entre os distintos agentes do trabalho, buscando na multiplicidade das alternativas que se colocam dentro dos núcleos de competência e responsabilidades específicos, estabelecer o projeto comum, a ser reconhecido por todos os envolvidos.

Ferraz (2000) traz uma rica contribuição a esta discussão ao defender um novo paradigma que tem sido elaborado conceitual e operacionalmente em tempos presentes, por ela denominado de processos de *cuidar gerenciando e gerenciar*

cuidando. Esta defesa surge do reconhecimento da existência de um vácuo nos processos de cuidar e administrar que tradicionalmente quase não se tocam, configurando-se em eixos distintos que têm ocorrido em paralelas. A tese defendida por esta autora é fruto do diálogo com a obra de Maffesoli (1995; 1998), que descreve que nos últimos três séculos e mais intensamente no século XXI deu-se o fortalecimento de um sistema filosófico dirigido para o domínio do político-econômico que colocava à margem a razão sensível e o direito de liberdade humana. Dialoga também com Boff (1999), que em sua obra *saber cuidar*, retoma o paradigma da modernidade, conduzindo-nos à compreensão dos modos-de-ser-no-mundo, os quais podem se dar, na sua concepção, através de duas lógicas. Primeiro, a lógica do ***modo-de-ser-trabalho***, que orienta os atos denominados por este autor de *"intervenção"*, caracterizados pela razão instrumental-analítica, relação sujeito-objeto, caráter de poder/dominação, produção da tecnociência (articulação do biológico, do mecânico e do eletrônico). Segundo, o ***modo-de-ser-cuidado***, que se orienta nos denominados atos de *"inter-ação"*, expresso em uma razão sensível, cordial, na relação sujeito-sujeito, no caráter de não dominação e na produção ontológica (dar sobrevivência, segurança e prazer à existência). Para este autor, estamos abrindo um novo século em que o modo-de-ser-trabalho foi marcado pela dominação, aniquilando com as expressões do cuidar, daí a necessidade de provocarmos uma inversão de lógica: *"tomar o cuidado à luz da existência humana significa explorar a relação sujeito-sujeito, disponibilizando toda capacidade de empatia, dedicação, compaixão, imprimindo a ação uma centralidade da ordem do sentir"* (BOFF, 1999 apud FERRAZ, 2000).

Para finalizar esta reflexão cabe uma última fábula de Alves (1985, p. 81-

86), intitulada “*Pinóquio*”, que ilustra bem as questões acima trabalhadas:

*Assim começa a **estória às avessas** [...] Era uma vez um menininho, de **carne e osso**, igual a tantos, que se deleitava nas coisas simples que a vida dá. Ria nos seus mundos de faz-de-conta, voava nas asas dos urubus, assustava os peixes, nariz achatado nos vidros dos aquários, assobiava para os perus, andava na chuva, todas essas coisas que as crianças fazem e os adultos desejam fazer, e não fazem, por vergonha. **Sua vida escorria feliz por cima do desejo** [...] Não sabia que uma conspiração estava em andamento [...] Até que chegou o dia em que lhe foi dito: É preciso ir para a escola. Todos os meninos vão. **Para se transformarem em gente**. Deixar as coisas de criança. Em cada criança brincante dorme um adulto produtivo. É preciso que o adulto produtivo devore a criança inútil [...] E assim aconteceu. Há certos golpes do destino contra os quais é inútil lutar [...] O menino de carne e osso aprendeu coisas curiosas: nomes de heróis, frases que teriam dito, as alturas de montes onde nunca subiria, as funduras de mares onde nunca desceria, a distância de galáxias, o ‘se’, partícula apassivadora, o ‘se’, símbolo de indeterminação do sujeito, nomes de cidades, de países longínquos, suas populações e riquezas, fórmulas e mais fórmulas [...] Sabia que tudo deveria ter um motivo. **Só que não entendia**. O desejo permanecia selvagem. E disto eram prova aquelas notas vermelhas no boletim, testemunhas de como o menino cavalgava longe do desejo dos outros, conspiradores secretos, escondidos na monotonia dos currículos **que não faziam o seu corpo sorrir** [...] O menino cresceu. E aconteceu que, em meio às suas rotinas, veio a se encontrar com dois cavalheiros bem vestidos e de fala branda, que se puseram a contar estórias de um mundo encantado sobre o qual ele nunca ouvira falar. Eles disseram de heróis em aventais brancos, cavalgando microscópios e telescópios, em meio a líquidos mágicos que faziam viver e morrer, encastelados em templos onde as coisas visíveis ficavam invisíveis e as coisas invisíveis ficavam visíveis, e lhe perguntaram se ele não desejava se transformar num mago, num artista [...] A recompensa? O poder, o conhecimento de segredos que ninguém conhece, a glória, ser olhado por todos como um ser diferente, sublime, superior [...] **O menino grande se lembrou dos sonhos do menino pequeno. E sorriu**. Finalmente, chegara o momento da sua realização. Estranhou que os narizes dos respeitáveis cavalheiros tivessem crescido enquanto falavam. Mas logo o tranquilizaram: É só para te cheirar melhor, meu filho [...] **Aprenderam a concentração, a disciplina. Depois o corpo, que desaprendeu a dança, o vôo dos papagaios e o brinquedo**. Era necessário dedicar-se totalmente. Os pensamentos abandonaram as fantasias e os contos de fadas. Passaram a morar no mundo das fórmulas e dos experimentos. Até o prazer da comida se satisfaz com os sanduíches rápidos do almoço, e na cama o corpo se esqueceu do corpo [...] E apreendeu coisas preciosas. Que o corpo do cientista é neutro. Que ele não se comove por considerações de valor e prazer. Que está acima da vida e da morte (isto é coisa de políticos, militares e clérigos), em dedicação total ao saber [...] Mas tantos sacrifícios acabaram por receber merecida recompensa. A sorte soprou, favorável, e de seu corpo diferente surgiu uma nova magia, e o palco da imortalidade lhe foi aberto. Lá, perante todos, compreendeu que valera a pena. **Duas lágrimas lhe rolaram pela face** [...] **Já não era o menino de outrora, carne e osso. Crescera. Estava diferente**. Os aplausos de madeira enchem a sala. Era a glória. E foi então que o milagre aconteceu. O recinto se encheu de suave luminosidade, e a Mosca Azul, que até então só habitara os seus*

*sonhos, veio de longe e roçou seu rosto com suas asas. E a grande transformação aconteceu. **Era um boneco de madeira, inteligência pura, sem coração.** E os milhares de bonecos, iguais, de pé, não paravam de tamanquear os seus aplausos ao novo irmão, enquanto gritavam o seu nome: **"Pinóquio, Pinóquio, Pinóquio [...].***

Esta fábula toca-nos em vários aspectos, entre eles ao trazer o compromisso do autor em "quebrar o feitiço" das estórias que se repetem, sempre do mesmo jeito, um bonequinho de pau tão inofensivo..., que traz embutida a lição de que quem não vai à escola não chega a ser gente. Esta estória sensível e criativa propõe contar a estória de Pinóquio às avessas, brincando com a estória de Alice no país das maravilhas, espelho adentro, onde tudo acontece invertido. O próprio autor tenta nos mostrar que *"há uma magia nas imagens invertidas. Parece que, para se ver bem o real, é necessário pôr os óculos da fantasia".*

Esta estória, simples e profunda, reflete e sintetiza as nossas percepções e emoções com relação às interações, seja no contexto das prática educativas, seja no contexto das práticas de saúde hegemônicas ou práticas renovadoras. Faz muito bem para o corpo, o coração, a mente e o espírito sentirmos, enquanto sujeitos (alunos e professores ou profissionais de saúde e usuários/famílias) que somos pessoas de "carne e osso", com lágrimas que podem rolar pela face, pensamentos que não abandonam as fantasias, os contos de fada, a vida, os desejos, a felicidade e a inteligência criativa. E "às avessas", é imensamente triste e fria a transformação para um boneco de madeira, inteligência pura, sem asas da imaginação, sem lágrimas, sem coração, bonecos, que nas estórias de Alves (1985) se metamorfoseiam em burros, havendo mesmo alguns que alcançam a dignidade de mulas-sem-cabeça.

Portanto, temos a percepção de que o grande desafio na aposta em novos

modos de construir e exercitar o cuidado em saúde está em semear, “às avessas”, a *cultura do acolhimento, do compromisso e da inclusão (a cultura do cuidado dialógico de “gente de carne e osso”)*, na perspectiva coletiva, embora em algumas situações ainda prevaleça, fortemente, a *cultura do individualismo, do silêncio, do não compromisso e da exclusão (a cultura do cuidado desumano ou do “não-cuidado” de “boneco de pau”)*.

Apostamos que a estratégia de Atenção à Saúde da Família tem potencial para favorecer um cuidado mais dialógico. Mas para que estas interações aconteçam realmente, parece-nos importante, tal como a fábula de Pinóquio nos aponta, *desaprendermos o que aprendemos*, ou seja reconstruirmos o que entendemos sobre as práticas de saúde.

Vemos, então, que o tema em pauta é bastante amplo, atual no tocante à investigação, o que dá uma certa provisoriedade sobre algumas análises realizadas. Mediante estas constatações, a presente pesquisa justifica-se, pois estamos vivendo uma nova etapa do Sistema Único de Saúde, ou seja, a construção de novos modo de atenção em saúde que de fato atendam às necessidades individuais e coletivas de saúde.

Seguindo o conjunto das reflexões acima levantadas, o presente estudo parte de dois pressupostos teórico-práticos:

- a *Ação Comunicativa* (HABERMAS, 1987) representa um dispositivo fecundo para a travessia rumo à construção do *“Cuidado Dialógico”* (AYRES, 2000; 2001; 2002) e a aposta em *“Projetos Terapêuticos Cuidadores”* (MERHY, 1998; 2000; 2002) comprometidos com a defesa da vida dentro de um ótica de direitos sociais, nas práticas de saúde

coletiva e, em particular, nas práticas de saúde da família;

- o amadurecimento deste processo de construção de uma “Dialógica do Cuidado” dependerá do enriquecimento do diálogo, das comunicações entre os sujeitos envolvidos, da construção de “pontes lingüísticas” entre profissionais de saúde (os que desejam ser cuidadores) e famílias (que necessitam de cuidados), bem como de mudanças/deslocamentos nas três esferas de validação intersubjetiva: na *pretensão de veracidade* relacionada ao mundo subjetivo, na *pretensão de verdade proposicional*, relacionada ao mundo objetivo e na *pretensão de correção normativa* que se refere ao mundo social (HABERMAS, 1987), em especial nesta última esfera de validação.

2.2 Quadro técnico-metodológico

2.2.1 A opção metodológica: pesquisa qualitativa

Tentar aproximar e compreender o processo histórico, social e complexo do trabalho no cuidado à saúde da família, onde sujeitos sociais estão em trama interacional, envolve questões multifacetadas permeadas por subjetividade, expostas a constante mudança e que podem ter diferentes ângulos de entendimento, dependendo do momento histórico-social e da visão de mundo de cada sujeito.

Diante dessa abrangência e complexidade, entendemos que nosso problema de investigação é um *objeto social*, passível de ser analisado a partir da

ótica das ciências sociais, situando-se no campo de conhecimento da saúde coletiva. Assim, o objeto de estudo pede a abordagem qualitativa de pesquisa onde “aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, que possui uma carga histórica, cultural, política e ideológica não perceptível e captável apenas numa fórmula numérica ou num dado estatístico” (MINAYO, 1998).

Ao desenvolver uma pesquisa qualitativa, de natureza não quantificável, o pesquisador não é neutro, em absoluto, levando para a pesquisa suas crenças, valores, expectativas, vivências, visões de mundo, conceitos, pré-conceitos; preocupa-se mais com o processo do que com o produto da investigação e considera como sujeito de estudo

[...] gente em determinada condição social, pertencente a determinado grupo social ou classe com suas crenças, valores e significados. O que implica em considerar que o objeto das ciências sociais é complexo, contraditório, inacabado, e em permanente transformação (MINAYO, 1998).

Portanto, segundo essa autora, o objeto de estudo das ciências sociais é essencialmente qualitativo e histórico, ou seja, existe em um determinado tempo e em um determinado espaço e precisa ser percebido e evidenciado pelo pesquisador, no próprio contexto em que os sujeitos vivem, cotidianamente. Assim, cada vez mais, tornam-se necessárias abordagens qualitativas e globalizantes para entendermos as complexidades inerentes a este objeto de investigação.

Por todos os lados nasce a necessidade de uma ciência com consciência. É tempo de tomar consciência da complexidade de todas as realidades- física, biológica, humana, social e política e da realidade da complexidade. É tempo de tomar consciência de que uma ciência privada de reflexão e uma filosofia puramente especulativa são insuficientes. Consciência sem ciência e ciência sem consciência são mutilados e mutilantes (MORIN, 1982).

2.2.2 A escolha do campo de pesquisa

Para as ciências sociais, o trabalho de campo é de fundamental importância. Campo compreendido como um *recorte espacial e temporal*, mais concreto que permite a discussão e a visualização do tema foco de estudo e um *recorte teórico*, mais abstrato, de assuntos e conceitos adotados na pesquisa.

O fundamento do trabalho de campo, em pesquisa qualitativa, é a relação entre pesquisador e sujeitos sociais, entendida como canal, meio, espaço onde haverá a construção do desenho da pesquisa e a produção do conhecimento. Essa relação não está centrada no método de pesquisa isolado, mas sim na figura do pesquisador que deve ter o mínimo de sensibilidade e abertura para ouvir, conversar e acolher, ou seja, é nas interações sociais que os atores expressam e reposicionam posturas e transformam a realidade. Logo, na abordagem qualitativa, não é o método que vai gerar o dado, mas a capacidade interpretativa do pesquisador que o construirá.

Consideramos importante trazer algumas características da rede básica de serviços de saúde do município de Ribeirão Preto e da recente implantação de *Unidades de Atenção à Saúde da Família*, para contextualizar o município, campo onde realizamos a presente pesquisa.

A rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto é constituída por trinta e três (33) Unidades de Saúde que são identificadas como *Unidades Básicas e*

Distritais de Saúde-UBDS (cinco no total), com níveis primário e secundário de atendimento, oferecendo serviços em diferentes especialidades médicas como cardiologia, endocrinologia, dermatologia, ortopedia, entre outras e como *Unidades Básicas de Saúde-UBS* (vinte e oito no total), com nível primário de atendimento, ofertando serviços médicos nas especialidades de clínica médica, pediatria e ginecologia e obstetrícia, serviços de enfermagem e odontológico.

Assim, o município possui cinco (5) Distritos Sanitários, a saber: *Distrito Norte ou Simioni*, constituído por seis Unidades de Saúde, *Distrito Sul ou Vila Virgínia*, constituído por quatro Unidades de Saúde, *Distrito Leste ou Castelo Branco*, constituído por seis Unidades de Saúde, *Distrito Oeste ou Sumarezinho*, constituído por dez Unidades de Saúde e *Distrito Central*, constituído por sete Unidades de Saúde (Figura 1).

O município possui atualmente um total de quatorze (14) equipes de *Programa de Saúde da Família (PSF)*, especificamente cinco (5) *Núcleos de Saúde da Família*, a saber Núcleo 2 (Centro de Saúde Escola Vila Tibério), localizado no Distrito Sanitário Central e Núcleo 1 (Rua Bonfim), Núcleo 3 (Travessa Nossa Senhora da Penha), Núcleo 4 (Rua Salto Grande) e Núcleo 5 (Rua Paranapanema), localizados no Distrito Sanitário Oeste ou Sumarezinho. O primeiro Núcleo foi criado em 1999 e em 2001 quatro novos Núcleos foram implantados. Caracteristicamente, estes Núcleos funcionam através de uma parceria entre Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), Ministério da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, Hospital das Clínicas da FMRP-USP e Fundação de Apoio ao Ensino e Pesquisa do HCRP-USP. Além da assistência à saúde da família, os

Núcleos são campos de formação de alunos (graduação, pós-graduação e residência em medicina, enfermagem, farmácia, entre outros). Cada Núcleo possui uma coordenação diversificada e uma equipe mínima formada por um médico generalista, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde.

Além destes cinco Núcleos, o município conta ainda com nove (9) equipes do Programa de Saúde da Família (PSF), pertencentes exclusivamente à Secretaria Municipal de Saúde do município, a saber: uma equipe na UBS Marincek, uma equipe na UBS Presidente Dutra, uma equipe na UBS Vila Recreio, duas equipes na UBDS Castelo Branco, duas equipes na UBS Dom Mieli, e duas equipes no Bairro Heitor Ringon, pertencente a UBS Marincek. O município possui ainda vinte e duas (22) unidades que possuem implantados apenas equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (Quadro 1).

A seguir, trazemos, sucintamente, algumas características de *um Núcleo de Saúde da Família*, local onde realizamos estágio voluntário e inserção prévia à pesquisa, no período de setembro a dezembro de 2002 e campo onde pretendemos realizar a presente investigação. Devido à natureza da nossa pesquisa (que buscava uma abordagem qualitativa em profundidade) e à riqueza do material empírico construídos, consideramos que não houve necessidade do processo de coleta de dados ser estendido para uma ou mais Unidades de Atenção à Saúde da Família, acima apresentadas.

FIGURA 1: Representação gráfica do mapa do município de Ribeirão Preto - SP, segundo distritos de saúde, unidades de saúde e área de abrangência, 2006.

Fonte: Levantamento efetuado junto à Secretaria da Saúde de Ribeirão Preto - SP, 2006.

Quadro 1. Relação das UBS e UBDS e quantidade de equipes de PSF e PACS de acordo com os cinco (5) Distritos Sanitários do município de Ribeirão Preto, São Paulo, 2006.

Distritos Sanitários	UBDS (Unidade Básica e Distrital de Saúde)	UBS (Unidades Básicas de Saúde)	Quantidade de Equipes de PSF (Programa de Saúde da Família) e PACS (Programas de Agentes Comunitários de Saúde)
1- Distrito Central	- UBDS Central	- CSE Vila Tibério* - PAM III- setor Pediatria - UBS Campos Elíseos - UBS Vila Tibério - UBS João Rosi	- 1 equipe de PSF*
2- Distrito Norte	- UBDS Quintino Facci II	- UBS Marincek* - UBS Quintino Facci I* - UBS Jardim Aeroporto* - UBS Valentina Figueiredo* - UBS Vila Mariana* - USF Ribeirão Verde* - UBS Simioni*	- 2 equipes de PSF* - 1 equipe de PACS* - 1 equipe de PACS* - 1 equipe de PACS* - 1 equipe de PACS* - 3 equipes de PSF* - 1 equipe de PACS*
3- Distrito Sul	- UBDS Vila Virgínia	- UBS Adão do Carmo Leonei* - UBS Jardim Maria das Graças* - UBS Parque Ribeirão Preto	- 1 equipe de PACS* - 1 equipe de PACS*
4- Distrito Leste	- UBDS Castelo Branco (2 equipes de PACS na área de abrangência desta UBDS)	- UBS Jardim Juliana* - UBS Jardim Zara* - UBS São José* - UBS Santa Cruz - UBS Vila Abranches* - UBS Bonfim Paulista*	- 1 equipe de PACS* - 1 equipe de PACS* - 1 equipe de PACS* - 1 equipe de PACS* - 1 equipe de PACS*
5- Distrito Oeste ou Sumarezinho	- UBDS Sumarezinho (5 equipes de PSF na área de abrangência desta UBDS)	- CMSC Vila Lobato - CSE Ipiranga - UBS Dom Mielle - UBS Ipiranga - UBS José Sampaio - UBS Presidente Dutra - UBS Vila Albertina* - UBS Vila Recreio - UBS Maria Casagrande Lopes	- 1 equipe de PACS*
Total 5 Distritais	5 UBDS	31 UBS	24 equipes de PACS e PSF

O Núcleo de Saúde da Família onde realizamos esta pesquisa situa-se no Distrito Sanitário Oeste ou Sumarezinho, do município de Ribeirão Preto, interior paulista. Foi criado em julho de 2001, portanto possui quatro anos de funcionamento (história de vida relativamente recente). Nesta época, o Núcleo estava sob a coordenação de uma enfermeira ligada à EERP-USP, uma assistente social e um médico ligados à FMRP-USP. Conta com a seguinte equipe de saúde: uma médica generalista, uma enfermeira, duas auxiliares de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde, um odontólogo, uma funcionária de apoio administrativo e dois auxiliares de serviço. Este Núcleo conta, ainda, com a participação de residentes de Medicina Geral e Comunitária, com ênfase em Saúde da Família do HCRP-USP, um docente e alunos da Faculdade de Farmácia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e alunos de graduação e pós-graduação da FMRP-USP, da EERP-USP e de outras unidades da Universidade de São Paulo- Câmpus Ribeirão Preto.

O referido Núcleo funciona das 8 às 12 horas e das 14 às 17 horas, para o atendimento ao público, sendo que das 7 às 8 horas ocorre diariamente reunião interna da equipe de trabalho.

A área de abrangência deste Núcleo é subdividida em quatro microáreas. A microárea I apresenta 246 famílias cadastradas, totalizando cerca de 657 pessoas atendidas. A microárea II apresenta 204 famílias cadastradas, totalizando aproximadamente 710 pessoas. A micorárea III apresenta 171 famílias cadastradas, totalizando cerca de 613 pessoas. A microárea IV apresenta 172 famílias cadastradas, totalizando aproximadamente 567 pessoas (Segundo dados coletados em 2005).

Portanto, cerca de 800 famílias são atendidas pela equipe de saúde do serviço. Chama a atenção na área o número reduzido de crianças e o número crescente de idosos (> 60 anos), do total da população (2547 pessoas), cadastrada no SIAB (dados coletados em Janeiro de 2003) 494 são idosos (cerca de 20% da população), acompanhando a tendência nacional e internacional de diminuição da natalidade e aumento da expectativa de vida. É importante destacar, também, nesta área de abrangência o aumento crescente da marginalização social e da violência urbana com o aumento de bolsões de pobreza e do uso, abuso e tráfico de drogas, bem como do crescente número de crianças, adolescentes e idosos em situação de abandono.

No processo de investigação, optamos pela estratégia de *entrada prévia em campo*, através da realização de um estágio voluntário prévio à pesquisa, por um período de quatro meses, estágio já citado anteriormente. Esta entrada em campo teve como objetivos conhecer e participar do trabalho de atenção à saúde da família, estabelecer relações com os trabalhadores, a equipe de saúde e as famílias/usuários atendidos no serviço, bem como iniciar a construção dos instrumentos de coleta de dados e das estratégias de investigação de campo.

Ressaltamos que a escolha de um Núcleo, entre os cinco existentes, para a realização do estágio voluntário como estratégia de entrada prévia em campo, foi uma escolha *aleatória*. Utilizamos apenas como critério importante de seleção a *aceitação* da entrada da pesquisadora em campo, por parte da coordenação e da equipe do serviço.

Consideramos, essa fase, bastante prática, crucial para o desenvolvimento posterior da investigação, pois a nossa presença no campo, antes do trabalho de

pesquisa mais intensivo, permitiu o estabelecimento dos primeiros contatos e relações, a vivência de situações concretas de atenção à saúde da família e identificação de facilidades e dificuldades no relacionamento e na comunicação com a equipe de saúde e as famílias.

Assim, consideramos que este campo mostrou-se com *possibilidade* para a realização da pesquisa pelos seguintes motivos: já iniciamos a criação de laços com os profissionais de saúde do serviço, os usuários e as famílias atendidas, interação esta fundamental para a construção da pesquisa. O serviço possui uma organização de prestação de serviço à saúde da família, ou seja, possui uma equipe constituída e tem como foco de trabalho a família, tendo, portanto, elementos e dados de vivência que permitem o levantamento dos dados empíricos. O Núcleo possui já uma história de funcionamento, mesmo que recente é um tempo de experiência maior do que o das equipes do Programa de Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde, implantadas posteriormente à criação dos Núcleos e ainda em fase de organização. Portanto, consideramos que neste local seria possível o desenvolvimento da pesquisa.

2.2.3 Aspectos éticos da pesquisa

Como se trata de uma pesquisa no âmbito da saúde coletiva e que envolve as falas, opiniões e ações de pessoas que trabalham e famílias atendidas por um serviço de saúde, tivemos uma atenção especial para os aspectos éticos envolvidos na pesquisa.

Durante as fases de desenvolvimento do trabalho, procuramos manter os princípios éticos que envolvem o estudo qualitativo, seguindo todas as diretrizes e normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com o Conselho Nacional de Saúde em sua resolução nº. 196 de 10 de outubro de 1996, incisos III sobre aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, IV sobre o consentimento livre e esclarecido e V sobre riscos e benefícios, tendo os seguintes cuidados: a coleta de dados só teve início após o consentimento formal da instituição, através do Comitê de Ética (Anexo A); todos os sujeitos do serviço tomaram conhecimento da nossa presença em campo como investigadora; na transcrição das entrevistas e observações, mantivemos o nome dos informantes em sigilo, utilizando nomes fictícios; solicitamos a autorização de todos os informantes para proceder à gravação das entrevistas e procuramos manter-nos disponíveis para ajudar nas atividades de enfermagem, nas situações de imprevistos, interrompendo a coleta de dados.

Assim, redigimos um *Termo de Consentimento livre e esclarecido*, com esclarecimentos que foram compartilhados com os profissionais de saúde (Anexo B), e outro Termo de Consentimento livre e esclarecido com esclarecimentos que foram compartilhados com os usuários participantes da pesquisa (Anexo C).

Nestes termos, o pesquisador, por escrito, esclareceu todos os sujeitos de pesquisa sobre os objetivos, métodos e implicações do processo de investigação, comprometendo a manter o sigilo e o caráter confidencial das informações coletadas que foram utilizadas exclusivamente para os fins de pesquisa e a devolver os resultados da mesma no final do processo. E a seguir, os sujeitos de pesquisa, por escrito, consentiram em participar livre e voluntariamente do trabalho, ou retirar sua

participação, em qualquer momento, sem penalizações ou prejuízos pessoais, em gravar as entrevistas, anotar as observações e publicar os resultados da investigação, mantendo o anonimato.

2.2.4 O processo de pesquisa: métodos de investigação

Os métodos de trabalho de campo escolhidos foram observação participante e entrevista semi-estruturada, conforme descreveremos a seguir.

2.2.4.1 Observação participante

A observação participante foi utilizada como método central de coleta de dados e pode ser considerada parte essencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa. Sua importância é de tal ordem que não é apenas estratégia no conjunto da investigação, mas um método em si mesmo, para compreensão da realidade, ou seja, uma forma para complementar a captação da realidade empírica (MINAYO, 1994).

Para Triviños (1995), observar um fenômeno social significa, em primeiro lugar, que determinado evento social, simples ou complexo, tenha sido abstratamente separado do seu contexto para que, em sua dimensão singular, seja estudado em seus atos, atitudes, significados, relações. Individualizam-se ou agrupam-se os fenômenos dentro de uma realidade que é indivisível, essencialmente para descobrir seus aspectos aparentiais e mais profundos, até captar, se for

possível, sua essência numa perspectiva específica e ampla, ao mesmo tempo, de contradições, dinamismos e relações.

Esta técnica permite captar fenômenos que não seriam obtidos por meio de entrevistas ou através da observação total. Nesta modalidade de coleta de dados, o observador se insere na situação social, estabelece uma relação direta com os observados, tornando-se parte de seu contexto e, nesta relação, tanto pode modificar este contexto quanto ser modificado por ele.

Para Becker (1999), o observador participante participa da vida cotidiana do grupo ou organizações que estuda, observa os sujeitos que está estudando para ver as situações com que se deparam normalmente e como se comportam diante delas. Estabelece interações com os participantes da situação observada e descobre as interpretações que eles têm sobre os acontecimentos que observou.

Chizzotti (1995) acrescenta que a observação participante tem o objetivo de compreender e experienciar a dinâmica dos atos e eventos, bem como coletar informações a partir da compreensão e sentido que os atores atribuem aos seus atos.

Este autor aponta que a observação participante foi introduzida pela Escola de Chicago nos anos 20, contestada pelas pesquisas experimentais e abandonada, durante algumas décadas. Atualmente, ressurge em pesquisas que tentam interpretações mais globais das situações analisadas. Porém, exige cuidados e registro adequado para garantir a pertinência e confiabilidade dos dados e para eliminar impressões meramente emotivas, deformações subjetivas e interpretações fluídas, sem dados comprobatórios.

Para Tiollent (1982), todo método de pesquisa é uma “teoria em atos” na

qual a maneira como os fatos são buscados, selecionados, correlacionados e analisados em cada método de pesquisa são construídos com base nos pressupostos teóricos que orientam o estudo.

Para Triviños (1995), as *anotações de campo* em pesquisa qualitativa representam um processo complexo, não somente pela relevância que o sujeito e o investigador assumem neste tipo de investigação, mas também pelas dimensões explicativas que os dados podem assumir.

Nossa intenção, nessa investigação, foi utilizar a observação participante, em função do referencial teórico, para conhecer e interpretar a comunicação entre os sujeitos envolvidos na atenção à saúde da família, bem como para compreender as experiências vivenciadas, o processo dinâmico de interação e comunicação destes sujeitos, as oportunidades, resistências e os mecanismos utilizados para enfrentá-las. Assim, o pesquisador, com a anuência prévia dos sujeitos, acompanhou as comunicações e ações dos profissionais com os usuários e as famílias, procurando entender como se deu o processo de comunicação à luz dos conceitos da Teoria da Ação Comunicativa de Jürgen Habermas.

Através de uma aproximação prévia ao campo de pesquisa, como dito acima, foi possível observar que os Núcleos de Saúde da Família desenvolvem basicamente três tipos de ações/atividades, a saber: *Ações/Atividades Individuais*, tais como consultas médicas e de enfermagem em todas as fases do ciclo vital, contando com a retaguarda secundária da equipe profissional do Centro de Saúde Escola da FMRP-USP, em casos de vacinação, coleta de material, consulta de especialidades e pronto-atendimento de urgência 24 horas; *Ações/Atividades Coletivas grupais Internas*, como por exemplo, grupos de discussão de hipertensão,

grupos de puericultura, grupos de pré-natal, grupo de planejamento familiar, grupos de reeducação alimentar, entre outros e *Ações/Atividades Coletivas Externas*, como por exemplo, participação de atendimento de cadastramento e visitas domiciliares às famílias da área, atividades culturais com participação de moradores, realização de cursos e atividades de lazer.

Estas atividades, momentos/situações de interação, seja no “espaço da equipe”, seja no “espaço da família”, entre outras situações presentes no campo, foram foco de observação participante. Para tanto, utilizamos um *Roteiro da Observação Participante* (Anexo D), como guia para as anotações de campo. Sendo que este roteiro sofreu aperfeiçoamentos e modificações após a inserção da pesquisadora no campo de pesquisa. A própria pesquisadora desempenhou o papel de observadora. Neste processo, não contou com a colaboração de um auxiliar de pesquisa, escolha que objetivou minimizar resistências de integrantes da equipe de saúde.

Em nosso estudo, realizamos, basicamente, dois tipos de anotações. Primeiro, *anotações de campo de natureza descritiva*, onde tentamos descrever as comunicações, ações e visões das famílias e dos profissionais, tal como elas se ofereceram à nossa observação, sempre buscando uma contextualização, pois envolvem significados, representam valores, princípios, próprios dos sujeitos e do ambiente sócio-cultural ao qual estes sujeitos pertencem. Descrevemos, também, os diálogos dos sujeitos onde de preferência, tentamos anotar as falas na íntegra e quando isso não era possível, reproduzir nas anotações, da maneira mais fidedigna possível, todo o desenvolvimento da conversação. Segundo, *anotações de campo de natureza reflexiva*, onde registramos algumas reflexões sobre falas e diálogos

observados, sobre percepções, valores, crenças e motivações das famílias e da equipe, sobre os processos de observação e comunicação, resgatando o referencial teórico que sustenta a pesquisa e sobre percepções, angústias, questionamentos e informações da pesquisadora. Realizamos estas anotações no próprio texto no qual estávamos registrando as observações, apenas destacando-as com a identificação de “Reflexões do Observador (RO)”.

É necessário lembrar que toda observação foi registrada em um instrumento denominado *diário de campo* que completou e enriqueceu a análise dos dados:

Desse caderno constam todas as informações que não sejam o registro das entrevistas formais. Ou seja, observações sobre conversas informais, comportamentos, cerimoniais, festas, instituições, gestos, expressões que digam respeito ao tema da pesquisa (MINAYO, 1998).

A princípio, programamos um período de *seis meses* de observação, mas este tempo foi estendido por cerca de um ano e meio, até obtermos evidências suficientes para a compreensão dos fenômenos julgados relevantes e fundamentados por parte do pesquisador. A finalidade foi vivenciar profissionalmente a prática assistencial de saúde da família e assim aprofundar nas questões do projeto de pesquisa que até então não estavam bem trabalhadas. Teve, também, o intuito de ir encontrando dispositivos a serem utilizados no processo de construção da pesquisa.

Portanto, *a obtenção de evidências suficientes para apreender e fundamentar os processos que estão sendo investigados* foi o critério utilizado para encerrarmos as observações.

2.2.4.2 Entrevista semi-estruturada

No nosso estudo, a entrevista foi também utilizada como método para potencializar a observação participante, ou seja, obter informações, confrontar dados, identificar contradições e buscar maior aproximação da realidade.

A entrevista é um instrumento de coleta de dados necessários, diante da complexidade das questões de saúde. Esta necessidade refere-se à captação, sempre parcial, de uma dada realidade através de um instrumento (TRIVIÑOS, 1994).

Esse autor privilegia a entrevista semi-estruturada porque:

Esta, ao mesmo tempo que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação. Dessa forma o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal e dos questionamentos básicos colocados pelo investigador, apoiados em teorias e hipóteses, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa (TRIVIÑOS, 1994, p. 146).

Para Minayo (1998), toda situação de entrevista não é simplesmente um trabalho de coleta de dados, mas é sempre uma situação de interação. E como interação social está sujeita à mesma dinâmica das relações existentes na nossa sociedade. Afirma que:

Quando se trata de uma sociedade conflitiva como a nossa, cada entrevista expressa de forma diferenciada a luz e a sombra da realidade, tanto no ato de realizá-la como nas informações que aí são produzidas. Além disso, pelo fato de captar formalmente informações sobre determinado tema, a entrevista tem que ser incorporada a seu contexto (MINAYO, 1998, p. 120).

Minayo (1998) aponta que a fala só pode ser entendida se estiver situada, inserida no contexto onde é produzida, gerada, ou seja, o pesquisador não pode generalizar, nem “congelar” as falas no tempo, nem, tão pouco, considerar todos os falantes iguais. Todas as falas são ditas em um determinado contexto, cenário, momento, expressam relações de gênero que apontam o desenvolvimento de papéis sociais e relações de classes que determinam os desenhos das interações sociais, mais verticais ou mais horizontais. Enfim, o conjunto das falas produzido em uma pesquisa não é homogêneo pelo fato da realidade social ser segmentada e heterogênea.

Neste estudo, a entrevista foi realizada para conhecer e compreender a dinâmica e a potencialidade da ação comunicativa dos sujeitos envolvidos na prática de atenção à saúde da família.

Foram entrevistados alguns usuários atendidos pelo serviço e os componentes da equipe de saúde das diversas categorias profissionais (médico, enfermeiro, dentista, auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde, psicóloga, assistente social entre outros). Entrevistamos quinze (15) usuários e todos os profissionais de saúde, dezessete (17), totalizando trinta e duas entrevistas em profundidade. O perfil sócio-demográfico dos sujeitos da pesquisa encontra-se sintetizado no Quadro 1 (Usuários) e Quadro 2 (Profissionais de saúde).

O critério de seleção das famílias foi o estabelecimento de vínculos que possibilitassem uma entrevista em profundidade, bem como aquelas que demandavam mais cuidados.

Os *Roteiros da Entrevista Semi-Estruturada*, um para os usuários entrevistados (Anexo E) e um roteiro para os profissionais de saúde da equipe

entrevistados (Anexo F), buscaram, através de questões norteadoras que indagaram valores sobre *a vida, a saúde, a família, o trabalho, a assistência à saúde e o relacionamento*, ouvir duas vozes, a saber: a voz dos usuários do serviço de saúde da família (não técnicos) e a voz dos profissionais de saúde (técnicos). Também as questões norteadoras foram re-pensadas e re-construídas, sofrendo ajustamentos após o término das observações participantes, quando já se tinha um conhecimento maior empírico das comunicações.

2.2.5 A construção da interpretação dos dados: percorrendo caminhos

Para melhor interpretarmos os dados de nossa pesquisa, situando-os no conjunto das determinações micro e macro-sociais, tomamos como base os aspectos da proposta de análise sistematizada por Minayo (1998, 2002) que entende método de abordagem e de análise como *caminhos de pensamento* a serem percorridos para a compreensão e crítica da realidade social e, em especial, formas de pensar e investigar os fenômenos relacionados ao processo saúde-doença, constituídos, de forma complexa, como um híbrido:

Toda interpretação bem conduzida é acompanhada pela expectativa de que o autor poderia compartilhar da explicação elaborada se pudesse penetrar também no mundo do pesquisador. Tanto o sujeito que comunica como aquele que o interpreta são marcados pela história, pelo seu tempo, pelo seu grupo. Portanto, o texto reflete essa relação de forma original (HABERMAS, 1987 apud MINAYO, 1998, p. 222).

Essa proposta de interpretação baseia-se no princípio de que devemos levar em consideração tanto os textos quanto os aspectos extradiscursivos. A fala deve ser colocada em seu contexto para se entendê-la a partir de seu interior e no campo da especificidade histórica e totalizante em que é produzida. Parte do princípio de que não há observador imparcial, nem há ponto de vista fora da realidade do ser humano e da história.

Gadamer (1999), assinala que o traço essencial do compreender é o fato de que o sentido do peculiar é sempre resultante do contexto e, em última análise, do todo:

Já que o todo, a partir do qual se deve compreender o individual, não pode ser dado antes do individual [...], o compreender é sempre mover-se nesse círculo, e, portanto, é essencial o constante retorno do todo às partes e vice-versa. A isso se acrescenta que este círculo está sempre se ampliando, já que o conceito do todo é relativo, e a integração em contextos cada vez maiores afeta sempre também a compreensão do individual (GADAMER, 1999).

Minayo (2002) aponta que, do ponto de vista da história, nada existe de eterno, fixo e absoluto e que, portanto, não existem nem idéias, nem instituições, nem categorias estáticas. E exemplifica essa dinâmica falando de uma pêra:

Há um encadeamento nos processos: a flor se transformou em pêra, que se transformará em árvore e que um dia morrerá, recompondo o ciclo dos outros momentos vitais de mudanças. Mas nunca será a mesma pêra, nem a mesma árvore, pois os processos se dão em espiral, ou seja, não de forma linear nem de forma circular. O que vem é uma promessa, poderá ou não acontecer, mas nunca será uma mera repetição (MINAYO, 2002, p).

Assim, as balizas desta postura interpretativa podem ser assim resumidas, com base em Gadamer (1999), Habermas (1987), Minayo (1993; 2002): o investigador deve buscar, ao máximo, com dados históricos e sociais, o contexto que interpreta, pois o 'discurso' expressa sempre um saber compartilhado com outros e marcado pela tradição, pela cultura e pela conjuntura. O pesquisador, como intérprete, precisa, para entender o que estuda, adotar uma postura de respeito pelo que dizem, supondo que, por mais obscuridade que apresentem à primeira vista, sempre terão um teor de racionalidade e de sentido. O investigador só estará em condições de compreender o conteúdo significativo de qualquer documento (termo usado no sentido amplo) se fizer o movimento de tornar presente, na interpretação, as razões do autor. Na interpretação, nunca há última palavra, pois o sentido de uma mensagem ou de uma realidade estará sempre aberto em várias direções, mas, principalmente, diante dos novos achados do contexto no qual foi produzido e diante, também, das novas perguntas que lhe são colocadas. Toda interpretação bem conduzida é acompanhada pela expectativa de que, se o autor estivesse presente ou pudesse realizá-la, compartilharia dos resultados da análise.

E qual é a matéria-prima sobre a qual se exerce o compreender? Gadamer (1999) diz que o ato do entendimento, mais que um desvendamento da verdade do objeto, é a revelação do que 'o outro' (o 'tu') coloca como verdade.

O modo como vivenciamos uns aos outros, [...] é isso que forma um universo verdadeiramente hermenêutico, no qual não estamos encerrados com barreiras intransponíveis, mas para o qual estamos abertos (GADAMER, 1999).

Portanto, entender a realidade que se expressa num texto é também *entender o outro, entender-se no outro*, movimento sempre possível, por mais difícil que pareça à primeira vista (MINAYO, 2002). Esta ótica parte da *linguagem* como o terreno comum de realização da intersubjetividade e do entendimento. Assim, o sentido mudaria essencialmente: deslocaria o investigador da postura de observador externo, que apreende, para a de pesquisador que se posiciona junto, no meio, em intersubjetividade e parte da história. Tal rearranjo filosófico entende a linguagem como um veículo de comunicação e de dificuldade de comunicação, investe nas possibilidades da comunicação, entende o terreno da intersubjetividade como o 'locus da compreensão' e faz a passagem da '*filosofia da consciência*' para a *filosofia da 'comunicação'*, como propõe Habermas (1987). Assim, o cientista que analisa as questões sociais nunca poderá se esquecer de que os seres humanos não são objetos de investigação, são também *sujeitos de relações*.

Neste sentido, o movimento de aproximação entre as ciências sociais e humanas e o pensamento filosófico é crucial, sob pena de os métodos dessas ciências se transformarem em meras técnicas, sem o diálogo com a filosofia. Vale também o movimento contrário, a filosofia não pode se eximir do diálogo com as ciências sociais e humanas, ou se torna mera especulação.

Para Habermas (1987), o mundo se compõe de *trabalho, poder e linguagem* e, portanto, a linguagem que reflete esse mundo está marcada e limitada pelo caráter ideológico das relações de trabalho e poder.

Para Gadamer (1999), o chão das ciências compreensivas é o da sociabilidade e não das ciências, entendido como um saber que se dirige para o

verdadeiro e para o correto, que busca o que é plausível e prático e se apóia em vivências e não em fundamentações racionalistas:

É um conhecimento positivo que o senso comum transmite [...] Também não é assim, em absoluto, que a tal saber convenha apenas um valor reduzido de verdade [...] Ele serve para nos guiar nos afazeres comuns da vida, quando nossa faculdade racional nos deixa no escuro (GADAMER, 1999).

Em síntese, compreender implica a possibilidade de interpretar, de estabelecer relações e extrair conclusões em todas as direções. Assim, compreender acaba sempre sendo *'compreender-se'*. Significa também e sempre estar exposto a erros e a antecipações de juízos. Existe realmente uma polaridade entre *familiaridade* e *estranheza* e nela se baseia a tarefa do pesquisador, buscar esclarecer as condições sob as quais surge a fala. A compreensão só é possível pelo *'estranhamento'*, pois a necessidade do entendimento nasce do fracasso da transparência da linguagem e da própria incompletude e finitude humanas. Assim, a compreensão se move entre o familiar e o estranho, entre a intersubjetividade do acordo ilimitado e a quebra da possibilidade desse acordo (MINAYO, 2002).

A interpretação proposta por Minayo (1998; 2002) fundamenta-se em dois níveis de interpretação. Primeiro, é *o campo das determinações fundamentais* que já deve estar estabelecido na fase exploratória da investigação. Envolve a compreensão da conjuntura sócio-econômica e política da qual o grupo faz parte como ator social; a história do grupo e sua inserção na produção e nas condições de reprodução; política de saúde em geral e em particular no que concerne ao grupo e instituições de saúde às quais o grupo tem acesso. O segundo momento interpretativo é o ponto

de partida e o ponto de chegada de qualquer investigação, é *o encontro com os fatos empíricos*. Compreende as comunicações individuais, observações de condutas e costumes, análise de instituições, observação de cerimônias e ritos.

Essa proposta metodológica de interpretação estabelece três etapas para dar sequência à análise. Essas etapas têm uma execução flexível e interativa.

Assim, a partir dessa perspectiva, percorremos alguns passos, baseados nessa mesma autora que passamos a descrever a seguir.

O primeiro passo, etapa, equivale à *fase de pré-análise*, de ordenação dos dados que engloba a transcrição fiel das entrevistas gravadas, a releitura do material, a organização dos relatos em determinada ordem, o que supõe um início de classificação, de acordo com a proposta analítica. “Esta fase dá ao investigador um mapa horizontal de suas descobertas no campo” (MINAYO, 1998, p. 235).

O segundo passo, etapa, engloba a *fase de exploração do material*, de classificação dos dados, que compõe-se de leitura exaustiva e repetida dos textos na busca de estruturas de relevância dos atores sociais; constituição de um “corpus” de comunicação, através de leitura transversal de cada corpo, com recortes em termos de unidades de registro, identificação de conteúdos convergentes, divergentes e únicos presentes nas entrevistas, refinamento da classificação, aprofundamento da análise constituição de temáticas comuns.

Esse momento classificatório é um processo no qual “o dado não é dado, é construído” (MINAYO, 1998, p. 235), a classificação do material recolhido é feita tendo presente o embasamento teórico dos pressupostos e hipóteses do pesquisador.

O terceiro passo, etapa, refere-se à *fase de análise final* de reflexão sobre o material empírico, considerado como ponto de partida e ponto de chegada da interpretação. É considerado como:

Esse movimento incessante que se eleva do empírico para o teórico e vice-versa, que dança entre o concreto e o abstrato, entre o particular e o geral, é o verdadeiro movimento dialético visando ao concreto pensado (MINAYO, 1998 , p. 236).

Portanto, nestas etapas os dados passam a ser “construídos” através de leitura exaustiva e repetitiva das observações participantes e entrevistas. Procura-se, dessa forma, estabelecer uma primeira aproximação com os significados relevantes, denominados por Minayo (1998) “estruturas de relevância” presentes nas falas e ações dos sujeitos.

2.2.6 Iniciando o nosso olhar para as comunicações no cuidado à saúde da família: veios que pedem aprofundamento

O ponto de partida desta investigação foi a realização de um estágio voluntário, de quatro meses (setembro a dezembro de 2002), que se estendeu até o final de 2004. Neste período de convivência total de cerca de dois anos, observamos que alguns veios observados, pediram aprofundamento teórico-prático: a importância de ouvir duas vozes: a voz dos profissionais de saúde (técnicos), a voz dos usuários, das famílias (não-técnicos). Nesta primeira aproximação e leitura, sobressaltou-se a voz dos profissionais (técnicos), levando-nos a perguntar: e a voz

dos usuários, das famílias?

Um tema que emergiu destas primeiras interações foi *a classificação das famílias* (Anexo G), que expressava em si uma certa idéia de *intersubjetividade (ou sujeito?)*, um certo conceito de *“cuidar” (ou tratar?)* e de *vulnerabilidade (ou risco?)* (AYRES, 2001).

Estes exemplos de campo, iniciais, são um convite à reflexão e como veios que solicitaram interpretação e aprofundamento teórico-prático, e retomando a nossa proposta de construção dos dados, já podemos descortinar alguns possíveis caminhos, algumas rotas a serem percorridas no processo de construção dos dados desta pesquisa. Assim, neste momento do texto, passamos a explorar, sucintamente, *o tipo de interpretação* que pretendemos realizar neste estudo.

Um caminho interpretativo por nós descortinado foi a necessidade e a possibilidade de explorarmos mais as pretensões/os valores/os horizontes normativos presentes nos “atos de fala ou proferimentos lingüísticos” dos sujeitos para os quais iniciamos o nosso olhar nesta pesquisa (profissionais de saúde e usuários). As pretensões ou horizontes normativos referem-se ao *mundo social* dos sujeitos, enfatiza os atos de fala que, para serem aceitos, devem estar em conformidade com as normas sociais vigentes e apóiar-se na aceitação pelo interlocutor de que o discurso é correto do ponto de vista ético, moral e político.

Portanto, buscamos aprofundar mais o conhecimento sobre os horizontes normativos dos profissionais de saúde e dos usuários. Perguntamos aos profissionais de saúde da unidade quais eram os seus valores norteadores, basicamente com relação aos seguintes ideais: de vida, de saúde, de família, de trabalho, de assistência à saúde e de relacionamento, tendo preferencialmente falas

exemplificadas com situações concretas vivenciadas no cotidiano do trabalho. E de modo igualmente cruzado perguntamos a estes profissionais em relação às famílias que atendem: quais eles acham que sejam os ideais de vida, saúde, família, etc destas pessoas e famílias atendidas.

Exploramos também os horizontes normativos dos usuários atendidos no serviço, perguntando-lhes sobre si mesmos, ou seja, sobre seus ideais de vida, de saúde, de família, de trabalho, de assistência à saúde e de relacionamento, enfim questões que indagavam sobre coisas que acreditavam serem uma verdade. E de modo igualmente cruzado, perguntamos a estas pessoas e famílias atendidas sobre os profissionais que as atendiam.

Com o objetivo didático de facilitar o entendimento do leitor sobre estas questões e sua relação com os horizontes normativos propostos por Habermas, construímos um quadro onde podemos visualizar as perguntas realizadas (Quadro 3).

Posteriormente, fomos realizando *cruzamentos* entre os valores norteadores dos profissionais de saúde e das famílias com relação aos ideais acima apontados, interpretando as aproximações e os distanciamentos, as aberturas e deslocamentos e compartilhamento de horizontes, rumo ao amadurecimento do diálogo e das comunicações entre os profissionais de saúde (os que desejam ser cuidadores) e os usuários (que necessitam de cuidados).

Quadro 2. Caracterização geral dos usuários, de acordo com perfil sócio-demográfico. Entrevistas realizadas em um Núcleo de Saúde da Família, do interior paulista, no segundo semestre de 2004.

<i>Entrevistados (Nome fictício dos sujeitos)</i>	<i>Idade</i>	<i>Sexo</i>	<i>Estado Marital</i>	<i>Escolaridade</i>	Profissão/ Ocupação (Situação Trabalhista)	Local da entrevista
1- Andréia	29	Feminino	Casada	1º Grau incompleto	Do lar	Residência
2- Natália	24	Feminino	Amasiada	1º Grau incompleto	Desempregada	Residência
3- Dona Carmem	65	Feminino	Casada	1º Grau incompleto	Do lar	Residência
4- Cristiane	34	Feminino	Solteira	2º Grau Completo	Faxineira e artesã	Residência
5- Leila	49	Feminino	Viúva	2º Grau completo e Técnico	Passadeira	Residência
6- Seu José	74	Masculino	Viúvo	1º Grau Incompleto	Aposentado	Residência
7- Dona Ana	64	Feminino	Casada	2º Grau Incompleto	Do lar	Residência
8- Marta	92	Feminino	Viúva	1º grau Incompleto (Não alfabetizada)	Aposentada	Residência
9- Mariana	44	Feminino	Solteira	2º Grau Completo e Técnico	Desempregada	Residência
10- Dona Lourdes	80	Feminino	Viúva	1º Grau Incompleto (Não alfabetizada)	Aposentada	Residência
11- Paula	39	Masculino	Solteiro	1º Grau Incompleto	Pintor de Carro	Residência
12- Dona Vera	73	Feminino	Casada	1º Grau Incompleto	Aposentada	Residência
13- Fábio	41	Masculino	Solteiro	1º Grau Incompleto (Não Alfabetizado)	Aposentado	Núcleo
14- Ricardo	28	Masculino	Solteiro	Superior	Professor	Núcleo
15- Maria	31	Feminino	Separada	Segundo Grau Completo	Do lar e artesã	Núcleo

Quadro 3. Caracterização geral dos profissionais de saúde), de acordo como o perfil sócio-demográfico. Entrevistas realizadas em um Núcleo de Saúde da Família, do interior paulista, no segundo semestre de 2004.

<i>Entrevistados (Nome fictício dos sujeitos)</i>	<i>Idade</i>	<i>Sexo</i>	<i>Estado Marital</i>	<i>Escolaridade</i>	<i>Local da entrevista</i>
1- Iris	32	Feminino	Solteira	Superior Completo	Residência
2- Rodrigo	26	Masculino	Solteiro	Superior Completo	Núcleo
3- Tiago	26	Masculino	Solteiro	Superior Completo	Residência
4- Juliana	27	Feminino	Solteira	Superior Completo	Residência
5- Camila	36	Feminino	Solteira	2º Grau Completo e Técnico	Residência
6- Michele	25	Feminino	Solteira	2º Grau Completo e Técnico	Núcleo
7- Eugênia	51	Feminino	Casada	Superior Completo	Residência
8- Alessandra	39	Feminino	Casada	2º Grau Completo	Núcleo
9- Vanessa	49	Feminino	Casada	2º Grau Completo e Superior Incompleto	Núcleo
10- Fernanda	53	Feminino	Casada	Superior Completo	Núcleo
11- Tatiana	37	Feminino	Casada	1º Grau Completo	Núcleo
12- Eliana	54	Feminino	Separada	Superior Completo	Núcleo
13- Osvaldo	42	Masculino	Casado	Superior Completo	Núcleo
14- Lívia	37	Feminino	Casada	Superior Completo	Núcleo
15- Paula	49	Feminino	Casada	Superior Completo	Núcleo
16- João	37	Masculino	Separado	Superior Completo	Núcleo
17- Conceição	47	Feminino	Casada	Superior Completo	Serviço de Saúde

Quadro 4. Questões norteadoras do roteiro de entrevista semi-estruturada com usuários e profissionais de saúde de um serviço de saúde da família, segundo Horizontes Normativos, de acordo com a Teoria da Ação Comunicativa de Jürgen Habermas, 1987.

Pretensão, validade de correção normativa/horizonte normativo	Questões norteadoras, perguntas feitas aos usuários	Questões norteadoras, perguntas feitas aos profissionais de saúde
<p>HORIZONTE NORMATIVO (PRETENSÃO DE CORREÇÃO NORMATIVA): essa pretensão refere-se ao mundo social dos atores. Enfatiza os “atos de fala regulativos”, os quais, para serem aceitos, devem estar em conformidade com as normas sociais vigentes.</p> <p>Objetivo do Estudo: Compreender o que os sujeitos (usuários e profissionais de saúde) envolvidos no cuidado à saúde da família, estão sinalizando que é “certo” e “errado” fazer (normas sociais) com relação aos seguintes horizontes normativos:</p> <p>VIDA, SAÚDE, FAMÍLIA, TRABALHO, ASSISTÊNCIA DE SAÚDE/ CUIDADO E RELACIONAMENTO/ COMUNICAÇÃO. Estes valores são compartilháveis entre técnicos da saúde (profissionais) e não-técnicos (usuários, famílias)?.</p>	<p>1. HORIZONTES SOBRE VIDA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • PERGUNTA SOBRE SI: O que você considera importante na sua vida hoje?. Teve algum momento que sua vida foi melhor?. E pior?. Você poderia citar um exemplo de um momento significativo/marcante de sua vida pessoal. • PERGUNTA SOBRE O OUTRO: Na sua opinião o que os profissionais de saúde do Núcleo de Saúde da Família devem considerar coisas importantes na vida deles?. 	<p>1. HORIZONTES SOBRE VIDA</p> <ul style="list-style-type: none"> • PERGUNTA SOBRE SI: Fala-me um pouco sobre sua vida hoje. O que você acredita serem coisas “boas” (felicidades) e ruins (tristezas) na sua vida hoje?. Teve algum momento que sua vida foi melhor?. E pior?. • PERGUNTA SOBRE O OUTRO: O que as famílias que você presta cuidados aqui no Núcleo devem considerar coisas importantes na vida delas?. Preferencialmente dê exemplos de situações concretas vivenciadas por você na relação com elas.
	<p>1.2. HORIZONTES SOBRE SAÚDE</p> <ul style="list-style-type: none"> • PERGUNTAS SOBRE SI: O que você acha que é “certo” e “errado” fazer para ter saúde?. Me dê um exemplo de situações práticas/concretas vivenciadas por você. • PERGUNTAS SOBRE O OUTRO: O que os profissionais de saúde do Núcleo acham que é “certo” e “errado” fazer para ter uma “boa saúde”?. 	<p>1.2. HORIZONTES SOBRE SAÚDE</p> <ul style="list-style-type: none"> • PERGUNTAS SOBRE SI: O que você considera importante na sua saúde hoje em dia?. • PERGUNTAS SOBRE O OUTRO: Na sua opinião o que as famílias atendidas aqui no Núcleo acham que é “certo” e “errado” fazer para ter saúde?.

Continua

Pretensão, validade de correção normativa/horizonte normativo	Questões norteadoras, perguntas feitas aos usuários	Questões norteadoras, perguntas feitas aos profissionais de saúde
<p>HORIZONTE NORMATIVO (PRETENSÃO DE CORREÇÃO NORMATIVA): essa pretensão refere-se ao mundo social dos atores. Enfatiza os “atos de fala regulativos”, os quais, para serem aceitos, devem estar em conformidade com as normas sociais vigentes.</p> <p>Objetivo do Estudo: Compreender o que os sujeitos (usuários e profissionais de saúde) envolvidos no cuidado à saúde da família, estão sinalizando que é “certo” e “errado” fazer (normas sociais) com relação aos seguintes horizontes normativos:</p> <p>VIDA, SAÚDE, FAMÍLIA, TRABALHO, ASSISTÊNCIA DE SAÚDE/ CUIDADO E RELACIONAMENTO/ COMUNICAÇÃO. Estes valores são compartilháveis entre técnicos da saúde (profissionais) e não-técnicos (usuários, famílias)?.</p>	<p>1.3. HORIZONTES SOBRE FAMÍLIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • PERGUNTAS SOBRE SI: O que você pensa que são coisas “boas” e “ruins” na sua família?. Dê um exemplo para mim. • PERGUNTAS SOBRE O OUTRO: Na sua opinião o que os profissionais de saúde do Núcleo acreditam que são coisas “boas” e “ruins” na família?. 	<p>1.3. HORIZONTES SOBRE FAMÍLIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • PERGUNTAS SOBRE SI: O que você pensa que são coisas importantes na sua família (principais valores, verdades)?. • PERGUNTAS SOBRE O OUTRO: Partindo, de preferência, de situações concretas vivenciadas no seu cotidiano de trabalho com famílias, na sua opinião o que essas pessoas acreditam serem coisas importantes na família?.
	<p>1.4. HORIZONTES SOBRE TRABALHO</p> <ul style="list-style-type: none"> • PERGUNTAS SOBRE SI: Qual a sua opinião sobre o trabalho dos profissionais de saúde deste Núcleo?. O que é bom/positivo?. O que é ruim/negativo?. • PERGUNTAS SOBRE O OUTRO: Pensando na equipe de saúde aqui do Núcleo, na sua opinião, o que esses profissionais consideram bom/positivo e ruim/negativo na realização do trabalho deles?. 	<p>1.4. HORIZONTES SOBRE TRABALHO</p> <ul style="list-style-type: none"> • PERGUNTAS SOBRE SI: Qual a sua opinião sobre o seu trabalho aqui no Núcleo de Saúde da Família?. O que é bom/positivo?. O que é ruim/negativo?. Dê um exemplo para mim de uma situação concreta vivenciada no seu cotidiano de trabalho. • PERGUNTAS SOBRE O OUTRO: O que você acha que estas famílias cuidadas por vocês consideram importante no trabalho de vocês-trabalhadores de saúde?.

Pretensão, validade de correção normativa/horizonte normativo	Questões norteadoras, perguntas feitas aos usuários	Questões norteadoras, perguntas feitas aos profissionais de saúde
<p>HORIZONTE NORMATIVO (PRETENSÃO DE CORREÇÃO NORMATIVA): essa pretensão refere-se ao mundo social dos atores. Enfatiza os “atos de fala regulativos”, os quais, para serem aceitos, devem estar em conformidade com as normas sociais vigentes.</p> <p>Objetivo do Estudo: Compreender o que os sujeitos (usuários e profissionais de saúde) envolvidos no cuidado à saúde da família, estão sinalizando que é “certo” e “errado” fazer (normas sociais) com relação aos seguintes horizontes normativos:</p> <p>VIDA, SAÚDE, FAMÍLIA, TRABALHO, ASSISTÊNCIA DE SAÚDE/ CUIDADO E RELACIONAMENTO/ COMUNICAÇÃO. Estes valores são compartilháveis entre técnicos da saúde (profissionais) e não-técnicos (usuários, famílias)?</p>	<p>1.5. HORIZONTES SOBRE ASSISTÊNCIA À SAÚDE/ CUIDADO</p> <ul style="list-style-type: none"> • PERGUNTAS SOBRE SI: Como este serviço tem participado das coisas da sua vida?. De que forma este serviço está te ajudando?. Do que gosta?. Do que não gosta?. Em outros serviços que você já foi atendido é diferente?. No que é diferente?. Dê um exemplo de uma situação que você considera que recebeu um “bom cuidado de saúde”? • PERGUNTAS SOBRE O OUTRO: O que os profissionais de saúde devem achar que é importante na assistência à saúde/no cuidado prestado a você e à sua família?. 	<p>1.5. HORIZONTES SOBRE ASSISTÊNCIA À SAÚDE/ CUIDADO</p> <ul style="list-style-type: none"> • PERGUNTAS SOBRE SI: O que você pensa que é importante/essencial/fundamental na assistência de saúde que você presta as famílias atendidas aqui no Núcleo?. O que é um “bom cuidado” para você?. Em outros serviços é diferente?. Em que é diferente?. Na sua opinião, qual a “marca” que diferencia o atendimento deste Núcleo?. • PERGUNTAS SOBRE O OUTRO: O que estas famílias valorizam na assistência de saúde prestada pela equipe aqui do Núcleo?. Dê um exemplo concreto para mim de uma situação de “ajuda” à uma família.
	<p>1.6. HORIZONTES SOBRE RELACIONAMENTO /COMUNICAÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> • PERGUNTAS SOBRE SI: Dá uma idéia para mim do que é “bom” (agradável, gostoso) nas conversas que você tem com os profissionais de saúde deste Núcleo de Saúde da Família?. E o que é “ruim” (desagradável)?. Quais as principais dificuldades de facilidades vivenciadas nas conversas?. • PERGUNTAS SOBRE O OUTRO: O que os profissionais de saúde do Núcleo acham de “bom” (gostoso) e “ruim”(desagradável) nas conversas com você e sua família?. 	<p>1.6. HORIZONTES SOBRE RELACIONAMENTO /COMUNICAÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> • PERGUNTAS SOBRE SI: Dá uma idéia para mim das principais dificuldades e facilidades vivenciadas nas relações e conversas entre os membros desta equipe de saúde?.. E nas relações e conversas com as famílias atendidas?. Preferencialmente, cite exemplos. • PERGUNTAS SOBRE O OUTRO: O que as famílias atendidas por vocês devem achar de ‘bom’(gostoso) e “ruim”(desagradável) nas conversas com vocês-profissionais de saúde?.

Capítulo 3
Interpretação e discussão
do material empírico

Alma

Alma, deixa eu ver sua alma.
A epiderme da alma, superfície.
Alma, deixa eu tocar sua alma.
Com a superfície da palma da minha
mão, superfície.

Easy, fique bem easy, fique sem nem
razão.
Da superfície livre.
Fique sim, livre.
Fique bem com razão ou não, aterrise.

Alma, isso do medo se acalma.
Isso de sede se aplaca.
Todo pesar não existe.
Alma, como um reflexo na água.
Sobre a última camada.

Que fica na superfície, crise.
Já acabou, livre.
Já passou o meu temor do seu medo.
Sem motivo riso, de manhã, riso de
neném.
A água já molhou a superfície.

Alma, daqui do lado de fora.
Nenhuma forma de trauma sobrevive.
Abra a sua válvula agora.
A sua cápsula, alma.
Flutua na superfície lisa, que me alisa,
seu amor.
O sal que sai do sol, da superfície.
Simples, devagar, simples, bem de leve.
A alma já pousou na superfície.

(Composição Zélia Duncan)

Interpretando as comunicações entre profissionais de saúde e usuários: mescla de encontros e desencontros na produção do cuidado a famílias. Vamos mergulhar em uma lagoa?

"Uma excursão é, antes de mais nada uma experiência com os sentidos: ver cenários conhecidos e desconhecidos, ouvir sons comuns e incomuns, sentir perfumes novos, experimentar comidas estranhas, deixar que a pele sinta o sol, o frio, o vento. Não se vai a uma excursão para pensar. Não se trata de concordar ou discordar. Trata-se simplesmente de experimentar com o corpo" (Alves, 2002)

"Sê atento à hora em que o teu espírito deseja falar por meio de parábolas. É ali que a tua virtude tem começo. Somente na dança eu sei como contar a parábola das coisas mais altas e mais profundas..." (Nietzsche)

Na experiência (excursão) de construção deste estudo, fui descobrindo o prazer de pensar e refletir sobre a nossa temática de investigação: as comunicações entre profissionais de saúde e usuários no cuidado à saúde da família (tema envolto por dimensões objetivas, subjetivas, relacionais, ético-filosóficas, entre outras), por meio de crônicas e metáforas. E neste prazer encontrei Barros (2002) e Alves (2002), que esclarecem que uma metáfora é uma imagem que não é "a coisa", mas que ajuda a ver e entender melhor a coisa, ou seja facilita o nosso entendimento, a nossa compreensão sobre o tema alvo de olhares e análises. Este último poeta nos mostra o poder facilitador do uso de metáforas nas comunicações através do seguinte exemplo: o carteiro dizia a Neruda: *"Sou um barco batido pelas ondas"*. Claro, que ele não era literalmente um barco, mas quem ouvisse suas palavras entenderia perfeitamente, através desta linguagem simples, o que ele estava sentindo e querendo dizer.

Alves nos diz assim:

Eu gosto de contar histórias porque elas dizem com poucas palavras aquilo que as análises dizem de forma complicada [...] Elas dizem o que têm a dizer de forma curta

e descomplicada. Não precisam de muitas explicações. E qualquer um entende [...] Não é para eruditos, é comida para pessoas comuns, não é preciso ter doutorado para as entender [...] Isto, além de se darem ao luxo de permitir que se junte uma pitada de humor ao que se conta. O que provoca o riso numa das partes da torcida, que irá repeti-la muitas vezes dali para a frente [...] Uma boa risada vale mais que muitos argumentos [...] (ALVES, 2002, p. 72).

Assim, convidamos o leitor desta pesquisa (desta viagem longa, com destino incerto), através de uma linguagem simbólica, a entrar conosco numa **lagoa**, também pensada e escrita por Alves (2002) que nos faz um convite: **"Vamos mergulhar juntos para ver peixinhos e tubarões?"**. Assim, abrimos o convite: vamos mergulhar juntos para ver (e sentir) alguns desencontros e encontros na relação comunicacional entre profissionais de saúde e usuários de um serviço de atenção à saúde da família de um município do interior paulista?.

Através do uso desta linguagem simbólica da lagoa, este autor sensivelmente nos mostra que, na superfície lisa e transparente,

[...] aparecem refletidas, invertidas as coisas do mundo de fora: chorões com os seus longos galhos, altos pinheiros, os papiros com as suas cabeleiras despenteadas, as nuvens brancas navegando ao azul do céu, as garças em seus vôos harmoniosos. Lagoa espelho, onde tudo cabe. Vez por outra um peixe salta inesperadamente, para logo desaparecer, deixando ondas que se espalham em círculo pela superfície do lago [...] Por vezes uma simples barbatana corta a água, revelando a presença de uma grande peixe. Assim, é o lago visto de fora [...] (ALVES, 2002, p. 130).

Mas se o observador e leitor for atento, curioso e não tiver medo, ele poderá mergulhar nesta lagoa. E,

[...] seus olhos verão então um outro mundo que da superfície não se podia ver: mansos peixes coloridos, plantas aquáticas, traíras e piranhas vorazes,

barcos apodrecidos, restos de naufrágios e todo tipo de formas que do lado de fora não podiam ser vistas. Um mesmo lago: de fora uma coisa, nas funduras outra". (Alves 2002, p. 131).

Ao buscar estudar e entender um pouco mais as comunicações entre profissionais de saúde e usuários de um serviço de saúde da família, ora no espaço da interação entre os profissionais de saúde e os usuários no contexto dos serviços de saúde e/ou no contexto domiciliar/familiar, ora no espaço relacional entre os membros da equipe de trabalho, tivemos muitas vezes a sensação de estarmos diante de uma lagoa. Algumas vezes a água desta lagoa estava límpida e transparente, as comunicações entre os sujeitos fluíam com maior facilidade, transparência e solidariedade, o "clima" entre os sujeitos estava leve e alegre, permitindo que visualizássemos o profundo. Já, em outros momentos, a água desta lagoa estava bastante turva, as comunicações entre os sujeitos difíceis, pesadas e conflituosas, o "clima" tornava-se bastante pesado, fechado e o que estava mais profundo não emergia tão claramente, por vezes escondia-se, ocultava-se.

Assim, nessa interação fomos vivenciando experiências mais superficiais que permitiram ver as comunicações entre os sujeitos mais do lado de fora. Entretanto, em outros momentos tivemos a possibilidade de penetrar nas profundezas dessas comunicações, vivê-las do lado de dentro e ver cenários desconhecidos, ouvir sons incomuns, sentir perfumes novos, e ver "peixes e tubarões".

Nestas vivências e olhares tivemos a importante contribuição e ajuda da *Teoria da Ação Comunicativa de Jürgen Habermas* que foi uma teoria que nos ajudou a mergulhar nessas profundezas e ver que, como nos mares, no fundo há

cardumes de peixes coloridos, mas há também tubarões. Por vezes, o visível é bonito mas as profundezas são feias. Por vezes, acontece o contrário: o visível é feio e as profundezas são belas.

Alves (2002) nos auxilia novamente ao explicar **o que é uma Teoria?:**

Uma teoria são óculos feitos com palavras para ajudar os olhos a ver o que normalmente não vêem. Os olhos vêem o mundo de um jeito. Usando os óculos da teoria, a gente passa a ver o mundo de uma maneira diferente. Olhando para o céu, sozinhos, os olhos vêem o Sol e os céus estrelados girando em torno da terra plana, parada e imóvel. Usando os óculos da teoria, eles vêem o contrário: um terra redonda girando como um peão. Não são os céus que giram, é a terra. Os olhos nos dizem que a tendência de todo movimento é o repouso... Pondo os óculos da teoria que Galileu construiu, chamada "princípio da inércia", a gente vê o contrário: a tendência do movimento é continuar em movimento, indefinidamente. Olhando para os animais, a gente vê aquela variedade fantástica de formas vivas, todas prontas. Pondo os óculos da Teoria da Evolução, todas essas formas vivas aparecem interligadas, umas saindo de dentro das outras. As teorias surgem quando a gente começa a desconfiar dos olhos. Elas são inventadas para a gente ver aquilo que os olhos não vêem (Alves, 2002, p. 124-125).

Assim, neste estudo, pondo o par de óculos da **Teoria da Ação Comunicativa de Jürgen Habermas**, fizemos um esforço comunicacional-relacional, nada simples, para entender e aprofundar nas dimensões subjetivas, relacionais e comunicacionais entre profissionais de saúde e usuários de um serviço de saúde da família, tendo como norte o cuidado prestado a essas pessoas e famílias.

Como uma forma de compreender as práticas voltadas à atenção à saúde da família, partimos neste estudo de duas categorias interpretativas: **a comunicação** entre profissionais de saúde e usuários na situação prática do **cuidado** à saúde da família. Estas duas referências conceituais foram utilizadas para a interpretação do material empírico.

A primeira categoria interpretativa comunicação é aqui definida, na perspectiva habermasiana, como *“uma interação simbolicamente mediada que orienta-se segundo normas obrigatórias que definem as expectativas recíprocas de comportamento e que têm de ser entendidas e reconhecidas, pelo menos, por dois sujeitos agentes”* (Habermas, 1994, p. 57). Portanto, como uma relação intersubjetiva entre sujeitos que falam e atuam no mundo.

E a segunda categoria interpretativa cuidado é entendida como um conjunto de atitudes e práticas que não se restringem apenas ao biológico, ao saber técnico-científico e às tecnologias duras, envolvendo questões como o não-técnico, o saber popular, projetos de felicidade, ideais e horizontes de vida, bem como o desenvolvimento de tecnologias leves que caminham em direção ao acolhimento, ao vínculo, à responsabilização, à autonomia, ao reconhecimento das diferenças e das contradições presentes no ato de estar com o outro e de cuidar. Portanto, a atitude cuidadora é *“essa atitude na qual caminho e chegada se engendram mutuamente e onde revelam-se questões não-técnicas, projetos de felicidade, modos de ver, valorizar e compartilhar a vida* (Ayres, 2001, p.).

Portanto, tendo como norte entender as comunicações entre os sujeitos agentes envolvidos no cuidado à saúde da família, fomos percebendo que os dados empíricos apresentavam uma categoria empírica central: **os encontros e os desencontros dos sujeitos em interação**. Assim, fomos interpretando os dados coletados na ótica dos encontros e desencontros entre os sujeitos em interações comunicacionais, procurando mapear e identificar **a natureza** destes encontros e desencontros. Assim, diante dos dados empíricos, fomos nos perguntando: *O que*

aproxima/une e o que o distancia/afasta/separa os sujeitos?. Quem fala?. E como se fala?.

Entretanto, destacamos que estas categorias empíricas construídas estão certamente relacionadas/mescladas entre si em uma trama relacional que caracteriza as relações e a vida humana. À medida que fomos nos impregnando pelos dados empíricos, percebemos que as comunicações, como a vida humana era uma mescla de prazeres e desprazeres, de felicidades e tristezas, de momentos agradáveis e desagradáveis, de aproximações e afastamentos, de encontros e desencontros...

Assim, com certeza em uma mesma interação profissional de saúde-usuário podem existir movimentos aproximativos que, por descaminhos, podem gerar próximos desencontros. E comunicações a princípio marcadas por significativos afastamentos que, por diversos e distintos caminhos, podem também germinar ricos encontros. Bem como, em um trabalho em equipe, os usuários podem estabelecer encontros/vínculos/afetos com determinados profissionais e profundos desencontros com outros, ou mesmo vivenciar em diferentes períodos de tempo encontros e desencontros com o mesmo profissional e vice-versa.

Porém, neste texto estas categorias estão delimitadas separadamente apenas para fins didáticos-operacionais, guiando a condução do plano de interpretação dos dados e funcionando como um fio condutor.

Portanto, um eixo temático básico que emergiu do material empírico consistiu de movimentos ora de aproximações (encontros), ora de distanciamentos (desencontros) entre pesquisadora, profissionais de saúde e usuários, no processo de produção de cuidados de saúde com ética e solidariedade, na ousadia do embate com o modelo de saúde hegemônico cristalizado.

Em alguns momentos como pesquisadora, também em interação com os sujeitos investigados (profissionais de saúde e famílias), olhamos, sentimos e vivemos grandes **desencontros**, explícitos ou implícitos na relação, marcados por significativas diferenças de entendimento sobre **a vida, a saúde, o trabalho, a família, a assistência à saúde e o relacionamento** (estes foram os cinco horizontes normativos por nós indagados neste estudo). Muitas vezes percebíamos duas linguagens diferentes que muitas vezes não tinham concordâncias.

Entretanto, em outras situações, vivemos momentos de **encontros**, de abertura e compartilhamento de horizontes normativos com relação a esses mesmos ideais de vida, saúde, trabalho, etc, traduzidos por sentimentos de satisfação, prazer e felicidade.

Destacamos que estes cinco horizontes normativos: vida, saúde, trabalho, família, assistência à saúde e relacionamento constituíram uma importante **ferramenta** que permitiu, através de uma linguagem compreensível aos sujeitos, que nos aproximássemos das representações e vivências concretas (situações concretas vivenciadas no cotidiano de vida e de trabalho) que os profissionais de saúde e os usuários têm sobre estes mesmos ideais, possibilitando, assim, surgir a categoria empírica. O que mostra que uma pesquisa qualitativa vai se construindo no encontro de interpretações dos dados empíricos coletados.

Portanto, podemos dizer que o espaço relacional e comunicacional dos profissionais de saúde com as famílias/usuários caracterizou-se por um movimento que pode ser, através de uma linguagem simbólica, representado pela “roda da vida” que gira entre momentos de altos e baixos, de aberturas e fechamentos, de expansões e contrações, exigindo de nós, seres humanos e profissionais de saúde,

flexibilidade para entender a dinâmica desses movimentos. Permitir que nossas diferentes experiências, valores de vida e diferentes entendimentos de ser no mundo se toquem e se fundam parece ser um esforço importante para o compartilhamento e a abertura destes horizontes normativos.

PAIM (2002) ao indagar se a Saúde da Família esta sendo na prática cotidiana um espaço de reflexão de práticas contra-hegemônicas, afirma que:

Ao nos pensarmos humanos, pensaremos, necessariamente, outras tantas dimensões desse humano não redutíveis especificamente às questões do trabalho. Esse trabalho é submetido a determinadas relações. Mas nesse trabalho há encontros de sujeitos, há encontros de seres humanos que têm diferentes visões, diferentes projetos de vida [...] têm direitos a ter maluquices, equívocos e também certas dúvidas, além de problemas de saúde [...] (p. 361).

Neste momento do texto, passamos então a analisar e tecer algumas considerações sobre estes movimentos de distanciamentos (desencontros) e aproximações (encontros) entre esses seres humanos.

3.1 Interpretando alguns desencontros, algumas deformações comunicacionais entre profissionais de saúde e usuários no cuidado à saúde da família: mundos desligados

3.1.1 Desencontros de saberes: o saber popular e o saber/conhecimento técnico-científico: os "técnicos-sabem-tudo" e os "não-técnicos-sabem-nada"?

"Um técnico de boca aberta é mais perigoso para a democracia que uma urna de boca fechada... Na saúde é a mesma coisa. O doente abre mão do seu próprio corpo e o entrega às manipulações das pessoas e instituições que detêm o monopólio do saber sobre a vida e a morte... Quando os

técnicos têm a última palavra, aqueles que não são técnicos não têm palavra nenhuma... Afinal de contas, falta-nos a competência dos especialistas... Por outro lado, ninguém negará que aqueles que detêm o monopólio do saber devem deter também o monopólio do poder. Esta conclusão é resultado de uma lógica férrea... Se há técnicos que sabem, porque dar o poder a um povo que não sabe?... O povo perdeu o poder por Ter sido roubado o saber. E quem se entrega ao saber do outro, acaba por ficar ao sabor do outro..." (Alves, 1985)

*"Eu acho que eles pensam que eles sabem demais...
E a minha palavra pra eles não tem valor..."
(Margarida, usuária, momento da entrevista)*

Identificamos nas narrativas abaixo desencontros importantes entre o **saber popular**, em geral mediado por experiências cotidianas de vida marcadas por uma linguagem prática, não técnica, e o **saber técnico-científico**, mediado por interações permeadas por uma linguagem técnica. Estes desencontros no modo de representar, traduzir e valorizar as necessidades de saúde e as formas de cuidado podem ter implicações significativas em aproximações ou distanciamentos entre profissionais de saúde e usuários, como fica evidente no seguinte depoimento de uma usuária do serviço de atenção à saúde da família que vivencia um problema respiratório com o filho menor de 1 ano e 5 meses:

Entrevistadora: Certo!... Isso... E como que foi isso Andréia, lembro que você tinha comentado uma vez no grupo de macramê que a gravidez do Pedrinho não foi planejada, né!?

Andréia (Entrevista 1, Usuária): É... Não foi!...

Entrevistadora: Como que foi isso!?

Andréia: Não porque ele viaja muito...(Refere-se ao marido que por motivos de trabalho viaja, ficando meses fora de casa) então, eu não se dou bem com remédio... é... não é só com anticoncepcional, é com remédio de espécie alguma!..., comprimido eu não gosto!. Então, aonde eu fui criada, a minha mãe só cuidava da gente... lá é pequenininho, interior, então o pessoal cuida da gente... com chás, né, com ervas, né. Não é acostumado a tudo que dá, dá tudo com te remédio... Então, eu cresci assim, eu não suporto nenhum tipo de comprimido, parece que ele "agarra" aqui na minha garganta, não desce, né....

Entrevistadora: E hoje você ainda usa... Você falou assim: eu morei no interior, fui criada em cidade pequena, né... Onde você cresceu tomando chás, né e ervas... Hoje você ainda faz isso!?

Andréia: Faço, pra mim!...

Entrevistadora: Você podia me dar um exemplo, né do que você acredita que é bom para você!?

Andréia: Ah... Que nem esses dias eu tô assim com a garganta inflamada, eu tô com a garganta inflamada assim, ruim, então eu ponho 3 dentes de alho, soco ele assim, ponho na água, e deixo dormir aí, e vou tomando aquela água, toda hora que vai acabando aquela água, eu vou pondo no copo e fico bebendo o dia inteiro, de noite...

Entrevistadora: O alho para a garganta!...

Andréia: É... pra infecção na garganta, essas coisas...

Entrevistadora: Teria outro exemplo de plantas que você usa ainda hoje?!

Andréia: Ah... Eu faço também chá de... de tipo um mel agrião natural, sabe. Faço com limão, canela, mel, açúcar,... é... gengibre. Um monte de coisas e faço um xarope e fico bebendo...

Entrevistadora: Certo!... E você trata os seus meninos também assim!?

Andréia: Dou!... Todo o dia à noite eu dou esse que tem tipo assim, esses remédio de mel agrião por Pedrinho!...

No depoimento desta mesma usuária do serviço de saúde da família, podemos identificar que há uma desvalorização do saber popular por parte do profissional de saúde que cuida do seu filho, que vê a alergia respiratória como "normal" e cuida da criança prescrevendo soro fisiológico. Em contrapartida, a mãe sofre ao ver seu filho vivendo dificuldades para respirar, vê o problema como "anormal", não acata a "ordem" do profissional de usar soro fisiológico, cuidando com chás caseiros e tem como representação a não resolutividade do cuidado, chegando a expressar que o seu filho não está recebendo um bom cuidado:

Andréia (Entrevista 1, Usuária): A minha mente é só o Pedrinho!... se dá alguma coisa nele quando eu estiver sozinha, eu ia lá brigar com ela! (Refere-se ao profissional de saúde do serviço)... Ela tá acompanhando ele e toda hora a gente ouvindo a mesma coisa!... sempre ela dá o veredicto final: é sempre "sorinho no narizinho dele". Não deixa de por não!. Eu penso comigo: ando aquela distância toda (Andréia reside na microárea mais distante do Núcleo) e ouvir sempre a mesma coisa... Ele

sai correndo quando eu vinha com o vidrinho de soro pro lado dele!... quando você tiver filho, Priscila você vai entender!... Eu queria que fosse comigo... ele é tão pequenininho!... Eu saio de lá chateada, sempre que eu vou lá eu saio chateada! (Refere-se ao serviço de saúde da família). A gente tem que ter dinheiro... Hoje tá assim! Tem gente que tá sendo maltratado!... Em cidade pequena é diferente... Fala que não pode sair de lá (Refere-se ao profissional de saúde sair do serviço para visitá-la no domicílio). Escutando esta fita não é possível não tomar providência... (riso)... Mas eles não tão nem aí, não é família deles! Não é fácil não!... Mas eu luto, eu não perco as forças não, não dá de um lado, eu vou do outro! (Falas enfáticas)... Tem uns médicos que são humanos, mas tem uns que não sentem, não têm aquela emoção. Se ela tivesse um filho era mais fácil de entender a situação!... A doutora é sempre cortante, secona, quando falo que dou chazinho, é "Ah... isso não funciona!"... Mas se não fosse os meus chazinhos!, os outros (Refere-se aos filhos maiores) de noite nem tosse, dou sim, chá de puerjo com mel, abacaxi com mel, caldo de beterraba, tudo natural para ele ir despeitorando... se tivesse dando só soro, soro, soro...

Entrevistadora: O que você sente,... o que você vive no dia-a-dia com o Pedrinho, Andréia?!

Andréia: Porque eu vi um doutor explicando..., teve... foi um caso de uma criança no doutor na televisão, ... que tem uma sessão só sobre criança..., problemas respiratórios, essas coisas. E foi um caso idêntico a do Pedrinho!, né... E o doutor falou que o nome disso que ele tem chama apnéia, né. Então, ele falou que isso aí pode causar morte em "segundos" (ênfase na fala), tampando a respiração... ele falou o nome do ... o nome científico do negócio do nariz, que eu não sei falar. Então, daí pra cá eu comecei a ter muito medo!. Ele falou que pode acontecer dele... da ansiedade dele de querer o ar, ele ir se afastando pra trás e bater a cabeça na cabeceira da cama, e pode fechar o... a respiração dele. E isso acontece de noite direto!... Na ansiedade de ele querer respirar ele... ele se afasta pra cabeceira da cama, aí eu desço ele, puxo ele de novo pra baixo. Aí quando ele trava a boca, eu abro os dentinhos dele, aí ele volta a respirar de novo. Ele chega a envermelhar, ele fica roxinho, pára de respirar...

Entrevistadora: Você acha que não é normal!?

Andréia: Não é!... E eu fico com medo de uma hora ele morrer do meu lado, né!. Aí vai sobrar problema pra mim, vai falar: "Olha, ela deve ter enrolado, dormido encima dele..."

Entrevistadora: ... Não cuidou como devia...

Andréia: É... E aí vai tirar a responsabilidade deles, né.

Entrevistadora: O que que eles te falam!?!... Porque ele já tá tratando a pelo menos um ano, se ele tem 1 ano e 9 meses...

Andréia: É!... Desde quando ele nasceu é esse problema!...

Entrevistadora: E o que você ouve dos profissionais de saúde que tratam dele?!...

Andréia: Só isso; "Põe soro no... no nariz dele!". Então, eu comecei a pensar comigo assim: "O soro é puro sal, né. Salgado, né!". Aí eu comecei a reparar que mesmo quando eu uso o soro nele, ele fica mais ofegante

ainda, ele piora ainda!, porque seca a saliva, né, salgado, né. E eu peguei e parei. Agora eu ferve água e ponho num vidrinho, eu ponho água pura!.

Entrevistadora: *Tá... eu lembro que até quando eu vim fazer o convite para fazer a entrevista, você me contou da casa também... O que que os profissionais falam da casa?!...*

Andréia: *Ah... que tem que vir fazer uma vistoria aqui em casa,... que se tinha mofo, tapete, essas coisas. Eu falei: "Ó a minha casa é humilde, é... não corre muita ventilação, mas acho que isso não vem ao caso, porque eu não tenho condições agora, porque se ele tem problema respiratório, eu não sou rica, eu não vou poder ficar mudando de casa até me adaptar numa casa boa né. Tem outros meios, outras soluções, que dá pra fazer com ele, e de eu não precisar de..., né! . O que eu posso fazer, eu evito né!, tirei as cobertas, comprei o ededron pra ele... travesseiro, tento manter a casa limpa, o que tem poeira eu ponho pra fora, não deixo muito perto dele, não uso perfume dentro de quarto, não passo creme ne mim, pra na hora de dormir com ele, quando eu tomo banho... O que eu posso fazer, eu..., pra ele ficar melhor, eu faço, né!.*

Entrevistadora: *... Mas você fica incomodada, insatisfeita!?...*

Andréia: *Demais!..., que eu não durmo!. Eu sento na beira da cama, às vezes, e sento ele no colo e fico a noite inteira, todo dia... Ou você escolhe, um médico pra ele!, pra cuidar dele. Eu preferia morar debaixo da ponte, mas cuidar dele, mas um médico pra olhar dele direitinho...*

Entrevistadora: *Você tá sentindo que ele não tá bem cuidado!?...*

Andréia: *Não tá, não!. Não tá não!... O soro eu acho que já acostumou no nariz dele, não faz mais efeito. A inalação, na hora que tá dando tá bom, na hora que pára parece que fica mais pior ainda, a respiração..., parece que seca tudo...*

Nesta interação profissional de saúde-usuário, narrada na ótica do usuário, é interessante destacarmos duas questões. Primeiro, a questão de que o usuário sente que diante do profissional técnico, que "sabe-tudo", a sua palavra tem pouco valor. E segundo, a questão da pouca autonomia da família para decidir sobre o cuidado, pois no final da interação o usuário percebe que quem dá o **"veredicto final"** é o profissional de saúde, como fica evidente nos excertos abaixo, onde a mãe tem a representação e entende que seu filho está com verminose e deseja um exame parasitológico, mas o profissional, estabelecendo uma relação pouco dialógica, solicita exame de sangue e diagnostica anemia:

Entrevistadora: ... Você já me contou um exemplo, né... Tem outros?... O que você identifica que é uma grande dificuldade de comunicação com esses profissionais?... O que é mais difícil na conversa com eles?... Se você lembrar de outro exemplo, pode falar...

Andréia (Entrevista 1, Usuária): Ah... Ah Priscila, eu acho que é isso mesmo, eles pensar que eles sabem demais!.

Entrevistadora: É... E você não sabe?...

Andréia: É... A minha palavra pra eles não tem... não tem valor!. Eu falar que isso aqui dele que tá acontecendo, com ele, não é um... que isso aqui não é normal!, pra ele isso aqui não é normal!. Que é porque ele é alérgico, que é normal. Isso, pra eles, a respiração deles é normal, que é porque ele é alérgico, é normal!... (OBS: Neste momento fala e mostra o filho, que após acordar ficou muito perto de nós, mexendo no gravador e na pasta e caneta... Ao transcrever, vi um coisa muito interessante, que esta fala de Andréia, tinha a respiração ofegante e muito próxima do Pedrinho ao fundo).

Entrevistadora: E tudo tem uma justificativa, um argumento também, é porque é a alergia, é porque ele é alérgico!...

Andréia: É... A alergia é normal!... então, isso não entra na minha cabeça... Quando tá vomitando é vírus, quando tá fazendo coco mole é vírus, quando tá tossindo demais é vírus, tudo é vírus!...

Entrevistadora: Andréia... Já estamos na segunda parte da nossa conversa...

Andréia: Pera aí... Eu levei, ele tá com um rostinho, agora ele tá queimado, mas ele tá com umas bolas branca, aqui ó... (OBS: Como o menino está perto o pega e me mostra)... Todo manchadinho de branco... Isso pra mim, que sou leiga no assunto de médico, pra mim é verme!. Quando tem uma manchinhas branca que é... coisa de pele que você pegou... como chama?...

Entrevistadora: ... dermatite!...

Andréia: É... é diferente... Que nem ele tava comendo muito papel e muito barro..., porque eu tenho ali uma planta, que precisei cercar com pau, eu pus pra lá na parede ali... então, ele tava comendo papel e barro, terra... Então, eu falei que eu queria um exame de fezes, um exame pra vê se ele tá com verme, pra dar um remedinho pra ele. Porque faz um aninho tem que dar remédio pra verme...

Entrevistadora: ... Agora pode falar... Me conta então o que é essa estória do verme!?... Ela falou que não é verme e você acha que é!...

Andréia: É... Ele com o rostinho todo manchado, e eu falei que ele tá comendo muito papel e muito barro, aí ela falou pra mim que comer barro e papel não é sinal de verme, que é anemia!... Quer dizer, isso aí já é o estudo deles, né, que aprende..., diz que é anemia, né!. Então, foi pedido exame de sangue, levei, fez exame de sangue então deu um pouco de anemia, né. Aí eu falei assim: "Mas eu queria o de verme, né!, pra poder fazer...". "Não, Andréinha, você vai dar pra ele sulfato ferroso!". E de verme não receitou nenhum, né. E ela diz que esse olho "brilhando" (ênfase), e coisa e tal não é sinal de verme, que o olho dele tá lindo, que isso aí... o olho dele tá maravilhoso. Não é verme!. (OBS: silêncio curto).

Entrevistadora: Então, tá um desencontro aí também!?... Você acha que é?!...

Andréia: *Acho!... Porque ele tá todo manchadinho de... de negocinho de verme, como papel e barro...agora não tá comendo porque eu não deixo, né. Mas se a gente não vê, se você der pra ele um rolo de papel higiênico, ele come ele inteirinho!...*

Entrevistadora: *entendi Andréia... Ei mulher!... quantos desencontros ehm!?... (riso).*

Assim, a depoente conclui dizendo que sua pouca autonomização no cuidado é algo muito ruim, desagradável na interação com o profissional de saúde:

Entrevistadora: *Como que é isso!?... Eu estou entendendo assim, transpondo isso pro Pedrinho é... a gente poderia dizer que você ...*

Andréia (Entrevista1, Usuária): *Não!... Transpondo pra ele e pra muitas pessoas, né!... (OBS: Fala em tom de voz mais alto). A gente vê que a pessoa tá ruim, que tem que receitar um remedinho pra gripe, pra coisa e... Vai da doutora dá o veredicto: "Não!. Não precisa de dar xarope, só sorol!". Que nem ele quando era mais bebezinho, tinha uns...uns nove meses que ele ficou muito ruim mesmo na respiração. Eu falava assim: " Não Doutora, a gente é grande sabe suar o nariz pra fora... pra sair a secreção... Ele não sabe!". Ela não ouvia isso: "Não, mais não precisa!. A gente aqui não receita xarope, só no caso de extrema necessidade!". Então, isso era ruim demais!...*

O reconhecimento e a diferenciação de dois tipos de saberes, o saber popular (ou prático) e o saber técnico (ou biomédico) esteve presente principalmente nas narrativas de usuários mais idosos, que parecem valorizar o cuidado aprendido nas experiências de vida, ou seja, o que aprenderam com familiares, observando, fazendo ou conversando no dia-a-dia.

Assim, os depoentes valorizaram de forma positiva o saber cuidar aprendido nas práticas cotidianas vividas no espaço familiar e comunitário e não, exclusivamente, o cuidado aprendido com os profissionais de saúde no uso dos

serviços de saúde, que em geral está envolto por um conjunto de regras, normas e ordens ditas que regulam o comportamento das pessoas.

Esses cuidados aprendidos no cotidiano da vida, reconhecidos como caseiros, naturais, foram contados pelos sujeitos como um valor importante valorizado e preservado em suas vidas. Demonstrando que esses sujeitos têm confiança nos resultados obtidos por esta sabedoria prática que se transmite oralmente de pessoa a pessoa e que faz parte de suas histórias de vida, como, por exemplo, o uso de medicamentos como ervas e plantas reconhecidas como medicinais, conforme aparece nas narrativas da usuária (80 anos de idade) a seguir:

Dona Lourdes (Entrevista 10, Usuária) : *Aí pensei bem, falei: "Não, ... tenho que voltá mesmo no retorno, né!". Eu tenho retorno, durante mais de um mês, "todas" (ênfase) as quarta-feira eu ia lá fazer endoscopia...*

Entrevistadora: *Nossa!... Então, a senhora não esquece mais das "quartas-feiras"!...*

Dona Lourdes: *Não!... Era horrível..., toda quarta-feira, até que o médico me deu alta!... Mas, então, não sei se você conhece um capim que chama "capim margoso"?...*

Entrevistadora: *Não conheço Dona Lourdes... A minha vó tinha muita planta na minha casa, mas esse nome eu não sei...*

Dona Lourdes: *Aqui tem muito na frente de casa, aqui na frente de casa tem muito!... Então, e quando também eu tomei soda, fechou né, fechou o esôfago, então lá na Santa Casa, eu fiz tratamento uns "dois" (ênfase) ano, internava, saía, internava, saía, né, e passando a sonda, mas foi fechando!... Ia passando a sonda, abria, assim, passava do número 1 até o número 6 a sonda...*

Entrevistadora: *Certo!...*

Dona Lourdes: *"Toda" (ênfase) semana, duas vezes por semana passava a sonda. E eu fui ficando... foi fechando... Foi fechando o esôfago. Então, quando o médico parou de fazer isso daí, tava fininho já, ele passava uma sonda com um algodãozinho na ponta, porque já tinha fechado...*

Entrevistadora: *Certo!... E o que que tem o "capim amargoso"?!... Para que que serve?...*

Dona Lourdes: *Capim margoso, chama capim margoso, ih... aqui tem muito na frente aqui de casa!... Aí, um tia que morava lá em casa, que é irmã da minha mãe, mandou falar pra mim tomá o sumo do capim margoso que eu sarava! Então, eu peguei o capim margoso, lá tinha muito, né e... e todo dia eu macetava aquilo lá dentro do pilãozinho, e fui fazendo o sumo*

do capim margoso, todo dia eu tomava assim uma colher de jejum, né...

Entrevistadora: Certo!...

Dona Lourdes: Fui tomando... Então, já tava "fechado" (ênfase) o esôfago, por isso que não deu certo!... Aí passou, passava a sonda, e eu comecei a tomá o sumo do capim margoso, passei 60 ano sem precisá passá a sonda! (Fala enfática)... E eu tinha que passá, duas vezes por semana eu tinha que ir no hospital, fiquei internada umas duas vezes...

Entrevistadora: Nossa!... E depois que a senhora começou a tomá... era um chá?!...

Dona Lourdes: Não,... era o sumo mesmo, da folha, da folha... Aí, aí bom, quando foi agora que eles passaram a sonda, eu cheguei em casa, no outro dia já tomei o sumo do capim margoso... E fui tomando né, nunca mais eu fui lá no Hospital das Clínicas mais fazer endoscopia...

Entrevistadora: O capim margoso foi um "ótimo" (ênfase) remédio pra senhora?!...

Dona Lourdes: Foi!, foi...

Entrevistadora: ... Melhor do que ficar passando a sonda..., melhor do que ficar sofrendo fazendo endoscopia?!...

Dona Lourdes: Eu vou te mostrar... Posso?... Tem uns comprimidos aqui em casa que eu não conseguia tomar... Depois eu te mostro mais..., aqueles comprimidos grandão, eu engulo tudo!... (OBS: Interrupção curta na entrevista, me mostra os remédios).

Entrevistadora: Engole todos esses comprimidos, e nunca teve problema?...

Dona Lourdes: Nunca tive problema mais!...

Entrevistadora: Além do capim margoso, tem outra planta que a senhora toma e que é bom pra saúde da senhora?!... Que a senhora lembra...

Dona Lourdes: Ó... no tempo da minha mãe, nós nunca foi em médico!...

Entrevistadora: Não!?!...

Dona Lourdes: Não!..., minha mãe... era tudo com té coisa que a gente tinha, era de casa, era do mato, né... A minha mãe...

Entrevistadora: E a senhora lembra o que a mãe da senhora usava com vocês?!...

Dona Lourdes: (riso) Bom... muita coisa a gente esquece, mas né tinha uma árvore que chamava quina, que era bom pro estômago, chamava quina... E tinha barba-timão também era bom pra ferida, né, ferve ela e pegá aquela água e depois banhá a ferida era bom pra sará a ferida!... E... e folha de laranja é bom pra tosse, né..., a minha mãe dava pra nós... E uma vez quando eu era pequena eu tive, a minha mãe era viva ainda, a minha mãe morreu eu tava com 11 anos. Então, eu... eu tive febre tifo, quase morri! (ênfase), eu fiquei ma-gri-nha você precisa de vê, aí a minha mãe... sabe com que que a mamãe, a minha mãe me curou, eu peguei febre no chiqueiro, né, minha mãe mandou limpá o cocho prá pô lavagem pros porco, né, entrei dentro do chiqueiro, eu era menina assim, magrinha assim, mas esperta, né. E então eu pulei dentro do chiqueiro e fui limpá... limpá o cocho assim, e tirando aquela água com a caneca e jogando perto do cocho, né. Levantou um mal cheiro, mas... um "mal cheiro" (ênfase), que você precisava de ver. Aí a minha mãe... mas minha mãe tinha o costume de fazer (riso) de fazer assim dia de sábado, tinha aqueles fogão... aqueles forno de lenha...

Entrevistadora: (riso) aí que delícia!...

Dona Lourdes: Tinha aquele forno de lenha, então a minha mãe fazia assim aquelas balaiada de biscoito, ciquilho, né, pau-a-pique, brovidade com... com amendoim, fazia aquela coiseira..., tinha matado porco também naquela semana e a minha mãe pensou e falou: "Aí, atrapalhou o estômago, né!", minha mãe pensou, né, mas não era não!. Foi o mal cheiro do chiqueiro, eu peguei febre tife!...

Entrevistadora: E como que era a febre tifo?!...

Dona Lourdes: Menina do céu era uma febre que eu vou te contá!... quando você sara, a febre é tanto, que quando você sara, cai todos os seus cabelo.

Entrevistadora: E caiu todos os seu cabelos?!...

Dona Lourdes: Caiu todos os meus cabelo... E a minha mãe, sabe como a minha mãe me curou... dando, ela me deu um purgante de... de (OBS: Pausa curta na fala, pensa), como é que chama?!..., esqueci o remédio que tomava assim pra vir a menstruação, sabe, essas coisas né... Ah... é cernel!... é a gente compravá, também panhava no mato. Aí a minha mãe fez um chá daquele cene pra mim e... pôs azeite de mamona. Você sabe o que que é azeite de mamona?!...

Entrevistadora: Mamona ou mamono?, mamona, ... conheço sim... Como que é?!... conta pra mim Dona Lourdes...

Dona Lourdes: Ah... É um ramo, é de casa isso aí!. O terço de mamono serve pra gente fazê sabão...

Entrevistadora: Ah... esse eu sei!...

Dona Lourdes: Então, serve pra fazê sabão,... é um ramo de casa, né.

Entrevistadora: Aí juntou o cene com o azeite de mamona?!...

Dona Lourdes: É!, aquilo lá você... você soca ele no pilão, aí sai aquele azeite, depois você cõa, depois põe na panela, apura ele, e agente tomá aquilo!...

Entrevistadora: Certo!...

Dona Lourdes: É um purgante, sai um purgante que nossa...

Entrevistadora: Aí o intestino funciona?!...

Dona Lourdes: Funciona!... E aí a minha mãe me deu uma canecada de cene com... com esse azeite de mamona, e ela curava a gente muito é com esse azeite de mamona...

Entrevistadora: ... Aí a febre do tifo foi melhorando?!...

Dona Lourdes: Foi melhorando a febre, mas eu fiquei muitos dias com febre... Foi melhorando, até que cortou a febre!...

Entrevistadora: Certo!... Quantos anos a senhora tinha nesta época?!...

Dona Lourdes: Eu tinha mais ou menos, assim uns 9 anos...

Entrevistadora: Naquela época pra vocês não tinha médico, "a médica" era a sua mãe?!...

Dona Lourdes: Não, não tinha!...

Nesta outra narrativa, a mesma depoente refere-se também às vantagens de utilizar medicamentos mais naturais, nomeados de diferentes formas, como por exemplo remédio homeopático, "remédio do campo", ervas, plantas:

Entrevistadora: Entendi!... Então o seu Wagner era pipoqueiro?!... Sabe que eu não sabia disso, Dona Lourdes...

Dona Lourdes (Entrevista 10, Usuária): É!... Então, ele falou vou comprá um carrinho de pipoca, ele comprou um carinho de pipoca, pra vendé pipoca... Aí... ele foi vendé pipoca, né... Mas ele foi indo, ele foi perdendo as força... Ele começou a ficar doente, ele foi perdendo as força assim de tocá o carrinho, de empurrá o carinho, você sabe né como é?!...

Entrevistadora: Sei!...

Dona Lourdes: Então, ele falou: "Não tô agüentando tocá mais o carrinho não! Eu vou vendé o carrinho". Pegou o carrinho e vendeu... e... já foi enfraquecendo, começou a enfraquecer as mãos, é... foi enfraquecendo tudo...

Entrevistadora: Que doença que ele tinha Dona Lourdes?!...

Dona Lourdes: Mal de Parkinson!... Aí eu peguei levei ele no médico lá pra cima da Independência, naquele tempo era médico pago, né. E... o medico falou assim: "Ó... ele pode até sarar, que ele tá começando a doença agora, mas...". Era um médico de homeopatia. Ele falou assim: "Você tem que fazer tratamento uns dois ano!". Mas naquele tempo a gente tinha dinheiro, mas não ia dá pra fazer um tratamento de 1 ano, 2 ano assim como ele falou, né. O médico era pago, né...

Entrevistadora: Ficaria caro, então!...

Dona Lourdes: É era caro!...

Entrevistadora: E o médico era homeopata, que a senhora falou?!... Ah... que interessante vocês procuraram um médico homeopata...

Dona Lourdes: É... ele era um médico de homeopatia!...

Entrevistadora: Ah... E como que era isso?... A senhora acreditava na homeopatia?...

Dona Lourdes: Não!... Eu acreditava e acredito até hoje!... É o melhor remédio que tem! (Fala enfática)... Só que ele é um remédio lento né...

Entrevistadora: Ah... que legal... Me conta um pouco mais pra mim o que a senhora acha da homeopatia?...

Dona Lourdes: Ah... Eu acho muito bom!... A homeopatia eu acho muito bom!..., porque assim o remédio é lento, mas quando ele cura, ele cura mesmo, né... é remédio lento, tem que ter paciência...

Entrevistadora: Certo!... E o Seu Wagner usou a homeopatia?!...

Dona Lourdes: Ah... usou só um pouco!..., porque depois ficou..., nós não pode seguir, né. Aí depois ele ficou internado na Beneficência Portuguesa, ficou internado em diversos lugar, no pavilhão, mas não... porque é uma doença que não tem cura mesmo, né!...

Entrevistadora: É uma doença que não tem cura... E como é que foi Dona Lourdes, foi agravando a doença dele, né...

Dona Lourdes: Foi, foi!...

Vejamos também outros aspectos presentes nas narrativas, como a importância no quadro de referência pessoal para alguns entrevistados, como adultos mais velhos, de práticas como cuidar através do ato de benzer:

Entrevistadora: ... Me conta um pouquinho, Dona Marta, como que é isso... que nós interrompemos pra a senhora "tratar" desse moço, né... Como que é essa parte da vida da senhora, que a senhora... "cuida" das pessoas!?!...

Dona Marta (Entrevista 8, Usuária): Então, depois que eu passei por isso tudo que eu tô te contando..., dessa idade e tudo... E depois..., eu fui pra morar numa chácara... sempre morei em fazenda, sítio e coisa... eu comecei a tratar!... Comecei a benzer, comecei a olhar..., a tratar de criança!... E dá remédio de homeopatia!... pra criança. Então, as pessoas..., juntava de gente lá em casa, aquelas crianças chegava com aquela febre, desgovernada, eu falava: fica 10 minutos!. Eu fazia oração, eu benzia as crianças, ensinava os meus remedinhos de casa: vai dando em gole, assim, assim, assim... 10 minutos a criança tava melhor...(OBS: Mudança de lado da fita, perda pequena de fala)... Nem remédio, nem benzeção de criança, né... Tratai de "muita" criança (ênfase nesta palavra), o pessoal da colônia... Quando eu mudei de lá o pessoal dessa fazenda, o pessoal lá fechou tudo as portas pra não ver eu sair!..., porque para as crianças não me ver, ... porque as criança muito amava eu... Então, eu dediquei a minha vida desse jeito!...

Entrevistadora: Certo!... Me dá um exemplo, que a senhora falou que dava os remédios de homeopatia, né... Cita um exemplo pra mim de como a senhora tratava com esses remédios... E como que é "benzer"?!..., que a senhora faz isso a tanto tempo, me descrever como é benzer...

Dona Marta: ... Benzer... é muita oração, né. Então, de quebrante, de mal olhado, de vento virado... Então as pessoas, eu curava aquelas crianças... Mas era um mistério de Deus, eu acho que é um mistério... Eu vivi a minha vida desse jeito!...

Entrevistadora: Para poder benzer, ser uma "benzedeira"... o que que a gente precisa ter?!... O que que a senhora tem?!...

Dona Marta: Ah... Precisa ser preparada!... tá preparado, né... Muita proteção divina!...

Entrevistadora: ... Como que é essa preparação?!...

Dona Marta: ... Muita proteção!... Eu tenho muita proteção!... Eu trabalho com as entidade... muito com as imagens, trabalho muito com a corrente do Divino Espírito Santo... Com o lado espiritual e o lado misterioso!... Eu trabalho com duas partes!...

Quando adentramos neste território do saber popular dos sujeitos, evidenciamos uma ampliação do conceito saúde, com inclusão de uma concepção ecológica e coletiva de saúde, como destaca a narrativa abaixo:

Entrevistadora: *Ok!... Agora vamos falar um pouquinho Dona Lourdes, a senhora estava me falando destas plantas, né que são boas para a saúde... Hoje quando eu falo em saúde né, o que que a senhora, por tudo que a senhora viveu e aprendeu nesses 80 anos, o que que a senhora acha é importante para a gente ter saúde?...*

Dona Lourdes (Entrevista 10, Usuária): *Ah... eu não posso nem te falar nada, neste ponto né... (riso)... Mas eu acho que o remédio da... do campo é melhor do que remédio de farmácia! (ênfase na fala)...*

Entrevistadora: *Certo!... Ah... Dona Lourdes me explica melhor o que seria esse "remédio do campo"?!*

Dona Lourdes: *Ah não sei, tô muito de idade já não me lembro bem mais, né... Mas antigamente quando a gente era menina, a gente conhecia tudo com té remédio do campo, né, frutas, né... tinha tanta fruta, né!...*

Entrevistadora: *Frutas!?... frutas... O que que as frutas faziam bem pra senhora?...*

Dona Lourdes: *Ah... Era uma beleza!, a gente sei lá..., a gente comia gostoso, né.*

Entrevistadora: *A senhora lembra de um exemplo pra me contar?!*

Dona Lourdes: *Lembro, vichê!... Ih... tinha uma fruta chamada mangaba... Você conhece?... Você ouviu falar?...*

Entrevistadora: *"Mangaba" (ênfase)... Eu nunca comi!...*

Dona Lourdes: *Então, porque a gente ia muito... porque antigamente tinha muita mata, né, muita mata, muita fruta, tinha o bacupari ... uma fruta que chamava bacupari, era gostoso... Essa mangaba que eu ti falei, né... E... tinha araca também!, um gostoso... Ih... a gente conhecia muita fruta do mato, né. Articum, aqui tem muito, aqui na cidade tem, de vez enquanto aquelas banca na rua tem cada frutona desse tamanho!...*

Entrevistadora: *Ok!... E essas frutas fazem bem para a saúde?...*

Dona Lourdes: *Ah... era bom!... Nós comia, nós nunca tinha nada de pequena, de menina... não, não... Pra falar pro sê que eu fiquei doente de cama, não!... No hospital só agora que eu quebrei o fêmur, tive que ficar internada, né... E agora quando eu engasgei com aquele ossinho de frango, o negócio aí..., mas nunca... nunca fiquei doente!... assim, só essa vez que eu tô te contando né!...*

Entrevistadora: *Certo!... Que bom, né!... E o que que a gente assim, em termos de saúde, o que que a senhora acha que é "errado"... que a gente faz de errado para não ter saúde?!*

Dona Lourdes: *(OBS: Pausa curta, pensa)... Ah... hoje sei lá... eu nem sei!, viu, porque hoje todo mundo é doente, né!... Não é!?...*

Entrevistadora: *(riso) É verdade!...*

Dona Lourdes: Ter saúde mesmo é difícil!...

Entrevistadora: Será que o que contribui para que todo mundo esteja doente hoje em dia, o que a senhora acha Dona Lourdes?...

Dona Lourdes: Eu acho que... que tudo hoje em dia é envenenado, né! (ênfase na fala)... as plantas, né, a água, o ar, não é?!... as verduras, as frutas tá tudo envenenado!...

Entrevistadora: A senhora me daria um exemplo? Desse envenenamento?!...

Dona Lourdes: Ah... sei lá as alface, né, as verduras, tudo assim envenenado... A água, né, a água, a água, né, tudo é envenenado hoje!...

Entrevistadora: Ah...Muito legal o que a senhora está falando... E esse evenamento faz mal para a saúde?!...

Dona Lourdes: Ah... Isso aí faz muito mal, né. Faz sim...

Observamos que uma aparente concordância que os sujeitos entrevistados foram tecendo diz respeito ao desconforto causado pela presença na vida moderna de um “mundo artificial/venenoso”, manufaturado, pouco “natural”. Como fica evidente na narrativa abaixo, onde a usuária de 65 anos, com bom humor, denomina a saúde como **“o problema X”**, levantando que os alimentos atuais contaminados por agrotóxicos dificultam na prática diária a possibilidade de uma alimentação e uma vida mais saudáveis e naturais:

Entrevistadora: O que que a senhora acha que é “certo” e “errado” fazer para ter saúde?...

Dona Carmem (Entrevista 3, Usuária): Ah... aí é o problema “X” (riso descontraído)...

Entrevistadora: (riso)...

Dona Carmem: Porque assim... se for fazer tudo que eles falam que ‘tem’ que fazer!, aí meu Deus do céu!... Eu não consigo!... Eu não consigo fazer tudo o que eles falam que a gente tem que fazer!... (riso). Pra ser magra, por exemplo, eu acho uma... uma dificuldade ser magra!, quem é gorda, como eu. E fazer regime. Isso aí pra mim, acho que é uma coisa que não tem cabimento, não!... Porque eu não faço não!.

Entrevistadora: Certo!... E o que que eles falam que “tem” ?!...

Dona Carmem: Eles falam que a gente tem que fazer, tem que comer muito legume, muita verdura, não comer muita fritura... Bom, até que fritura eu quase que não como mesmo, mas... esse negócio de ficar só comendo, ... eu não sou muito de legume, de verdura, não. Eu gosto é de

arroz, feijão, "macarrão" (ênfase), massa, essas coisas eu adoro!. Doce, né. Gosto muito de fazer bolo, pra você vê de vez enquanto eu faço bolo...

Entrevistadora: E coisas deliciosas!... Nossa, eu comi aquela rosca com goiabada, Dona Carmem!...

Dona Carmem: Rosca... vou levar lá no Núcleo, né pra meninas. Então, aí eu não sou muito de ficar comendo só essas coiseiras, não... Sei que diz que não é bom!, mas essas verduras que tem agora também não prestam!. Eu comprei pepino essa semana e joguei fora porque eu comi um, eles tem um gosto de adubo, que eu não sei, que eu nunca comi adubo mas parece que tá cheio com um negócio, que o gosto não vai!...

Entrevistadora: É... é muito agrotóxico, né!...

Dona Carmem: É... Antigamente a gente plantava as coisas!. Era tudo diferente, por isso que a gente, eu não gosto muito. Eu plantei alface aqui em casa, nos vasos. E como alface que nem preciso temperar, porque elas são deliciosas!. Você compra, já não presta, né!. Então, eles falam muito lá no posto de saúde (riso)... Eu tenho "muita dor" (ênfase) nas cadeiras, nos braços, tenho muita!... Precisava emagrecer!... Mas também já tô velha, né!. Tenho artrose, tenho mais não sei o que, tenho muita coisa..., tomo remédio pra pressão alta, mas não é muito alta não, eles fala que é alta assim, mas não é muito não!...

Freire (apud BISCARDE, 2005) nos chama a atenção sobre as implicações desta desvalorização do saber popular no ato cotidiano de cuidar que pode gerar distanciamentos importantes no diálogo entre profissionais de saúde e usuários/famílias:

Como posso dialogar, se me sinto participante de um "gueto" de homens puros, donos da verdade e do saber, para quem todos os que estão fora são 'essa gente' ou são 'nativos inferiores' [...] Se alguém não é capaz de sentir-se e saber-se tão homem quanto os outros, é que lhe falta ainda muito que caminhar, para chegar ao lugar de encontro com eles. Neste lugar de encontro, não há ignorantes absolutos, nem sábios absolutos: há homens que em comunhão, buscam saber mais (FREIRE apud BISCARDE, 2005, 9).

Refletindo um pouco mais sobre esta questão, podemos verificar que o contexto social no qual nos encontramos atualmente inseridos é o "pano de fundo" para esta discussão. A sociedade atual apresenta elementos peculiares que nos

fazem perceber que esta realidade tem se construído de forma compartimentada e, na maioria das vezes, excludente. Consideramos não somente a exclusão econômica, representada pelo não acesso a bens de consumo e serviços, mas, principalmente, a exclusão de idéias e saberes.

Atualmente, vivemos um momento em que diversas instâncias da sociedade encontram-se mergulhadas em crise. Estamos passando por uma fase em que torna-se necessário rever as diversas características de nossa sociedade, entre elas:

[...] a idéia de que o método científico é a única abordagem válida do conhecimento; a concepção do universo como um sistema mecânico composto de unidades materiais elementares; a concepção da vida em sociedade como uma luta competitiva pela existência; e a crença do progresso material ilimitado a ser alcançado através do conhecimento científico e tecnológico (Capra, 1982, p. 28).

Assim, desde meados do século XIX até hoje, o conhecimento científico ganhou uma posição de destaque passando a ser divulgado como verdade, dogma. E passou, até mesmo, a desvalorizar o senso comum, o saber popular, ou seja, passou a negar e a tratar como “erro” o que as classes populares, “teoricamente” não detentoras deste conhecimento “oficial”, entendem e explicam o mundo (FONSECA, 2000).

Como nos lembra Santos (1993), a ciência ganhou o status de verdade e pareceu esquecer que ela mesma é uma *“prática social do conhecimento”* (p. 11).

Entretanto, muitas vezes nos deparamos com um conhecimento científico dogmatizado, que se assume enquanto único conhecimento válido, que se embasa na objetividade, na quantificação, no rigor para desprezar o conhecimento popular, o

senso comum. E, assim a ciência, apresentada desta forma, pode contribuir para a exclusão de grandes parcelas das classes populares. Uma ciência que gera tal relação entre "saber" e "poder", através de linguagem e discurso, expropria de suas competências aqueles que não se orientam pelos princípios de sua racionalidade formal e instrumental. Assim, ela poderá servir para limitar ainda mais os que têm como um dos maiores instrumentos de relação com o mundo sua experiência vivida, sua cultura oral, reforçando a visão, até mesmo dos próprios integrantes destas classes, de que "não sabem". Como nos diz Freire:

De tanto ouvirem de si mesmos que são incapazes, que não sabem nada, que não podem saber, que são enfermos, indolentes, que não produzem em virtude de tudo isto, terminam por se convencer de sua incapacidade. Falam de si como que não sabem e do doutor como o que sabe e a quem devem escutar (Freire, 1987, p. 50).

Diante destes desencontros entre saber científico e saber popular podemos, encontrar uma fresta em Santos (1993), por onde podemos vislumbar uma saída. Para o autor, a segunda ruptura epistemológica, é aquela que fará com que a ciência se reencontre com o senso comum, possibilitando a circularidade que há entre ambos. Caminhamos no sentido de uma nova relação entre a ciência e o senso comum, é uma ruptura de paradigmas que pode trazer soluções à atual lógica deste mundo tecnologizado em que vivemos e que reduziu *"tudo aquilo que é social, humano e biológico à lógica das máquinas artificiais"* (MORIN, 1982, p. 110).

Para Santos (1993), há uma circularidade entre o conhecimento científico e o conhecimento popular que acaba por gerar uma outra forma de conhecimento. O bom seria que pudéssemos caminhar no sentido de tornarmos uma prática comum a realização da dupla ruptura epistemológica, onde após rompermos com o senso

comum (primeira ruptura), rompêsemos com o conhecimento cientificamente elaborado (segunda ruptura), de forma a organizarmos um conhecimento realmente válido para as classes populares e construirmos pontes.

Assim, começaríamos a trilhar o caminho de entender que as classes populares *“são capazes de produzir conhecimento, são capazes de organizar e sistematizar pensamentos sobre a sociedade”* (VALLA, 2000, p. 178). Concordamos também com Fonseca (2000) ao destacar a relevância do reconhecimento do saber popular, das formas organizadas e sistematizadas pelas quais apresentam seu conhecimento, poderemos assim elaborar caminhos que apontem para a construção de um sociedade mais igualitária, menos excludente e efetivamente democrática (FONSECA, 2000).

Por exemplo, a saúde, muitas vezes é tratada de um ponto de vista totalmente higienista, dissociada de uma visão que leve em conta outros aspectos da vida: culturais, sociais, econômicos, ambientais. A interdependência das partes do corpo é posta de lado em nome da especialização científica. A mente (ou alma, espírito) não é, muitas vezes, mencionada como parte integrante desse conjunto que chamamos corpo. Continuamos ainda a cuidar do mundo e dos seres humanos a partir de uma visão asséptica, científica, enquanto que fora dos serviços de saúde e da escola, os e as usuárias, os e as alunas e nós mesmos, enfrentamos uma vida diferente daquela apresentada nos serviços de saúde e nas salas de aula.

E, assim, também na saúde, muitas vezes o saber do usuário é ignorado ou desvalorizado, em nome da validade do conhecimento científico. Esquece-se que *“a sabedoria popular [...] representa o uso da razão sob outro sistema mais empírico*

e simbólico, ao mesmo tempo, muito mais sapiencial e dialético que cartesiano e positivista” (PARKER, 1996, p. 318).

3.1.2 Desencontros comunicacionais: a linguagem codificada como uma barreira na comunicação

"Se queremos enriquecer o diálogo, é preciso cuidar que sua matéria-prima acompanhe essa ambição, é preciso refletir sobre nossa linguagem... Um dos maiores desafios que se nos é colocado é superar as barreiras lingüísticas que o jargão técnico interpõe a uma autêntica interação entre profissionais e população" (Ayres, 2002)

"Nós temos linguagem diferentes... É um monte de siglas... É estranho!... E nós temos um limite e uma série de dificuldades..."
(Flor-de-papai, profissional de saúde-momento de observação da equipe)

Neste estudo, identificamos que uma questão que tem contribuído para desencontros comunicacionais entre profissionais de saúde e usuários/famílias é a presença de uma **linguagem codificada** na comunicação entre os sujeitos. Uma linguagem que, utiliza "códigos", principalmente pelos profissionais e equipe técnica, acaba dificultando o "acesso" dos indivíduos e dos grupos às informações, na medida em que se torna uma barreira inicial para que a comunicação e o diálogo se estabeleçam.

Na experiência prática de uso dos serviços de saúde, em geral, as interações são mediadas por uma linguagem técnica e, nas experiências cotidianas de se cuidar, as interações são mediadas por uma linguagem prática, não técnica. Ora, essas linguagens se afinam, ora concorrem entre si ou até se contradizem, fazendo emergir dificuldades ou impossibilidades de comunicação entre os sujeitos

Constatamos que, em vários momentos da interação entre os sujeitos está presente, ainda, uma “linguagem codificada”, que utiliza de “códigos”, principalmente pelos profissionais de saúde e equipe técnica, torna-se um fator de distanciamento e exclusão que dificulta o processo comunicacional, uma barreira lingüística inicial que limita a compreensão do que o outro está falando.

Então, a linguagem, dominada e controlada pelos técnicos e especialistas, com suas competências técnicas e domínio de determinados assuntos, não é somente instrumento de comunicação, mas também é instrumento de poder, à medida em que se transformam em códigos secretos, não acessíveis para todos, dificultando o estabelecimento de uma comunicação democrática entre todos os participantes da interação.

Segundo Habermas (1987), as decisões práticas que afetam a coletividade são transformadas, na atualidade, em problemas técnicos a serem resolvidos por uma minoria de “experts”, a nova elite dos tecnocratas, que têm um “Know-how” necessário, caracterizando um processo de inibição/obstrução da comunicação consigo mesmo e com o outro e o mundo. Evidenciando uma forma de dominação da racionalidade técnica. Os seguintes depoimentos exemplificam o uso desta linguagem codificada que, embora os profissionais a reconheçam, acabam utilizando-a, muitas vezes, de maneira automática:

[...] Sumiu a palavra agora... Como fala mesmo?!... que é quando o pé está para dentro, o pé está torto... a gente tem que escrever com 'estas palavras de médico'... Ah! É retroversão!..” (Neste diálogo a médica conversa com a mãe da criança falando em 'pé torto' e 'retroversão' dos pés e no prontuário escreve que os pés estão em 'látero-versão medial') (Célia, profissional de saúde-momento de observação da interação).

Eu falava é remédio para gota, ele falava: não é remédio em gota, não é comprimido não!... (Tatiana, momento de observação da reunião da equipe de saúde, profissional de saúde conta sobre interação no domicílio com familiar idoso).

Ele falou pra mim que tem 12% de funcionamento do coração... (Tatiana, momento de observação da interação entre membros da equipe, onde o profissional de nível superior diante desta fala começa a explicar na sequência, utilizando-se de termos técnicos, o que é a fração de injeção cardíaca)

O AUDIT nós não estamos aplicando ...O MINI a gente aplica... (Irís Vermelha, profissional de saúde-momento de observação de reunião da equipe de saúde).

O SIAB não pega nome e nem endereço... (Juliana, profissional de saúde-momento de observação).

Nós temos linguagem diferentes... É um monte de siglas... SAUS, RAUS... É estranho!... E nós temos um limite e uma série de dificuldades... (Osvaldo, profissional de saúde-momento de observação).

Ainda assim é o ponto de vista do profissional de saúde... é a coisa mais complicada de entender... E o outro (refere-se ao usuário) varia a toda hora... porque cada pessoa é de um jeito... a gente sempre acha que eles não entendem e nunca que é nós que temos dificuldade de comunicar... Seria interessante perceber mais a fundo como os dois conversam... Tem um monte de coisas por detrás... (Eliana, profissional de saúde-momento de observação).

A presença desta linguagem codificada fica evidente não somente na comunicação entre profissionais de saúde e usuários, mas também entre profissionais de campos diferentes (saúde, educação, esporte, justiça, entre outras). Durante um raro momento de observação de uma reunião **interdisciplinar e**

intersetorial que aconteceu no serviço durante o período da nossa coleta de dados, onde estavam presentes profissionais dos campos da saúde, educação e justiça, para discutir o cuidado prestado a uma família da área de abrangência do Núcleo, tivemos a oportunidade de visualizar mais claramente estes desencontros de diversas naturezas. Percebemos que os profissionais estavam fazendo um esforço enorme para buscar respostas e encontrar “saídas” para a situação familiar, bastante complexa por sinal, sem ouvir as opiniões e escolhas dos próprios familiares. Como nas narrativas a seguir, vamos perceber que vários profissionais estavam presentes, entretanto o usuário/a família, que deveria ser o protagonista, estava ausente.

Embora consideremos que a existência deste espaço intersetorial e interdisciplinar já seja um grande avanço rumo à construção de uma saúde mais integral e uma iniciativa deste serviço, observamos ainda grandes desencontros de linguagens, de projetos e de atitudes entre estes diversos cuidadores, como mostram as narrativas que se seguem entre os profissionais destes distintos campos que estavam tendo contato direto e tentando cuidar desta família em específico, seja no espaço da saúde, da educação, do Conselho Tutelar ou da promotoria pública:

***Profissional de saúde do Núcleo (Osvaldo):** Aqui é um PSF, atendemos aproximadamente 900 famílias... E esta família que vamos falar pertence à área... É uma família que tem gerado uma demanda grande nossa... Nós temos tido muitos insucessos com esta família... Nós vivemos aqui discutindo o caso... de lá pra cá a família se distanciou de nós... Agora ela está grávida novamente...*

***Profissional de saúde do Núcleo (Juliana):** A gente tem algumas famílias mais complicadas... é... esta é uma família muito complicada, que a saúde sozinha não está dando conta!... É uma família de um senhor de 66 anos, que tinha uma situação boa, o marido faleceu e adotaram uma criança, a Cristiane (nome fictício), filha única... ela tem 8 filhos, está em gestação do nono... Característica cada filho é de um pai, os pais têm vínculo com a droga... Ela usa o dinheiro para pagar dívida dos ex-*

maridos...

Profissional da justiça (promotor da infância e juventude): ... Eu estou aqui hoje como juiz criminal, no caso de vocês não conseguirem um acordo... E o Vinícius (nome fictício) é o foco de nossa atenção...

Profissional da educação (professora da escola onde a criança estuda): O Vinícius (nome fictício) é uma criança emocionalmente abalada... Ele não consegue ficar na sala de aula... Ele vai até arrumadinho mais... Ele vive na rua... a professora tentou dar tudo... o lado afetivo, deu até presente... Mas ele não consegue!...

Profissional da educação (diretora da escola onde a criança estuda): Trocamos a professora dele... a anterior era mais rígida... Mas mesmo assim ele faltou pra caramba o ano passado...

Profissional da justiça (promotor da infância e juventude do município): Eu lembro que da outra vez que discutimos o caso do Vinícius fechamos que a proposta era ele voltar para a escola... mesmo que o ano já estivesse comprometido... pra criar vínculo com ele, e a mãe...

Profissional da educação (professora): Eu participo da 'Família na Escola', ele vai todo final de semana, ele é carente, ele me beija e me abraça sempre!...

Profissional da Saúde (assistente social): essa família esta sendo atendida no Programa de Renda Mínima..., o valor de 70 reais mensais Mas a gente não sabia que ele estava ficando grande parte do dia na rua... Na família havia uma dificuldade de assumir o filho, foi feita uma denúncia de negligência... a avó não dá conta... Mas ele estar indo direto pra rua, em um agrupo de criança longe... não mais perto da casa..., já é um indício que os vínculos familiares estão enfraquecidos...

Profissional de saúde do Núcleo(Juliana): Ele vive no estacionamento do shopping pedindo, ele fala que quer trabalhar lá, todos lá o conhecem...

Profissional da educação (professora): Ela tava muito nervosa porque o filho da nova gestação é menino... Eu falei pra ela: 'Porque você engravidou novamente?'

Profissional de saúde (assistente social da Secretaria da saúde): O problema maior ali é o planejamento familiar, estamos vendo que cada filho é de um pai... é o nono filho dela... Eu estou muito preocupada com ela...

Profissional de saúde do Núcleo (Juliana): Ela tem uma instabilidade emocional grande, ela ama e odeia ao mesmo tempo... Os papéis estavam todos prontos para ela laquear, várias vezes está tudo pronto e ela desiste na última hora... Ela usava a injeção..., ela esquecia de tomar... é muito difícil!... Ela está agora com o papel na mão pra fazer a laqueadura... é um desejo grande dela... Nós temos feito um trabalho intenso de planejamento familiar, porque é muito difícil..., não podemos obrigar ela a laquear!...O caso dela é até diferente... a gente corre esse risco...

Profissional de saúde do Núcleo (Osvaldo): Tínhamos observado o Vinícius, nome fictício, (Refere-se ao filho de Cristiane de 9 anos de idade) freqüentando um bar..., usando bebida alcóolica..., um lugar inadequado para ele... Tínhamos visto a Patrícia (Nome fictício, refere-se à filha de Cristiane, de 15 anos de idade) como uma possibilidade na

família... mas ela está tendo um comportamento muito semelhante da mãe..., saiu do emprego, quer engravidar... A avó não está dando conta..., parece que a família está desestruturando..., parece que a convivência entre eles está insuportável... Eu vejo que nós, enquanto serviço de saúde, não temos dando conta!... Mas também não tem jeito de deixar de lado e fingir que não estamos vendo nada!...

Profissional de saúde (assistente social): *O que eu vejo aí, é o tipo de questão que a saúde, a educação, o serviço social, não dá conta!... é de várias causas... Há toda uma fragilidade da família... o processo de degradação do nível de vida, da qualidade de vida destas pessoas... Nós não temos respostas, não temos como influir no rumo... Eu vejo que pelo andar da carruagem a família tá extremamente vulnerável... acho que já é preciso uma ação mais direta, mas focal na família... As ações do atendimento primário, básico não bastam!... Esta situação de alta vulnerabilidade só pode ser abordada multiprofissionalmente... A proposta é tentar articular, tentar retomar... A mãe foi refratária, não quis participar... é uma resistência da família... Vejo que há uma situação de negligência instalada... O que aconteceu neste caso: ela foi incluída no Programa de auxílio para trabalhar a dinâmica na família e o cumprimento do próprio papel de mãe... aí o Conselho Tutelar não deu retorno, não tomou iniciativa... encaminhar para o juiz e o promotor...*

Profissional da justiça (promotor): *Há medidas judiciais... o artigo 129 do Estatuto da Criança e do adolescente... e aí passa a ser obrigatório o que essa mãe deixou de fazer pelo filho... Se tá comprovado que houve violação dos direitos da criança e começa com advertência e pode ir até destituição de pátrio poder...*

Profissional da educação (professora): *Pra ela eu perguntei: 'Porque você engravidou?'... ela falou que engravidou novamente para laquear...*

Profissional de saúde do Núcleo (Osvaldo): *aí é uma mentira... Ela tá manipulando a gente... é um processo que estamos vivendo há muito tempo... O envolvimento dela é com criminosos... O perigo pra nós que estamos aí atendendo..., pro agente comunitário que vai lá...*

Profissional da saúde (assistente social): *Ultimamente eu vejo assim que este tipo de família utilizam isso como estratégia de sobrevivência diante do caos que vivem..., há uma baixa auto-estima, não se sentem valorizados, usam estas estratégias para despertar atenção e sobreviverem diante de tantas dificuldades... E buscam uma nova estratégia de sobrevivência... E esta situação tem tendência a se cronificar... O que nós temos vistos é que não temos respostas pra essas famílias... Não vamos colocar a família no trilho...Então, é a reprodução da miséria e da exclusão social... Mas vale investir ainda... Mas as medidas que temos usados não são suficientes... E até tentar uma responsabilização jurídica... Desvincular do renda mínima e vincular ao PET que é maior (OBS: Refere-se ao Programa de Trabalho Infantil)... E a mãe estar aqui presente para que a gente tenha a mesma linguagem... A grande dificuldade é que não vamos ter resultados muito concretos... O problema sério é a absorção dessa demanda toda..., há muitos 'Vinícius', há muitas 'Cristianes' (nomes fictícios), excluídos, á margens... Temos um grande desafio do 'menino de rua', que tá aí na mídia, vemos que são situações cronificadas... muito difíceis de lidar.. No serviço público é*

muito complicado..., a estrutura é muito fechada, rígida... não permite criar coisas... o caminho mesmo, estamos abrindo caminhos no mato, todas essas famílias problemáticas... Ficou só na primeira etapa, na troca da informação... vejo que o canal está aberto".

Profissional da educação (professora): *Ele (OBS: Refere-se ao Vinícius, nome fictício, filho de Cristiane) já faz parte da Família na Escola de sábado e Domingo... Mas eu acho fundamental colocar ele numa atividade física pra gastar energia... tem um leque enorme... basta a família querer...*

Profissional da saúde do Núcleo (Osvaldo): *Eu vejo que colocamos uma série de alternativas e não tivemos uma contrapartida da Cristiane... Me vejo hoje discutindo a mesma coisa de um ano atrás... Tentamos mostrar para o conselho tutelar a complexidade desta família... e nós e a escola nós sentimos abandonados...*

Profissional da saúde (assistente social): *Eu estou na SAUS e tem nove assistentes sociais na RAUS... Estamos em um momento novo de mudança..., de trabalhar a família de outra forma... Criamos 5 portas de entradas: RAUS é o primeiro atendimento para a inclusão no serviço de benefício, faz um cadastro... RAUS é a porta de entrada ... e o SAPOPE... E tem 14 Núcleos... aqui pertence a Vila Albertina (OBS: refere-se a um bairro do município)...*

Profissional da saúde do Núcleo (Osvaldo): *O que são estes 14 Núcleos?... Porque nos aqui também somos Núcleo... (OBS: Faz esta pergunta porque a assistente social estava referindo-se à Núcleo de Esporte do município e o profissional de saúde pensou em Núcleo de Saúde da Família)... Estou vendo que nós temos linguagens diferentes... É um monte de siglas... SAUS, RAUS, umas que eu nunca havia ouvido falar... Pra mim é estranho!... E nós temos um limite... e uma série de dificuldades... Nós, da saúde..., estamos querendo entender o problema da família da Isabel e não transferir o problema!... Temos angústias que queremos discutir, procurar entender a família..., entender melhor o que passa com eles... Mostrar esta nova estrutura que nós desconhecemos completamente...*

Profissional da educação (diretora da escola): *... O nosso papel é pedagógico... Mas se nós não vemos a família não consegue ensinar... Acho que fomos pelo caminho errado, primeiro a denúncia ao Conselho tutelar..., depois vieram as ausências do Vinícius, as indisciplinas... eu vejo agora que o diálogo já está quase impossível!... a avó está esgotada!...*

Profissional da saúde do Núcleo (Osvaldo): *... Nós temos o nosso olhar, de técnicos, de profissionais da saúde... Eles (OBS: refere-se aos profissionais do serviço social) querem que a gente entenda pra encaminhar, se ver livre do problema e nós queremos entender para integrar, aproximar, trabalhar junto... Eles não entenderam a nossa proposta...*

Jürgen Habermas mostra as assimetrias e obstáculos presentes no processo comunicacional e explica estas deformidades presentes no ato de nos

comunicarmos.

Achamos que pode estar exatamente na intersetorialidade uma das razões do universo de barreiras e resistências na comunicação. Observamos que ainda nas interações cotidianas entre profissionais de saúde e usuários deste serviço de atenção à saúde da família, de modo geral, os planos de validação da Teoria da Ação Comunicativa ainda não estão adequadamente problematizados e, conseqüentemente, em alguns momentos estão reproduzindo uma comunicação deformada, onde muitas vezes a comunicação estratégica, na qual o sujeito na interação é visto como um "objeto", "meio" ou "obstáculo" na realização da tarefa dirigida ao sucesso, prevalece e se sobrepõe sobre a ação comunicativa, na qual o outro é visto e respeitado na interação como um "sujeito" que busca o entendimento lingüístico e as três pretensões de validade são exteriorizadas no processo interativo.

Ayres (2001) também chama-nos a atenção que não podemos desconsiderar de forma acrítica este "universo de resistências".

3.1.3 Desencontros relacionais: invasões, controles e cobranças no espaço das visitas domiciliares

"... a questão da invasão de você tá entrando na intimidade da família... Então, eu acho isso muito sério... Estas coisas fazem parte do respeito que eu acho que é o essencial, vem no topo... por exemplo em relação à essas família, o próprio profissional que trabalha com elas tem hora que cansa, né e aí o preconceito aparece mais forte..."
(Lívia, profissional de saúde-momento da entrevista)

"A implantação do PSF por si só não significa que o modelo assistencial esteja sendo modificado. Podem haver PSF's médico-centrado assim como outros PSF's usuários-centrados, isso vai depender de conseguir reciclar a forma de produzir o cuidado em saúde ... e dizem respeito aos diversos modos de agir dos profissionais em relação entre si e com os usuários. Importantes obstáculos se interpõem à frente de quem quer alterar o modelo assistencial, indicando porque é

necessário alterar muito mais do que estrutura, deve-se modificar as referências epistemológicas, será necessário destruir o núcleo duro de comportamentos estereotipados, controladores, estruturados” (Merhy)

O espaço da visita domiciliar é considerada atividade primordial do PSF e atribuição primeira do agente comunitário de saúde. Silva e Dalmaso (2002), ao estudarem o ser, o saber e o fazer dos agentes comunitários de saúde detectaram como situações problemáticas que na maior parte das vezes as visitas domiciliares estão relacionadas como **o monitoramento de situações de risco epidemiológico** que objetivam alcançar maior aderência do usuário ao tratamento, geralmente médico, como por exemplo controle da aderência ao tratamento, cuidados da criança menor de um ano, faltas repetidas ao atendimento, controle da vacinação, comparecimento ao atendimento agendado, cuidado dos hipertensos e diabéticos, controle do uso da medicação, medida da pressão arterial, seguimento da dieta e da atividade física, entre outros.

Assim, na comunicação com o usuário, o profissional de saúde, no caso específico deste estudo, os agentes comunitários de saúde, utilizam-se de diversas estratégias para alcançar o objetivo – alcançar maior aderência do usuário ao cuidado buscar um jeitinho, sensibilizar, propor uma experiência, dar um exemplo, pedir um depoimento.

Este estudo mostrou também que, algumas vezes, para chamar a atenção do usuário, o profissional agente comunitário muitas vezes lança mão da **autoridade do médico** e da estratégia de **ameaça**. O entendimento da aderência ao tratamento e as formas de se lidar com as pessoas consideradas pela equipe como “não aderentes/resistentes/teimosos”, mostram que a dificuldade do usuário

de cumprir o tratamento indicado/prescrito pelo profissional de saúde em geral é entendida como resistência das pessoas. E assim para “vencer” o profissional usa da persistência, muitas vezes traduzida na visita diária, e de um certo ‘jeito’, em um jogo corpo a corpo. Se não tem sucesso, pede reforço da equipe ou desiste da interação.

Assim, analisando os padrões de interação, Silva e Damaso (2002) destacam a presença, muitas vezes, de ações do tipo mais impositivas, chegando às vezes a um cunho autoritário, em relação a um atitude mais dialogada, restringindo-se as possibilidades de conversa com exposição e confrontação de valores e de conversa com negociação de alternativas

Franco e Merhy (2000) analisam também dois “erros estratégicos” muito graves na implantação do PSF que podem enfraquecer e empobrecer em demasia a sua proposição maior de construção de um novo modo de cuidar as pessoas, de uma nova relação que tem que se dar entre sujeitos, onde tanto o profissional de saúde quanto o usuário podem ser produtores de saúde. Isto vincula-se à determinação de uma **relação nova**, que foge ao padrão interativo tradicional onde um é sujeito do processo e o outro, o objeto no qual há uma intervenção para a melhora da sua saúde.

O primeiro “erro estratégico” diz respeito à otimização dos recursos disponíveis para assistência à saúde, principalmente de seus recursos humanos. Um tipo de problema apontado por estes autores trata das **visitas domiciliares compulsórias**, sem que haja uma indicação explícita para elas, a exceção dos agentes comunitários de saúde que têm o papel específico de percorrer o território insistentemente. Para estes autores pode-se considerar uma diretriz pouco eficiente,

a visitação de médicos e enfermeiros sem que o mesmo nem mesmo saiba claramente o que vai fazer em determinado domicílio.

O segundo “erro estratégico” apontado e discutido diz respeito **às invasões e controles** que pode significar uma excessiva intromissão dos profissionais de saúde na vida das pessoas, de forma a limitar seu grau de privacidade, liberdade e autonomia. Para Franco e Merhy (2000), o controle que o Estado pode exercer sobre cada cidadão é reconhecido como um problema sério e que fica mais evidente ao se pensar este tipo de diretriz sendo praticado em um país como o Brasil, que viveu durante anos sob um regime autoritário e possui um governo democrático bastante recente.

Portanto, as invasões e controles, de diversas naturezas, podem estar presentes na proposta de atenção à saúde da família, podendo gerar, também, resistências das famílias e distanciamentos na relação das pessoas com o serviço de saúde. Como fica evidente nas seguintes narrativas de um profissional de saúde:

Entrevistadora: E quando eu falo de saúde né, o que que você acha que essas famílias consideram importante pra ter saúde?

Alessandra (Entrevista 23, Profissional de Saúde) : Olha!... Assim a gente é...a maioria assim, é...por exemplo, nessas senhorinhas que...senhores também... que ou frequenta o Núcleo, ou frequenta a praça né, de manhã, tudo, pra fazer atividade física, pra fazer caminhada ...eles contam assim com o maior orgulho: Ai, filha, eu tenho tantos anos e faço minha caminhada e faço atividade física, né. Então eu sinto isso assim ...que eles....assim.... eles sentem satisfação assim, de tá contando pra gente que estão fazendo né?. Porque é uma coisa...não sei se é uma coisa que a gente orienta muito a fazer, então eles sentem orgulho de tá falando, que tão fazendo, tudo.

Entrevistadora: E o que que a gente orienta que não é certo, e eles fazem...errado...na saúde? (riso).

Alessandra: Que a gente orienta e eles fazem ao contrário? Errado?... (riso).

Entrevistadora: É.

Alessandra: Ai! (riso).

Entrevistadora: *O que que é errado?...*

Alessandra: *Tá.*

Entrevistadora: *O que que eles acham que é errado?*

Alessandra: *(riso) Ai... Eles entregam né, um entrega o outro...ai! Ele é...até eu cheguei...eu tenho um casalzinho aqui que são de hipertenso e diabético, então eu chego lá, a mesinha de centro deles é cheia de bombom, de doce, de amendoim...Então eu chego lá...ah! Ele fala assim: leva um bombom pras tuas crianças, né? (riso). Eu falo assim: de quem que são esses bombons aí, né?... Ah, não! A gente come um de vez em quando! Aí a mulher: de vez em quando não, Alessandra, ele tá comendo todo dia! Então...sabe, não, é só do meu filho, meu filho que come! Eu deixo essas coisas pro meu filho que ele gosta de televisão e comer essas porcariadas, né?... Assim, eles entregam: ah, comeu carne de porco! Você falou que não pode! No grupo falaram que não pode e você comeu!. Tipo assim. Então eles... eles acham que nós estamos pecando né, porque estão fazendo isso.*

Assim, o respeito e o cuidado em não invadir o espaço do outro na relação são identificados pelos profissionais de saúde como coisas importantes em um bom cuidado prestado às famílias:

Entrevistadora: *É ... eu gostaria que você me falasse um pouco sobre a sua vida... que valores a Orquídea tem como coisas importantes na vida?*

Lívia (Entrevista 29, Profissional de Saúde): *Eu acho assim uma coisa que eu tento "muito"(ênfase nesta palavra) fazer e passar para os meus filhos e também quando eu tô com as famílias aqui é o respeito!. Entendeu, então é assim, isso a gente vê no trabalho, por exemplo.... o que eu quero dizer com respeito. Esse exemplo que você deu né da classe social, é fazer de conta que a gente sabe que tem e a pessoa se "sente"(ênfase nesta palavra) excluída.*

Entrevistadora: *Você teria exemplos?!*

Lívia: *Tenho a Natália (nome fictício) quando vem aqui elas já se sentem ... elas têm uma atitude super na defensiva. Você tem que tratar todo mundo igual, você tem que "tentar" (ênfase) se despir, porque a gente tem preconceito mesmo, eu acho que isso, uns mais outros menos. Assim, tentar tratar todo mundo da melhor maneira possível, né por exemplo, no meu trabalho aqui com as famílias é ... eu entro em contato 2 vezes só com a família, se a família falta ou não pode vir eu entro mais uma vez, porque tem muito a questão da invasão, né, de você tá entrando, tá pegando o telefone, tá ligando pra casa daquela pessoa. Então, eu acho assim isso é muito sério. Então, eu acho assim que o respeito é o princípio de tudo pra você fazer o trabalho. Além da questão do sigilo também que é uma coisa essencial, se não a pessoa não fala, principalmente na minha*

área, não vai confiar em você, se você não garantir o sigilo, né. Então, eu acho que estas coisas fazem parte do respeito que eu acho que é o essencial assim né!, vem no topo. Isso pra tudo, pro seus relacionamentos com as outras pessoas no dia-a-dia, de casa, com a família, no trabalho. Eu acho que isso é muito importante. E ter assim muito carinho né pelas pessoas. É olhar pra aquela criança, pra aquela mãe que tá sofrendo, carinho mesmo... e tentar ver o que tá por trás daquilo, né! Eu acho um barato porque eu tô tentando ensinar isso para os meus filhos agora (riso) e é um baratinho porque eles já tão... já é diferente. A conversinha deles com a das outras crianças, então assim eles tem mais empatia que os coleguinhas em relação à criança que sofre, um coleguinha que tá precisando de ajuda, eles até se mobilizaram outro dia pro menininho, um coleguinha deles ir junto numa viagem aí que eles iam fazer, que ele não podia ir. Então, você ver assim é diferente quando você tenta passar isso pro teus filhos ou mesmo também no teu trabalho né, as pessoas se apegam, confiam em você então, eu acho assim são 2 coisas essenciais...

Apesar do desejo de não invasão ser reconhecido pelos profissionais de saúde como algo essencial no processo de bem-cuidar, através dos depoimentos de alguns usuários do serviço, identificamos que invasões, sutis ou explícitas, ainda acontecem na prática cotidiana do cuidar, como destaca o seguinte excerto:

Entrevistadora: *E que outras dificuldades você sente nas conversas com os profissionais. Você lembra de algum obstáculo na comunicação com você ou sua família?...*

Mariana (Entrevista 9, Usuário): *Eu vou falar uma coisa aqui... depois se você quiser por na gravação vai... Tudo bem!... Sabe, teve uma pessoa do Núcleo, quando a minha mãe caiu e veio socorrer e tudo. Falou uma coisa que a minha mãe não gostou e eu também não gostei!... (OBS: Fala um pouco mais baixo, como se me contasse um segredo, algo muito confidencial)... Falou assim, que eu teria que viver mais, me divertir mais, sabe... porque a minha mãe é do jeito que é porque eu fico ali muito encima, sabe, esquecendo de mim, pra me preocupar com ela... Ela não gostou! disso, do que ela falou, de ter falado isso!. Ainda falou assim: "Mariana casa, casa!". Falou desse jeito, aqui em casa! (ênfase na frase, como se fosse um grande desrespeito do profissional falar isso dentro da sua casa), que veio ver a minha mãe, o dia que a minha mãe caiu. "Casa Mariana, casa Mariana, que aí você vai ter tudo isso!", quis dizer isso sabe. Entendeu!?... E a minha mãe não gostou!...*

Entrevistadora: *Entendi!...*

Mariana: A minha mãe ficou "puta" (fala baixo). A minha mãe falou: "Tá vendo, deixa!, porque eu me viro!. Você não precisa se preocupar tanto comigo, daqui a pouco eu me viro!"... . Porque ela acha (refere-se ao profissional do Núcleo), não só ali, outras pessoas acham que eu não me casei, que eu tô até assim sem serviço, às vezes, pelo fato de tá me preocupando mais com ela e tal. Não eu falei: "Não, a senhora, é uma pessoa que trabalha", ela faz muita coisa sozinha, "muita" coisa que... pela dificuldade que ela tem, pela dificuldade de andar e tudo eu acho "muito" (ênfase na fala), né...

Entrevistadora: Certo, é uma pessoa muito forte, muito ativa... Eu também acho...

Mariana: Muito forte ela é!... é assim, enfrenta muita coisa, eu acho, por tudo o que ela passou...

Entrevistadora: Você acha que foi uma "invasão" na sua vida essa fala desse profissional: "Vai casar Mariana!", né, dessa pessoa, como você sentiu?...

Mariana: É... eu pensei assim... como que ela tem direito de falar isso, essa pessoa não tem direito... Porque a minha mãe é assim ela tem muita opinião própria, a opinião dela é firme, ela tem...

Entrevistadora: Eu tô falando você... o que você sentiu quando a pessoa falou isso?...

Mariana: Quando falou eu senti mais assim... (riso) que tava ofendendo mais a minha mãe do que eu!... Que ela gosta de ouvir isso. Então, eu vi mais assim: "Meu Deus, ela foi falar isso, eu sei o que a minha mãe tá sentindo!"

Entrevistadora: Doeua nela!...

Mariana: É... porque a minha mãe não gosta de achar que ela é culpada de... de depender de mim, assim...

As invasões podem estar presentes na proposta de atenção à saúde da família como fica evidente nos seguintes depoimentos identificados durante os momentos de observação do trabalho de equipe:

Para ver isso no quintal é invasão... (refere-se à criadouros de dengue no domicílio) Não pode ser alguém que tem vínculo com a família... É dar a cara para bater... Eu nunca mais entro na área... Você ganha bala na cara... (Eugênia, profissional de saúde-momento de observação das interações da equipe).

Quem for lá pedir para ver a cartela, (refere-se aos medicamentos tomados pelo usuário no domicílio) eu escrevi os dias com letras 'garrafais', ... tem que pedir para ver, esse é o nosso controle... (Vanessa, profissional de saúde-momento de observação).

O grande pano de fundo das discussões e ações da equipe era a mudança do modelo assistencial com a implantação da Atenção em Saúde da Família. Diante das tentativas de romper fronteiras e experienciar novas formas de cuidar, algumas vezes, tínhamos, ainda, a sensação de estarmos diante de antigos conhecidos: **o burocratismo e o autoritarismo** nas relações, como mostram alguns depoimentos dos profissionais em momento de observação:

Isso é mudar modelo?... Eu acho que a gente sabe o caminho que a gente quer ir, mas muitas vezes não sabemos os recursos que temos... Se o projeto for velho não adianta usar instrumentos novos... depende da cabeça (Paula, profissional de saúde, momento de observação de reunião da equipe).

Eu manifesto a minha preocupação... Tem um controle muito rigoroso... A ação é policialista, quando devia ser educativa... Acho que o nosso papel não é de polícia, mas prevenir... (Osvaldo, profissional de saúde, momento de observação).

A transição de modelo é difícil para nós profissionais e mais ainda para os usuários... (Conceição, profissional de saúde, momento de observação).

O grande filem... é responsabilizar pela pessoa... Aí não importa se tá sendo atendido no serviço A, B ou C... (Juliana, profissional de saúde, momento de observação).

Estamos atolados até a cabeça de papéis que eles querem que preencha... Eu parei de preencher o papel do cartão SUS...(refere-se ao Sistema Único de Saúde)... Tá na hora de nos posicionarmos... Qual é o nosso papel?!..., 'preenchedor de papel?' (Conceição, profissional de saúde, momento de observação).

Vamos perguntar... Vocês querem que sejamos 'escriturários' do modelo antigo ou que criemos o novo... (Conceição, profissional da saúde, momento de observação).

As histórias de vida contadas pelas famílias e discutidas pelos profissionais de saúde do Núcleo iniciavam, normalmente, com relatos de questões biológicas/físicas e culminavam com a presença de intensas questões sociais, econômicas e culturais. Estes problemas trazidos pelos usuários colocavam constrangimentos, obstáculos à ação e distanciamentos/desencontros na comunicação entre os sujeitos em interação, desencadeando, muitas vezes, sentimentos de impotência e frustração na equipe de saúde.

A articulação entre as questões macro (da estrutura) e micro (dos sujeitos), a dinâmica entre o universal e o singular nos parece complexa na prática cotidiana do serviço. Observamos que, quando se entra no território social da família, em geral os profissionais possuem poucos instrumentos para lidar com o social, instrumentos estes que possam dar conta da integralidade do cuidado. Percebemos que são momentos diferentes olhar, analisar e operar. Muitas vezes, fica a questão: "E agora?", "O que fazer com tudo aquilo que consegui ver ou que os diferentes profissionais conseguiram ver?".

Neste sentido, a "Boa intervenção", o "Bom Cuidado", a "Boa Vida" não vão depender exclusivamente do setor saúde (conceito mais restrito de saúde), pois envolve intrinsecamente necessidades de moradia, alimentação, transporte,

emprego, educação, lazer, entre outras (conceito ampliado de saúde). Os relatos que se seguem de membros da equipe de saúde demonstram alguns obstáculos comunicacionais enfrentados ao cuidarem de uma família que convive com o uso e abuso de droga, o que tem provocado rupturas e desorganização das relações interpessoais, com conseqüente prejuízo da qualidade de vida e saúde daqueles que convivem com este problema e sentimentos de impotência na equipe de saúde:

Elas colocam uma pedra no portão para não entrar na casa... porque elas tão sempre usando droga... É uma casa meio pesada mesmo... Ela trafica mesmo... Elas fazem orgia, ficam a tarde e a noite usando o craque... Essa família vai ser trazida 500 vezes mesmo no grupo para discussão e vai ter que trazer mais outras 500 vezes... Elas não vêem, em casa não pode entrar..., na rua não tem jeito de conversar... (Lívia, profissional de saúde, momento observação).

[...] Não pode ficar criando grande expectativa de que vai transformar esta família numa família modelo... Que não vai... Não adianta achar um lugar longe para fazer o tratamento... tem que trabalhar com outras estratégias, como a redução de danos...no NAPS-F tem... (refere-se ao Núcleo de Atenção Psicossocial a Fármacodependentes) ... e muitas vezes não conhecemos os equipamentos disponíveis na área, no município... Às vezes não consegue tirar da droga, ficar sem fumar o seu craque, o que pode ver é quando você for fumar, quem vai cuidar das crianças... entender que não pode ficar sem a droga mesmo... mas dá para garantir cuidado para as crianças, pelo menos comida... (Íris, profissional de saúde, momento observação).

O risco maior ali, o grande chavão é a droga... Tem muito aqui na área, álcool e droga ... É uma família de difícil acesso... dá informações desencontradas... (Eugênia, profissional de saúde, momento observação).

Tem família que desestrutura a gente... Família que vive muito com a gente... (Juliana, profissional de saúde, momento observação).

Assim, fomos percebendo nas unidades discursivas dos sujeitos algumas tipologias: “Famílias ariscas”, “Famílias complicadas/difíceis”, “Famílias desestruturadas”, “Famílias de risco”, “Famílias esquecidas”, “Famílias conquistadas”, “Famílias incluídas”, “Famílias excluídas”, entre outras. E, diante desta diversidade de modos de viver e conceber a família, a importância de “Olhar para gente”- “Cuidar de gente” (Famílias)” e “Olhar para a gente”- “Cuidar da gente” (Equipe), pois no âmago destas histórias de vidas marcadas pelo uso de droga, pela violência, pela obesidade mórbida, pelo problema psiquiátrico ou por outros tantos sofrimentos e “dores na vida”, não é somente a droga, a violência, a obesidade e o problema psiquiátrico que encontramos, mas sim seres humanos com “fragilidades”, decorrentes do sofrimento e do estresse vividos e, ao mesmo tempo, seres humanos com “fortalezas”, as quais evidenciam sua competência e capacidade comunicativa de elaborar e compartilhar juízos de valores sobre o que querem e o que precisam para serem felizes.

O relato de uma mãe de 33 anos, citado por Carvalho (apud VASCONCELOS, 1999), exemplifica também fortemente as dificuldades e dramas cotidianos presentes nas relações familiares da sociedade brasileira:

[...] A gente trabalha tanto no pesado, ganha tão pouco, chega em casa tão tarde, tão cansada e tão nervosa de não poder pagar as coisas e comprar o que precisa- que não tem ânimo para dar atenção e amor aos filhos. A gente fica bruta e o pior é que o mesmo acontece com eles, que só sabem o que é trabalhar e a gente só se encontra na hora de dormir e ninguém tem vontade de conversar. Lá isso é família? (CARVALHO apud VASCONCELOS, 1999, p.).

3.1.4 Desencontros de horizontes normativos: o "campo da amizade" e o "campo do tratamento"

"Eu penso assim: campo de tratamento é a pessoa... é o paciente que vai ali e fica sentado esperando pra ser atendido. Campo de amizade pra mim, é ele como paciente e como pessoa que participava das atividades que a gente tinha... 'Olha, é Festa Junina, você vem ajudar?'. 'Venho!'... ele participou como amigo mesmo e quando ele estava bem ele foi um amigo, foi uma pessoa que ajudou a colocar cadeiras no lugar, tem até foto dele lá com a Elixôlia (OBS: Refere-se a uma outra profissional de saúde do Núcleo). Então assim, é esse o campo, existe o campo sim, que você é ao mesmo tempo que você procura tratamento, você vai lá pra consultar mas que você vai lá e você também é amigo, você pode tá ajudando a fazer alguma coisa, que foi o caso dele..."
(Copo-de-leite, profissional de saúde- momento da entrevista)

*"Pensamento, Sentimentos: Pensamentos que me afligem.
Sentimentos que me dizem dos motivos escondidos.
Na razão de estar aqui. As perguntas que me faço.
São levadas ao espaço. E de lá eu tenho todas as respostas que eu pedir.
Quem me dera que as pessoas que se encontram.
Se abraçassem como velhos conhecidos.
Descobrissem que se amam e se unissem na verdade dos amigos.
E no topo do universo uma bandeira. Estaria no infinito iluminada.
Pela força desse amor, luz verdadeira. Dessa paz tão desejada.
E eu penso nas razões da existência. Contemplando a natureza desse mundo.
Onde às vezes aparentes coincidências. Tem motivos mais profundos.
Se as cores se misturam pelos campos. É que flores diferentes vivem juntas.
E a voz dos ventos na canção de Deus. Responde todas as perguntas"*
(Música de Erasmo Carlos na versão de Simone)

Outra questão que emergiu do material empírico analisado, e que revela ainda um universo de resistências e barreiras na comunicação entre profissionais de saúde e usuários-famílias, que exigirá de nós um esforço grande de mudança e reconstrução, refere-se ao fato de que, muitas vezes, **os horizontes normativos dos profissionais de saúde e das famílias são diferentes**. Como é exemplificado na narrativa a seguir, diante da obesidade mórbida, o profissional de saúde vê a obesidade causando "dor nas costas", problema biológico que será solucionado com a redução do peso corporal. Enquanto que, para o usuário, a dor na

coluna é apenas uma desculpa, na verdade é a “dor na vida”(baixa auto-estima, sofrimento da alma), que não transparece em sua fala inicial, que o mobiliza a procurar auxílio no serviço e encontrar um “caminho para a vida”, quando é escutado pelo profissional de saúde:

Entrevistadora: *Você chegou a pesar quantos quilos Ricardo? Neste período... o máximo?*

Ricardo (Entrevista 14, Usuário): *Quanto que eu tinha? Ou quanto que eu ia chegar?*

Entrevistadora: *O quanto que você tinha?...*

Ricardo: *Eu tava com 170 Kg.*

Entrevistadora: *E hoje você tá com...?*

Ricardo: *Tô com 147 agora, já, já tá bom?...*

Entrevistadora: *Tá ótimo! A gente falou um pouco de vida né, quando eu falo de saúde né, outra palavra forte né, o que você acha que é 'certo', importante e o que é 'errado' pra gente ter saúde? Pra você ter saúde?*

Ricardo: *O errado é você tentar ter saúde por conta própria...*

Entrevistadora: *Olha!..., como assim?...*

Ricardo: *É você tentar se virar, não dá certo!, por mais que você tenta sê... sofisticado ... não dá conta. Você tem sempre que procurar quem entende de saúde porque ter saúde é uma coisa, entender de saúde é outra, né. E você só vai ter saúde se você entender né. Não adianta, você vai ter que procurar um ... um profissional, porque eu tentei né!, ter saúde sozinho(riso), não adiantava nada, ficava no "efeito sanfona"... no "vai-e-volta", "vai-e-volta".*

Entrevistadora: *Não foi bom para você?*

Ricardo: *Não! e mexe muito com o emocional, com o teu emocional também, tá tentando se virar sozinho.*

Entrevistadora: *Ok!. E o que seria "bom", importante, na sua opinião pra ter saúde?*

Ricardo: *Primeiro você tem que ter... (pausa curta na fala) uma mente boa, uma mente sã porque se você não pensar num ... num tentar colocar a razão primeiro, na frente, você não vai conseguir "tocar o barco".*

Entrevistadora: *E como que foi esse "clic" pra ..., você falou "eu me olhei no espelho" né! E...? conta pra mim.*

Ricardo: *Isso! Foi a partir de um momento que eu ouvi que eu falei assim... porque antes eu não ligava né, deixava, não fazia muita questão e todo mundo me cobrando lá em casa: "Vai fazer mal pra tua saúde!", "Você vai qualquer dia ter alguma coisa!", eu falava: "Ah!, se ter um infarto, morre, enterra!", eu falava isso, eu tava tão desacreditado né. Aí eu tive um minuto: "Não gente, eu vou tentar dar um jeito!", só que eu ficava "tentar dar um jeito", um dia após o outro. Só que foi engraçado, eu falei: que ... tudo tem destino na vida (riso descontraindo). Eu acordei*

um dia , eu falei: "Eu não vou dar aula hoje não, porque eu não tô com vontade!"(riso). Tava já cansado, finalzinho do ano, né (riso). Aí eu virei pro outro lado e falei: "Ah ..., sabe uma coisa, já fazia séculos (estala o dedo ao falar) que eu não ia no médico. "Sabe de uma coisa, acho que eu vou lá no Núcleo, vou pedir um atestado e vou levar". Ai cheguei, liguei aqui e falei: "Tem algum ... eu tive... eu tava com problema de coluna mesmo, naquela época, doía muito ... tem algum horário reservado pra mim?, disponível pra mim?". Ela falou "Oh não sei, porque tá tudo agendado, eu vou te marcar pra outro dia ou então você espera, se faltar alguém eu te ligo novamente!". Eu falei: "Tudo bem!". Ai desliguei o telefone e fui dormir de novo (riso), pensei "Ah, se não der certo, eu vou faltar da aula mesmo. Ai o telefone tocou novamente naquele dia e falou: "O ...o paciente das 9 faltou, você pode vir?" Falei: "Já tô indo!, porque eu moro aqui pertinho, tomei banho rapidinho, me troquei e fui!". Só que ...(pausa curta na fala) ... e nesse dia fui o ...o médico me atendeu e ai eu falei da minha questão da coluna, ai ele começou a conversar, ai a partir desse dia eu falei "Nossa, eu já sabia ... eu já sei, porque toda vez que eu vou no médico ele fala que é o peso ai eu falei: "Bom, deixa eu tentar 'mais uma vez!' (ênfase nesta fala). Ai decidi, comecei a tentar, vi que começou a ter resultado, ai fui indo, fui indo, indo, ai eu falei "Ah agora eu vou pegar firme mesmo, vai ser pra valer". Foi aonde eu não parei mais, aonde eu coloquei a a determinação na frente de tudo e falei: "Ah! , agora eu vou, eu vou tentar", falei: 'Vai ser a última vez, ou vai ou não vai mais' eu falei e tá dando certo.

Entrevistadora: *Olha que bom!*

Ricardo: *Por isso que eu falei que tem que ter o profissional na tua vida. Você tenta ter saúde sozinho porque querer saúde todo mundo quer, o duro é você ter...*

Nesta outra narrativa, uma profissional de saúde questiona o seu limite de intervenção e o seu papel como profissional de saúde, identificando dois campos presentes no ato de cuidar que, muitas vezes, se mesclam e se confundem, gerando situações de vulnerabilidade e confusão na relação: o *"campo do tratamento"* e *"campo da amizade"*:

Entrevistadora: *Ok!... Eu só queria pegar uma... uma frase que você usou, que eu achei muito legal: "O Núcleo como "campo de amizade" e "campo de tratamento"... me pareceu como coisas opostas na sua fala. Como que você vê isso?... Como por exemplo, nessa situação do Fábio, né. Foi por um tempo campo de amizade, a amizade foi cortada e subiu lá encima o*

campo de tratamento, e a amizade, o campo da amizade parece que ficou pequeno...

Camila: Ficou... ficou menor. É... assim, eu penso assim: campo de tratamento, é a pessoa... é o paciente que vai ali e fica sentado esperando pra ser atendido. Campo de amizade pra mim, é ele como paciente e como pessoa que participava das atividades que a gente tinha. É colocar uma cadeira no lugar... é... "Olha, a gente tá precisando de um refrigerante, você busca?". "Busco!..." é... "Olha, é festa junina, você vem ajudar?". "Venho!", então assim... ele participou como amigo mesmo e como quando ele estava bem ele foi um amigo, foi uma pessoa que ajudou a colocar cadeiras no lugar, tem até foto dele lá com a Márcia (OBS: Nome fictício. Refere-se a outra profissional do Núcleo), então assim... é... é esse o campo, existe o campo sim, que você é... ao mesmo tempo que você procura tratamento, você vai pra consultar mas que você vai lá e você também é amigo, você pode tá ajudando a fazer alguma coisa, que foi o caso dele, né...

Entrevistadora: E quando confunde?... O campo da amizade mistura com o do tratamento?...

Camila: Foi o que aconteceu com a Dona Arnalda (nome fictício) e ele né..., fica totalmente difícil, porque a amizade você dificilmente consegue por a barreira, agora, eu profissional... a sua amizade não me interessa, é difícil, é difícil...

Entrevistadora: No profissional é mais fácil...

Camila: No profissional... no profissional é mais fácil, você sente eu verifico sua pressão, "O que você quer, é consulta?". Tá bom. é só aguardar... tchau...". Você não conversa, você... né... não se doa, agora, quando você faz amizade e tratamento aí você se doa das duas formas: como amigo, como médico, como auxiliar de enfermagem, como enfermeiro... você é tudo junto, né. É um... um misto...

Entrevistadora: Só me esclarece um coisa... uma palavra que eu achei forte, você falou: "Ele tem outra face que a gente não conhece", como que é isso?... Se você quiser finalizar isso, porque você descreveu como uma perseguição, foi uma perseguição aqueles dias?...

Camila: Foi por que ele assim, não encontrou o que ele procurou na Saúde Mental, ele queria um médico pra atender ele e fazer receita, não encontrou. Foi no Centro Saúde Escola procurou a Conceição, e conseguiu falar com a Conceição, né não se deu por satisfeito, que ele queria conversar, ele queria alguém pra conversar, mas assim... a violência dele vinha, o que que ele conversava com a Irís?, problema do pai dele... que ele não aceita, ele não aceita o estado que o pai tá, e até mesmo a questão que eu acho que... ele foi criado o pai não aceitando ele, né, o pai sempre judiou, o pai, diz que batia nele, batia a cabeça dele na parede, né, não aceitava ele como filho, né e... eu acho quando ele vê o pai em fase terminal e ele também não pode fazer nada, eu acho que... ele entrou em parafuso mesmo, naquele dia. Eu não culpava ele assim, veio sim uma sensação assim de você ver esse outro lado, você tem a sensação no momento de que, puxa vida! Ele não tá levando nada em consideração, nossa amizade... né, pra ele... ele não deu valor a isso, né... que assim, que o Núcleo é um campo de amizade e não um campo de tratamento pra ele, né? no momento que você... que eu vi ele nesse estado eu tive essa

sensação, mas eu não deixei isso tomar a frente, né. Eu... a hora que ele estava lá embaixo, lá no... nos banquinhos sentado, lá, eu desci, comecei a conversar com ele, ele falou que não tava bom, mas que ele não queria agredir ninguém, que ele tava daquele jeito porque as irmãs não estavam colaborando com ele, que ele queria a ajuda da família, queria a família pra ajudar cuidar do pai e da mãe, e foi justo o momento onde que tiraram a mãe e o pai da casa, né. Então ele ficou totalmente revoltado... e... e, assim, quando eu, depois, na parte da tarde nós conseguimos dialogar um pouco com ele, assim... você fica assim, com a sensação de que, olha, tomara que ele volte a ser o que ele era antes, né... mas, assim, eu não deixei esse, essa diferença, essa situação tomar frente, porque eu acho ele, ele é uma pessoa muito... ele é bom, é uma pessoa muito boa, né... então isso é uma defesa dele.

Entrevistadora: *Você acha que depois de que aconteceu isso mudou a relação com o Fábio?...*

Camila: *Mudou!, mudou sim... porque ele tinha a liberdade de entrar no Núcleo, né... ele ia até a cozinha, ele sentava, então assim... até por parte de, em conversa mesmo, "Olha, vamos limitar e vamos mostrar pra ele que... que ele teve essa liberdade, mas pra ele sentir que ele não deu valor, então aqui ele vai ser mais um paciente, né..."*

Entrevistadora: *E como você sentiu isso, essa decisão?... Você concordou com isso...?*

Camila: *Eu assim... Eu não concordo plenamente... eu não concordo, porque... eu acho que a gente vai tá dando um passo pra ele voltar..., pra ele regredir também, então assim... eu... às vezes ele pede café, me dá vontade falar: "Vai lá na cozinha e pede pra Dona Sebastiana (nome fictício)", mas eu sei que eu não posso, então eu tenho que dar o sinal pra ele, dar a volta, né, passar por fora e ir lá na sacada. Então é... eu não sou assim, acho que.. no mesmo momento que você... que você dá a liberdade, você tira de uma vez, a pessoa também fica... acho que é como você tirar um dedo, tirar uma... amarrar uma mão, porque ele também vai chegar ali também... ele não se sente o mesmo mais, ele não se sente tão querido como ele era... mas eu vejo que ele... é, assim... ele persiste em ir porque ele sabe que no fundo, no fundo né ele tem amizades ali, ele antes de ver Irís ou eu mesmo, a Eugênia é um vínculo bom que ele tem, né... um vínculo da comunidade mesmo, eu acho que é uma referência, assim pra ele tá indo ali, mas eu não sou a favor disso que a gente tá fazendo não...*

3.2 Interpretando alguns encontros, alguns facho de luzes aproximativas na comunicação entre profissionais de saúde e usuários no cuidado à saúde da família, rumo ao “Cuidado Bom” e à “Vida Boa”: mundos ligados

3.2.1 Encontro de sentimentos e emergência do “Cuidado Afetuoso/Amoroso”: o afeto e a espiritualidade presentes e valorizados no ato de cuidar

"Todos os seres vivos cuidam da qualidade. Peixe foge de água poluída, passarinho não faz ninho em chaminé de fábrica, cachorro não come comida estragada. O nenezinho, ignorante de tudo o mais, sabe distinguir entre leite bom e leite ruim. Quando a qualidade é boa, ele engole feliz. Se a qualidade é má, ele recusa o bico do seio, cospe e até mesmo vomita. O que é bom dá prazer. O que é ruim faz sofrer. O violeiro que afina sua viola está testando a qualidade do som, quem aprova ou reprova é o ouvido, especialista nos prazeres e dores da audição. O pintor que pinta o quadro ou a parede vai testando a qualidade das cores, e quem aprova ou reprova são os olhos, que gozam e sofrem com a luz e com as cores...E a mão que testa a temperatura do corpo, a temperatura do ferro de passar, a temperatura da água do chuveiro, a temperatura da garrafa de cerveja, a maciez da pele..." (Alves, 2002).

"Ali não, a Doutora Rosa Vermelha do Núcleo, que é médica da família, ela se preocupa... igual quando eu fui, eu falei pra ela: "Rosa Vermelha o meu filho tá ouvindo!"... Ela parou todo o serviço dela, e foi ligou pra Verão, que é a que adora o Pedrinho (nome fictício), né... Ela ficou emocionada, se fosse outra médica assim dum plantão, igual tem na Vila Maria, ia ligá pro filho da gente!, não ia!, ia falá então tá bom, ia virar as costas e ia continuar o serviço. Ela não, ela parou o serviço dela, ligou, falou, chorou tadinha comigo, ficou emocionada... Então, a gente vê que gosta né!... Ela gosta da minha família sim!, dos meus meninos, gosta... Ah... é uma emoção muito grande, né. Mais de 6 anos sem ouvir e agora ele tá ouvindo..."

(Andréia, usuária no momento da entrevista).

Conforme veremos a seguir nos fragmentos de falas dos sujeitos entrevistados, além dos cuidados físico-técnicos eles ressaltam também a

importância **do afeto e da espiritualidade** no ato de cuidar. De forma que nos parece que uma atitude cuidadora na qual esteja presente o afeto e a espiritualidade interfere positivamente para que estes sujeitos respondam às dificuldades enfrentadas diante de vivências penosas tais como o sofrimento, a doença, as perdas, a morte, a violência, entre outras.

Podemos observar uma valorização do cuidado com a dimensão biológica, mas também com a dimensão espiritual que contribui para o aprimoramento de princípios éticos que dão sentido à vida. Para estas pessoas o “ato de cuidar do espírito/alma” não deve se dissociar do “ato de cuidar do corpo físico”, ou seja, torna-se importante para estes sujeitos o cuidado tanto do corpo como da alma. Assim, observamos que o componente afetivo e religioso surgem como componentes essenciais no ato de Bem Cuidar de pessoas.

***Dona Carmem (Entrevista 3, Usuária):** É... quando “ele quer”, quando... logo que deu o derrame ele fazia bem, sabe. Agora, ele não fazia muito mais. Você pergunta, ele... tem dia que ele faz assim, tem dia que ele pisca, tem dia que ele não pisca de jeito nenhum, você pergunta. Então... a gente tá fazendo assim: dedicando de corpo e alma pra ele!, porque a gente não sabe o que que ele sente!... Não é!?... a gente não sabe, se ele tem..., quando eu vejo assim que ele tá meio desesperado, igual agora que ele teve internado sexta-feira passada...*

***Entrevistadora:** ... que a senhora me contou!...*

***Dona Carmem:** ... Então, porque ele urinou sangue..., aí eu arrumei ele, vim, acho que era uma meia noite e pouco eu levei ele pro hospital, né. Ele tava urinando sangue, o doutor Luís (nome fictício) falou que é próstata, que é o negócio da próstata dele que tá... que deu infecção, né. Então, agora ele tá em casa, prendeu o intestino uma semana, e aí eu fui dando chazinho, dando agarol, até que voltou ao normal, depois de uma semana voltou ao normal, né. Só que você não sabe o que que ele sente, se ele tem dor na barriga, ou alguma outra dor... Você não sabe! (ênfase)... Você não sabe falar direito a coisa que ele sente, né. Então, isso é difícil, isso é tristeza mesmo, porque você acompanhar doente assim é difícil... Eu aspiro muito ele, a gente dorme pouco, não dorme muito, não sai de casa, a não ser pra fazer um comprinha... E faço a minha caminhada também, isso eu deixo ele e faço uma caminhada por dia!, de segunda a sexta...,*

porque senão atrofia, né.

Entrevistadora: *É isso aí Dona Carmem!...*

Dona Carmem: *Vai, né, a gente vai ficando velha, paralisada. Então, a gente faz essa caminhada todo dia, cinco hora, vinte pra cinco eu saio, vou bem longe, quase uma hora, bem dizer uma hora por dia. Então..., tãmos assim essa luta!... Ele tá com 73 anos, em setembro ele faz 74 anos. Mas ele tá "bonito" (ênfase), ele não tem ruga, tá muito conservado, tem muita força... Mas... a perna dele ele não abaixa, tá atrofiando, o braço esquerdo tá atrofiando, eu tô tentando fazer uma massagem, porque ele não deixa, porque eu arrumei fisioterapeuta, ele...ele endureceu, ele não deixava, ela ficou com medo de... de deslocar o ombro dele, né. Ele não "aceita" (ênfase) muito, essas coisas...*

Entrevistadora: *... Dona Carmem, só para eu ter uma noção melhor, conta pra mim como é um dia da senhora cuidando do Seu Francisco (nome fictício)?!... Eu sei que em um minutinho só, a senhora falou: ó... eu aspiro, eu durmo pouco, tem sonda, eu tento fazer massagem, quando ele deixa... Eu estou me dando "de corpo e alma" para o cuidado dele, né?!... Um pouco deste cuidado eu já vi, mas só para eu saber um pouco mais como que a senhora cuida?... Quais que são os cuidados que a senhora presta no dia-a-dia para o seu Francisco?!... Me conta como se fosse um dia da senhora...*

Dona Carmem: *É!... do dia?!... É eu vou te contar direitinho o dia Priscila: Olha, eu levanto seis e quinze da manhã, seis e vinte, levanto, venho pra cozinha, faço café, dou o remédio... dou omeprazol pra ele, não é todos os dias, mas dou sempre duas, três vezes por semana, né... E... faço café, esquento o leite dele, que é a primeira dieta dele, que é o leite de... de vaca de saquinho né, leite Nilza, aí eu dou, vai farinha de trigo, que eu torro a farinha de trigo e uma colherinha de aveia, isso é às 7 horas da manhã eu dou pra ele. Aí o meu irmão chega, porque o meu irmão ajuda a lavar ele de manhã, aí nós pomos a comadre, aí lava ele, de assento, troco, fica limpinho!. Aí vou limpar a boca dele, eu limpo com micostatin e... e como é que chama o outro? ... de limpar a boca lá?...*

Entrevistadora: *Cepacol?!...*

Dona Carmem: *É... Cepacol!... Aí eu misturo, ponho um pinguinho de água, ponho uma gaze no dedo, limpo toda a boca dele... Aí rezo com ele, dou o remédio pra ele, que ele toma o remédio pro pulmão, fomicil 600, ele toma um comprimido todo dia de manhã. Dou xarope, pra expectorar, né, aí ponho colírio no olho dele, pego na mão dele e vamos rezar!... Aí rezamos, rezamos bastante, agradecemos à Deus tudo que a gente recebe dele, peço à virgem Maria para dar força pra ele, amparo pra mim e pra ele, pra gente passar "tudo" (ênfase) o que tem que passar!. Bom aí venho pra cozinha, venho vou lavar a roupa, né, deixo de molho, a roupa dele. Aí venho fazer a dieta pro dia inteiro, aí eu já cozinhei um ovo, porque ele come um ovo por dia!. Aí eu bato o leite de... Nilza, que é pro outro dia, já deixa pronto na geladeira. Aí eu bato leite de soja em pó, que é importado, bato 20 tampinha de leite em pó, meia colherinha de farinha de trigo e uma clara, aí eu divido..., ponho 400 ml de água, divido em dois, ele toma as 2 horas da tarde e às 10 da noite, esse é o leite de soja!. Aí depois que eu terminei esse, aí eu vou fazer a comida de sal, que eu faço pra semana inteira, eu deixo no freezer, todo dia tiro um frasco,*

descongelado, aí ponho uma colherinha de farinha de trigo torrada e a gema do ovo, coloco um pouquinho de água do filtro, e aí eu bato, divido em dois, aí ele toma uma às 10 hora e toma outro às 6 da tarde... Ele toma cinco dietas por dia!... E nesse intervalo eu dou bastante água! Ele deve tomar um... uns dois litros, mais de dois litros de água por dia, uns dois litro e quase meio entre a dieta e... a água limpinha que dá...

Entrevistadora: *Ok!... Tudo por sonda!...*

Dona Carmem: *Tudo por sonda!... Tudo assim, esquento um pouquinho, quebro do frio, né. Tudo isso. Aí quando é meio dia e meia torna a trocar ele. Às duas e meia da tarde a gente dá banho, o dia que tá bem quente de chuveiro, o dia que não tá lava de assento, troca outra vez. Vinte pras oito mais ou menos, torna a trocar, porque às 6 horas eu dou a comidinha, torno a trocar, 11 horas da noite torna a trocar sozinha, troco ele, viro ele, ponho o travesseiro, arrasto ele, ponho o travesseiro, pego na mão dele, rezo!, entrego ele pra Jesus e Maria, beijo ele bastante! (ênfase nesta fala), e aí vou arrumá pra mim dormir... Esse é o nosso "dia-a-dia" até hoje!.*

Entrevistadora: *Dona Carmem agora na hora que você falou..., que a senhora falou eu lembrei,... olha já vai fazer quase um ano que eu vim aqui pela primeira vez e eu lembro muito bem!... Sabe que a senhora foi a primeira família que eu vim visitar aqui do Núcleo!... E eu lembro muito bem, que eu vi um pedacinho desse cuidado, que a senhora faz para o Seu Francisco, e me marcou muito o fato da senhora beijar muito ele e fazer tudo com extremo carinho... E uma coisa que eu queria perguntar também, é com relação a "rezar", a oração, a senhora falou assim: eu pego na mão dele e rezo..., né, eu até marquei aqui no papel, e vamos rezar!...*

Dona Carmem: *É!...*

Entrevistadora: *O que significa isso pra senhora?!... Conta pra mim como que é isso... Me parece que é um passo, uma etapa tão importante quanto fazer os cinco frascos da dieta, da comida?...*

Dona Carmem: *Ah... É, é muito importante!, é importantíssimo, é im-portan-tís-si-mo... isso aí é ...*

Entrevistadora: *Conta pra mim o que representa para a senhora a oração?!...*

Dona Carmem: *... Isso é a força que eu recebo de Deus!... É a força que ele tá me dando pra eu cuidar dele. É com muita oração, eu falo todo dia pra ele que eu amo ele!, que ele tá bonito! (riso)... Então, isso aí é a força que a gente, que nós recebemos de Deus, ele tem dado força, que tem dia que a gente pensa que nem não vai agüentar, que eu tenho muitas "dor de cadeiras" E a gente tá, assim por amor tá fazendo tudo que tá fazendo, porque sem amor e sem o amor de Deus, o amparo que a gente tem, a gente não conseguiria fazer tudo isso sozinha, né. Porque os meus irmãos só ajuda a dar banho, porque o resto eu faço tudo, tudo, tudo, tudo...*

Entrevistadora: *Descreve pra mim, Dona Carmem se for possível... com a senhora tão bem descreveu que separa a gema do ovo, mistura com o leite de soja em pó, né,... separa nos frascos do dia, tudo isso. Com que é o fazer junto com o Seu Francisco a reza?!... Como que é?!...*

Dona Carmem: *Ah... eu acho que ele fica feliz, também!, porque eu acho*

que dentro, no íntimo dele ele quer..., porque assim eu rezo a oração de... de São Camilo, rezo a oração do enfermo, que até pede pros médicos, enfermeiros, eu não sei se você tem aquela oração?!...

Entrevistadora: *A senhora me passou!... Eu xeroquei... (riso)*

Dona Carmem: *Então, então ela é "muito" (ênfase) bonita, quer dizer que eu rezo até pros médicos, pros enfermeiros também todo dia, né. E aí eu pego na mão dele, eu sei que ele fica tranqüilo, aí eu rezo, faço a oração de Nossa Senhora Aparecida, pedindo a ela proteção e amparo, e... aí eu sei que quando eu rezo o pai-nosso, a ave-maria, eu tenho certeza de que ele reza também dentro dele, né! E ultimamente ele tem ficado muito em paz, porque logo que deu derrame ele era "muito nervoso" (ênfase), muito revoltado. Agora não, ele já tá mais assim... aceitando mais, né. Então, a oração pra nós é uma parte mais importante da nossa vida, principalmente pra mim é!*

Entrevistadora: *Entendi!... Dona Carmem a senhora falou que o seu Francisco tá aceitando... tá parecendo que está aceitando melhor a situação?!... E a senhora?!... tá em paz?!...*

Dona Carmem: *Tô... Eu também!... É a coisa que eu tenho dentro de mim é paz...*

Entrevistadora: *Mas tem alguns momentos, algum dia que não está bem?!... momentos de revolta?!...*

Dona Carmem: *Tem!... mas de revolta não!... Tem dia que eu tenho de tristeza! Tem dia que choro!... Sabe tem dia que a gente sente mais...*

Entrevistadora: *Conta pra mim o dia que não está bem... quando não tá legal?!...*

Dona Carmem: *(riso)... Porque tem dia que a gente levanta meia triste, meia por baixo, né!... (riso), porque você não tem com quem conversar, porque ele não conversa, né. Então, eu me pego muito assim em...em crochê!, de dia não dá muito tempo, né, mas de noite eu faço crochê, eu pinto, eu bordo... Então, isso aí pra mim também é muito importante na minha vida! O dia que tá muito triste assim, às vezes eu choro bastante, mas... mas tem dia que eu canto bastante pra ele! Gosto de cantar!...*

Assim, os sujeitos entrevistados mostram em seus depoimentos que as características e qualidades de um **bom cuidado** inclui cuidar do outro da mesma forma como ele gostaria de ser cuidado. A narrativa a seguir mostra bem esta questão, onde a "boa comida" ofertada ao outro é também a comida ingerida pela cuidadora. É possível observamos também, nesta narrativa, que, na prática cotidiana de cuidar no domicílio, estas famílias têm enfrentado muitas dificuldades, podendo em alguns momentos contar com a "ajuda/apoio" de alguns profissionais de saúde,

configurando na emergência de verdadeiros encontros. Entretanto, em outros momentos, estas famílias estão encontrando grandes obstáculos na relação com diversos profissionais e serviços de saúde que conduzem a emergência de grandes desencontros, onde os profissionais mostram-se bastante “burocráticos e tecnicistas” e os familiares bastante “sozinhos” no ato de cuidar.

Entrevistadora: Certo!... Dona Carmem, eu estou aqui imaginando que hoje a senhora já faz esses cuidados de olhos fechados, né,... “tira de letra”, né... (riso). Estou percebendo que a senhora faz com muito carinho e hoje a senhora já tem uma facilidade, né em fazer tudo isso, né!?

Dona Carmem (Entrevista 3, Usuária): Tem!... tem...

Entrevistadora: Mas eu fiquei imaginado, fico pensando que no começo quando ele precisou usar a sonda, aspirar a traqueostomia,... que não deve ter sido tão fácil como é hoje, né!?

Dona Carmem: Não foi muito difícil!...

Entrevistadora: Lembra pra mim como que é a família ter que fazer essas “técnicas”, né, esses “procedimentos de hospital”, né...

Dona Carmem: Quando ele veio pra casa, eles só me deram “uma lista” (ênfase) do que tinha que fazer!.

Entrevistadora: Certo!... uma lista!?... Lembra pra mim que sentimento que dá, né, Dona Carmem...

Dona Carmem: Aí eu já sai antes dele sair do hospital, deram a lista do que era pra comprar, aí comprei cama hospitalar, comprei o aspirador, comprei “tudo” (ênfase) o que eles me falaram lá, deram um papel, uma lista eu comprei!. Trouxe ele pra casa, lá no hospital eu arrumei um enfermeiro, pra vim trocar a “sonda” (ênfase) dele!... E fazer alguma coisa que eu não sabia, porque eu nunca tinha visto nem aspirar, só vi no hospital. Vi trocar sonda também no hospital. Aí arrumei um enfermeiro, então... quando ele arrancava a sonda, eu liga, ele vinha. Quando fez uns dias que ele tava em casa, o enfermeiro trabalhava em “3” hospital! (ênfase), saia de um, ia pro outro, do outro, ia pra outro. Aí eu liguei lá, de manhã, ele tinha arrancado a sonda a noite, né. Aí, ele pegou, eu liguei lá, a mulher dele falou: “Ó ele tá trabalhando, ele vai sair do Hospital São Francisco, vai pras Clínicas, depois vai lá pro... pro Ribeirão. Aí eu falei: “Mas minha filha, mas meu marido arrancou a sonda!, como que faz?”. “Th... ela falou: “Mas... aí a senhora tem que arrumar outra pessoa!, porque ele não vai... ele não vai poder ir aí!, neste intervalo, né”. E eu peguei e liguei pra Medica, porque a gente faz parte da Medica, eles “não trocava sonda!” (ênfase), diz que tinha que levar no hospital... Peguei, pedi pro pronto-socorro, o pronto-socorro também não quis vim trocar, disse também que precisava levar ele e depois trazer. Como ele é

"muito difícil" (ênfase), quando ele deu derrame, ele pesava 103 quilos, ele era "bem" forte, né. E eu falei: "Como que vai tirar daqui?!"... e o pronto-socorro uma vez... uma vez ele já tinha trocado pra mim, mas a mulher... a mulher lá não aceitou!, lá a chefe delas lá!. Diz que "não"!, que não podia, não podia!... Então, ele ficou o dia inteiro "sem" comida, "sem" água, quando deu 10 horas da noite, eu não conseguia arrumar ninguém. Fui no lixo, catei a sonda, lavei a minha mão, pus uma luva, medi tudo que era naquela outra suja. Arrumei direitinho, do jeito que tava a outra. Pus ela lá no chão, e fiz tudo o que tinha que fazer naquela outra. E falei: "Ó bem, com Jesus e Maria, eu vou colocar esta sonda!..., porque eu não vou conseguir dormir sabendo que você tá sem comida e sem água!". Peguei, fui colocar e consegui por!. E como que eu ia saber que tava no estômago?... porque ele não deu vômito, nem nada. Peguei a seringa e puxei, e veio uma água na seringa, eu falei: "Ah... eu vou te dar comida, seja o que Deus quiser!. Se você tiver que viver, você vai viver, se você tiver que morrer, não foi eu que te matei, é porque aconteceu, né!". Peguei, daquele dia, de lá pra cá, minha filha...

Entrevistadora: A senhora aprendeu a trocar a sonda sozinha?...

Dona Carmem: Sozinha!... E aspirar também!... A moça falou: "A senhora tem que levar essa... essa sonda pra esterilizar lá no Cuiabá!". "Toda a vez que a senhora usar, a senhora tira, lava e leva lá!". Eu falei: "Como eu morando aqui, eu vou levar lá todo dia essa sonda!?". Aí conversando, como o homem da... o vendedor lá da... loja de artigos de hospital, ele falou: "Não, senhora, a senhora não tem que fazer isso não!... A senhora leva esse líquido aqui, é um líquido cor-de-rosa, né?!..."

Entrevistadora: A senhora me mostrou no outro dia!...

Dona Carmem: É!... A senhora leva, a senhora lava a sonda, coloca ela aí dentro, deixa um pouquinho ela aí dentro e passa pro vidro da água limpa, água fervida. E é assim que eu fiz, e eu tô até hoje. Aí..., aspirava, porque tinha muita secreção!. E eu não sabia se tava limpando ou se não tava, eu não sei, eu fazia!. Até que deu certo, e eu tô aqui até hoje fazendo isso. Levanto à noite pra aspirar ele...

Entrevistadora: Eu fico aqui imaginando que "sufoco"(ênfase nesta palavra) que foi esse dia, que a senhora passou, de querer dar o alimento e não ter o enfermeiro que vinha né, pra ajudar... E ficar um dia todo, até 10 horas da noite, né procurando por alguém... e não achando ninguém, né...

Dona Carmem: É... foi muito sofrimento!...

Entrevistadora: Mas fora esse dia de sufoco, teve depois alguma oportunidade de algum profissional de saúde ter vindo, ensinado a senhora a trocar a sonda, a aspirar...

Dona Carmem: Não!... Nunca ninguém veio me ensinar nada!. Aí passado "muito tempo" (ênfase), o médico da Medica tinha vindo aqui, aí conversando, ele falou, me deu os parabéns, falou que ele era muito limpinho, que ele chegava aqui, não tinha um cheiro de nada!... de urina, de coco..., que ele ia em paciente que não podia nem respirar, com mal cheiro, né. Aí ele falou assim, pra mim assim... OBS: Troca de lado da fita do gravador, interrupção breve na fala.

Entrevistadora: Então, Dona Carmem pode continuar... a senhora estava me contando o que o médico falou pra senhora...

Dona Carmem: Então... então o médico da Medica me falou que era perigoso eu "matar" ele! (ênfase na fala), colocando a sonda, se fosse no pulmão dele, que matava ele!. Eu peguei e falei assim pra ele: "Ó... Olha se for o dia dele morrer, ele vai morrer não foi porque eu matei ele, porque era o dia dele!". Fiquei até meia brava, porque eu falei pro Doutor porque eu tô fazendo isso com amor, não tô fazendo pra matar ele, tô fazendo pra ajudar ele, né. Aí ele pegou e falou assim: "Ah... era bom que viesse alguém trocar pra senhora...!". Aí me falaram, eu liguei ali no posto dá... dá Vila Maria, e aí tinha uma japonesa lá, ela começou a vir trocar pra mim, mas era "difícil"... Aí bom um dia ela veio e falou assim: "Olha, Dona Carmem, agora eu não vou vir mais trocar, agora quem vai vir é o 'Núcleo' que tem aqui, que você faz parte 'do Núcleo', né". Aí ela mesmo ligou lá, aí veio a assistente social aqui, veio saber, veio uma enfermeira também. Até parece que quem veio foi a Juliana!, aqui a primeira vez. Aí veio, tudo falo: "Não, que eles vinham trocar!". Aí veio, elas vinha sempre, de 20 em 20 dias elas trocava, eu avisava e trocava, né. Bom, aí quando foi passado mais uns tempos, elas vinha. Aí vinha até aquelas estudantes lá pra "tentar" colocar (ênfase), vinha umas aí que não conseguia trocar!, eu ia lá e trocava, né, junto com elas mesmo. Aí, teve um dia que eu liguei lá, fiquei esperando "três dias" (ênfase)..., elas não agendaram, e elas não sabiam, né!. Então, aí passado mais uns dias, eu conversando com elas, falei que eu tinha trocado a sonda. "U-ai, Dona Carmem, a senhora não chamou!?, não falou!?". Eu falei: "Falei bem!. Eu esperei três dias!". "Ah... mas não agendaram!. Então, a gente não sabia!...". Falei: Ah... não tem importância!...", porque aí eu falei pra ele assim: Eu conversando... conversando com o Francisco, eu falei pra ele assim: "Bem!..., Essa missão é nossa!. Nós não temos assim que depender... depender de ninguém!. O mais que a gente puder a gente tem que fazer!. Essa missão é nossa!. Eu vim pra cuidar de você e vou cuidar!. Enquanto Deus me der vida eu vou cuidar, nem que eu tiver arrastando as pernas aí, eu vou". E assim, que eu tô indo!... Eu troquei faz o que?!... Faz 4 dias!... troquei a sonda, de 20 em 20 dias eu troco, tem dia que vai "da primeira vez" (ênfase) que eu ponho, vai direitinho no estômago, tem dia que não, tem dia que vem pela boca, né!. Aí eu falo: "Aí Jesus, tem misericórdia!, ajuda a gente, nós estamos precisando de um amparo!. Virgem Maria tem dó!". Aí eu coloco!... E ele fica tranqüilo comigo!...

Entrevistadora: E a senhora se sente segura hoje pra trocar a sonda?!..., pra fazer isso?!...

Dona Carmem: Me sinto!... Eu me sinto segura!... Me sinto segura pra fazer tudo o que eu tenho que fazer com ele!...

Entrevistadora: Ok!... e como que a senhora sente quando as pessoas vêm aqui... que nem a senhora falou que esse médico veio, deu os parabéns, que o Seu Francisco é limpinho, bem cuidado, né... Acho que isso é uma coisa muito comum né?!..

Dona Carmem: É... é!...

Entrevistadora: ...Todo mundo vem, observa, fala isso..., né. Um dia eu também ouvi uma médica do Núcleo elogiar o cuidado da senhora... O que a senhora sente quando essas pessoas vêm e comentam isso!..., dá o parabéns para a senhora...

Dona Carmem: Eu não sinto nada!..., porque o que eu sinto, dentro de

mim, é que eu tô cumprindo com a minha obrigação de...de esposa!, que eu cumpri, que eu pus a cumpri, né!. Eu fiz um juramento, que é na saúde e na doença que a gente tem que tá junto!. Então, eu me sinto "feliz" (ênfase) fazendo as coisas com ele, vendo ele limpinho, vendo que ele não tem sentimento nenhum...

Entrevistadora: Certo!... E em toda esta estória que a senhora me contou dos profissionais de saúde que vieram tentaram e no fim não vêm mais, né!?... A senhora acha que teve um desencontro nesta estória da sonda do Seu Francisco!?, né... A senhora falou assim: avisei, esperei três dias, depois como eles não vinham pus eu mesma!... Aí eles falaram que não sabiam, não agendaram !... Como que hoje a senhora analisa tudo isso?!...

Dona Carmem: Eu analiso isso aí como uma missão que "eu" (ênfase nesta palavra) tenho que fazer!. Eu me analiso assim. Que é uma missão que "eu" tenho que fazer. Eu não posso ficar dependendo dos outros. O que "eu puder"... a não ser coisa que eu não tiver mesmo..., por exemplo, uma sonda na urina, igual lá eles puseram. Isso também eu não sei fazer!. É uma coisa que eu "não" (ênfase) sei fazer!. Mas o que eu propuser a fazer eu faço!. E me sinto feliz de fazer!.

Entrevistadora: Certo, Dona Carmem!... Isso que a senhora tá me contando é forte ehm!...

Dona Carmem: Sinto que eu... eu tô cumprindo com a minha obrigação que eu propus, né!...

Entrevistadora: Certo!... e tá mesmo!...

Alves (2001), em sua crônica intitulada *"Sobre jequitibás e eucaliptos"*, faz uma analogia interessante, no mundo da educação, entre "educadores/jequitibás" e "professores/eucaliptos". Assim, o autor nos leva a refletir que:

Pode ser que educadores sejam confundidos com professores, da mesma forma como se pode dizer: jequitibás e eucaliptos, não é tudo árvore, madeira?. No final, não dá tudo no mesmo?. Não, não dá tudo no mesmo, porque cada árvore é a revelação de um hábitat, cada uma delas tem cidadania num mundo específico. A primeira, no mundo do mistério, a Segunda, no mundo da organização, das instituições, das finanças... Eu diria que os educadores são como velhas árvores. Possuem uma face, um nome, uma 'estória' a ser contada. Habitam um mundo em que o que vale é a relação que os liga aos alunos, sendo que cada aluno é um 'entidade' sui generis, portador de um nome, também de uma 'estória', sofrendo tristezas e alimentando esperanças. E a educação é algo pra acontecer nesse espaço invisível e denso, que se estabelece a dois/. Espaço artesanal... Mas professores são habitantes de um mundo diferente, onde o 'educador' pouco importa, pois o que interessa é um 'crédito' cultural que o aluno adquire numa disciplina identificada por uma sigla, sendo que, para fins institucionais, nenhuma diferença faz aquele que a ministra. Por isso mesmo professores são entidades 'descartáveis... De educadores para professores

realizamos o salto de pessoa para funções. É doloroso mas é necessário reconhecer que o mundo mudou. As florestas foram abatidas. Em seu lugar eucaliptos... Uma vez cortada a floresta virgem, tudo muda. É bem verdade que é possível plantar eucaliptos, essa raça sem-vergonha que cresce depressa, para substituir as velhas árvores seculares que ninguém viu nascer nem plantou. Para certos gostos, fica até mais bonito: todos enfileirados, em permanente posição de sentido, preparados para o corte. E para o lucro. Acima de tudo, vão-se os mistérios, as sombras não penetradas e desconhecidas, os silêncios, os lugares ainda não visitados. O espaço se racionaliza sob a exigência da organização... Não existirá aqui uma profunda contradição?. Plantar carvalhos?. Como, se já se decidiu que somente eucaliptos sobreviverão?. Plantar tâmaras, para colher frutos daqui a cem anos?. Como, se já se decidiu que todos teremos de plantar abóboras, a serem colhidas daqui a seis meses? [...] (ALVES, 2002, p. 13-37).

E nós, neste momento do texto, ousamos também explorar esta analogia transpondo-a para o mundo da saúde, e especificamente do cuidado à saúde da família. E nos indagamos: onde estão os *“cuidadores/jetiquibás”*, que permitem a produção de um *“cuidado/afetuoso, quente”*, um cuidado voltado para *“projetos de felicidade”*. E onde estão os *“profissionais/eucaliptos”*?, que produzem um *“cuidado técnico, frio”*, um cuidado voltado para o êxito, para um resultado que possa ser medido quantitativamente e *“cobrado”* do usuário. E o cuidado/afetuoso/amoroso?. Que terá acontecido com ele?, existirá ainda o nicho ecológico que torna possível a sua existência?, resta-lhe algum espaço?, será que alguém lhe concede a palavra ou lhe dá ouvidos?, merecerá sobreviver?.

Talvez os cuidadores/jequitibás ainda consigam sobreviver, em parte porque as pessoas ainda acreditam nos chás, cataplasmas, emplastros, simpatias e rezas de comadres e curandeiras. E, nesta pesquisa, estão nos dizendo que um cuidado que valoriza as dimensões humanas e subjetivas, como o afeto e a religiosidade, são tão importantes quanto o cuidado que valorizam as dimensões objetiva e técnica. Mas sentimos que, freqüentemente, o ritmo do mundo dos

cuidadores/jequitibás, que valoriza a qualidade, o vínculo e o envolvimento dos sujeitos, não segue o ritmo do mundo da instituição saúde que privilegia a quantidade, a rapidez e o distanciamento das pessoas.

Portanto, o grande desafio está em fazer o deslocamento do cuidado, voltado para o êxito técnico, que constrói objetos de intervenção para o cuidado voltado para o sucesso prático, que constrói sujeitos e projetos de felicidade. O grande salto quantitativo no ato de cuidar está em transpor a produção de exclusão dos usuários camuflada por critérios técnicos, clínicos, burocráticos e administrativos e voltar-se para a produção de cuidados aos usuários no lugar da produção de procedimentos técnicos, quantificáveis, remuneráveis e instrumentalizar a equipe de saúde para compor a caixa de ferramentas com as tecnologias duras, leve-duras e leves necessárias para a produção e gestão do cuidado (MERHY, 2002).

Entretanto, destacamos também a importância de não cairmos na armadilha das polaridades. É importante mantermos vivo em nós os ideais que nos inspiram eticamente, buscando a sabedoria dos jequitibás como desejo, como ideal e norte de conduta de uma “Boa Vida” e um “Bom Cuidado”. Entretanto, é importante, também, termos claro que na vida real, em certos momentos, “não dá para ser sempre jequitibá”. Muitas vezes, fazemos e desejamos a ação comunicativa, que acolhe e entende o outro como sujeito, mas na prática cotidiana dos serviços de saúde e da vida também nos deparamos com a ação instrumental que vê o outro na relação como um objeto e a ação estratégica, que também considera o outro como um objeto e traz uma característica forte de manipulação.

3.2.2 Encontros comunicacionais e valores compartilhados pelo sujeitos em interação: os atos de Falar, Escutar/Ouvir e estar sensível aos sofrimentos e dores do outro presentes na boa atitude cuidadora

"A vida é uma grande cozinha. Quem aprendeu a sabedoria da cozinha aprendeu a sabedoria necessária para viver. E a sabedoria da cozinha é esta: que tudo o que se aprende, que se sabe e que se faz tem por objetivo esse momento supremo de felicidade e prazer. 'Controle de qualidade' é controle de prazer. 'Gestão de qualidade' é gestão de prazer. 'Qualidade total' é prazer total.." (Alves, 2002)

"Sabedoria pode ser que seja ser mais estudado em gente do que em livros"
(Barros, 2002)

Apreendemos que na dimensão relacional entre profissionais e usuários, um valor importante, compartilhado por ambos os sujeitos em interação, era o **escutar/ouvir**, ou seja os sujeitos entendem que a relação de diálogo e comunicação só será possível através de uma atitude onde possam **falar e ouvir**.

Portanto, estes sujeitos tinham como referência comum, anunciada e buscada, o diálogo solidário, o entendimento e a ação comunicativa e identificavam problemas, denunciando situações vivenciadas em outros serviços de saúde onde esta interação comunicativa, altamente desejável, tornava-se literalmente um "monólogo", "uma conversa de surdos e cegos".

Em meio a interações autoritárias, violentas, posturas agressivas, cada sujeito ficava isolado e preso em seus interesses específicos e não se abria para ver e escutar (acolher) o outro, caracterizando um diálogo onde o outro não era visto nem escutado como um ser humano, como demonstram os seguintes relatos de um usuário do serviço que enfrenta em sua vida a obesidade mórbida:

Eles não se aproximam muito de você, né, pra conversar... Eles não te ouvem, pronto eu usei a palavra certa. É eles que falam, você..., é eles que têm razão, você não tem a razão, tá!.. (refere-se à outros serviços de saúde)... Porque aqui eles te ouvem mesmo... (refere-se ao serviço do Núcleo de Saúde da Família)... Eles aqui não fazem isso, eles entendem primeiro o seu ponto de vista, no que você tá sentindo, pra depois eles trabalharem com você e trabalhar devagar, e vale a pena. É muito bom mesmo... (Ricardo, usuário do serviço de saúde da família).

[...] Eu nunca fui magro, sempre fui gordo desde quando eu nasci né e... sempre fiz tratamento e... com os melhores especialistas aqui da cidade, endócrinos, e entre outros e nunca tive uma resposta que eu gostaria... que poderia ter tido. Porque?. E... eles apenas... nesta parte de especialistas, eles querem apenas que você emagreça pra cumprir a meta deles. Então é isso, ou alguns tão fazendo algum trabalho de pesquisa pra pegar e publicar..." (Ricardo, usuário do serviço de saúde da família).

Neste sentido, observamos que a equipe de saúde do Núcleo de Saúde da Família, dentro de suas potencialidades e vulnerabilidades, tem cumprido a demanda trazida pelos usuários de "querer ser ouvido e acolhido". Os depoimentos de outro usuário do serviço que vivencia em sua vida um problema psiquiátrico crônico também exemplifica esta questão:

A união... A minha família não tem união, sabe?!... Não procura sentar, conversar... qual coisa tá errada, o que tá certo... é tudo na base do grito, na base da discussão... no grito... não compreende as coisas... então isso vem prejudicando não só eu como a família inteira... Porque não tem diálogo, não tem diálogo... Porque na família nos fomos criados assim... debaixo de pancada... sabe?... (Fábio, usuário).

Converso com o psicólogo, com os pacientes (refere-se à terapia de grupo realizada em outro serviço de saúde mental). Chego lá... que vocês acham que o Fábio (refere-se a sua pessoa) tá com idéia de se matar???... Aí os pacientes... cada paciente dá a sua opinião (refere-se à

dinâmica de grupo). *Acho que ele pensa em se matar... é porque tem uma vida muito difícil. É aposentado, ganha um salário mínimo, não agüenta trabalhar mais... ele não agüenta trabalhar mais... Não tem mais saúde... e gasta o dinheiro à toa... compra cigarro... salgado na pastelaria...* (Fábio, usuário do serviço de saúde da família).

Ah... comprou caderno, lápis, caneta e tava me ensinado a escrever, passando lição pra mim copiar... é... a,e,i,o,u, ba,be,be,bo,bu... às vezes fazia a lição do livro da cartilha, eu copiava no caderno... tudo... eu mostrava pra ela... não tava bom ela dava bronca. (conta sobre alfabetização feita por uma profissional de saúde do serviço) Tava mal feito, apagava, fazia eu fazer de novo. Passava conta... fazia as contas: 'Oh, tá de parabéns!'... Tem hora que isso foi que nós mais se apegou, sabe?. A lição que ela passava pra mim... (Fábio, usuário).

Quando adentramos neste campo da saúde mental e da enfermagem psiquiátrica, com certeza um dos grandes desafios. É a transposição da barreira de linguagem, pois, em geral, o sofrimento, a dor, afastam o indivíduo de seu entorno, fecham-no em si mesmo, obstaculizam sua comunicação e tornam difícil o diálogo assistencial e a construção de sabedorias práticas rumo à Vida Boa (AYRES, 2002). Entretanto, vemos, através dos relatos acima descritos, que, apesar dos grandes desafios, este encontro entre os sujeitos, esta comunicação é possível de acontecer e tem acontecido na prática cotidiana de trabalho em saúde.

3.2.3 Encontro de valores humanos e éticos: um "Alfabeto" do Bom Cuidado e da Boa Vida, composto por quatro atitudes: Calor humano, Respeito, Envolvimento e Confiança

*"Gente é muito bom, gente deve ser bom. Tem que se cuidar, de se respeitar o bom (...).
Gente quer comer, gente quer ser feliz, gente quer respirar ar pelo nariz (...).
Gente lavando roupa, amassando o pão.
Gente pobre arrancando a vida com a mão. Quer durar, quer crescer, gente quer luzir (...).*

Gente é pra brilhar, não pra morrer de fome... (Gente, Caetano Veloso)

"Eu acho que isso é o melhor que eu encontrei nesse Núcleo, entende... a questão mais humana no relacionamento com os pacientes. Não é assim 'o paciente número tal, que tem tal coisa', não não é isso. É a fulana de tal que chega aqui, a gente recebe super bem, dá um ói, senta ali, pergunta como tá, fica conversando enquanto não vem a consulta, acho que isso faz um diferencial muito grande pra pessoa..." (Lívia, profissional de saúde, momento da entrevista).

Matumoto (2003), ao estudar também "os encontros e desencontros entre trabalhadores e usuários na saúde em transformação com um ensaio cartográfico do acolhimento", mostra-nos que, muitas vezes, nesta relação, velha paisagem se repete:

[...] a ausência do usuário-protagonista. Do usuário que protagoniza o seu próprio viver e a produção de seu cuidado junto com o trabalhador, do usuário que detém uma sabedoria, que é expert em algo que nós técnicos de saúde não somos - a ciência de viver a sua vida. A dor de se ver produzindo exclusão dos usuários camuflada por critérios técnicos, clínicos, burocráticos, administrativos (p. 168-169).

A autora fornece-nos algumas "pistas", definidas como indícios, detalhes de pouco destaque, quase imperceptíveis, mas que fazem a diferença no modo de nos relacionarmos com os usuários. Entre estas pistas destacamos as "pistas éticas" de: respeitar ao outro e aos seus, respeitar os próprios limites, manter sigilo das informações, não se deixar levar por preconceitos e não excluir.

Entrevistadora: Certo... Você estava me falando que nesse processo que você falou de amadurecer, né? infância, de descobrir uma profissão, né? Que valores, que verdades que você tem importantes na sua vida, Juliana, que valores são importantes na vida pra você?

Juliana (Entrevista 19, Profissional de Saúde): Acho que é até por passar por esse processo, né? eu acho que muito da... da ética, né?, da

ética das relações mesmo, então eu acredito muito essa coisa assim de... de que a hora que a gente tem um momento com uma pessoa, aquele momento é nosso com aquela pessoa, às vezes ela fala alguma coisa pra gente ouvir, poder conversar, mas de respeitar aquele momento e não falar aquilo com outra pessoa, né? se eu não puder ajudar, também não vou atrapalhar, né? e assim...até saber se a pessoa quer ser ajudada, se ela quer que fale aquilo pra outra pessoa, ou se aquilo é só nosso... Acho que eu aprendi um pouco também no Núcleo, né? e um pouco nas relações por aí, né? então essa coisa é realmente ética mesmo, né? de respeitar o outro, respeitar o que ele pensa, respeitar o que ele sente, até assim pra sentir que dá pra confiar, né? e estabelecer esses... essas coisas de confiança, de... de respeito mesmo, né?, de julgar o outro, de coisas de valores, eu acho que aprendi muito disso e tenho tentado fazer isso, né? nas relações...

Esta outra narrativa, de um profissional de saúde, também levanta questões importantes relativa ao ato de bem Cuidar:

Entrevistadora: ... E essas famílias, o que elas devem estar vendo de bom e de ruim no trabalho do Núcleo?

Conceição: (Entrevista 32, Profissional de saúde): ...(pausa) Olha, eu vejo assim, pelas manifestações indiretas né, manifestações de adesão, de presença, de participação, de estar lá para as atividades clínicas e atividades grupais, não clínicas também, para as festas também, então é um Núcleo cheio, né, os pacientes vão, conversam, nas visitas eles fazem manifestações de, de que gostam da unidade, de que gostam de receber o agente, eles tratam a equipe muito bem de um modo geral, então assim, eu vejo indiretamente através dessas manifestações, eu acredito que os pacientes reconhecem o valor, confiam na equipe, né.

Entrevistadora: E quando a gente pensa nesse cuidado, o que elas devem valorizar como essencial no cuidado dessa equipe? O que seria para elas um 'Bom Cuidado'?...

Conceição: Eu acho que a forma de como são acolhidas, como são recebidas, é ter um Núcleo com condições físicas boas, ter um lugar que é bonito, limpo, né, tem materiais de boa qualidade, tem profissionais educados, que conversam. Tem algumas pesquisas que mostram em relação a satisfação do usuário esses componentes, que eles valorizam isso, valorizam essa receptividade, valorizam ter material, valorizam o espaço físico, valorizam o acolhimento, as orientações que são dadas pelos profissionais lá dentro, e eu acho que está oferecendo isso.

Conceição: Acho que os profissionais da saúde de um modo geral, eles tem uma onipotência, a pessoa chega estrupada e sai inteira, chega doente e sai curada, e acho que o próprio ser humano né... De se sentir

com essa potência toda né, de tomar conta de tudo, de dominar até a morte, então, é você subestima o outro né, você não quer ver a capacidade que o outro tem e a importância que o outro tem nessa relação para poder fazer a coisa acontecer...Eu acho que o trabalho dentro do hospital tem essa mágica né, o cara chega lá todo estrupiado né... e sai inteiro né, o osso sai emendado, a perna sai, não é verdade?. Então, tem essa mágica assim. Na saúde da família não tem essa mágica, nas nossas relações nós reconhecemos que nós precisamos do outro, porque a gente vê a vida, a gente não vê o paciente tricotomizado no leito todo asséptico e tudo. Não é verdade?

Entrevistadora: *Hum, hum!*

Conceição: *A gente vê a pessoa do jeito que ela vive a vida dela, me lembro de um aluno uma vez falar para mim que ele tinha, antes de ele vir para cá no estágio, ele tinha passado no estágio de cirurgia, o menino do quinto ano, e a bem da verdade ele estava falando do estágio dele na vigilância, e ele falou na vigilância que ele tinha passado no estágio previamente de cirurgia e ele tinha participado de uma amputação de uma perna, e que a preocupação dele durante esse estágio, esse procedimento era o coto, a cicatrização, o curativo, e que ele nessa visita com o pessoal da vigilância ele tinha visto uma pessoa amputada, aí ele foi ver como é que era a vida dessa pessoa, depois da amputação, depois que resolveu o coto, a cicatriz, o curativo....(riso) e ele não gostou do que ele viu, né, aí ele se deu conta que tinha gente atrás do coto, do curativo, da cicatriz, do ponto, que tinha sofrimento, que tinha necessidade de se readaptar, de se relacionar com a família agora de uma maneira mais fragilizada que ele ia passar, depender mais do outro, enfim, ele viveu o outro lado do coto...(riso)...ele viu mais, talvez ele preferisse não ter visto, porque ele estava muito chocado, muito entristecido.... Talvez se ele tivesse ficado com a visão do impotente, ele sofresse menos. E eu acho que as pessoas sofrem menos, por isso elas não querem ver, porque se você precisa do outro o teu poder não é tão grande, e você depende do outro, se ele não consenti você não vai poder fazer tudo isso. Eu acho que por isso por muitas vezes você faz a prescrição sem se importar em quem, para quem, como isso vai ser viabilizado, faz genericamente e faz de conta que vai dar certo...Nesse modelo que a gente trabalha, a saúde da família, você vai ver a consequência, você não vai ver o paciente como um efeito pontual e nunca mais, você é obrigada a deparar inclusive com a sua própria impotência (...) É de certa forma a gente se obriga a entrar em contato com o sofrimento, com a limitação, com a finitude, e isso não é só da família né, é da gente também, isso é duro de encarar né...*

A narrativa que se segue mostra outras faces do "Bom Cuidado", apontadas na visão do profissional de saúde:

Entrevistadora: Quando eu falo de cuidado... O que os usuários, as famílias devem considerar um bom cuidado em saúde; você viveu alguma situação aqui no Núcleo ou no HC, desde 90 na medicina, um situação que te lembrasse um bom cuidado... Que características teria para você um "Bom Cuidado"?...

João (Entrevista 31, Profissional de saúde): Eu acho que um bom cuidado é na hora que conversa com ele, e não tem nada a ver com medicina, pode ser um padre. Conversar está bom. Tá ótimo, né. A última vez foi uma senhora com câncer de colo com metástase pra fígado e pra pulmão né, nessa visita eu era R1, primeiro ano de residência e o docente começou a conversar: "Ó a sra tem metástase...", sei lá e foi embora! E eu tinha um monte de coisa pra fazer e acabei voltando, comecei a conversar: "como vai a senhora?!", isso foi marcante na vida dela, quer dizer, sempre que ela quis alguma coisa ou que ela se sentia mal ela me procurava. Quer dizer!. Não era eu que tinha operado!. Não era eu que tinha feito o diagnóstico, não era eu que fiz a receita!, não era nada disso, eu só conversei com ela, só isso, isso é importante pra pessoa!. Como também no posto de saúde uma vez, um bruta "negão" forte andando, com úlcera na perna, ele veio na consulta e eu conversei com ele, e, examinei ele...ele começou chorar, e eu disse: o que está acontecendo?. Ele disse: nunca ninguém me examinou!. Quer dizer: não importa ser médico pra cuidar das pessoas, eu nem sei se medicina, se gosto de medicina e se posso falar porque sou médico, não posso falar dos outros, mas a diferença é muito pouca, por isso que eu acho que saúde da família é um caminho certo. Se envolve outras pessoas e se desenvolve outras tentativas e outras hipótese, então a gente não tem nada a perder, se ele precisa operar o estômago. Ele vai morrer quando ele tiver....tem câncer gástrico?. Ele vai morrer de câncer gástrico, mas, se eu puder conversar com ele, e entender o que ele quer. Muitas vezes ele não quer operar. Tá bom. A decisão é dele, não minha!.

Entrevistadora: Que tipo de cuidados diferentes a saúde da família está possibilitando?.

João: Então ele tem a possibilidade de trabalhar essas pessoas quer dizer, a família, a gente tem o hábito por exemplo: paciente com câncer, a gente não conversa com ele. Pelo menos a gente abre essa possibilidade. A Dona Ana (nome fictício) tem um tumor!!, tem um baita tumor ali que a gente não sabe nem o que fazer com ela, mas ela não quer conversar com os filhos, nem com o irmão, nada, e ela tá sozinha, os filhos tão ai preocupados, então a gente não pode conversar com ela, porque ela não sabe. Fica os dois lados angustiados e ninguém resolve, pelo menos se criasse uma ponte aí, e o pessoal da família permite essa abordagem, isso seria uma estratégia, isso depende muito de quem está fazendo, mas ele permite isso, você conhece os dois lados, né.

Entrevistadora: Pegando esse gancho da conversa, você muitas vezes falou "conversa" e nessas relações, o que essas famílias devem considerar, de bom, de gostoso, nas conversas como nós, profissionais?.

João: Eu acho que é a possibilidade de ouvir né!, alguém sentar e ouvir o que você tem que falar. Tem umas senhoras que estão muito insatisfeitas com o casamento, com a família, vem aqui queixando de dor, dor aqui, dor ali, e que não tem nada de dor física, são coisas da alma que... vem aqui só

pra poder conversar, é isso, não há queixa, na verdade ela não tem dor nenhuma, quando você destrincha o quadro dela, não é um quadro de dor!, é uma insatisfação, uma infelicidade que dá uma possibilidade de você abrir o jogo.

Vejamos, nas três narrativas que se seguem, o olhar destes usuários do Núcleo de Saúde da Família e o que eles têm valorizado no cuidado:

Entrevistadora: ... E agora quando a gente tá falando um pouquinho dos profissionais de saúde lá Núcleo, na sua opinião o que você acha que é bom, que é positivo no trabalho deles?!... Pelo contato que você tem com eles...

Andréia: (Entrevista 1, Usuário) O bom ... o lado bom é que eles tornam amigos da gente, né!. Se tornam né, acabam se aprofundando na vida da gente e ficam sabendo da vida da gente, como um "Doutor-profissional" (riso) não faz, né. Acaba sendo amigo, né. A gente tem mais liberdade! De falar as coisas, que tá sentindo... O lado bom é esse, né!... O lado bom é esse...

Entrevistadora: OK!... E do que você mais gosta aqui no Núcleo?!... você acha que o atendimento aqui é diferente?!...

Leila: (Entrevista 5, Usuário) Eu ia falar, da atenção!... da atenção que eles dão. É você ser tratada como "gente" (ênfase, fala mais alto), você entendeu, como "ser humano", não pelo que você tem, mas pelo que você é... Nada, pra eles é tudo igual ali!...

Entrevistadora: E é diferente?!... você sente diferença no atendimento no Núcleo e no Centro de Saúde Vila Maria?!..., por exemplo... ou de outros serviços que você teve contato...

Leila: Ah... aí no Centro de Saúde Vila Maria é... de vez enquanto..., agora não, mas era bem diferente no começo aí!...

Entrevistadora: ... O que você vê as diferenças!...

Leila: Ah... Elas tinham muita má vontade, agora melhorou, mas no começo aí era muita má vontade, era do jeito que elas queriam!... Às vezes você tava ali com a criança ruim, pra fazer aerosol, lá na porta, elas lá no pla-pla-pla-bá delas..., "Bem ele precisa fazer aerosol!". "Já tô indo!". E vinha com aquela má vontade, você percebia sabe... Eu ficava até preocupada de por gota a mais no aerosol dele... Então, agora eu compreí o aparelhinho, não preciso mais ir lá!... Hoje não sei, mas hoje mudou!, nessa parte aí, mudou o funcionário... Mas foi melhorando. Mas igual aqui

no Núcleo não tem!, não sei como vai ser na Rua Amazonas agora, né...
(OBS: Refere-se a outro serviço de psiquiatria que começará a utilizar por causa do filho e que ainda não conhece).

Entrevistadora: *Então, você estava me contando o que tem e o que falta no Núcleo, né... O que você acha que mudou na sua vida, depois que teve o Núcleo?... , que inaugurou o Núcleo... Porque no começo da nossa conversa você até falou assim: eu pertencço ao Núcleo. Como que é isso?. Você sente que você pertence ao Núcleo?...*

Natália: (Entrevista 2, Usuário) *É o Núcleo da Família, né, especial pra família ali do bairro a que pertence. Bom, ali eu... se não fosse eles eu ia arrumá remédio do meu menino na onde?!... Ali a Eliana (OBS: Refere-se a uma profissional de saúde do Núcleo) me ajuda, ... igual no caso o meu marido tá desempregado, que ela me entendi, ela vem na minha casa, ela conversa, ela fala que não precisa de eu ter vergonha, de algum remédio que eu precisá do Joãzinho (Refere-se ao seu filho. Nome fictício) ela consegue...*

Entrevistadora: *Me fala mais um pouquinho disso... Você disse assim ela me entendi... Ela entendi o que?... E quem não te entendi?... você lembra de um exemplo, que você sente que parece que o povo não está te entendendo?... que você pudesse me contar... Eu lembro que você ganhou cesta da assistente social, você acha que elas te entendem?...*

Natália: *Ah!... não entende, porque eu tô precisando, a Juliana (Refere-se a uma profissional de saúde do Núcleo. Nome fictício) ainda ligou pra mim e ela falou que não poderia resolver o meu problema!... Uái que assistente social é essa!, não é, você tá desempregado, não tem emprego, tá passando por dificuldade, vamos ajudá o próximo!. Igual os meus vizinhos, eles é bem de vida, se eu pedir uma pedra de sabão eles fala que não tem, sendo que tem possibilidade de ajudá o próximo. Então, né... é difícil!... Eu fico muito humilhada!...*

Entrevistadora: *Entendi!... Natália, me fala uma coisa, nas relações, nas conversas que você tem com os profissionais de saúde, como por exemplo nestas conversas, imagina quando a Eliana, a Vanessa, a Livia vem aqui ou você vai lá né... Nestas conversas dá uma idéia pra mim o que que é bom, o que que você acha que é gostoso, agradável nessas conversas?...*

Natália: *Aí, é que... que tá interessada saber se você tá cuidando bem das crianças, se tá em dia as vacinação, interessa né, pra saber se tá tudo certinho... A gente vê que tem alguma preocupação né. Ela vem, pergunta das carteiras, aí tem que mostrá as carteira de vacina, os cartão de vacina pra vê se tá certinho, as vacinas também pra vê se tá em dia...*

Entrevistadora: *Você podia me dá um exemplo que você sentiu que o pessoal do Núcleo estava realmente preocupado com você?...*

Natália: *Igual eles fica como no meu caso, eu não sei porque no meu caso eles fica preocupado comigo, não sei se pro causa do meu menino que tem problema, quando ele interna, ela vem aqui pergunta pra alguém da minha família. Ou a Doutora Irís liga no hospital pra saber, como que tá... Então... por ela ser uma médica ela se preocupa... ela se preocupa...*

Entrevistadora: *Eu não entendi... se ela não fosse médica ela não te entenderia?, por ser médica, ela... O que que é isso?... Me explica melhor...*

Natália: *Assim, por ela ser médica, assim do povo que não se liga só com a família, ela não tinha que ligar... igual no plantão que tem na Vila Maria (OBS: Refere-se a um serviço de pronto-atendimento próximo), se o médico te viu hoje, aí não tá nem aí como você vai tá amanhã, se te internou ele não vai ligar lá: "Ó como tá a paciente que eu olhei?!", não vai se preocupar!...*

Entrevistadora: *Ah sim, agora entendi!...*

Natália: *... não vai se preocupa... Ali não, a Doutora Irís do Núcleo, que é médica da família, ela se preocupa... igual quando eu fui, eu falei pra ela: "Irís o meu filho tá ouvindo?!"... Ela parou todo o serviço dela, e foi ligou pra Paula, que é a que adora o Joãozinho (nome fictício), né... Ela ficou emocionada, se fosse outra médica assim dum plantão, igual tem no Centro de Saúde Vila Maria, ia ligá pro filho da gente!, não ia!, ia falá então tá bom, ia virar as costas e ia continuar o serviço. Ela não, ela parou o serviço dela, ligou, falou, chorou tadinha comigo, ficou emocionada (conta com emoção)... Então, a gente vê que gosta né!... Ela gosta da minha família sim!, dos meus meninos, gosta...*

Entrevistadora: *Você podia me contar mais como é que foi esse dia?, que você falou "olha, o meu filho tá ouvindo!", né... O que que você sentiu?...*

Natália: *Ah... é uma emoção muito grande, né. Mais de 6 anos sem ouvir e agora...*

Entrevistadora: *Como que você sentiu que ele tava ouvindo?...*

Natália: *Que eu levei ele pra fazer o molde e logo ficou pronto, uns 15 dias ficou pronto, aí eu ia ter essa resposta... eu ia depender dessa resposta, desse aparelho: se o aparelho desse resposta, é sinal que ele tá ouvindo, então tem que trabalhar para ele tá aprendendo as coisas. Agora se o aparelho não desse resposta, é porque ele ia ficar surdo pra ... pra sempre. Mas Deus é bom, que Deus fez que desse certo, tá dando certo... aí eu fui no Núcleo, e falei: "Ó o João tá ouvindo!". Ela falou assim: "Ah...Não acredito!. Falei assim: "É... o teste que ele fez... na empresa deu resposta!". Aí foi que ela já ligou pra Paula, e conversou, ela ficou emocionada (riso)... Mas tá indo bem!...*

Na vivência de produção desta pesquisa, fomos tocados pela crônica de Rubem Alves (2001), intitulada *"Jardins e o Jardineiro"*, que nos traz a idéia de plantar jardins e semear jardineiros e tal como uma tapete mágico nos leva a viajar pelo mundo assim:

[...] A gravura que mais mexia comigo representava um menino e uma menina brincando de fazer um jardim. Na verdade, era mais que um jardim. Era um minicenário. Havia montanhas de terra e pedra. Entre as montanhas, um lago cuja água, transbordando, transformava-se num riachinho. E, às suas margens, o menino e a menina haviam plantado uma floresta de pequenas plantas e musgos. A menina enchia o lago com um regador. Eu não me contentava em ver o jardim: largava o livro e ia para a horta, com a idéia de plantar um jardim parecido. E assim passava toda uma tarde, fazendo o meu jardim e usando galhos de hortelã como as árvores da floresta... Onde foi parar o livro da minha mãe?. Não sei. Também não importa. Ele continua aberto dentro de mim. Bachelard refere-se aos 'sonhos fundamentais' da alma. 'sonhos fundamentais': o que é isso?. É simples. Há sonhos que nascem de eventos fortuitos, peculiares a cada pessoa. Esse sonhos são só delas: sonhos acidentais, individuais. Mas há certos sonhos que moram na alma de todas as pessoas. Jung deu a esses sonhos universais o nome de 'arquétipos'. Esse são os sonhos fundamentais. O fato de termos, todos os mesmos sonhos fundamentais cria a possibilidade de 'comunhão'. Ao compartilhar os mesmos sonhos descobrimo-nos irmãos. Um desses sonhos fundamentais é um 'jardim'. Faz de conta que sua alma é um útero. Ela está grávida. Dentro dela há um feto que quer nascer. Esse feto que quer nascer é o seu sonho... Toda semente quer brotar, todo feto quer nascer, todo sonho quer se realizar. Sementes que não nascem, fetos que são abortados, sonhos que não são realizados ficam a nos atormentar. Aquelas tristezas, aquelas depressões, aquelas irritações são o sonho de jardim que está dentro e não consegue nascer... Menino, os jardins eram o lugar de minha maior felicidade... Eu podia ser eu mesmo. O jardim era o espaço da minha liberdade... Havia uma jabuticabeira que eu considerava minha, em especial. Fiz um rego à sua volta para que ela bebesse água todo dia. Jabuticabeiras regadas sempre florescem e frutificam várias vezes por ano. Na ocasião da florada era uma festa. O perfume das suas flores brancas é inesquecível. E vinham milhares de abelhas. No pés de nêspere eu fiz um balanço. Já disse que balançar é o melhor remédio para depressão. Quem balança vira criança de novo... Plantar um jardim. A gente só cria quando aquilo que se tem não corresponde ao sonho. E quando o sonho se realiza, vem a experiência da alegria... Tudo 'era muito bom'... Pensei, então, que o ato de plantar uma árvore é um anúncio de esperança. Especialmente se for árvore de crescimento lento. E isso porque, sendo lento o seu crescimento, eu a plantarei sabendo que nem vou comer dos seus frutos, nem vou me assentar à sua sombra... Eu a plantarei pensando naqueles que comerão dos seus frutos e se assentarão à sua sombra. E isso bastará para me trazer felicidade (Alves, 2002, p. 35-39).

Nós de forma parecida, com esta crônica indagamos os sujeitos da nossa pesquisa, profissionais de saúde e usuários, sobre os seus sonhos de vida e podemos visualizar encontros significativos de desejos e de colocações, como mostra a narrativa, que também aborda uma questão instigante, que muitas vezes é esquecida no cuidado: *a autonomia das famílias*. Ou seja, torna-se importante que o profissional de saúde respeite os valores e autonomia das famílias, que, em muitas

situações, resolvem o problema pelo fluxo natural e espontâneo, de uma forma simples.

Entrevistadora: OK!... Lívia, tanto em relação a algumas famílias, tanto nesta questão de interação, quando a gente pensa... eu acho que permeia esta questão do esforço, da boa intenção, da vontade né do profissional querer ajudar. Se a gente for pensar nestas questões, né me veio a palavra "sonho", que sonhos a Lívia tem hoje na vida?!...

Lívia: (Entrevista 29, Profissional de Saúde) (riso)... Nossa, eu não sei se é sonho... mas assim eu fico "muito" (ênfase) feliz quando uma mãe vem aqui e me fala que a criança deu certo. Quando já passou um tempo e você fala: "E a fulaninha, como é que tá?... Ah e o menininho como é que tá!?". E a mãe fala que: "Ah, tá bem, que melhorou na escola ou então, ah tá tudo bem, tá mais calma, a gente tá conseguido se relacionar melhor. Eu fico tão feliz! (riso). E fico feliz também, acho até meio assim... as meninas vão até rir, se elas souberem, mas fico tão feliz quando elas não tão de um jeito tão ruim entre elas riso... (refere-se à agentes comunitárias de saúde do Núcleo), puxa vida todas são ótimas, são ótimas pessoas, teriam assim tudo pra dá certo, pra melhorar ali na profissão, eu moro de dó quando uma fala que quer sair do trabalho porque eu acho este trabalho tão bonito Priscila. E eu acho que elas são tão... tão preciosas, qualquer um aqui é precioso pra se sentir tão desvalorizado e querer sair, né, eu moro de dó. Então assim, eu fico feliz quando eu vejo elas falando (riso) que tão bem, que voltam atrás... eu tenho muita pena delas se sentirem desvalorizadas.

Entrevistadora: Lívia, ... me diga nestes momentos, não sei se você puder falar, esta questão do sigilo, de uma família que você acompanhou, cuidou, e como você diz: "deu certo" e que foi marcante no seu cuidado com eles. Teve?!..., algo que te tocou mais?!...

Lívia: Teve!... eu vou falar do primeiro menino... (riso)...

Entrevistadora: ... Só para compartilhar comigo agora... Se não puder, tranquilo também...

Lívia: Não tudo bem... (riso)... Eu vou falar do ... Deixa ver se eu vou lembrar com detalhes, porque foi praticamente à três anos atrás...

Entrevistadora: E foi o que mais marcou, o primeiro?...

Lívia: Marca porque foi o primeiro né... O Bruno (Nome fictício) ele era um menino assim... maravilhoso, quando criança, com oito anos... perfeito, ia bem na escola, bem em casa e tal, e tal e tal, só que o Bruno não era filho do pai dele, a mãe teve um relacionamento quando ela era solteira, engravidou do Bruno, o Bruno nasceu, o pai não assumiu. Essa mãe casou com um outro homem, teve mais dois filho e o pai, o que casou com ela ama, amava de paixão o menino e a família do... do pai biológico decidiu que queria conhecer o Bruno, queria uma aproximação com o menino e entrava na justiça se essa mãe não permitisse. E essa mãe ficou "desesperada" (ênfase nesta palavra), começou até a roer a unha dos pés

(conta isso em tom de voz mais baixo)... começou a ter depressão, eu até pedi para a Irís investigar se até precisava entrar com algum remédio, porque eu fiquei muito preocupada com ela, porque ela não sabia como contar para o filho, ela tinha muito medo de contar que o pai que ele adorava não era o pai, que era outro homem. E conversa vai para tranquilizar essa vai e conversa vai... aí de repente essa mãe foi viajar com os dois menores, né que ainda não estudavam, foi visitar o pai que tava doente em outra cidade e deixou o marido com o Bruno e numa boa, sem preparo nenhum, o pai contou para o Bruno que não era o pai verdadeiro, e que era outro homem, mas que amava muito o Bruno e não sei o que... não sei o que. Na maior tranquilidade, a gente se "descabelou" (riso) para preparar a mãe, a Mãe se "descabelou" para contar (riso): e se desse problema no menino?, se o menino viesse...

Entrevistadora: Tudo muito "teórico"... (riso)...

Lívia: (riso) Tudo... "Aí!, e se ele ficar revoltado?, não sei. O pai foi lá... Aí do você falar a questão do vínculo, provavelmente este menino tem... tem tanta confiança no amor que este homem tem nele, que ele ouviu numa boa: "Tá bom!". Foi conhecer... "É para conhecer o outro... Então eu vou conhecer o outro...". Assim: "simples!". Foi tudo assim muito simples. Aí quando ela veio me contar eu não sabia assim (riso): se eu ouvia, o que eu fazia, gente pode... Foi assim, o próprio pai, né, sei lá, o pai adotivo, vamos dizer assim, eu não sei como fala: o pai verdadeiro pra mim, de verdade (riso), contou pro menino, o menino foi super compreensível, não rejeitou ela, ela tinha um medo de rejeitar ela também, né, odiar, você saiu com outro homem, meu pai não é meu pai...

Entrevistadora: Sem grandes grilos!...

Lívia: É foi super bem!. Ela não deu conta, na hora que ela saiu o marido assumiu e ele deu conta... (riso). Então, assim bem ou mal, né a gente foi conduzindo as coisas com ela e... tranquilizando mas... . Até assim, "apesar da nossa interferência" (ênfase neste termo), o marido soube lá, sem a gente... (riso)... Você queria uma interferência boa, mas o marido se comunicou muito bem com ele... E tem também o caso da Leandra (Nome fictício), que eu considero que foi... que teve uma solução boa também, né que a gente falou no começo. Eu acredito que foi por interferência da equipe...

Entrevistadora: ... Que levou ela a desistir pela não doação da filha... É toda a história de vida dela com um grande medo da morte, né... esse problema cardíaco sério que ela tem, tão nova... a cirurgia cardíaca...

Lívia: É uma possibilidade de morte permeando tudo ali..., né. E hoje a menina é o xodó da casa, a vó que não queria saber dessa criança e agora ama de paixão. Então assim...

Entrevistadora: Muito bonita essa história, né...

Lívia: É eu acho bem legal (riso)...

Entrevistadora: E... quando você falou dessas grandes felicidades e sonhos seus, Lívia que sonho você vê estas pessoas sonhando?, o que estas famílias sonham?... Se a gente for pensar um pouco nestas famílias cuidadas aqui pelo Núcleo...

Lívia: Olha, eu acho.... eu fico até com vergonha, porque eu acho que a gente sonha "muito" perto delas (ênfase nesta palavra). Elas querem assim, estabilidade, né um emprego e filho que não dê trabalho, filho

que não dê trabalho é assim: é aquela criança carinhosa, que não vá para a rua. Eles tão com muito medo da adolescência, os pais. É... é isso que eles mais pensam né, é tudo isso que eles mais desejam, que não venha a violência, que não venha o desemprego e que os filhos possam... seguir bem a vida.

Entrevistadora: *E "muito perto" de nós, dos nossos sonhos. Muito legal isso que você tá colocando. Lívia, só para a gente tá fechando, me deu uma vontade de perguntar, na hora que você tava contando essa estória do Bruno, que a gente, os profissionais foram se "descabelando" e as coisas aconteceram naturais, foram espontâneas e tiveram um fim bom... e "deu certo", que nem você falou, né. Eu lembro de algumas vezes que eu ouvi você falando, eu não sei se com as agentes, ... dessas famílias em situações limites, extremas de vida, que a gente tenta penetrar, achar "esses "fio da miada", que você falou tão bem, e acha e não acha... e você... E eu achei muito interessante uma coisas que você falou... Ficou em mim as suas palavras, eu só queria ouvir mais como você sente e vê mesmo isso né, quando você falou assim... você citou que "parece que as coisas se resolvem"...*

Lívia: *É algumas vão assim pelo fluxo natural, às vezes é melhor a gente não interferir... (riso), sabe uma coisas meio assim...*

Entrevistadora: *Dona Guiomar (Nome fictício)... e de outras tantas estórias de famílias... que parece que eles não tem recursos, mas aí eles "viram a mesa" e nos surpreendem...*

Lívia: *Eles acabam descobrindo uma solução, que nem a gente imaginava que tinha...*

Entrevistadora: *Você lembra de exemplos, de situações que faz você falar isso, pensar assim?... Eu lembro que eu ouvir isso de você um dia... (riso)...*

Lívia: *... E às vezes a gente entra na do paciente, você acaba se desesperando, se "descabelando" junto. Eu acho que isso não ajuda. Às vezes a coisa caminha por si só mesmo, dependendo da situação, né. Pode ser que seja até meio sofrida, né (riso) no começo, mas se resolve pros dois lados. Isso é duro né: de saber quando você tem que interferir, quando você tem que parar... No caso da Cristiane também, que a gente tava falando né: até onde a gente tem que interferir, querer mudar os valores dela, até aonde é hora de pára e respeitar...*

Entrevistadora: *... e aceitar, né...*

Lívia: *E aceitar que pra ela algumas coisas funcionam daquele jeito, né. Viu!... Difícil... (riso)... só com a experiência, a gente vai aprendendo isso, né Priscila!...*

Este outro diálogo, de um profissional de saúde mostra, também, as transformações e choques de valores enfrentados atualmente pela famílias ao

vivenciarem situações como o homossexualismo, a droga, a prisão de um filho, entre outras situações.

Entrevistadora: Olha... E só pra gente pensar, e que sonhos essas famílias que nós conversamos bastante devem estar tendo na vida delas?...

Paula: (Entrevista 30, Profissional de Saúde) É... Eu volto a dizer, né, pra uns a gente tem que perguntar né, mas a gente deveria estar perguntando bem explícito né, pra elas desta forma, como eu perguntei pra algumas né. Mas eu também acredito que o sonho de cada uma é ser feliz!, ser feliz a seu modo, se... se ser feliz é ter um filho entrar pro comando vermelho ou pro...né, o que eu vou fazer?. É referência dela... (riso), procurar a felicidade...(risos)... Outra é ter a ... ter a paz interior né, até assim, se eu tiver que ter um filho drogado, ou como eu contei essa família ter um filho homossexual, ou uma filha homossexual, ou ter um... um filho que não vai ser a profissão que eu desejei né, ou tem um emprego né, acho que a felicidade é procurar dentro do limite de cada um e dentro do desejo de cada um, eles conseguirem, né, realizar os seus sonhos, dentro do referencial de cada um...

Entrevistadora: ... Então, quando eu falo de vida, o que essas famílias, essas pessoas devem estar tendo de felicidade e de tristeza na vida delas?...

Paula: Olha..., eu acho que muitas famílias né estão tendo aí a ..., enfrentando problemas, e enfrentando tristezas, né, passando por tristezas por diferentes carências né, podem ser carências afetivas, podem ser carências materiais, pode ser carências de... de... relações né, pela solidão né, pode o sofrimento pode tá por conta de estar enfrentando nesse outro momento da sociedade outras lógicas, então por estar enfrentando choques de gerações né, eu vejo às vezes algumas mães né. E está muito recente um caso de um menino que está se colocando, né, com característica e fazendo a opção sexual dele pelo homossexualismo né, e aí a mãe vem conversando com a gente isso mas vira e mexe ela te fala assim: Mas pode ser uma doença isso, e se for doença tem jeito né?...Então, ela tá sofrendo, ela "adora" (ênfase) o menino, ele é uma gracinha, tem um monte de coisas, mas então eu também acho que essas famílias sofrem pelo choque de gerações né, pelas mudanças no processo de vivência, de convivência né, de outros valores que vem sendo a ... construídos aqui nesse momento da sociedade né. A mesma coisa né, e que eu acho que é choque de valores, acho que uma pessoa mais... que viveu em outros momentos né, lidar com a droga, lidar com a prisão, eu estou pensando em uma outra família aqui, a vó queria muito..., ninguém sabia que o neto estava preso, nem a mãe, e ela conseguiu um dia aqui conversando colocar, né, que o filho estava preso, mais nem a avó do moço sabia. E como tratar isso?. Porque... ela né... e aí vamos nós lá, conversar, faz uma articulação com o delegado e aí o

delegado deixou a avó entrar sem passar por todas as revistas, tudo, e a hora que a avó viu esse filho, esse neto, apesar de estar num presídio né, ela "sofre", mais ela disse que o sofrimento dela depois que ela soube que ele estava preso, e "depois" (ênfase) que ela foi lá, hoje é diferente, né. Então, eu acho que enfrentar esses processos de transformação não é fácil, né...

Os usuários também nos contaram sobre seus sonhos de vida, como mostra a fala:

Entrevistadora: *Então, ... eu queria te perguntar uma coisa, que sonho você tem na vida?!... Qual seria o seu sonho hoje?!...*

Leila: (Entrevista 5, Usuário) *Tenho!... Eu quero viver mais 10 anos!..., quero ver o Pedro encaminhado, o João e a Maria se virar!... (OBS: Refere-se aos três filhos adolescentes, nomes fictícios), porque se eu viver mais 10 anos, ele tá com 28 anos... então aí eu já consegui a aposentadoria dele!, que eu vou começar a mexer, ver isso aí pra ele... E acho que em 10 anos eu vou conseguir alguma coisa pra ele!. Você entendeu!... Ele encaminhado, o Pedro encaminhado... eu tô realizada!..., que eles já tão com 28 anos, ela vai tá com 24 anos, não depende de ninguém, não é obrigada a ficar com ninguém, você entendeu... eles podem caminhar com as próprias perninhas deles!... É isso que eu peço pra Deus!... Mas não quero morrer não! (riso)..., não quero não... não quero morrer assim...*

Entrevistadora: *Então, qual que é a preocupação?!...*

Leila: *... Porque querendo ou não, minha filha, eu vou ter que aceitar... que hoje ficou é ficou mesmo, né... então, não precisa mais casar, né... Então, a gente tem que aceitar, mas eu procuro orientar ela da maneira que eu fui criada... Você entendeu. Não que eu fui santa, não fui santa!, namorava, namorava, mas não... aprontava...*

Entrevistadora: *Mas como você estava me falando, hoje em dia a AIDS é uma preocupação real?!... como que passa isso na sua cabeça, Leila?!...*

Leila: *Então, eu falo assim pra ela, que eu prefiro um filho, do que uma AIDS..., que eu falo que o uso da camisinha, não é pra evitar filho, é pra evitar uma AIDS, uma doença mais séria, porque não é só a AIDS que tem de doença que mata, que eu falo pra eles... tem a sífilis, a hepatite... Até pro Pedro eu falo!... então, eu falo pra ela, qualquer dúvida, você chega pra mim e pergunta. Eu falo: Maria, eu não quero ser a última a saber!, porque se eu for a última a saber, minha filha, eu não vou te perdoar..., porque eu sempre fui aberta para você, então eu quero que você chega pra mim, qualquer dúvida, e pergunta... Tanto que ela sabe de tudo!, como que é... Todos os 3... eu nunca escondi... tudo que pergunta... O João, um dia eu cheguei e comprei camisinha, eu dei pro João, você*

entendeu... Se usou ou não eu não sei!... Então, eu... eu olho pra ela às vezes e falo: ela menstruou, agora acabou o sossego, né!... Porque a gente cria e tudo... mas você não sabe... como que vai ser ela, né... Você não sabe se vai seguir... Cada um tem uma cabeça, um modo de pensar, não sei como vai ser!... Eu espero que ela... mas eu pensei assim : como que eu vou aceitar... Não sei se eu vou aceitar!... (riso). Você entendeu!... Eu sou muito... ciumenta!, eu sei que eu sou. Esse negócio aí de filho é... é complicado, AIDS né..., eu tenho um medo, nossa!... Eu explico, oriento e...

Entrevistadora: ... Você faz bem feito a sua parte...

Leila: E ela a dela, né! ... Eu falo pro João, não me arruma netinho que eu não vou olhar netinho!... (riso)...

Entrevistadora: (riso)... Já tá cuidando de bastante gente, né, Leila!...

3.2.4 Encontro de sujeitos: o Grupo de Artesanato, optando por uma melhor qualidade de vida e de saúde

*"Marcas do que se foi. Sonhos que vamos ter. Como todo dia nasce. Novo em cada amanhecer.
Este ano quero paz no meu coração. Quem quiser ter um amigo, que me dê a mão.
O tempo passa e com ele, caminhamos todos juntos. Sem parar.
Nosso passos pelo chão vão ficar...
Marcas do que se foi. Sonhos que vamos ter.
Como todo dia nasce. Novo em cada amanhecer.
(Zurana/Os incríveis)*

*"Ah... no macramê era bom demais!. Eu gostava muito... ali a gente esquecia dos problemas da gente, né!..., quando a gente tava lá. Eu pelo menos era assim, né. Os problemas meus eu esquecia.. Eu sabia só que quatro e meia eu tinha que sair de lá pra buscar o menino na escola... A hora que eu ficava contente era a hora que eu tava lá!... Por isso que eu fazia de tudo pra mim ir... que eu me sentia sozinha aqui em casa e lá não era diferente..."
(Andréia, usuária no momento da entrevista).*

Observamos que, no dia-a-dia do serviço de saúde, os espaços grupais onde profissionais interagem com os usuários têm-se mostrado como espaços terapêuticos e de interações com fecundas possibilidades de diálogos. Citamos, como exemplo, o grupo de artesanato desenvolvido no serviço, que através da construção de vínculos profissionais e afetivos permitiu que uma usuária compartilhasse a vivência da violência - agressão física sofrida e fosse acolhida, como fica evidente no

relato a seguir:

Eu não tava conseguindo trabalhar com a mão... ela tava toda inchada, não dava para fazer nada... É bom para olhar e ver as marcas no corpo... tomar consciência... dói muito, no coração... Foi 'acidente de marido'... Ele não tá mais em casa... eu tô iniciando a vida aos poucos porque dói ainda!... É uma casa da prefeitura (refere-se à um serviço de assistência judiciária que teve contato após a denúncia policial da violência física sofrida) só para dar assistência judiciária nestes casos, agora tá na mão da justiça... Ele vai responder um processo crime para ele pagar pelo que fez... Eu fiquei morrendo de vergonha, não tava saindo de casa... Eu tava andando com só com blusa de manga comprida para esconder... Ele não tinha o direito de fazer isso... uma palhaçada na rua... Eu falei pra o moço: Chama polícia para mim!... Ele tava alcoolizado, tinha saído do bar... mas ele é responsável pelo que fez!... (Maria, usuária do serviço, contando esta vivência no grupo de artesanato).

Parece-nos importante que, neste processo de produção do cuidado à saúde da família, os profissionais de saúde terão que desaprender “velhos saberes”, para potencializar mais momentos de encontros criativos e sensíveis com os usuários. Assim, o “não-saber” passa a ser a potência para o aprender, como mostra a crônica a seguir:

Há a estória dos dois ursos que caíram numa armadilha e foram levados para um circo. Um deles, com certeza mais inteligente que o outro, aprendeu logo a se equilibrar na bola e a andar no monociclo, o seu retrato começou a aparecer em cartazes e todo mundo batia palmas: ‘Como é inteligente!’. O outro, burro, ficava amuado num canto, e, por mais que o treinador fizesse promessas e ameaças, não dava sinais de entender. Chamaram o psicólogo do circo e o diagnóstico veio rápido: ‘É inútil insistir. O Q.I é muito baixo’... Ficou abandonado num canto, sem retratos e sem aplausos, urso burro, sem serventia... O tempo passou. Veio a crise econômica e o circo foi à falência. Concluíram que a coisa mais caridosa que se poderia fazer aos animais era devolvê-los às florestas de onde haviam sido tirados. E, assim, os dois ursos fizeram a longa viagem de volta... Estranho que em meio à viagem o urso tido por burro parece Ter acordado da letargia, como se ele estivesse reconhecendo lugares velhos, odores familiares, enquanto seu amigo de Q.I. alto brincava tristemente com a bola, último presente. Finalmente, chegaram e foram soltos. O urso burro sorriu,

com aquele sorriso que os ursos entendem, deu um urro de prazer e abraçou aquele mundo lindo de que nunca se esquecera. O urso inteligente subiu na sua bola e começou o número que sabia tão bem. Era só o que sabia fazer. Foi então que ele entendeu, em meio à memória de gritos de crianças, cheiro de pipoca, música de banda, salto de trapezista e peixes mortos servidos na boca, que há uma inteligência que é boa para circo. O problema é que ela não presta para viver. Para exhibir sua inteligência ele tivera de se esquecer de muitas coisas... E podemos nos perguntar se o desenvolvimento da inteligência não se dá, sempre, à custa de coisas que devem ser esquecidas, abandonadas, deixadas para trás... é. Há uma inteligência que é boa para circo, mas não é boa para outras coisas... É, sempre que a inteligência se destaca de um lado, alguma coisa fica esquecida do outro. Aleijão. Claro que o urso teve de se esquecer de tudo o mais para aprender a andar na bola: concentração, disciplina, coordenação motora. Coisa semelhante às exigências da especialização... Uma sociedade de especialistas é uma sociedade que se esqueceu de que, para sobreviver, não basta andar na bola... Os antigos usavam a palavra 'sapiência'. Sapiência quer dizer conhecimento que tem sabor. Ainda hoje dizemos: 'Isto sabe bem'. Saber é sentir o sabor... O que importa aqui não é a 'performance' extraordinária, coisa de circo, mas uma capacidade para avaliar se a coisa é boa para a vida ou não... A opção por um estilo de vida diferente precisa de muita sabedoria. Como os dois ursos nos ensinaram, um com sorriso alegre e o outro com um sorriso amargo, a sabedoria, com frequência, mora do lado da inteligência (ALVES, 2002, p. 75-80).

É interessante observar que também os profissionais de saúde estão buscando uma melhor qualidade de vida, como mostram as narrativas a seguir:

Entrevistadora:... *Você fala no começo né? quando você veio pra cá um jeito diferente de viver, o jeito no Rio era mais violento?. Você teve experiências com isso?...*

Juliana (Entrevista 19, Profissional de Saúde): *Lá eu tinha muitas boas e ruins, né?. Eu acho que, eu falo que lá é o paraíso e o inferno junto, né?, tinha muita coisa bonita e gostosa que aqui não tem, é... tinha praia, tinha contato com a natureza, tinha uma beleza muito grande a cidade, era uma cidade leve assim... ainda mais... eu gosto mais do dia do que da noite né? então durante o dia tinha muita coisa gostosa pra fazer lá, muita coisa de lazer, assim... isso eu sinto falta aqui em Ribeirão, né?. Em Ribeirão a gente fala em sair, a gente pensa em sair à noite, né?, você não pensa de dia, o que fazer aqui em Ribeirão de dia, né?. Mas ao mesmo lado, lá tinha muita beleza mas tinha muita... assim... violência, muita tristeza, muita pobreza né?, tinha o lado feito também do Rio de Janeiro, né?, então lá tinha.... e aqui já é mais equilibrado, não tem tanto da beleza, não tem tanto do lazer mas tem uma segurança maior, né, tem um... acho que bem isso mesmo, né? uma coisa mais tranqüila né? morar em frente a uma praça, abrir a janela, ver esse monte de árvores, isso não tem lá né?. Então, tem as coisas belas e feias, né...*

3.2.5 Encontro de alegria e risos: a preparação e a vivência da Festa Junina e o compartilhamento nos cafés e almoços. O ritual festivo e a descontração deslizando para o espaço do cuidado

*"Festa do Interior: Fagulhas, pontas de agulhas. Brilham estrelas de São João.
Babados, xotes e xaxados, seguram as pontas do meu coração.
Bombas da guerra magia, ninguém matava, ninguém morria.
Nas trincheiras da alegria o que explodia era o amor...
Ardia aquela fogueira que me esquentava a vida inteira, eterna chama.
Sempre a primeira, Festa do Interior..." (Morais Moreira).*

*"O riso obriga o corpo à honestidade. Rimos sem querer, contra a vontade.
Ele nos possui e faz o corpo inteiro sacudir de honestidade...
Não é com o ódio que se mata, mas com o riso...
De toda verdade que não é acompanhada por um riso,
pelo menos deveríamos dizer que é falsa" (Friedrich Nietzsche).*

As narrativas abaixo, extraídas dos momentos de observação das interações entre os membros da equipe de trabalho, mostram a equipe de saúde do Núcleo de Saúde da Família conversando, de forma descontraída e alegre, sobre a Festa Junina realizada no serviço de saúde com a participação dos usuários e moradores do bairro, momento que permitiu a emergência de encontros de alegrias, risos e expressões de criatividade:

[...] O povo ria muito... no bingo os números caíam, mas não tinha o número 80, só ia até o 75... Teve muito bom!... Está é a quarta Festa Junina que fizemos, pra mim essa foi a melhor! (Vanessa, profissional de saúde - momento observação da equipe).

[...] A Vanessa foi a mãe do noivo no casamento, a Alessandra da noiva, a Alessandra tava muito engraçada... Foi ótimo, duas noiva na quadrilha... (Eugênia, profissional de saúde - momento observação).

Dançou um monte de gente na quadrilha... Foi bom demais!... Tivemos três quadrilhas (Juliana, profissional de saúde- momento observação).

Eu acho que foi muito capricho de vocês, de todos vocês! (Osvaldo, profissional de saúde- momento observação).

É... O interessante é que toda barraca tava muito bonita, os cartazes com os babados coloridos tava muito bonito!... todo mundo falou... (Alessandra, profissional de saúde - momento observação).

Para mim a própria preparação da festa já foi uma grande festa... A gente preparando a festa e o tempo feio daquele jeito, um arruma, outro arruma, eu tava muito feliz!... Todo mundo num clima muito bom!... E ninguém por causa do tempo feio parou de arrumar... Mesmo se tivesse chovido valeu a pena!... (Irís, profissional de saúde, momento observação).

É Irís... a gente só ficava olhando para o céu e pedindo: São Pedro não abre a torneira!... (Eugênio, profissional de saúde - momento observação).

Nossa é como esfriou aquele dia, ehm!... (Juliana, profissional de saúde- momento observação).

Eu não senti nada!... (Vanessa, profissional de saúde, momento observação, interagindo com Juliana).

Muito legal!... (Juliana, profissional de saúde, momento de observação).

E veio também muitos alunos dos outros Núcleos, os residentes dos anos passados... Eu fiquei muito feliz com isso!... (Irís, profissional de saúde, momento de observação).

A gente já conversou sobre a Festa Junina, o café, a novela, o futebol...E

agora?... (Juliana, profissional de saúde).

E o bolo de fubá de São João que delícia!... (Usuária, momento de observação do grupo de reeducação alimentar).

[...] É a Festa Junina aqui do Núcleo é um festão, é a melhor do pedaço!... O São João não vai passar em branco aqui este ano também!... A festa está prometendo, estamos organizando para ficar bem bonita... (Juliana, profissional de saúde, momento de observação do grupo de reeducação alimentar, interagindo com a usuária, relato acima).

Assim, observamos que as festividades, como a Festa Junina, têm permitido o compartilhamento de emoções, desde a idealização, a preparação da festa, até o acontecimento final, sendo visível a circulação e o intercâmbio de idéias, de prazeres e alegrias que potencializam o sentimento de pertença e agregação grupal, possibilitando momento de encontros, interações e descontração entre profissionais de saúde e usuários.

Mafessoli (1998) tem nos ensinado que a alegria e o prazer são indícios de uma socialidade que merece ser estimulada no trabalho a fim de contrapor à dureza que constitui a rotina diária. Assim, torna-se importante encontrarmos lugares para se experimentar as emoções coletivamente. Para este sociólogo francês, a festa constitui-se em um processo catártico em que todos participam, liberam as emoções e os sentimentos e se enchem de potência para uma nova criação laboral. As festividades, tanto em âmbito individual como coletivo, relativizam as sensações pesadas, penosas e dolorosas da existência no trabalho e na vida, permitindo o desenvolvimento de uma razão sensível.

Assim, vemos a importância da participação popular não apenas em

espaços formais, como as Comissões Locais de Saúde, as Associações de Moradores de Bairro, os Conselhos Municipais de Saúde, entre outros. A participação dos usuários e da equipe de saúde em espaços informais pode estimular iniciativas mais autônomas, flexíveis, prazerosas e criativas, proporcionando verdadeiros “encontros” de pessoas. Encontros significando o espaço de comunicação mútua, de

[...] estar juntos, encontrar-se, tocar-se, sentir, compartilhar e amar, conhecimento intuitivo mediante o silêncio ou o movimento, a palavra e o gesto, o beijo e o abraço, unificar-se, um com o outro... Encontro significa que duas ou mais pessoas se encontram [...] Em um encontro as pessoas estão ali, com todas as suas forças e suas debilidades [...] (MORENO, 1975, p.).

Concordamos com Vasconcelos (1999) que defende que:

[...] Assim como a parte invisível do iceberg é a sua maior porção, a rede invisível de ações e lutas coletivas que se estende na microcapilaridade da vida das periferias urbanas é muito maior do que suas manifestações institucionalizadas: as organizações populares. E, da mesma forma, que a parte invisível do iceberg sustenta sua porção visível, é a presença desta rede de atores ativos e de iniciativas esparsas integradas no cotidiano da vida social que dá vitalidade às organizações formais e que possibilita a emergência de grandes manifestações noticiadas pela imprensa [...] (VASCONCELOS, 1999, p.).

Nas narrativas das entrevistas, também, encontramos o ritual festivo e a descontração deslizando para o espaço do cuidado e possibilitando “Bons Encontros” entre os sujeitos em interação. Muitas vezes, permitindo que o profissional de saúde saia da sua “condição de técnico” e se aproxime do usuário, e no, outro pólo, que o usuário saia da sua condição de “doente” e “venha ao encontro de você como um amigo”, como diz a narrativa a seguir:

Entrevistadora: E quando há um encontro?!

Camila (Entrevista 20, Profissional de Saúde): O encontro?... Ah!... O encontro é muito bom! (risos) O encontro, eu acho que assim... quando você... que a pessoa já... tão ali... tão na rotina, até tem uma que é a... que é a Vanessa, ela fala muito assim, da questão do pai e da mãe dela, né que... depois que conheceram o Núcleo melhoraram muito, e... eles, assim... Às vezes colocam assim... alguns, né, que ali é... como se fosse um... que eles não vêem um lugar assim de muita educação, de muito respeito... que assim... parece que vocês... às vezes perdem muito tempo com a gente, a gente tá aqui mas a gente vê que vocês tão ocupados, tem outras pessoas pra atender mas... se preocupa em dar uma atenção, mesmo que a gente vê que você tá... tem outra coisa te esperando, né. Então, às vezes isso é que é o encontro... e principalmente o período de festas, aí... aí tudo é bom demais. (risos) As festas você vê... você vê o paciente como um... amigo, né aí você sai da condição de técnico e o paciente vem de encontro a você como um amigo...

Entrevistadora: Aí é diferente?...

Camila: Aí é diferente!... mesmo que você... assim... não tem como você se colocar na posição de profissional nesse período... nessa hora...

Entrevistadora: Hum, hum! Você aponta a Festa Junina...

Camila: A Festa Junina, mesmo as férias no Núcleo, quando... quando teve, né, quando lá teve, a participação das mães, a preocupação de tá ali ajudando a gente a cuidar, né. Então... você divide tarefa nessa época, né... Então acho que aí vem o encontro de um... amigos mesmo, né...

Estes momentos de encontros foram descritos pelos entrevistados como *momentos de felicidade*, que animam e revigoram, quando a pessoa parece estar em um "oceano perdido". Veja a narrativa que se segue:

Entrevistadora: Ok!... E felicidades, que coisas boas você lembra que elas, que estas famílias devem estar tendo, vivendo na vida?...

Paula (Entrevista 30, Profissional de saúde): Eu acho que assim, é... que elas... Que diante de tanta adversidade que elas vivem né, como que elas enfrentam a realidade? Porque muitas vezes, a gente mostra assim né, tem uma coisa que anima né, parece que está tudo perdido, e você tá num oceano perdido e encontra alguém na casa ou uma situação na família, que valoriza né, e às vezes a felicidade pode estar num simples ato: olha, o seu filho tá preso mais ele está podendo contar com você né, ele tá... como que você está enfrentando uma situação adversa sem estar a ... desprezando, sem estar rejeitando, sem tá dizendo: não, não é meu filho!, né. Quantas coisas, quanto que vocês são "capazes" (ênfase nesta fala), eu quero dizer assim eu acho que tem essa felicidade, que apesar

de tudo, mostrar que eles são capazes né, e às vezes até assim, a felicidade de poder ter alguns "encontros" (ênfase na palavra) né, que seja na sua igreja, eu vejo famílias que procuraram, a saídas que eles encontram pra socializar e pra buscar outras energias, ou é na igreja, ou é na sua outra religião, ou são... grupos de trabalhos aí que acaba arrumando grupos de trabalho, como o grupo nosso de macramê, alguns dizem assim: Ah eu vim aqui conversar!, sabe. Um que vê que pode ajudar o outro né, também famílias que se ajudam, acho que isso tem mostrado que eles são felizes, né.

Aqui no PIC (OBS: Refere-se ao Programa de Integração Comunitária, desenvolvido no município com pessoas da "terceira idade" que desenvolvem atividades de esporte, lazer, cultura e socialização), você vê que esse pessoal que vem aqui, eles ficam extremamente felizes de estarem trazendo outras pessoas pra tá incorporando, não é pra aumentar o número, mais a senhora vindo pra cá, a senhora fica nossa amiga, fica junto, então fazem os cafés da manhã, faz uma coisa ou outra, parece que a pessoa também sentir que ela pode ajudar o outro, que a experiência difícil dela pode ser uma experiência para ajudar o outro, também tem mostrado que essas pessoas tão felizes...

Entrevistadora: ... não sei se a gente podia caminhar um pouquinho e falar sobre o trabalho, né. O trabalho aqui no Núcleo de Saúde da Família, "aos seus olhos" (ênfase) e ao seu coração, não sei..., (riso) que lados bons tem esse trabalho da equipe aqui?... que está cuidando também de pessoas, né... e tentando..., até você já falou aqui, fazer um modelo de cuidados de saúde diferente, né?!...

Paula: Eu acho que nós temos sim... vários profissionais que tem aqui um... claro o que que é atender, o que é... produzir diferente na saúde, o que é "agir" (ênfase na fala) de um modo diferente na saúde. Então, que valorize sim e precisa do conhecimento técnico e biológico mas que também... que precisa da "outra dimensão" (ênfase nesta palavra), da dimensão da escuta, de respeitar, de ouvir né, de valorizar as relações desta pessoa com os seus familiares, com o trabalho ou com o não trabalho, com a possibilidade da escola e não escola, com a possibilidade do transporte e não ter o transporte né... Então, eu acho que aqui nós temos várias... muitas, temos até o privilégio de ter uma equipe, uma equipe em que há pessoas que tem essa dimensão né... ampliada, do conceito de saúde né... Agora sabemos que também a ... tem muita disponibilidade de valorizar "outras"... outras ações que não são procedimentos técnicos, então de valorizar além da escuta, de valorizar o convívio social né, quando você organiza aqui a Festa Junina, quando você organiza a férias no Núcleo, quando você organiza outras atividades que "saem" da esfera né, do procedimento médico ou do procedimento técnico né, ou que é técnico vamos dizer para todos né, e quando eu falo de procedimentos médicos eu quero dizer também de todos os profissionais, né. Ah ... Tem nesta situação..., inclusive nesses espaços né, acho que a gente vem criando né, o espaço da "co-responsabilidade" (ênfase na fala), por exemplo, a Festa Junina ela é organizada com a comunidade, entra uma ou duas ou três pessoas da equipe para também estar participando, quem está participando, participa no sentido de dizer: olha, das decisões serem tomadas no grupo, eu lembro que tinha

momentos que eles disseram assim: Olha, pode entrar bebida?... Aí a gente falava assim: Tem que perguntar pro coordenador. Aí nós fizemos uma discussão se seria o coordenador que iria decidir isso, e trouxemos elementos para que "o grupo" (ênfase nesta palavra), né, decidisse se podia ou não, quais seriam os riscos da bebida né, o que seria de benefícios, ficar mais... e aí o grupo decidiu. Então, já teve Festa Junina que não teve bebida alcoólica e teve Festa Junina que teve, mas daí a própria equipe de organização que está presente usuários e profissionais né, decidiram que precisariam ter... contratar algumas pessoas pra segurança, porque se alguém se excedesse e tivesse algum problema levaria essa pessoa pra fora. Fizeram outros contratos...

Então, eu acho que isso começa a ter a questão da co-responsabilidade, o dinheiro arrecadado, também eles decidem nesta equipe, o destino, o que vai fazer, como é que vai fazer, já foi um exercício difícil, tem sido, é... mais que o pessoal acaba, né... entendendo. Também aqui no grupo é interessante, porque "outros" (ênfase) processos que tem que ser discutido de dificuldades, também se discute no grupo, então,... saídas, que vai pra congresso, quem não vai, quem vai fazer os cursos, como que vão, com qual responsabilidade né... Então, eu acho que a equipe tem "tentado" (ênfase) fazer de um jeito assim, eu acho que isso são os aspectos positivos.

Esta outra narrativa nos mostra estes espaços como oportunidade de expressão de criatividade humana, de vida e de alegria:

Conceição: ...Quer dizer, se o paciente fala para mim é melhor fazer isso, isso e isso, e o técnico fala e se você fizesse tal coisa assim, assim, assim e assim, não mais eu tô pensando nisso, e o outro fala eu tô pensando assim, assim e assim, e se a gente fizer...ou seja, achar maneiras, né, achar maneiras. Criar, aí é que vem a questão da criatividade, né, às vezes as equações são muito mecânicas né, são muito ação-reação, e essa linearidade na verdade ela é uma coisa falsa, o ser humano não é linear.

Entrevistadora: Você lembra de algum momento em que essa criatividade pode vir à tona?

Conceição: Olha, a gente tem lá, por exemplo, os grupos que fazem atividades físicas né, eu me lembro de uma Festa Junina, não me reportar, pegar exemplo clínico... mais, eu me lembro de uma Festa Junina que tinha tanto grupo que queria dançar, que a festa assim, deveria ter umas 400 pessoas, teve quatro quadrilhas, que foi a equação, que a comissão lá tirou né, conseguiu chegar para poder contemplar todos os grupos que queriam ir, que queriam mostrar, que queriam dançar, que queriam enfim, se expressar né, e eles acharam uma coisa muito criativa e foi muito interessante ver aquelas quatro quadrilhas chegando para dançar, as noivas assim numa alegria, numaquer dizer, contemplou todo mundo, permitiu que todo mundo desse vazão a essa criatividade, a sua

capacidade de propor e de se organizar e quer dizer, foi muito bom, num outro momento poderia dizer: não é só tal grupo, não é só o grupo do Núcleo, não é só o grupo de quem já está aqui dentro, é só dos moradores, não. A própria comissão dos técnicos e dos moradores arrumou a sua equação, esse grupo de atividade física por exemplo, tem n desdobramentos de outros grupamentos que se desdobra. Então, eles fazem excursões, eles fazem festa, eles vão dançar juntos, então eu acho que é um exemplo também né, como o ser humano tem possibilidade de fazer a mais né, você espera que em uma unidade de saúde, as pessoas vão lá só para discutir doença né, foi assim que ficou a marca, e eu acho que não, acho que lá a unidade de saúde ficou como saúde mesmo né, ficou como vida, como criatividade, como alegria.

Observamos que este encontro de alegria e risos é também valorizado e lembrado pelos usuários do serviço de saúde da família, como aparece no depoimento abaixo:

Entrevistadora: *É você me falou um ponto gostoso, o tomar o café e o cumprimentar parece que tem um significado especial para você e para o Pedro (OBS: Nome fictício), né!?*...

Leila (Usuário, entrevista 5): *É..., que nem teve a Festa Junina, eu não fui porque eu não tava aqui, mas ele tava doidinho pra ir na Festa Junina aqui do Núcleo!, porque ele se sentia importante, porque a Doutora Rosa Vermelha chegou pra ele e falou: "Você vem, né Pedro!..." Ele falou: "Você viu mãe, a Doutora Rosa Vermelha me convidou... Nós vamos?!". "Vamos!..." Eu não sei se ele tava com crise, com essa secura, ele tava com uma crise danada... de alergia... só por isso nós não fomos esse ano, mas nos outros dois anos nós fomos sim...*

Entrevistadora: *Você lembra de outra situação, que você falou: nossa, isso é tão bom!...*

Leila: *... A Irís... foi uma benção pra ele. A Irís aí no Núcleo. A Eugênia, ele adorava a Eugênia!...* (Refere-se a profissionais de saúde do Núcleo).

Entrevistadora: *O que que tinha..., independente da pessoa, o que era de melhor na relação com esses profissionais de saúde?!... O que tinha de "especial" nessas pessoas, que as diferenciam de outros profissionais?!... Você consegue identificar, Inverno!?*...

Leila: *É porque ficava assim, como se fosse da família... não era negócio de "médico", de "enfermeira", de "psicóloga", era igual tá nós duas aqui!...*

Entrevistadora: *pessoas!...*

Leila: *... Pessoas...sabe. Ela não via que eu era pobre, que eu não tinha condições..., ela não via esse lado, ela via eu como pessoa, como mãe... O Pedro como um paciente, como uma criança carente, que precisava de*

uma atenção especial!... Não tratava ele assim... aceitava ele, e conversava com ele como ele é, você entendeu. Isso aí..., tratou bem o seu filho... Você tem filho?! Você tem!?... Pô que legal!... (fala emocionada).

Os usuários também têm vivido e valorizado outras redes de convívio social que ocorrem na microcapilaridade da vida das cidades e têm possibilitado a emergência de melhorias na qualidade de vida, como fica evidente na seguinte narrativa de um usuário viúvo, de 74 anos de idade:

Entrevistadora: *E como que seria um "modo de tratar bem"... como que é tratar bem a outra pessoa!... Me dá um exemplo de um bom tratamento que fizeram para o senhor lá no Núcleo...*

Seu José (Entrevista 6, Usuário): *Tratar bem é assim, primeiro de tudo o "respeito"!(ênfase nesta palavra)..., o agrado..., não só lá!, como na igreja sou maravilhosamente bem tratado..., todo mundo gosta de mim lá...*

Entrevistadora: *Me conta um pouquinho pra mim... Eu sei que o senhor gosta de cantar no coral da igreja... Conta pra mim como que é essa parte da vida do senhor!...*

Seu José: *Vichê... (riso descontraído)... Aí é um coisa bem longa!... Bem bacana e bem longa!... (riso).*

Entrevistadora: *(riso) Olha, me conta essa coisa bacana, então!...*

Seu José: *... Eu estudo livros de música, tudo... (OBS: Ao falar começa a pegar na estante que está próxima, alguns livros de partitura musical)...*

Entrevistadora: *Mas vamos combinar uma coisa, então: conta primeiro como que é, depois o senhor me mostra...*

(OBS: Após o término da entrevista permaneço na casa por mais cerca de meia hora. Seu José faz questão de me mostrar os livros do Coral, discos e CDs... Ao folhear os livros, Seu José me mostra um em especial, seu predileto, chamado: "Viver bem com a música", e Lê para mim uma parte que diz assim: "A música quase que faz parte da alma humana: a história da vida de cada um pode ser contada em dias, semanas, meses e anos- ou por sons, harmonias, ritmos e melodias. A cada acontecimento de nossas vidas, podemos associar um som, uma cor, um cheiro, uma presença, uma emoção... Como linguagem, integra todos os seres, já que todos dialogam por meio de vibrações"...)

Entrevistadora: *Pode me contar como que é esse gosto pelo coral?!...*

Seu José: *... É a mesma coisa do Núcleo, né..., lá a gente é bem atendido, a gente também atende eles muito bem e tudo...*

Entrevistadora: *Certo!... E como é para o senhor estudar música, cantar*

no coral!?... Dá uma idéia pra mim melhor pra mim...

Seu José: Eu acho assim... como diz... como um emprego!, como um serviço maravilhoso...

Entrevistadora: Como assim!?... No que que é bom a música pro senhor ?!...

Seu José: ... Um melhoramento!... um melhoramento na vida da gente...

Entrevistadora: ... Ok!... No que que a música tem melhorado a vida do senhor!?... O senhor canta em qual coral!?...

Seu José: Melhorou muito!... Eu canto em 3 corais, 2 da igreja ali da Vila Tibério e canto num coral da cidade aí, o... o Coral Vila Lobos... conhecel!?...

Entrevistadora: Não, não conheço!..., só de nome... Como que é esse coral!?...

Seu José: Vichê... é maravilhoso, viu!... Naquela festa... da... da Feira do Livro eu cantei lá!... Ontém eu cantei lá no coral da igreja, a doutora Irís falou que ia lá me ver eu cantar, eu não sei se ela foi!...

Entrevistadora: ... Que legal!... Desde quando que o senhor começou a cantar!?...

Seu José: A música também, como se diz... muda muito a vida..., principalmente ela faz bem ao corpo, à saúde... tudo...

Entrevistadora: Ah... No que que a música faz bem pra saúde!?... Quando o senhor canta uma música bonita lá no coral da Vila Tibério ou lá no coral Vila Lobos o que que o senhor sente!?...

Seu José: Me sinto alegre, me sinto satisfeito, me sinto... que eu já estou relacionado em tudo que eu penso de bom!..., de eu estar ali no meio de um grupo maravilhoso, como é...

Entrevistadora: Eu não conheço o grupo lá do coral... Como que é esse grupo!?... Conta pra mim...

Seu José: ... Os amigos são muito bons, graças à Deus, tem homens e mulheres..., mais mulheres... Sabe na música assim, eu vejo uma coisa, ... não sei se eu estou certo ou estou errado, eu estou vendo que parece que a mulher mais se aprofunda, mais se interessa pela música, pelo coral..., Que eu canto em 3 corais..., tem coral que é só 2 homens!..., esse ontém que eu cantei mesmo, tem só dois..., eu e mais um, que... eu sei lá, parece que o homem que não se interessa, fala que não tem voz, fala que não tem tempo, fala que não sabe cantar, fala que não conhece música...

Entrevistadora: Olha, que interessante o que o senhor está dizendo... O senhor, também tinha receio de cantar!?...

Seu José: De início sim!... Ah... eu penei um pouquinho no começo!, mais ou menos, umas temporadas aí..., se for fazer um listão aí, eu acho que já cantei em mais de 10 corais..., que tem alguns que já até acabou...

Entrevistadora: Certo!... Que música que o senhor mais gosta!?...

Seu José: Eu gosto mais da música popular...

Entrevistadora: Popular!?...

Seu José: Essa, tipo chorinho... essas... tipo música popular brasileira!..., gosto um pouquinho também da música italiana...

Entrevistadora: E tem uma música em especial, que o senhor gosta muito de cantar!?...

Seu José: ... Tem música que às vezes mexe com a vida da gente!... Essas assim, que às vezes faz lembrar ... faz lembrar da família, faz lembrar

dos amigos que já passaram por ali e já foram, outros já mudaram pra outra cidade... que nem agora o mês quivém tem dias dos pais, tem muita música pro dias dos pais... dias das mães... Tem muita no geral, tem muita coisa ali também pros amigos...

Entrevistadora: *Está ótimo!... Seu José, o senhor gosta também de "futebol", né!... de ir vir o Botafogo... O senhor sempre pergunta pra mim como está o time de futebol lá da minha cidade, né (riso)...*

Seu José: *Gosto!... Gosto muito de ir ver o Botafogo!... (riso)...*

Entrevistadora: *O que significa o futebol para o senhor?!*

Seu José: *Ah... É um hora de... de distração!... Re-lembrar o tempo... Eu também joguei futebol!...*

Entrevistadora: *É?!*

Seu José: *... Vichê... quando eu tinha... até 52, 53 anos eu jogava!..., não tinha problema nos pés nada!... (OBS: Seu José possui uma úlcera no pé, seqüela do diabetes) Tinha um time lá mesmo, que era da Antártica... a gente jogava todo domingo!...*

Entrevistadora: *... E como que era jogar futebol lá na Antártica?!*

Seu José: *Era muito bom!... Tinha uma associação lá que chamava ARICA... E eu jogava lá... Era muito bom...*

Entrevistadora: *... O senhor sente hoje ter problemas nos pés... que não dá mais pra jogar futebol... No que que os "problemas nos pés" atrapalham a vida do senhor?!*

Seu José: *Olha... eu gostava muito de andar..., assim em vez de ficar andando assim de ônibus..., andar à pé assim..., fazia muita ginástica..., porque dizem que é bom, né!..., andar muito a pé também..., mas agora com o pé desse jeito aí eu tenho é que andar de ônibus!... E inclusive eu tenho muito prejuízo... nessas partes aí...*

Entrevistadora: *... porque Seu José?!*

Seu José: *... Porque andar de ônibus aí eu perco muito as coisas!..., esqueço muitas coisas, fui assaltado duas vezes já em ônibus!...*

Entrevistadora: *Entendo!... O senhor já foi assaltado até aqui, né?!*

Seu José: *É... Até aqui em casa..., fui assaltado 3 vezes, já... Aí levaram a televisão!, tô sentindo falta de uma...*

Entrevistadora: *Deixa só eu perguntar uma coisa pro senhor, eu tive oportunidade de ouvir do senhor algumas dificuldades na vida, né... Como por exemplo, esta espera por mais de 2 anos para conseguir o sapato, né... Haja paciência, né!... Sabe, que eu cheguei a pensar que não ia sair!... E hoje em dia..., que outras dificuldades o senhor tem enfrentado na vida... O que que tá difícil, o que que tá ruim na vida do senhor hoje?!*

Me dá um exemplo, Seu José!...

Seu José: *A situação financeira! (Fala enfática)... E às vezes alguma parte de remédio, porque tem remédio que a gente não consegue, às vezes a gente vai consultar, o médico receita o remédio, lá no Núcleo não tem! E aí... às vezes alguns remédio eu falo lá no Núcleo, inclusive tinha um creme lá, uma pomada que era pra passar nas pernas, tudo pra acabar aquele ressecamento, não conseguiram também, eu fui ver era 12 real!... só que eu nem lembro mais o nome da... da pomada... Aí me arrumaram outras coisas lá, mas foi muito bom, me atenderam... Agora o financeiro...*

Entrevistadora: *No que que tá mais difícil esta parte do financeiro!... Me dá um exemplo pra mim... No dia-a-dia mesmo da vida do senhor...*

Seu José: De difícil... é o que eu ganho por mês!... Eu ganho 360... Eu aposentei com 4 salários, mas cortaram 2!... Inclusive quase que nem dois dá!... então, eu vou procurando equilibrar, e principalmente o comestível, o leite principalmente eu não tô usando, porque o leite só vende à vista... A carne é um pouquinho difícil porque eu não tenho conta em nenhum açougue, então tem que comprar a vista... E às vezes eu passo um pouquinho apertado por causa disso!... E as contas eu vou pagando devagar...

OBS: No início da entrevista Seu José utiliza o termo "tropeços" na vida (cair, tropeçar e levantar, ficar de pé) e agora usa o termo "equilibrar" na vida, dando a sensação de que está equilibrando com dificuldade em uma corda bamba...

Entrevistadora: Certo!... E como que é fazer isso Seu José, tentar se equilibrar na vida, aposentado, ganhando menos de dois salários mínimos!?... Dá pra viver como!?...

Seu José: Eu vou fazendo o que eu posso!... Dá pra viver meio tropeçando... (riso), mais dá...

Mas, mesmo nestes momentos de encontros, os profissionais de saúde entrevistados identificam alguns obstáculos, como a separação hierárquica entre os membros da equipe de saúde, como mostra o excerto que se segue:

Entrevistadora: E são assim relações tão "delicadas", que em alguns momentos você sente assim: acaba afastando as pessoas, né não se aproximando. Você consegue identificar, lembrar de alguns momentos que as relações foram mais fáceis, momentos bons, gostosos!?

Lívia (Profissional de saúde, Entrevista 29): Teve um momento que tava tão bom... mas durou tão pouco... (riso).

Entrevistadora: Lívia, então me conta, vamos lembrar dessas "preciosidades"!.

Lívia: Eu lembrei de uma coisa! Olha que interessante no dia do aniversário da Juliana, você tava aí?! Então, teve um almoço e veio a Conceição, a Paula, o João, tava todo mundo aí e teve uma coisa muito interessante, que a gente tava conversando na mesa: "Ai, como é bom fazer isso né!". Aí uma falou: "É... mas então, a gente não faz mais!..." na época da Conceição fazia muito...

Entrevistadora: Os almoços!?...

Lívia: É os almoços. Tudo era motivo para fazer comemoração, almoço, né. E assim, os almoços acaba tirando o ... o pessoal se diverte, se integra mais, acaba conversando. Ainda assim, tem a separação (riso): os médicos, os residentes comem na mesa ali, o pessoal vem pra cá... (riso)

Entrevistadora: ... pra varanda... (riso).

Lívia: *É... é... não tem jeito! Mais ainda assim, fica um clima mais descontraído. Sempre tinha, se não era o almoço, era o café da manhã. Lembra!? Dos "cafés da manhã" que delícia...*

Entrevistadora: *Sim!*

Lívia: *... e foi diminuindo, diminuindo, foi rareando, foi rareando, foi rareando, o último que teve foi o da Juliana que ela quis fazer e todo mundo assim "saudosista"(riso) nossa era tão bom quando tinha. Lembra!?*

Entrevistadora: *Lembro!...*

Lívia: *"Lembra"? "lembro! "a tal comida... lembra que a fulana ajudava a fazer não sei o que, uma ajudava na cozinha, outra não sei o que...*

Entrevistadora: *Aproximava as pessoas!?*

Lívia: *É! Aproximava. Tirava aquela coisa pesada... dava uma refrescada... e isso era muito bom! E era gostoso mesmo, eu lembro os cafés da manhã eram uma delícia, juntava aquele "bando" de gente. Era muito gostoso!...*

O profissional de saúde também questiona a festividade e os diferentes momentos vivenciados pelo Núcleo de Saúde da Família nestes quatro anos de histórias: *"que bons momentos estamos tendo para celebrar?"*, como mostra a narrativa:

Entrevistadora: *Sabe o que me veio agora, na hora que você falou de comemoração, de festejar né, o Núcleo ele tem uma cara, teve não sei, há um tempo atrás, essa questão das festas, cafés, almoço, que significado você vê nisso?*

Conceição: (Entrevista 32, Profissional de Saúde) *Então as festas os almoços eu acho que eles tem vários significados, um deles que eu acho que era o que a gente atribuía, era um momento de confraternização mesmo, era o momento de celebra as coisa boas que o grupo estava conseguindo trazer, de criar, propor alcançar né, então eu acho que são momentos muito importantes né, é... as festas não podem substituir, eu acho assim, que a celebração ela precisa acontecer quando você tem coisas para ser celebradas, eu acho que elas não podem vir no sentido de criar um falso clima de tudo bem e deixar questões substantivas, importantes né, sem serem tocadas, e eu não acho que era isso que acontecia lá e não acho que é isso que acontece né, mais eu acho que fica sempre um alerta né, de que a gente precisa sempre ter cuidado, de , eu falo isso pros meus filhos em casa sabe, é um tal de festa final de semana, festa aqui, festa ali, outro dia eu perguntei: Escuta, o que tanto vocês estão celebrando né, como é que estão as outras coisas da vida de vocês?. Como é que está a vida afetiva, a vida escolar, como é que está o*

preparo para o vestibular, como é que estão as responsabilidades dentro de casa?...

Entrevistadora: *Se a gente for pensar em termos do Núcleo, no seu olhar teve momentos em que isso foi mais forte, se eu estiver errada você me corrige, que houve uma redução, pensando nessa lógica que você falou, está tendo menos coisas pra se celebrar?...*

Conceição: *Eu acho que está passando por momentos diferentes agora sabe, acho que o primeiro momento de implantação do programa foi quando a gente abriu o Núcleo um, praticamente um apêndice aqui do Centro de Saúde Escola, então foi um marco, vamos começar do jeito que a gente pode... Então foi a fulana de tal, foi a fulana, foi a fulana, foi Dona fulana de tal, foi não é, vamos alugar uma casa aqui perto, a gente pagava as coisas por aqui, pegava o material daqui, tudo muito modesto né... Aí quando a gente partiu para escrever a proposta, foi um projeto com a secretaria do estado, negociamos com o município, o financiamento, tudo, foi um outro momento, saiu do doméstico, saiu da cria aqui interna, do apêndice, para ser uma coisa mais, com vida própria, com um projeto político maior, uma coisa mais ousada, financiamento externo, cinco unidades, muitos profissionais, tem aí 50 a 60 profissionais já envolvidos, e tudo, foi muito importante esse momento, acho que a gente teve uma contribuição muito grande das equipes e dos docentes que fizeram essa coordenação, sabe, eu acho que por exemplo, o papel que a fulana de tal fez no núcleo número tal foi imprescindível, o papel do fulana, o papel do fulano, da fulana, da..., da..., da..., da..., enfim, né, teve um papel importante sabe, de estar junto, de ajudar a enfrentar os primeiros desafios, que nem a criança quando está dando os primeiros passos, precisa do pai e da mãe ali mais perto. Hoje eu acho que as equipes já tem que assumir as responsabilidades, de coordenação interna, eu acho que o docente já está em um outro momento, então nós precisamos agora avançar nos projetos, eu acho que os docentes estão num momento de ficarem mais soltos dessas questões de ensinar papel, de saída de gente de congresso, de férias, de material, de ponto, sabe, agora é pensar assim, os próximos núcleos, o próximo projeto, o distrito, o modelo para o município, o modelo pro município, o modelo pro distrito, o modelo pra a DIR, porque é isso que vai nos dar uma viabilidade política e financeira para continuar, então se a gente continuar nesse modelo, que é bom só para a Universidade, nós corremos o risco de não termos o financiamento do SUS né, pro gestor municipal, pro gestor estadual, do ministério, então eu acho assim que foi importante o primeiro passo, os primeiros passos, o primeiro ano, o terceiro ano, nós estamos no quarto ano, então eu acho que já é o momento agora, a equipe já está preparada, eu não tenho a menor dúvida.*

3.3 Analisando algumas comunicações entre os profissionais da equipe de saúde que prestam o cuidado às famílias: como estão dialogando e se cuidando quem cuida?

3.3.1 A classificação das famílias: pintando e colorindo as famílias de vermelho, amarelo e verdes: risco ou vulnerabilidade?, monocromia ou um arco-íris?

"O saber e o viver: afirmo que a única finalidade da ciência é aliviar a miséria da existência humana" (Brecht)

*"... Eu acho que nós estamos trabalhando mais com risco... Mas acho que tem que dar o tempo... É eu acho que eu colocaria isso no campo do desejo, mais ainda um caminho a ser trilhado... Eu acho que a gente está "jogando sementes... porque o dia em que eu souber, por exemplo né, aqui na minha família, se eu puder ter co-responsabilidade na classificação e nas intervenções eu acho que o impacto é outro, eu acho que a direção é outra..."
(Verão, profissional de saúde, momento da entrevista).*

Uma situação que, inicialmente, despertou-nos estranheza e desconforto e posteriormente ficou repetindo-se, como que a "pisca" nos textos das observações e do material transcrito das entrevistas, foi a *classificação das famílias em vermelho, amarelo e verde*, do maior para o menor "risco" (VIEIRA et al, 2001).

Durante o meu período de observação no Núcleo, nas reuniões de discussão de família, todo novo cadastro familiar era encerrado com a classificação, pela equipe, da cor da família, fato que chamava a atenção pela forma e rapidez como era feito.

Esta classificação, muitas vezes, nos incomodou, instigou interesse e despertou a seguinte pergunta: *a classificação das famílias em cores expressa idéias de cuidado? ou risco? ou vulnerabilidade?*, assim, a classificação das famílias por cores, verde, amarelo e vermelho, surgiu como uma temática que pediu investigação

e aprofundamento. Algumas narrativas a seguir, dos profissionais de saúde da equipe no momento de observação, extraídas do diário de campo, são bastante ilustrativas:

A senhora tem 63 anos, é auxiliar de serviço em um hospital psiquiátrico, é hipertensa, tem depressão pós morte do filho de acidente de moto há 16 anos... No fundo da casa mora a filha que tem 4 filhos... O ex-esposo é alcoólatra... tá com exame ginecológico atrasado... Ela passou aqui e pediu atendimento psicológico para o neto de 8 anos que tá com dificuldade na escola... falta informações do menino... A orientação foi não cadastrar a família porque o número tá alto... Qual é a classificação desta família? (silêncio)... Na minha opinião eu classificaria como amarelo... Cadê a fulana de tal... (uma profissional de saúde refere-se a outra profissional que não está presente na reunião da equipe deste dia) Ela é quem gosta de colorir de vermelho... Vamos parar de vermelhar... amarelo então!!!... (Eugênia, profissional de saúde, no momento de observação de reunião da equipe).

Eu sou meio suspeita para falar... 'Família orientada?!... É bem intencionado, mas está mal orientado... Acho que é vermelha... (Íris, profissional de saúde, momento de observação).

Eu vi como é lá... Eu acho que é amarela!... (Eugênia, profissional de saúde, momento da entrevista).

Estas crianças na rua estão expostas a muitos riscos... a droga... não vão à escola... (Michele, profissional de saúde, momento de observação).

Então como a gente classifica?... A gente aqui tem uma tabela para classificação de risco para a família... (profissional explica aos alunos presentes na reunião da equipe). Então eu não sei se entra no amarelo ou no vermelho... Se for uma gravidez indesejável fica no vermelho... A gestação de alto risco é vermelho... a acompanhada é amarelo... (Paula, profissional de saúde, momento de observação).

Toda e qualquer família está no vermelho e amarelo... A única família verde da área é a minha... (Tatiana, profissional de saúde que reside na área de abrangência do Núcleo, faz referência à sua família).

Vermelho é a opção fulano de tal (refere-se a outro profissional da equipe de saúde)... *Hoje ela não está aqui, é a chance de ficar verde... Como fica a classificação então?*... (Eugênia, profissional de saúde, momento de observação).

Acho que é vermelho até que se esclareça a situação... (Juliana, profissional de saúde, momento de observação).

O fulano de tal internou com diabetes descontrolado, fez uma curva... ficou três dias na UTI... ele não faz nada certo!... Minha área este mês teve bastante intercorrência... duas mortes, uma internação e uma separação... (Eugênia, profissional de saúde, momento de observação).

A filha fez cirurgia de diverticulite... o pai tem esse problema sério do coração..., agora o transplante, ele ficou preocupado... que família problemática... é vermelha né!?... (Tatiana, profissional de saúde-momento de observação)

Tá classificada?!... Precisa classificar como vermelha por causa dessa criança... Se tem uma estória de que ela não tem pai, pode ser um 'mostro' ... Tem algum bloqueio aí...para ela... para ela ir conversando aos poucos... Porque o conceito de família não precisa ser o consanguíneo, pai, mãe e filho... pode ser vó e neto... É... É quem cuida!... (Elana, profissional de saúde, momento da observação).

Parece-nos relevante tematizar e problematizar esta classificação das famílias em cores por pelo menos dois motivos. Primeiro, para *questionar o critério em si*, o que significa, representa para o profissional de saúde da equipe de saúde da família classificar as famílias desta forma? é uma tecnologia, um critério utilizado

para sistematizar a atenção, o cuidado às famílias?; como o profissional vê esse critério?; a cor vermelha representa um estado de maior alerta/preocupação (risco ou vulnerabilidade) da família do ponto de vista da saúde?; a cor verde representa uma estado de menor alerta, maior tranquilidade da equipe em relação à família?; e a transição entre o vermelho e o verde, representada pela cor amarela?; a classificação poderia ser diferente, feita com a participação das famílias ou isso não é possível?; os profissionais de saúde estão utilizando esta tecnologia automaticamente, caracterizando um fazer automático e naturalizado, ou não, é um fazer que tem uma intencionalidade clara compartilhável entre os membros da equipe?.

Segundo, pela *unilateralidade na comunicação*, é uma comunicação que é feita apenas por uma das partes da relação (a equipe de saúde), ou seja, as famílias/os usuários, de modo geral, parecem não saber que a equipe de saúde discute seus problemas e necessidades e as classificam em cores. E se soubessem?, sentir-se-iam invadidas ou sentir-se-iam cuidadas?, as cores seriam as mesmas, se pintadas pelas mãos dos usuários/famílias?.

Este tema instigou também a pesquisadora Matumoto (2003) que, ao refletir acerca do encontros e desencontros entre trabalhadores de saúde e usuários, discutiu o ato de “colorir rapidamente as famílias”, o que lhe casou, a princípio, também um certo impacto e um certo mal-estar:

Algumas impressões do diário de campo: tarefa obrigatória- classificar as famílias segundo o risco de adoecer(?). Mas qual seria o entendimento acerca do objetivo da atividade para cada membro da equipe?. A equipe reproduz o fazer técnico do modelo hegemônico, a produção de procedimentos. O usuário está incluindo como um elemento do processo, mais objeto que gente, igual a qualquer outro, sem singularidades, e não

como ator, sujeito co-produtor da ação de saúde possível no encontro... Há sempre alguém que apresenta o caso, há poucas complementações por outros trabalhadores e as perguntas são em geral para esclarecimento de questões pontuais, de caráter mais individual... Parece haver uma certa hierarquia na ordem em que as perguntas são feitas: os médicos, as enfermeiras e os demais. Pedidos de esclarecimentos de termos técnicos são prontamente respondidos, tecnicamente... Impressiona também a grande rapidez com que vão passando os casos. Não sei se por serem conhecidos; mas com certeza, não por todos. Mais parece uma velocidade vertiginosa para não se pensar muito, e menos para sentir... Os casos vão se tornando homogêneos e são engolidos num fazer automático, naturalizado, o trabalho vai perdendo o sentido, e o trabalhador vai executando-o sem alegria e sem vida [...] (Matumoto, 2003, p. 132).

Então, ao indagarmos os membros da equipe de saúde do Núcleo sobre o entendimento acerca do objetivo do ato de classificar as famílias em cores, observamos que o entendimento não foi homogêneo. Para alguns profissionais de saúde da equipe, a classificação das famílias em cores não faz muito sentido: “... É muito difícil. Eu não me encaixo muito com este tipo de coisa...”, e portanto, não é uma tecnologia determinante na organização dos processos de trabalhar, relacionar e comunicar com as famílias, como mostra a narrativa a seguir:

Entrevistadora: Deixa eu só te perguntar uma coisa... Já tá encerrando, tá Lívia. Eu não sei se você está muito cansada!?

Lívia (Entrevista 29, Profissional de Saúde): Não!... Tá gostoso!...

Entrevistadora: Que bom!... Então só mais uma pergunta. Quando a gente fala de família aqui no Núcleo eles usam a classificação das famílias!... Em vermelha, amarela e verde...

Lívia: Isso!...

Entrevistadora: ... Me fala um pouquinho sobre esta classificação...

Lívia: Então porque assim, eu não uso esta classificação, pra mim não tem sentido isto. Então, por exemplo, as minhas famílias eu não sei quem é verde, quem é vermelha, quem é amarela (riso)... Assim, como também eu não uso o prontuário porque... pela questão do sigilo eu não vou ficar escrevendo as coisas que a família contou em sigilo no prontuário, para que outras pessoas tenham acesso. Então assim, isso pra mim não tem... muito significado. Eu não sei se burocraticamente facilita a vida do pessoal ali?... Eu acho meio estranho, eu não sei, Priscila, eu não tenho uma opinião formada porque... Aí eu volto novamente naquela estória das reuniões, que discute, discute, discute, mas termina sem... um fechar,

sem um... e aí acaba dando prioridade para as famílias vermelhas vamos supor. Então, investe no Pedrinho da Andréia, (OBS: Refere-se a uma família atendida pelo Núcleo que demandou várias intervenções da equipe), imagino que deva ser vermelha. Investe sei lá... E algumas outras acabam sem tempo, sabe... e precisam também tanto quanto ou talvez se modulassem melhor... Eu não sei. Eu acho meio confuso, eu não consigo entender muito...

Entrevistadora: *Me fala um pouco mais sobre esta estranheza... Você sente uma coisa estranha?!... Você fala assim, para você não faz sentido...*

Lívia: *É para mim não faz... Então assim para mim... Se vem uma mãe aqui que tá com uma depressão, e por exemplo vem a Hortência que passa lá... o marido batendo, ela tá com fome, não sei o que, as duas para mim são prioridade. Só que são diferentes as necessidade, difere a necessidade, mas em termos de ... sofrimento (riso)... entendeu. Então se eu for ter que fazer alguma coisa pra ajudar, eu vou ter que fazer para as duas, vou ter que agilizar... Eu não consigo ver de outra forma (riso)...*

Entrevistadora: *Perfeito!... E... e... só para a gente pensar mais um pouco eu queria te perguntar...que esta classificação é feita em reunião e feita pela equipe... a... a família desconhece que é classificada nestas cores né!? Você acha que isso poderia ser feito diferente ou está bom assim, dessa forma?...*

Lívia: *Então, eu não sei te responder... porque é aquilo que eu te falei... eu não sei nem se precisaria ser feito, né... quanto mais como poderia ser feito?!...Eu me questiono até se precisaria ser feito dessa forma... De uma outra forma? (pausa curta, pensa)... Não!, acho que tem que ser a equipe mesmo, pelo menos as pessoas que conhecem o caso, né. Se é que tem que ser feito (riso), então que sejam as pessoas que conhecem melhor o caso. Agora eu não sei no que se baseia: é doença física que leva para o vermelho?... é risco para a criança?, É risco social?, psicossocial para a criança?, eu não sei!. Entendeu. É um diabetes, uma pressão alta?...*

Entrevistadora: *... Dependendo do olhar pode adquirir um significado e uma cor...É isso!?*

Lívia: *Então, provavelmente pra mim uma... uma criança que tá sem pai e ... sei lá, com atrito com a mãe, vamos supor. Se eu tenho que classificar seria vermelha, porque para o desenvolvimento psicológico dela taria péssima a coisa, precisaria ser feito alguma coisa. Então, é muito difícil. Eu não me encaixo muito com este tipo de coisa... (riso)...*

A narrativa a seguir, de um profissional de saúde do Núcleo, mostra algumas limitações presentes na classificação da família em cores, mas aponta também algumas potencialidades: o espaço das discussões das famílias em equipe permite pensar e visualizar estas pessoas (os usuários), suas necessidades e modos de vida, não no contexto individual, mas no âmbito da dinâmica familiar como um todo, entendida como uma rede, uma trama complexa de inter-relações que, muitas

vezes, necessitará de diversos olhares, diversas interpretações, rumo ao alargamento de horizontes comunicativos e a construção da interdisciplinariedade e intersetoriedade do cuidado.

Entrevistadora: Certo... Juliana, a gente está falando dessas famílias, né... Você já me trouxe também exemplos... E no Núcleo vocês usam a classificação das famílias em vermelha, amarela e verde, né... Na sua opinião, o que você acha dessa classificação, desse critério?...

Juliana (Entrevista 19, Profissional de Saúde): (risos).... Eu acho que não serve pra nada... a gente pegou uma coisa que veio pronta de outro serviço, com uma classificação biológica, de problemas assim, hipertensão, pa-ra-rá... pa-ra-rá... pa-ra-rá... A gente quando classifica, na verdade a gente tá vendo que tem muito, muito mais do que aquilo, né, tem problemas sociais, problemas de relacionamento, problema... "n" problemas...

Entrevistadora: Até que a gente tava falando agora, né... de mais profundo...

Juliana: e depois classifica a pessoa como hipertensão, né, hipertensão não tratada é vermelho, hipertensão tratada é amarelo, né e... não é só isso, né, eu acho muito besta aquilo, aquele negócio (riso), ele ajuda em alguns pontos?. Ajuda!... Criança menor de seis meses é uma família vermelha, ok! Tudo bem, pré-natal é, tudo bem. Mas eu acho que não é só aquilo, aquilo ali tinha que ampliar é muito e depois a gente não usa pra nada, porque tem que visitar todo mundo, todo mês pros agentes. Na hora que a gente visita, visita da enfermagem e médica, não é pelo critério da classificação é pelo critério das coisas que estão acontecendo, né, das necessidades que vão emergindo naquele mês naquela... na discussão, então eu.... sinceramente pra mim não serve pra nada aquilo, nunca nem olho pra classificação quando eu vou...

Entrevistadora: Hum, hum... Ok... Mas de certa forma, em todo o cadastro, né, que eu vi nas discussões, no final há uma discussão da equipe em que há essa classificação, né... Quando se classifica... o que significa estar classificando ela em vermelha, pra você... Em amarelo, em verde?...

Juliana: É pra mostrar o risco, né, o vermelho tem mais risco, né, que a gente tem que olhar mais pra aquela, amarela menos, verde que num... aparentemente não tem nenhum problema, né... Mas eu não acho que a gente organiza o trabalho em cima da classificação. Mesmo porque ela é uma dinâmica, né, fez um mês, no outro mês pode ter mudado tudo, e pode ser que nem passe de novo pela discussão, que a gente visite pela situação e nem veja se é... que cor que é, eu não acho que a gente usa aquilo...

Entrevistadora: Ok... E na hora que você falou disso de risco, é.... eu tive a curiosidade de estar vendo que existe um número muito baixo de

famílias verdes, que ele é até motivo de uma surpresa quando ela (a família verde) surge, né, quando a gente... né... vamos deixar ela verde, tem sempre alguém contra, né... Posso estar errada..., mas me parece uma preciosidade, uma raridade ter na área famílias verdes, né... Porque que você acha que na área tem tão poucas famílias verdes?... Que é bem reduzido as verdes?...

Juliana: *Por que?... (silêncio curto, pensa)... talvez porque assim... a gente não olhe só pro... apesar da gente quando classifica olhar pra tabela, a gente não classifica só pela tabela, né, porque tem hora que a gente vê uma situação a gente fala assim: "é vermelha", né, e às vezes nem tem escrito ali o motivo justificado na tabela, né. A hora que a gente faz a gente consegue, no cadastro, a gente vê um monte de necessidades, às vezes pode ser até nossa a necessidade, né, às vezes a pessoa vai lá e pede um cadastro porque quer autorizar um papanicolau, aí vamos nós curiosos na vida da pessoa (risos), fazemos o cadastro e descobrimos, sei lá... né, que... uma pessoa não trabalha, e que... e que... tem alguma outra dificuldade... que tem uma criança que tem dificuldade de aprendizagem, que tem não sei o que, que a família nem considera aquilo tanto como problema, que ela só procurar pra fazer o papanicolau, né, e a gente vai lá e define que ela tem um monte de problemas, né, de repente é até nosso, né...*

A fala de alguns profissionais de saúde do Núcleo de Saúde da Família exterioriza e reconhece a unilateralidade desta comunicação: *"é nós que estamos lá classificando"* (visão técnica, critério objetivo), que pode não ser compartilhada pelos usuários, pelas famílias (visão não-técnica, critério subjetivo) atendidas pelo serviço de saúde, gerando novamente um fazer técnico, "obrigatório", naturalizado, onde o trabalho vai perdendo sentido, o profissional executando-o de modo monótono, repetitivo, sem criatividade, sem alegria, sem vida e sem grandes ressonâncias na vida dos usuários, que estão vivenciando problemas de vida e de saúde bastante complexos e subjetivos. Assim, temos a sensação de encontrarmos a existência, muitas vezes, de *"mundos desligados"*, aparentemente pouco dialógicos.

Entrevistadora: *Estamos falando de família, gostaria de te ouvir um pouquinho... Quando a gente fala de família, lá no Núcleo eles usam aquela*

classificação das famílias em: vermelha, amarela e verde. O que você acha dessa classificação, desse critério usado por vocês?...

Camila: (Entrevista 20, Profissional de Saúde) (risos)...

Entrevistadora: *Você já chegou a pensar nisso?!...*

Camila: *É eu penso... é... muitas vezes a gente classifica pelo o que você lê que tá escrito na ficha, mas de repente o que tá escrito, pra aquela pessoa não é nada vermelho..., não é nada amarelo..., é verde!... Depende a forma com que a pessoa encara e vê os problemas..., porque de repente coloca lá: tabagista, etilista social, hipertenso. Aí, vermelha! Vermelha...*

Entrevistadora: *Pro profissional, né?!...*

Camila: *Pro profissional, mas... de repente o cara é uma pessoa que se cuida, é uma pessoa que tem lazer, é uma pessoa que pratica sua caminhada, é bem orientado, né, e quantos às vezes... pode ter um agravo?. Pode!, mas de repente ele vai viver noventa anos... e nós que estamos lá assim... classificando, podemos viver um... um... um... um limite de vida bem menor que o dele. Eu acho que essa classificação, ela só é um alerta mas... eu não vejo ela como um significado realmente "especial" para aquela família, não.*

Entrevistadora: *Eu até achei legal o que você falou "que a gente classifica", né, nesse ato de classificar, o outro, o usuário, a família, desconhece que é classificado, né... Você acha que isso podia ser feito diferente....*

Camila: *Eu penso que assim...*

Entrevistadora: *Isso te causa estranheza?...*

Camila: *Estranheza não, eu penso assim... se... é... por exemplo, enquanto essa reunião é feita para que nós achássemos... achamos, né. Então vamos supor, para que nós tenhamos, assim... um parâmetro, né: "Olha, 'eu acho' que essa família é dessa cor por causa disso, disso e disso...". Porque não chamar a família e conversar com a família: "Olha, nós temos um critério de classificação e dentro desse nós vamos explicar o porque, né e... você se enquadrariam em qual desse... dessas escalas?..., dessas cores?... E se a família se desse a classificação, não seria melhor?...*

Entrevistadora: *Hum, hum... Tiveram situações assim, nesses quatro anos de existência do Núcleo, que tiveram algumas reuniões com a família, no Núcleo. Você chegou a participar de alguma?...*

Camila: *Eu só participei... de uma da... mas não com a família presente... foi com a família da Cristiane. (OBS: Refere-se a uma família cuidada pela equipe no Núcleo, nome fictício)... Acho que discutia a questão das crianças estarem fora da escola... a forma como ela cria, que ela trata as crianças, mas assim..., ela não estava presente, até foi quando a Dra.... eu estava apavorada, né, de saber que as crianças iam pra rua, ficavam... dava uma hora da manhã, e aí em conversa com a Dra. Papola (OBS: Refere-se a uma profissional de saúde de outro Núcleo de Saúde da Família) ela falou que... os filhos da Cristiane hoje serão os bandidos do amanhã!. E eu vendo ela como uma docente, né, eu fiquei... nossa! Eu fiquei assim... pensei: "Ela jogou a toalha há muito tempo enquanto a gente tá querendo investir, né, nessa família, e ela já classifica dessa forma, né... Mas hoje, depois de dois anos vivendo isso eu acho que ela tem razão!... Por que ela conhece ela há vinte anos e eu conheço há dois anos. É realmente uma mulher que não investe nos filhos que tem. Ela investe em*

aventuras, né e dá a rua pros filhos...

Entrevistadora: *Dá a rua?!...*

Camila: *É, a rua. Ela oferece a rua. Porque se fosse uma pessoa... de tantas coisas que o Núcleo ofereceu, SESC, é... escola não sei aonde... CAERP... e foi oferecendo... creche... em nenhum momento ela... eu senti que ela realmente queria bater o pé "agora eu vou mudar... eu vou trabalhar... eu vou isso... Não!. Ela oferece realmente isso pra família. É uma pessoa sem estrutura nenhuma... se as crianças não te estrutura na casa... vai ter estrutura aonde?...*

Ao indagarmos os profissionais de saúde sobre a classificação das famílias em cores, estes trabalhadores tiveram alguns ângulos de interpretação bastante instigantes, como, por exemplo, se auto-questionaram: *"...nós estamos trabalhando com risco ou vulnerabilidade?...".* E responderam, na sequência, do pensamento e do fazer: *"... Eu acho que nós estamos trabalhando mais com risco... Mas acho que tem que dar o tempo, porque acho que antes esse instrumento do que ficar no risco biológico né, que a gente tem, porque engloba alguns riscos sociais..., mais muito poucos, acho assim..."*.

As entrelinhas das falas parecem-nos camuflar também uma questão importante que merece destaque: a *medicalização da saúde*. Será por que, aos olhos dos profissionais de saúde, que classificam as famílias em cores, existem tão poucas famílias verdes, famílias "saudáveis"? Por que será que predominam as famílias vermelhas, famílias complexas, famílias "doentes"?

Ao percebermos a saúde nesta ótica da medicalização da saúde fica mais difícil compreendermos que, mesmo uma gestante de alto risco, como por exemplo uma gestante que vivencia o diabetes gestacional (talvez considerada uma pessoa "doente" e uma família "vermelha"), pode estar vivenciando um pré-natal saudável, feliz com a chegada do seu primeiro filho e com o apoio do pai da criança. Da

mesma forma um recém-nascido, um adolescente, um idoso, vivenciando situações de doença, podem, nas suas representações, “estarem saudáveis e felizes” e considerarem que possuem uma boa qualidade e autonomia do modo de levarem/conduzirem suas vidas. Neste sentido, o que aparentemente seria pintado (pela mão do profissional-técnico) de “vermelho”, pode ser colorido (pelas mãos do usuário-não técnico) de “verde” e vice-versa.

Neste sentido, as cores podem desbotar, podem se tornar apagadas/mais apáticas, podem se tornar mais vivas/mais intensas, podem mudar de tonalidades, podem adquirir novas tonalidades, não mais desenhando uma pintura fixa (mais artificial) composta por apenas uma única cor (vermelho ou amarelo ou verde), mas uma pintura mutável (mais humana, mais natural) de um arco-íris, onde em alguns momentos da vida a cor predominante possa ser um azul claro, representando momentos felizes e mais tranquilos, e em, outros momentos, cores mais escuras, simbolizando momentos de dores e sofrimentos intensos.

Em alguns momentos de observação das discussões de família pela equipe de saúde do Núcleo esta dificuldade de manter uma “monocromia-estática” na classificação das famílias ficava evidente na fala dos profissionais que, na maioria das vezes, em tom de brincadeiras e em meio a risos descontraídos, expunham a necessidade de retratar ou pintar a situação familiar discutida ou vivenciada lançado mão de outras cores: “laranja”, quando não era nem vermelho, nem amarelo (famílias não tão “preocupantes” do ponto de vista da saúde, mas também não tranquilizadoras), “preto e roxa” quando a situação era muito complexa e poucas saídas eram vislumbradas pela equipe, “azul” para representar as famílias que não eram acompanhadas pelas equipe de saúde, por motivo diversos, ou por não

utilizarem a rede pública por escolha pessoal (acesso a convênio particular) ou por se recusarem a receber visita dos profissionais (desencontro relacionais e comunicacionais), entre outras.

Ao mesmo tempo que reconhecem “problemas” na utilização desta classificação, os profissionais reconhecem que ela é um “instrumento de trabalho” que merece aperfeiçoamentos e que, quando bem entendida, pode se tornar uma ferramenta útil para a organização do trabalho rumo à *co-reponsabilidade* entre trabalhador e usuário. Segundo a narrativa a seguir, o profissional expressa que: “... *É eu acho que eu colocaria isso no campo do desejo, mas ainda um caminho a ser trilhado... Eu acho que a gente está “jogando sementes...”*”

Entrevistadora: *Ok Paula... Só pegando esse gancho, a gente já está encerrando, as últimas tá..., é ... quando a gente está falando de famílias né, aqui no serviço vocês usam a classificação das famílias em vermelha, amarela e verde, me dá uma idéia pra mim do que você acha desse critério, dessa classificação?...*

Paula (Entrevista 30, Profissional de Saúde): *Olha... (OBS: Respira fundo antes de começar a falar, sinto que estou indagando uma questão delicada), eu acho que ele ainda..., ele saiu do biológico, mas eu ainda tenho dificuldade de entender se nós estamos trabalhando com o risco ou vulnerabilidade, já pedi para Professora Regina (OBS: Refere-se a docente que idealizou esta classificação das famílias, nome fictício) vir aqui né..., se vulnerabilidade vai ser um critério de vermelho ou não, se isso é risco!?, porque eu acho que nós trabalhamos mais com risco!..., e eu acho que quando você trabalha só com risco, você acaba a ... “diminuindo” (ênfase na fala) a potência pra outras questões né... Mas acho que tem que dar o tempo, porque acho que antes..., esse instrumento do que ficar no risco biológico né, que a gente tem, porque engloba alguns riscos sociais mais muito poucos, acho assim... Então, é um instrumento que eu quero dizer assim, ele precisa ser resignificado, ele precisa ser trabalhado!... Mas eu também não vou dizer que ele... que ele não serve pra nada!, né. Porque às vezes a gente fala: “Olha, foi o que foi possível neste momento de ter!”. E tem esse..., eu vou chamar de débito, muita vontade, porque o dia em que nós marcamos pra discutir essa situação, não só pro nosso Núcleo, mas nós agendamos pra reunião geral dos Núcleos a Doutora... a Doutora responsável não veio... (OBS: Durante o período de observação no Núcleo das reuniões de discussão de família*

todo novo cadastro familiar era encerrado com a classificação, pela equipe, da cor da família e num dado momento a equipe levanta esta necessidade de "discutir a classificação", inclusive chega a agendar e a convidar a Professora que trouxe essa classificação para os Núcleos, mas foi algo que não se concretizou na prática).

Entrevistadora: Quando você fala que a gente não está só no risco biológico mas que ainda você sente que você está trabalhando com risco e não com vulnerabilidade, me dê um exemplo, você tem um que vem agora assim espontaneamente?...

Paula: Olha, isso..., por exemplo, você... a ... a ... Uma família que tem um paciente tuberculoso né, ou que tem alguém com tuberculose passa a ser vermelho né... Uma família que tem..., então aí vem um critério bem biológico, que tem um recém-nascido, "todo" (ênfase) recém-nascido a família é considerado vermelho, e aí tem que estar dentro desse contexto geral. Às vezes o que significa um vermelha, e aí sem tá vendo esse contexto geral, tá... Às vezes o que significa um vermelho, o fato de ter um recém-nascido na família será que..., eu não entendo se o pessoal entende se isso é pelo risco de ser criança, tal, tal... ou o que que é... Fica assim..., é criança, é recém-nascido, menor de um ano é vermelha, mais aí é que eu fico sem saber se está classificando por "qual risco" (ênfase na fala), por qual critério?...Entendeu...

Entrevistadora: Perfeito!. E até falando nessa questão das cores, em geral... a maioria são famílias vermelhas ou amarelas?, né...

Paula: Vermelha, amarela e verde.

Entrevistadora: Mas em geral o grande número fica em vermelhas e amarelas..., tem um número reduzido de verde, me fala um pouquinho desse olhar, porque tão poucas famílias verdes?...

Paula: Isso!... Então, porque eu acho que eles utilizam muito o critério de risco e principalmente a coisa do biológico, e por conta de achar que a referencia é a nossa própria família, quer dizer... Entendeu. Qual que é a lógica, qual que é a referência pra dizer isso?...

Entrevistadora: Ok Paula... Até pensando nisso, dessa referencia, essa classificação é feita pela equipe, né...

Paula: Aqui é pela equipe!... (OBS: Enfatiza que é feita pela equipe como um ponto positivo, pois em outros Núcleos é feita apenas pelo médicos e residentes, com no máximo a participação do enfermeiro, profissionais como os auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários de saúde são excluídos desta discussão e classificação).

Entrevistadora: E você acha que ela... é..., a família desconhece que ela é classificada, você acha que isso poderia ser feito diferente?... Você chegou a pensar nisso, "do outro" desconhecer que é classificado?...

Paula: De o outro desconhecer... sim!... é...

Entrevistadora: ... Eu entendo (riso), você falou que tem outros Núcleos que é feita só pelos médicos né,...(risos)...Já mostra uma visão mais reduzida, né...entre aspas... mas é diferente de ser feito pela equipe toda, né... coletivamente...

Paula: Agora eu acho... que ainda seria "muito interessante" (ênfase na fala) se pelo menos alguém da família, algumas pessoas, ajudassem a classificar né, ajudassem a pensar e conhecessem isso, mas eu acho que ainda é ... é uma situação que a gente tem que ter no "nosso horizonte"

(ênfase) para conseguir, mas que ainda, desejar isso nesse momento, eu considero ainda um pouco..., eu não quero dizer no evolucionismo viu, que a gente vai evoluindo..., mas eu acho que tem "tanta coisa" (ênfase na fala) que nós ainda precisamos mexer "conosco" primeiro (ênfase na fala) pra depois poder fazer isso, que eu fico imaginando que até na relação usuário e trabalhador, numa relação ali que está de corpo presente duas pessoas, ainda a gente tem "muita dificuldade" (ênfase nesta fala), imagina se a gente... É eu acho que eu colocaria isso no campo do desejo, mais ainda um caminho a ser trilhado, porque o dia em que eu souber, por exemplo né, aqui na minha família, se eu puder ter co-responsabilidade na classificação e nas intervenções eu acho que o impacto é outro, eu acho que a direção é outra, mas ainda vai ficar um pouco... Eu não sei, eu não estou querendo dizer que sou derrotista, mas eu acho que a gente está "jogando sementes" e talvez... e também não sou tão velha, tenho 49 anos, mas eu não sei se eu vou ver isso, mas se a gente jogar semente e meus bisnetos ou tataranetos trabalharem nesse sentido eu vou estar feliz, do outro lado de onde eu estiver, eu quero pelo menos poder curtir...(risos)...

Em alguns depoimentos, o ato de classificar as famílias mantinha muita proximidade com a idéia de *cuidado*, mais especificamente com a priorização deste cuidado. E, nesta prática cotidiana de cuidar de famílias, surgem algumas histórias emblemáticas que marcaram a história de vida do Núcleo e geraram grandes aprendizagens para os profissionais. Bem como algumas famílias, que acabam ficando no "esquecimento" da equipe de saúde.

Entrevistadora: *E quando eu falo em família, lá no Núcleo e eu acho que nos demais Núcleos também, eles utilizam a classificação das famílias em vermelha, amarela e verde. Dá uma idéia para mim, o que você acha desse critério, dessa classificação?...*

Conceição (Entrevista 32, Profissional de Saúde): *A gente adota o azul também, o azul é quando a família não quer se incorporar ao programa, eu acho muito útil essa classificação, porque ela nos dá um....como se fosse um instrumento para gente organizar, gerenciar essa assistência sabe, por exemplo, o agente comunitário está de férias, nos não vamos conseguir cobrir 100% da microárea dele, né, mais a gente pode ser organizar para cobrir aqueles que estão precisando mais, aqueles que estão necessitando de um acompanhamento mais de perto, então essa classificação ajuda, ela não é uma classificação rica porque*

ela contempla mais os aspectos biológicos né, a própria organização da família, a questão da renda, episódios, por exemplo a pessoa, o grupo está na família verde, mais por exemplo, o chefe da família perde o poder aquisitivo, perde o trabalho de um dia pro outro, perde o poder aquisitivo, ele vira uma família vermelha, então ela traça uma classificação bastante dinâmica e ela contempla outros aspectos das relações familiares, dos arranjos familiares que não são os biológicos, na questão da violência domiciliar, na questão da renda, da estabilidade, da seguridade da vida da família, e eu acho que ajuda bastante para organizar o serviço também, eu acho que foi uma contribuição muito grande que o grupo de professores deu, o Pedro a Regina Nomes fictícios), várias pessoas, começou lá na Vila da Alegria né, apresentaram esse trabalho até na África do Sul, e acabou sendo incorporado nos outros Núcleos, nós fizemos algumas adaptações, no nosso Núcleo, pusemos ali algumas outras variáveis, melhoramos um pouquinho assim, melhorar não no sentido de que estava ruim, mais melhorar no sentido de adaptar as nossas condições. Então, é melhor para aquele Núcleo, então eu acho que assim tem sido importante viu, tem ajudado a gente a organizar o trabalho sim, até fisicamente, você olha aquela folhinha que é síntese e vê, microárea um, você vê quantos verdes, quantos vermelhos, quantos amarelos e quantos azuis tem.

Entrevistadora: *Vamos pensar nesses "quantos", quando a gente olha, que eu também tive a oportunidade de olhar, eu vi que os verdes são minoria, você já chegou a pensar porque há tão poucas famílias verdes? Na área de abrangência do Núcleo?*

Conceição: *É como eu estou dizendo, a classificação não é só biológica, vamos dizer que a família esteja bem em alguns aspectos, mais se houver outros fatores, porque aqui ele está dizendo o seguinte, qual o cuidado com que você tem que olhar para essas famílias, então na verdade você tomando sobre o ponto de partida o cuidado, e nós estamos lá para cuidar, nós temos que cuidar de todo o mundo, né, então assim, poucas famílias dispensam um olhar mais cuidadoso, é assim que eu faço a leitura, né, e outra coisa, é muito dinâmico, essa minoria verde, aí, inclusive precisa ficar atenta, porque podem acontecer outros eventos que podem fazer com que elas passem a precisar de um olhar mais cuidadoso né, então minha tradução é essa.*

Entrevistadora: *Perfeito! E só para fechar essa questão da classificação, ela é feita pela equipe, portanto as famílias desconhecem que tem essas cores né, que são pintadas dessas cores, você chegou a pensar que isso poderia ser feito diferente?*

Conceição: *Ser feito com a família?...*

Entrevistadora: *De outra forma, o que você acha disso, de a família desconhecer? Se a gente for pensar em termos de comunicação é unilateral né?...*

Conceição: *em partes, eu acho que tem vários aspectos para abordar isso, primeiro eu sei, por exemplo, de outros Núcleos que não fazem a classificação em equipe.*

Entrevistadora: *Aqui já é diferente né?*

Conceição: *Já é diferente, então fazer em equipe já foi um avanço, é, não é a única forma, fazer só pela equipe e excluir a família da*

classificação depende pra que você está usando aquele instrumento, se você tiver usando só para a equipe se organizar e isso não fosse refletir na assistência, seria unilateral, mais na verdade a cor é de menos, porque essa cor é mais uma sinalização da equipe de como ela deve olhar essa família, com que cuidado, com que frequência, e tal, mais ela está inclusive ajudando em outras interações com essa família, ela está estimulando quando ela aponta: olha essa família está passando por um período difícil, precisamos olhar com mais atenção, ela está estimulando uma comunicação maior, uma aproximação maior, uma interação maior, um acompanhamento mais de perto, então na verdade não que é que ela seja unilateral, na verdade ela é um instrumento da equipe, pra alertar a equipe de como ela precisa se relacionar se precisar de uma estimativa rápida, olha, eu preciso dar conta de cobrir tantas famílias, quais são as que eu vou cobrir primeiro?... Aquelas que estão mais urgentes....

Entrevistadora: De priorizar?

Conceição: Isso, de priorizar, então ela é um instrumento de gerenciamento das questões para a equipe, então eu acho que como um instrumento do grupo, da equipe, mais assim não para aí, na verdade ele é um ponto de partida de como essa equipe vai se dirigir em relação a essa família, e buscar, e procurar e manter próximo né, então eu não vejo assim como um problema não, eu acho válido a equipe se valer de um instrumento para poder alertá-los.

Entrevistadora: E nesse olhar, eu achei interessante o que você falou na questão de ter um olhar mais "cuidadoso" pra família, uma atenção mais cuidadosa, você acha que nós como profissionais de saúde estamos tendo esse olhar para que situações de vida?...

Conceição: Geralmente eu acho que isso é um problema inclusive dos nossos Núcleos, para todos nós, nós temos a tendência de nos mobilizarmos quando as famílias passam por crises, passam por situações muito dramáticas, preocupantes e tudo sabe, então tem uma certa tendência de que por exemplo a família traga uma demanda urgente, preocupante, dramática, todo mundo se mobiliza e vai lá ajudar, só que a gente não pode fazer isso em detrimento das outras famílias que também estão precisando de algum acompanhamento, porque tem famílias que vivem de crise em crise, então se a gente coloca toda a equipe mobilizada o mês inteiro para resolver o problema daquela família e as outras?

Entrevistadora: Até eu estou lembrando agora, pegando o gancho, tinha uma proposta né,...

Conceição: Tinha.

Entrevistadora: Como que era a palavra? De um...de um

Conceição: De um profissional de referência para cada família, cada família ter o seu profissional de referência, não por categoria profissional, não nada, mais aquele profissional que fez o melhor vínculo com aquela família, onde tem uma interação melhor, ele seria responsável por não deixar essa família ficar no esquecimento, porque é muito fácil você no afogadilho ficar apagando incêndio, essa política de apagar incêndio não é uma boa política, então minha proposta era essa, de ficar uma pessoa, ela é responsável vamos dizer o seguinte, eu tenho aqui 20 famílias que eu tomo conta, o papel dela é não deixar essas famílias

ficarem relegadas.

Entrevistadora: *É não foi possível fazer isso?*

Conceição: *Algumas tem, algumas até consegui ter, mais conseguir implantar isso de forma mais abrangente não consegui não, não sei porque, mais teve muita resistência da equipe.*

Entrevistadora: *Só para não fugir disso, e eu acho que é um ponto que vira e mexe acontece, essas famílias que caem no "esquecimento", você até citou o afogadilho no ritmo de trabalho e fica, você acha que tem outros porquês de algumas famílias ficarem esquecidas?...*

Conceição: *Não sei bem se quando eu falo esquecimento, é esse termo que eu deveria usar, mais tem algumas famílias por exemplo, o menino que estava lá trancado com ele mesmo no quarto né, aí foi feito todo um investimento e eu não sabia mais, escuta mais Luciano (OBS: Refere-se a uma família emblemática na história do Núcleo, onde um adolescente que vivenciava esquizofrenia ficou por meses trancado no quarto. Nome fictício) no está no quarto, no hospital, está na casa, tá estudando, sabe quando você perde o contato assim?... E isso me incomodou muito né, que cuidado abrangente e continuo é esse que até numa situação dessa eu perdi, aí eu falei assim: eu posso ter perdido mais a equipe toda não né, aí eu fui perguntando de um por um...(riso)....ninguém lembrava, ninguém sabia, ninguém informava, aí eu desesperei né, falei gente como é que nós estamos deixando, o nosso processo de trabalho nós precisamos rever, né, então de uma certa forma foi bom porque a gente sentou várias vezes, pensamos, aí um falava: mais eu fui na casa, falei, não tinha ninguém, fui de novo, fui de novo, não encontrei ninguém, aí nós ficamos pensando mais como a gente vai fazer se quando a gente for na casa e não tiver ninguém?. Vai na casa e não tem ninguém, como é que nós vamos fazer para segurar esse contato com essa pessoa?... Você tem que fazer contato, se não fazer contato em uma semana a gente tem que trazer para equipe, o agente comunitário tem a responsabilidade de trazer...*

Entrevistadora: *Mais essas perdas de contato angustiam a equipe?...*

Conceição: *Muito, muito né, porque você vê, a equipe estava indo, mais não encontrou um dia, não encontrou no mês seguinte, não encontrou no mês seguinte, e nós não tínhamos pensado como é que a gente prevê uma situação dessa, que você sistematicamente não encontra, que mecanismo a gente pode lançar mão?. Para não perder o contato?. Então fui em função dessa corrida que a gente começou a estabelecer outros mecanismos né, então a gente tem usado muito isso assim, pega o pior caso, em que a gente mais "pisou na bola", e estuda ele para ver cada situação e o que a gente pode fazer para não deixar acontecer de novo né, então a gente no mínimo aprende muito e acaba oferecendo uma atenção de melhor qualidade a partir daí né.*

No momento da entrevista, o ponto de vista do usuário sobre a "classificação" da sua família perante o serviço de saúde pode ser melhor conhecido

e explicitado, como por exemplo na narrativa a seguir onde uma usuária do Núcleo reconhece, prontamente, a sua família como uma “família preocupante” do ponto de vista da saúde e valoriza o profissional de saúde que a ouviu e entendeu em suas diversas necessidades de alimento, trabalho, moradia, afeto, entre outras.

Entrevistadora: *Então, vamos continuar..., tá... Deixa só eu te perguntar mais uma coisa: se a gente for pensar na sua família, do ponto de vista da saúde, é uma família que exige muitos cuidados, "muito preocupante" para os profissionais ou uma família de preocupação média ou uma família pouco preocupante?!... O que que você acha?...*

Natália (Entrevista 2, Usuária): *Ah... a minha família é "muito preocupante" (ênfase na fala), por causa do meu menino, agora ele tem que tomá remédio, (OBS: Refere-se ao filho que vivencia dificuldade auditiva, após uma seqüela de meningite, apresentando episódios de convulsão) tem que te leite pra dá remédio, que é muito forte!... Então, corta o meu coração... então, teve uma pergunta que você me fez, é... é chato responde né... quer dizer eu me abri com você, falei a verdade, né... Igual, agora eu não tenho comida!, vou fazer o que!... que precisa de um emprego o meu marido que já tem a carteira dele, que já trabalhou freqüente e eu de um biquinho, pra pelo menos ter um leitinho pros meninos... quando pagam o meu marido ele compra o necessário...*

Entrevistadora: *Certo!... Natália, eu não sei se você pudesse me dizer, é... hoje, quando você fecha o olho que você deseja para a sua vida?... O que você espera da sua vida no futuro?...*

Natália: *A minha vida no futuro eu espero dá melhora pros meus filhos, estar estudando na escola,... Que Deus abençoa e arruma um biquinho de pelo menos de 3 veze na semana ou de 4 veze na semana, pelo menos vai ter a bolachinha deles, o leite deles... E vou ajuntando um dinheirinho, vou cimentando na onde eles dorme, depois eu vou cimentando num outro cantinho, meu marido trabalhando ele vai faz um financiamento nalguma loja pra cimentá a casa...(OBS: Refere-se a melhoria na casa que é de chão batido e terra)*

Entrevistadora: *Certo!... Você falou que a sua menina tá na escola né. Você acha importante ela estar na escola?... Com quantos anos ela está?...*

Natália: *Ela tá com... com 4 pra 5, ela tá no pré, né... É bom!, porque ela entra 7 e meia... Lá ela vai ter o leitinho que o irmão dela não tem... Ela vai tomá o leitinho dela, vai comer o pãozinho dela e vai pra sala de aula. Depois ela almoça, depois eu busco... É menos preocupação, na "parte da manhã" (ênfase na fala), dela... Agora os outros já me... me chateia, eu fico muito nervosa, eu choro, eu já penso nos vizinhos que já deram uma mal resposta, não também não vou, ... porque quem que me entendi né, era a Conceição, né... (Refere-se à uma profissional de saúde do Núcleo).*

Entrevistadora: *Me conta um pouquinho mais como que era a sua relação*

com a Conceição?!..., que você diz assim: "ela me entendia"...

Natália: *Ah... quando ela vinha aqui saber da minha situação ou eu ia lá...*

Entrevistadora: *A Primavera era profissional de saúde e te entendia, né... E você falou antes que as outras assistentes sociais não te entendiam... O que ela era diferente das outras profissionais?!...*

Natália: *Era assim, a Conceição era do Núcleo, né... Ela era assim, ela era assistente social e era minha amiga!, porque eu conversava com ela, mesmo sem problema, sem problema a gente conversava... Eu falava: "Primavera eu não tenho leite pras minhas crianças!... Eu não tenho arroz... Eu tô assim, assado, assim"... Ela falava: "Natália, vai lá e compra e depois você me paga em saquinho!"... (OBS: Refere-se a vende se sacos de lixo, como forma de trabalho)... Podia demorar, assim 1 semana, 2 semana, mas depois eu levava... É eu levava o saquinho pra ela... E me entendia assim, ela me acudia no meu... no meu momento, assim, de necessidade...*

A narração a seguir mostra uma família onde residem no domicílio dois idosos, a cuidadora, de 65 anos e o esposo, acamado, de 75 anos de idade que há alguns anos exige cuidados de saúde diários, possivelmente uma família "vermelha" na ótica dos profissionais de saúde. Entretanto, na ótica da usuária cuidadora, sua família nuclear não é alvo de muitas preocupações, pois possui uma autonomia no cuidado (é capaz de cuidar com delicadeza e sutileza) e no modo de conduzir sua vida e segurança, de acesso a atendimento de saúde privado e público, no caso o Núcleo de Saúde da Família, representado como um bom acontecimento na vida desta família.

Entrevistadora: *Certo!... Partindo um pouco da família da senhora, um pouco do que a senhora me contou da senhora e da sua família, né... Se a senhora tivesse que dar a opinião "da senhora" (ênfase na fala) e posicionar o "grau de alerta" da família da senhora em relação ao serviço de saúde... Sempre do ponto de vista da saúde, né, a senhora posicionaria a sua família... três opções para escolher... faz de conta, né... a senhora acha a sua família é "muito preocupante", assim é um grau de alerta máximo, no sentido assim exige muitos cuidados dos profissionais de saúde. Ou é uma família de preocupação média, que exige alguma atenção de saúde. Ou é uma família pouco preocupante para o serviço de saúde, exige assim menos cuidados, os profissionais podem ficar mais calmos,*

tranqüilos... O que a senhora acha?!... O que é a família da senhora, se tivesse que escolher entre estas três opções?!...

Dona Carmem (Entrevista 3, Usuária) : *Ah... da minha parte, aqui do meu marido, até que a gente tá sendo bem atendida... Da parte do meu irmão, que já fez ponte de safena, a gente tem preocupação com a saúde sim!... Porque eles entram de greve, o meu irmão tá precisando fazer um... um exame lá do coração, diz que vai fazer dia 15, de agosto parece... Então, porque já deu problema na... na esteira, no eletro, então ele vai ter que fazer esse exame... Tem o outro meu irmão também, que já teve infarto, mas esse "bebe", "fuma" (ênfase)... Então, nessa parte a gente já acha que tá um pouco em falta, né. Porque quando entra em greve, as pessoas doentes fica difícil. Agora a gente, além de ter o Núcleo, que dá assistência, que vem saber tudo as coisas assim, a gente tem o outro convênio, né... Tem o outro convênio...*

Entrevistadora: *Entendi... É uma segurança a mais!...*

Dona Carmem: *Então, quer dizer, pra minha casa não é tão preocupante, porque precisou a gente já tem aonde levar. Agora dos outros, dos meus irmãos, aí já é mais complicado, né. Porque eles não tem condições de pagar convênio, né. Então quando entra, por exemplo as Clínicas teve nessa de greve agora, é preocupado, a gente tem preocupação de dá um negócio neles, e não dar nem tempo de acudir, né...*

Entrevistadora: *Entendi... Agora Dona Carmem, pensa um pouquinho com relação ao trabalho dos profissionais de saúde do pessoal aqui Núcleo, né. Na opinião da senhora é... o que é bom, o que é positivo no trabalho deles?!....*

Dona Carmem: *Olha, pra mim eu acho ótimo!, que eles vêm sempre dá assistência, vem a médica, às vezes olha a pressão do Seu Francisco (Nome fictício)... Se precisar qualquer coisa também é só chamar que eles vêm, eu pra mim aqui em casa eu acho ótimo!. Elas são "um amor" (ênfase) de pessoa, todas elas!, gosto muito delas... Os médicos, todos muito agradáveis, brinco com todos eles. Então, eu gosto muito daí do Núcleo!... Acho que foi uma coisa boa que tivemos aqui pra nós, né.*

Quando adentramos o território das vulnerabilidades, a narração da história familiar que se segue, de uma usuária de 34 anos que teve 12 gestações (possui 8 filhos, 3 abortos e um filho falecido com 9 meses de idade) configura-se um grande desafio para a equipe de saúde do Núcleo, marcado por alguns encontros, aproximações e outros tantos desencontros, insucessos no cuidar.

Entrevistadora: *Só para a gente tá começando Pingo-de-ouro, eu gostaria de te perguntar um pouquinho sobre a sua vida... para te conhecer um pouco mais... O que você tem de coisas boas, de felicidades na sua vida hoje?... Você lembraria de alguma coisa boa, feliz para me contar?...*

Cristiane: (Entrevista 4, Usuário) *Claro!. Lógico!. A própria vida... Poderia ser citado a própria vida, porque eu acho que o fato de você está viva e bem. Entendeu, principalmente em mim... Eu levo muito por mim, porque... Olha, eu passei por vários relacionamentos, não é verdade!?. Vários relacionamentos. E relacionamentos "propícios" (ênfase nesta palavra) a droga, propícios à doenças e graças a um Deus que existe, eu não tenho nada deste tipos de doenças e nem sou adquirel à droga, muito pelo contrário, eu odeio droga, né. Então, é um exemplo assim... A vida pra mim me propôs... é... principalmente nesta parte aí... alegrias fundamentais... demais!.*

Entrevistadora: *Cristiane, me fala um pouquinho mais disso... Você me falou assim que teve vários relacionamentos... e estas pessoas tinham contato com o mundo da droga... Você usou a palavra "propício"... tava "pertinho" a droga, as doenças... Com que era isso?.*

Cristiane: *É!... Todos... todos os meus relacionamentos... todos os homens que se aproximaram, se aproximaram comigo e conviveram comigo "todos" (ênfase nesta palavra) eram usuários de droga, todos... É... o pai da Sandra, o pai da Natália, o pai da Camila, os pais... o pai do João, o pai do Pedro e o pai da Tereza e do Danilo...(OBS: Refere-se aos seu filhos, nomes fictícios)*

Entrevistadora: *Certo!... E como você se relacionava com estas pessoas?...*

Cristiane: *Na maior paciência. Entendeu. É... tentando entender o porque de se drogarem. Eu... porque... de conversar até com o pai da Tereza, por telefone, eu sei se ele tá são ou se ele tá drogado. Entendeu, e ficava... tipo você... ficava estudando o momento da droga nele, qual era a reação e diversificava mesmo, porque em cada um é um modo... é um modo... é um modo que eles ficam drogado: um se fumava maconha, comia demais e sorria e dormia. Um que cheirava cocaína passava dias acordado e não comia e mandava todo mundo falar baixo porque a polícia tava invadindo, sabe... Não!... (OBS: Fala "não" para o filho Danilo que está em seu colo, não pegar o gravador. Quase durante toda a entrevista há sons de Danilo pois o menino ficou um bom tempo da entrevista no colo da Cristiane, enquanto conversávamos, inclusive chegou a dormir)... É muito estranho!. Eu pensava comigo: "Como?, pra que ficar assim?, não é mais fácil encher a cara de cerveja, e ri, comer, beber e dormir!", Não!. a.. a pessoa dependente de droga de...não de mortes ou... muitas pelos falam: "Aí, você viu ele é viciado, ela mata e ele rouba!", o de maconha e cocaína não!... Agora o que usa pedra, a química sim!, a química, a pedra né, que eles falam hoje em dia é o pior!, é o pior mesmo!. No entanto, o pior que passou na minha vida, neste... nesta escala da pedra foi o pai da Tereza. Você vê ele me roubou, ele roubou "amigos" nossos (ênfase nesta palavra), que deu a casa para a gente morar, ele pegou objetos caríssimos e roubou, perdi amizades por causa disso, as pessoas, são poucas as pessoas que confiam hoje em mim se saber que eu estou com ele, porque*

acham... que todas as pessoas me vêm... muitas pessoas me vêm ou podem não ver mais: "Ah... mas não acha que ela nunca usou droga!? Não!, porque?... porque eu tenho medo de morrer. Então assim, a minha sorte foi essa: o meu medo de morrer, porque eu já cansei de ver o pai da Camila enrolar a língua, sabe, se debater na parede, todo mundo tentar socorrer... Eu falo: "Eu não vou fazer nada!, deixa morrer!". Então, essa foi a minha sorte Priscila!...

Entrevistadora: Certo!. E Cristiane quando eu comecei a perguntar da vida, você falou pra mim "Olha, a minha vida é boa porque eu tive contato com isso tudo e tô bem. Me fala um pouquinho mais sobre isso, porque você citou a droga e a doença, né..."

Cristiane: É... e a doença...

Entrevistadora: ... Como que você viveu ou vive isso?...

Cristiane: Pelo simples fato de que... Veja bem... Você acha como... eu tive vários relacionamentos, se eles eram usuários de droga, não injetáveis ou se um dia injetaram e tal eu não sei, mas mesmo assim... Você acha assim, você acha que eles não tinham outros relacionamentos?!... claro que tinha!...

OBS: Interrompemos a entrevista por certa de 5 minutos pois Danilo começou a chorar mais forte. Ouvia barulho da avó, Dona Dorores, no quarto costurando e um conflito verbalizado por Isabel de que a avó não cuidava da criança quando Isabel estava em casa. Então, Pingo-de-ouro põe a criança no carrinho na sala, que permaneceu com a TV ligada durante todo o tempo, e grita impaciente com a filhinha menor (Natália) para que olhe o irmãozinho. Não interfiro, deixo que faça o que melhor achar, mesmo que não der para continuar a entrevista. Mas a criança se acalma novamente e continuamos.

Entrevistadora: Então, Cristiane, deixa eu te perguntar um pouquinho mais sobre esta questão da "doença", que você tava falando... Como que seria isso?...

Cristiane: Então, a doença você vê... É...

Entrevistadora: Qual doença você fala?...

Cristiane: A AIDS!, falo em AIDS... porque ... veja bem, é... como eu te falei né, são pessoas que tão... tão propícias à isso... Os que fumam maconha, tão propícios à isso, que cheiram pó... Não!, os que fumam maconha não!, não... não tem esse negócio de... "Aí vou trocar de parceira... não". Os que cheiram, eles não procuram mulheres. Entendeu. O que fuma pedra piorou ainda!. Mas é... são pessoas que viveram assim... de outros relacionamentos inferiores a mim, a minha pessoa ...

Entrevistadora: Me explica... relacionamentos menores... inferiores?!...

Cristiane: Eram mulheres assim... é... faziam correria, mulheres de porta de cadeia, meninas assim... sabe mais propícias à vida. E eu nunca fui uma pessoa assim, eu sempre me coloquei no meu lugar, eu sempre procurei conversar com pessoas que falavam melhor que eu. Você entendeu. Eu sempre procurei "mais" (ênfase nesta palavra) na minha vida, mesmo morando com uma pessoa assim, mas eu nunca me igualava à elas. No entanto, que todas... a maioria das minhas amigas, daquela época e até hoje, as que não morreram, tão assim perambulando pela rua, tem vergonha de quando me vê na rua. Independente de que eu tenha oito filhos ou não, ela sabem, têm aquele impacto. E até os meus amigos

daquela época, eu tenho um amigo que vêm sempre aqui, o Beto, (Nome fictício)ele falou assim: que a única que sobrou foi eu!, que umas morreram de AIDS, outras tão presas, morreram matadas, tão..., sabe umas coisas assim, que eu nunca quis isso para a minha vida, eu sempre procurei crescer...

Quando deslocamos o foco de nosso olhar do profissional para o usuário é rico percebermos que o que aos olhos dos profissionais representa uma grande “ajuda” a famílias “carentes e pobres”, pois para estas famílias pode representar uma situação “humilhante e constrangedora”. Como fica evidente no depoimento a seguir, de uma usuária de 49 anos, viúva (marido faleceu de câncer), assadeira, chefe da família e cuidadora de 3 adolescentes: dois filhos gêmeos de 18 anos (um portador de deficiência mental) e uma filha de 15 anos de idade.

Esta usuária, no momento da entrevista, utiliza a metáfora “*portas abertas*” e “*portas fechadas*” para descrever o que foi encontrando em suas relações na vida e nos serviços de saúde, o que expressa o compartilhamento de horizontes e barreiras comunicacionais.

Entrevistadora: *Ok!... E você lembra assim, de alguma situação no serviço de saúde que te causou assim algum desconforto, que te incomodou... que você sentiu que não estavam te tratando bem, cuidando bem?...*

Leila: (Entrevista 5, Usuário) *Não... aqui não!*

Entrevistadora: *... E em outros serviços de saúde, Inverno!?*

Leila: *Ah... no começo aqui, na Cuiabá, da assistente social, no começo era terrível!... Aí depois foi melhorando, né. Mas no começo foi uma barra você morar aqui e procurar a assistente social, tudo que eu procurei eu não achei!, por morar aqui...*

Entrevistadora: *Era o fato de morar no bairro, no Sumarezinho!... significava o que!?*

Leila: *No bairro!... significava “classe média alta”!*

Entrevistadora: *Entendi!... Não podia ir na assistente social pedir o leite!...*

Leila: *Não!, não... Aí até tinha a Mariangela, (Nome fictício) eu não sei se*

ela tá mais lá, eu não tenho visto ela, acho que aposentou, ela que às vezes trazia leite pra mim!, tadinha, porque eu passava roupa pra ela, então às vezes ela trazia dela mesmo... o leite da semana pras crianças. Ela me ajudou... Mas você encontra muita porta fechada!... É... não é fácil não!...

Entrevistadora: *Certo!... Você lembraria de outra porta fechada, que nem essa porta da assistente social foi uma grande porta que estava fechada... Tiveram outra fechadas, Leila?!...*

Leila: *Muitas!... que nem a da igreja... a igreja só lembra de você no Natal!...*

Entrevistadora: *As portas da igreja não estavam abertas?!...*

Leila: *Não!... Só lembra de você no Natal!... E uma vez teve os Vicentinos, eu ganhava cesta básica deles, né... ia lá, tudo. Aí teve um fim de ano, então apareceu na televisão, eu não fui, que eu tinha muita roupa pra passar, eu não fui. Aí eu vi na televisão, eles falando assim: ah... Sabe eles achando que eles tavam fazendo "tanto" por aquelas pessoas, porque tinha dado um prato, feito uma macarronada pro Natal... Eu achei que aquilo foi tão "humilhante" (ênfase nesta fala). Eu não tava lá, e dei graças à Deus de eu não ter ido!..., porque eu acho que eu ia morrer de... eu não ia me segurar..., porque o que certas pessoas deu na entrevista na televisão, aquilo lá que a gente era uns "morto de fome!", que acho que nunca tinham comigo um macarrão na vida!... Sabe, resumindo o negócio. E você acha, minha filha, e dependendo do lugar que você entra assim, vichê...*

No ponto de vista do usuário, o retorno e o ouvir do profissional novamente surgem como questões importantes, fundamentais na Boa Intervenção, no Bom Cuidado. Neste sentido, o "não escutar" e o "não dar um retorno", ou a "demora em dar um retorno" surgem, a todo momento, como algo muito ruim, negativo no cuidado. Então, a demanda de "ser ouvido" é solicitada pelos usuários: "...Só isso eu queria ouvir deles...", embora toda a tecnologia dura disponível (exames laboratoriais e clínicos) estejam falando que tudo está bem, o usuário esta pedindo por tecnologia leve (escuta, retorno e atenção).

Entrevistadora: *Hoje eu sei que você mora com a sua mãe e com seu irmão, né. Pensando em termos dessa "família menor, mais próxima", você, sua mãe, esse seu irmão..., se você tivesse que... partindo da sua*

família se tivesse que dar uma opinião do "grau de alerta" da sua família, em relação ao serviço de saúde. Você diria pra mim que... É um exemplo tá... 3 opções, você diria que a sua família é "muito preocupante", que exige muitos cuidados de saúde, seria uma família de "preocupação média" ou uma família "pouco preocupante", que exige menos cuidados de saúde, menos intervenções dos profissionais de saúde?!

Mariana: (Entrevista 9, Usuário) Em relação a mim e ao meu irmão eu falo que não é "preocupante" (ênfase na fala). Mas em relação a minha mãe sim, porque a gente convive com ela o dia-a-dia aqui, você vai no Núcleo de Saúde da Família, diz que os exames dela tá tudo normal, aqui ela tem dor é num lugar, é no outro..., a noite ela não tá dormindo bem!. Ela é uma pessoa assim, que ela não fica assim sozinha, sabe. Eu acho assim, devido a lembrança também, né, ficar sozinha vem as lembranças né. Então, em relação a "minha mãe" (ênfase) a atenção tinha que ser "mais" preocupante...

Entrevistadora: E como que a sua mãe lida com a vida, você falou assim que quando ela fica sozinha vem as lembranças... Você quer dizer com relação à perda do seu pai?...

Mariana: Ah... tudo, até filhos, até que ela vê o casamento de um, de outro... não tá bem. Você sabe como que é "mãe" (ênfase). Mãe... a minha mãe com os filhos é... eu falo não tem igual, cada filha fala da sua mãe (riso). Ela é muito preocupada...

Entrevistadora: E como que é isso Mariana?... Você acha que há uma "subestimação"... É... que não é real. Você falou assim, os exames tão bem, mas na realidade, no meu olhar que vivo com ela no dia-a-dia, ela não tá nada bem... Como que você sente isso?...

Mariana: Ah... é angustiante, preocupante. Eu falo: "Meu Deus, será que o médico tá escondendo alguma coisa até de mim que sou filha?".

Entrevistadora: Você teve oportunidade de conversar sobre isso com os profissionais de saúde do Núcleo?...

Mariana: Já... já tive!, já tive oportunidade, e... até ela vem pra mim e fala assim: "Ah, muitas vezes a médica te liga e fala assim, vem aqui um pouquinho!, né, a médica do Núcleo. Eu vou. Aí ela fala: pode falar!. "Acho que é alguma coisa do meu exame, e você não quer me falar!". "Não é mãe... se fosse eu ia falar, ia preparando a senhora aos poucos, mas deu tudo bem!". "Então, mas porque ela te chamou lá?". "Não, porque ela queria me mostrar o exame". E não menti, eu tava falando realmente a verdade pra ela. A verdade foi passada ali pra mim. Então, eu não sei se eles tão escondendo de mim também, né, da filha. E eu falei assim: "Meu Deus, eu fico assim chateada, porque a dor... Eu falo assim: Será, meu Deus o que a minha mãe tem?". É espiritual ou não é?. Ou o médico ainda não descobriu?, né. Então, eu acho mais preocupante o lado dela, porque ela acorda durante a madrugada, diz que... tá sufocando. Eu acho que... ela tá emagrecendo, mas ela tá controlando...

Entrevistadora: E o que os médicos dizem ao olhar os exames?... Fala que não há nada ou tem algum problema?...

Mariana: Fala que tem assim, no coração né, na veia do coração mas... fala também que é devido à idade. Sabe o problema dela de diabética... a diabete dela tá controlada, agora colesterol, a tireóide, tudo isso tem que tá vindo de perto... Só que eu acho que uma atenção tá... "devagar"!

(ênfase nesta fala), em relação ao profissional né.

Entrevistadora: Era o que ia tá te perguntando, com relação ao "trabalho" dos profissionais de saúde aqui do Núcleo, né. Na sua opinião o que você acha..., primeiro o que você consegue ver, identificar de "bom", de positivo neste trabalho?...

Mariana: Olha é assim, quando é um dia de retorno, é muito bem atendido. Eu não posso falar nada, tanto a minha mãe, como eu. O meu irmão ainda não fez uma consulta... Só eu e a minha mãe...

Entrevistadora: Tá... Você que usam mais o Núcleo!...

Mariana: É... Então, é muito bem atendido. Quanto a médica ali a gente não tem o que falar de mal. Só que eu acho assim que é muito demorado, o duro é que de um retorno pro outro acho muito longe!. Não tanto o meu, mais o da minha mãe. O meu eu vou chegar lá ainda, eu vou chegar no meu...

Entrevistadora: Tá... eu quero te ouvir... Eu quero que você me conta o que tá "pegando"...

Mariana: É... eu acho que... que teria que ter mudado as coisas em relação a mim!. E... mas é bem atendido...

Entrevistadora: Mas a questão do retorno que você estava falando, só para mim ter uma noção desse "tempo" que você acha que é muito longo... Quanto tempo é?...

Mariana: De 3 a 4 meses... Pelo que eu tô convivendo com ela, e ela tá se queixando aqui... Eu acho que teria que tá mais perto... E também por causa da idade, agora ela vai fazer 70 anos, e sempre foi uma pessoa que desde mais novinha sempre teve problema de saúde, sempre teve né, sempre foi aquela pessoa que a gente tava em hospital com ela direto, no Hospital das Clínicas a minha mãe ficou por mais de 20 anos tratando ...

Entrevistadora: E você identifica outras coisas ruins, outros lados negativos no trabalho dos profissionais de saúde do Núcleo, que não é tão bom quanto você esperava, não é legal, te deixou incomodada... Agora é o momento de você me falar... (riso)... O que é ruim, o que é negativo, que não está te deixando satisfeita?...

Mariana: Aí eu não sei como usar as palavras (riso)... Mas o que eu acho ruim é o seguinte: o meu caso, eu tô com dor de cabeça, dor de cabeça, direto, eu tô perdendo sono por causa de dor de cabeça. Então, eu liguei lá, falei... Não, fui no retorno, falei pra médica que eu não tava suportando essa dor, disse ela que ia me passar por um neurologista. Tudo bem, entrou em greve, até entendo esse lado mas... a greve acabou do SUS!. E não entrou em contato comigo, eu voltei lá, num eventual assim. Só pra conversar com a recepcionista, com a enfermeira, falando dessa dor de cabeça e... falou: "Não você tem que aguardar então, se ela tá vendo pra você se consegue um encaminhamento pra um neurologista, vamos aguardar". E isso foi, passou semanas já, e outra semana, mês e eu não tive um telefonema, uma resposta. Levei o exame da minha mãe pra saber se tava tudo bem, porque o retorno dela tá longe, né. Eu falei: repente pode ter alguma coisa no exame, eles vão tá chamando né, que eles mesmo pediram, quando ficasse pronto trazer, para saber se está tudo bem com ela. Aí até aí, ela falou: "Olha, se teve alguma coisa a gente vai tá ligando e falando". Então, eu falei não deu nada, porque não ligou, né. Eu queria pelo menos que só assim, um telefone apenas, eu não

preciso ir lá, "Oh... o exame da tua mãe tá tudo bem, pode ficar tranqüila você e ela!", só isso eu queria ouvir...

Entrevistadora: *Mas ficou um silêncio... E eles ficaram de dar essas resposta?...*

Mariana: *... Se tivesse alguma coisa! Então, eu acho assim, eu ir até lá, eu vou tá atrapalhando o trabalho deles... eles vão ter que párar de atender os outros, pegar a pasta e procurar o exame... Eu penso assim, se eles me ligarem eles já vão tá com o exame na mão falando: "Oh... tá tudo bem, não deu nada". Só isso eu queria ouvir deles. Então, esse lado que eu acho mais ruim ali.*

Entrevistadora: *Tem um silêncio... tá faltando algo?...*

Mariana: *É... porque você fica meio assim... até mesmo ontém a minha mãe falou: "Será que realmente o exame não deu nada?!"... Porque eles não ligaram pra falar se tá tudo bem, ou não tá, ninguém falou nada. Eu falei: "Ah... não acho que tá tudo bem né, porque eles não ligaram pra nada, né...".*

Entrevistadora: *... Fica na dedução?!....*

Mariana: *... É... mas eu comigo, eu pensei: "Puxa, eles podiam só ter ligado e falado assim: "Ó exame da tua mãe tá tudo bem, viu!". No retorno a médica vai conversar com você!. Mas tá tudo bem!". Era isso...*

Entrevistadora: *Certo!... Com relação à assistência à saúde, ao cuidado, né, ao cuidado de você e da sua mãe de que forma o serviço aqui ele tem participado da vida de vocês?... De que forma que ele tem ajudado vocês?...*

Mariana: *Bom, ajudou em primeiro lugar o lugar né, porque é mais perto, (riso) você não gasta condução pra ir (riso). E...*

Entrevistadora: *E no seu caso específico Antúrio, você ia me contar das dores... Se você quiser falar sobre isso...*

Mariana: *No meu caso ajudou muito, quando eu tive tempo, que eu fiquei parada né, a reeducação alimentar (OBS: refere-se à atividade educativa grupal desenvolvida no Núcleo) foi "ótimo" (ênfase na fala), porque eu consegui perder peso (riso). Mas foi só eu parar, para mim ganhar peso, só que eu não tô ganhando muito não, tô tendo controle, só que a médica quer "menos" (ênfase), ela falou: "Ah... você não tá engordando, mas tá lá, na balança ali". Então, eu tenho que perder. Então, pra mim foi muito, muito bom (ênfase) a reeducação pra mim. Se eu tivesse tempo, tempo assim, me preocupar...*

3.3.2 A hierarquia e a falta de solidariedade nas relações gerando entraves no diálogo: "esbarrões" de espaços, tempos e saberes

"Todos juntos: uma gata o que que é, esperta. E o jumento o que que é, paciente. Não é grande coisa realmente pra um bichinho se assanhar. E o cachorro o que que é, leal. E a galinha o que que é, teimosa. Não parece mesmo grande coisa. Vamos ver no que que dá. Esperteza, paciência, lealdade, teimosia. E mais dia, menos dia a lei da selva vai mudar. Todos juntos somos fortes. Somos flecha e somos arco. Todos nós no mesmo barco. Não há nada pra temer. Ao meu lado há um amigo que é preciso proteger. Todos juntos somos fortes. Não há nada pra temer. E no mundo dizem que são tantos saltimbancos como nós..."
(Os saltimbancos. Tradução e adaptação de Chico Buarque de Holanda)

"... O convívio não é fácil né, e tem formações diferentes, pensamentos diferentes, mas o pessoal trabalha junto, aos trancos e barrancos, às vezes, mais tem uma intenção de trabalhar junto, diferente de outros lugares (...) Não tem jeito, a gente tem expectativas, modo de pensar totalmente diferente, além disso você tem formações diferentes, uns são enfermeiros, outros são auxiliares, outros são médicos, outros agentes comunitários... é forma de pensar, então enfermeiro pensa diferente, a gente pode estar olhando laranja, os dois podem estar olhando laranja,você pensa uma coisa e eu penso outra. Então, quando é uma coisa tão complicada como é saúde (...) Às vezes eles brigam, mas isso é uma coisa boa, colocam os seus sentimentos... Eu vejo que tem grandes possibilidades, ... pode não ser o que você gostaria que fosse agora, acho que nos estamos trabalhando pra chegar lá, nós somos muitos novos ainda, tem 4 anos ainda...tem muito tempo para amadurecer e grandes possibilidades..." (João, profissional de saúde, momento da entrevista).

Outra questão presente nas comunicações entre os membros da equipe de saúde, diz respeito a **hierarquia e falta de solidariedade** que também geram constrangimentos nos sujeitos e entraves no diálogo, como demonstram as falas a seguir:

Não é tão aberto assim!. Tem pessoa que pensa e não fala... Não é fácil falar..." (Juliana, profissional de saúde, momento de observação).

Agente comunitário de saúde e auxiliar de enfermagem não fala, não expõe... tem medo mesmo... Será que estamos dando espaço mesmo para o agente, o auxiliar, o residente e o aluno falar!? (Juliana, Profissional de saúde, momento de observação).

Isso aqui é reproduzido nas reuniões de sexta-feira, quem fala?... É sempre o médico, depois o enfermeiro e o dentista... (Camila, profissional de saúde, momento de observação).

A gente fala que não tem nos Núcleos..., mas tem hierarquia sim!... por isso que tem uma pessoa que 'dá a cara pra bater'... (Eugênia, profissional de saúde, momento de observação).

[...] Quando assim, a gente coloca alguma coisa...e...por exemplo, tem alguém sabendo que pode te ajudar na hora...a explicar aquilo ali melhor, a esclarecer aquilo melhor pra não virar um tumulto, não virar uma polêmica ... e às vezes a pessoa se cala e te deixa no fogo sozinha, entendeu?... Você vai se queimar sozinha, sendo que ela podia assim... te ajudar a expor aquilo... e fica quieta... (Alessandra, profissional de saúde, momento de observação).

É o remendo falando do rasgado!... é fácil criticar o outro, o difícil é ver que a gente também faz errado... É como a minha mãe dizia, é o remendo falando do rasgado... (Tatiana, profissional de saúde, momento de observação).

Não sei se coloco ou não coloco?... Alguns assuntos da minha área (refere-se à área de odontologia)...eu não coloco porque não dá IBOPE e me faz mal não falar... (Osvaldo, profissional de saúde, momento de observação).

Algumas vezes a gente não tá dando ouvido pras coisas da odonto... Você acabou de trazer que alguma coisa está acontecendo e nem todo mundo está percebendo... a gente tá engolindo, engolindo, engolindo... é importante discutir alguma coisa que tá engasgado e um hora você vomita, tudo o que vai engolindo contrariado... Olhar para a forma que a gente tá trabalhando. É alguma coisa que tá circulando aqui... O que tem debaixo do tapete?!... O que tem dentro do tubo de ensaio?!...Acho que é

importante falar porque a magoa paralisa.... (Paula, profissional de saúde, momento de observação).

O que me incomoda muito também são as reuniões paralelas..., aqui tem muito isso... tem muitos 'grupinhos' fazendo reuniões paralelas... é muito chato!..., quando termina a reunião tem sempre duas a três pessoas discutindo... É uma equipe!?... ou confia ou não confia para falar para todos... Eu acho assim!... (Alessandra, profissional de saúde, momento de observação).

Alguns “esbarrões” de espaços, tempos e saberes ao se trabalhar em equipe ficam evidentes na narrativa que se segue, onde o profissional descreve uma equipe que trabalha aos “trancos e barracos”, mas também uma equipe nova, que está amadurecendo e que possui a boa qualidade de se tentar “trabalhar junto”, apesar de todas as dificuldades e conflitos vivenciados neste processo.

Entrevistadora: *Em vários momentos você falou de trabalho, quando a gente começou você falou assim.....que a família é mais importante, mas, várias vezes você colocava o trabalho. Vamos falar um pouquinho mais desse trabalho aqui no Núcleo!! Qual lado bom!, positivo do trabalho aqui? Você identificaria pra mim? lados bons e ruins do trabalho aqui?...*

João: *Tem coisa boa aqui, o convívio com as pessoas!, eu sei que o convívio não é fácil né!, e tem formações diferentes!, pensamentos diferentes!, mas o pessoal trabalha junto!, aos trancos e barrancos, às vezes, mais tem um a intenção de trabalhar junto, diferente dos outros lugares, são coisas muito boas, e eles estão preparados para aceitar e ouvir outras opiniões!!, para párrar e ouvir, se a pessoa tem alguma discordância onde eles páram para ouvir. Às vezes eles brigam, mas isso é uma coisa boa!, colocam os seus sentimentos, e isso é uma coisa boa, muito legall!. É uma idéia boa, tem que fortalecer, eu acredito na missão, a idéia traz isso para o PSF, e vejo que tem grandes possibilidades, a gente trabalha na expectativa, com a legalidade, pode não ser o que você gostaria que fosse agora, acho que nos estamos trabalhando pra chegar lá, nós somos muitos novos ainda, tem 4 anos ainda...tem muito tempo para amadurecer e grandes possibilidades.*

Entrevistadora: *Me dá uma idéia do que você falou, que por de trás dessa idéia, é uma idéia muito boa!... O que você vê de bom nessa idéia da Saúde da Família?...*

João: *Vejo que é uma idéia tentar ajudar os outros!, mas sem ser isso!, na saúde, na doença, vida social, em tudo, o que você está fazendo é ajudar os outros!!, pode ser que ele manifeste e só fale de doença,*

manifeste : "Ó..., tô com fome!", "tô desempregado", não é doença ainda, mas vai virar doença logo. A idéia é tentar ajudar o outro!. Precisa desse serviço mesmo pra isso?. Não poderia ser uma igreja, uma casa de apoio, o final é sempre ajudar o outro, e isso está na mente de todo mundo, todo mundo quer fazer isso. Isso é muito bom. É bom trabalhar, você vai pegar vários lugares, só que cada um quer só fazer o serviço, mas aqui todo mundo quer fazer isso. Isso é muito legal.

Entrevistadora: *E como você vê esse ajudar o outro ser humano? De que forma vocês têm participado da vida dessas famílias?*

João: *A gente tem tentado ajudar né... alguns ajuda, outros não!...*

Entrevistadora: *Você tem algum exemplo?...*

João: *Tem um exemplo do Fábio é uma coisa boa, o pessoal deve ter comentado do Fábio... isso é uma ajuda significativa, tem algumas crianças que viviam tendo convulsões, que viviam num hospital, reduziu isso com a ajuda do Núcleo. Algumas pessoas acabaram morrendo no hospital, mas deram apoio pra ele e pra família!. Os pacientes que ficaram com escaras enormes, sensibilizou, a gente tentou ajudar a fazer curativo em casa, dar apoio pra mulher que estava sobrecarregada com o seu trabalho e o sentimento do cansaço.*

Entrevistadora: *Teve alguma história que te sensibilizou mais?. Você disse que certas coisas sensibilizaram a equipe...*

João: *Sim, sensibilizou, incomodou, angustiou..., todo tipo de coisa né....a história de uma paciente que tem 8 filhos, 9 agora, é um caso diferente!...*

Entrevistadora: *A Cristiane!?*

João: *Isso marcou todo mundo!. Também de uma criança na adolescência, usuário de droga que marcou todo mundo, não consegui tirar ele...a Isabel também não conseguiu..*

Entrevistadora: *O que ficou do contato com essas pessoas!?. Você está me dizendo que não conseguiu tirar o adolescente da droga e nem que Pingo-de-ouro parasse de ter filhos... Como que foi pra você?...*

João: *Dentro dos nossos limites, a gente tenta mas, a sensação que vamos ver tudo é incorreta, não vamos ver. Não sei se é pra resolver, tem coisas que vão acontecendo, independente da nossa atividade né. Acho que temos que saber os limites, bem claros. Nós não somos os donos da verdade!. Tem que achar a melhor maneira pra ela viver, a Cristiane né, pro menino, eu não se... A falha é nossa talvez, nós não somos onipotência pra poder resolver tudo.*

Entrevistadora: *João, no começo quando você falou de trabalho, você falou que muitas coisas boas aqui... Que mais você vê de bom aqui no Núcleo?!*

João: *O lugar, as pessoas, o convívio com as pessoas, pra mim é legal.*

Entrevistadora: *Você também falou que "a gente está junto apesar dos trancos e barrancos"...*

João: *Não, eu não vejo isso como uma coisa ruim...*

Entrevistadora: *Me dá só uma noção de alguns "trancos e barrancos"?...*

João: *A gente tem discordâncias né, atrito com as pessoas né. Isso é natural pra qualquer um, mas apesar disso, o que todo mundo quer é ter uma finalidade pra chegar num lugar comum, né, a meta é o conjunto. Então, isso é legal. Nós temos as nossas discordâncias com a Camila, com*

a Eliana, com a Paula, mas nós temos a oportunidade de conversar, amadurecer as idéias, e continuar e ver que às vezes o outro tem razão, às vezes você tem razão, e podemos trabalhar isso é uma fonte de aprendizado, trabalhar com outra pessoa, tem sido muito rico, tenho aprendido muito!...

Entrevistadora: E quando a gente pensa em relações, entre vocês, entre equipe... Dificuldades de comunicação entre os membros da equipe! Como você vê isso?

João: São dificuldades que têm em qualquer lugar, tem aqui, mas é igual a qualquer outro lugar, nós estamos aqui tentando trabalhar com várias pessoas de formações diferentes. Primeiro, são homens e mulheres né...tem mais é mulheres, mas homem pensa diferente de mulher!. Não tem jeito, a gente tem expectativas, modo de pensar totalmente diferente, além disso você tem formações diferentes, uns são enfermeiros, outros são auxiliares, outros são médicos. O que a gente aprende na faculdade não é só conteúdo, mas, é forma de pensar, então enfermeiro pensa diferente, a gente pode estar olhando laranja, os dois podem estar olhando laranja,você pensa uma coisa e eu penso outra. Então, quando é uma coisa tão complicada como é saúde, se a gente não tem consenso do que quer, cada um entende de uma forma, então tentar comunicar isso é extremamente complexo, eu fico até surpreso quando a gente consegue fazer alguma coisa, mas eu acho que tem uma boa dose de boa vontade de tudo isso, de todo mundo. Eu sei que agora é que eu consigo entender o que a Verão está pensando, agora que eu tenho noção do que ela fala, quer dizer, às vezes a gente tem desentendimentos, agora eu consigo entender alguma coisa da forma dela pensar, isso foi gratificante pra mim, eu sei que eu entendendo um pouquinho melhor. As formações são diferentes, uns são alunos, outros são agentes comunitários, formação diferente, carga de conhecimento diferente, então pra você juntar essa turma e tentar comunicar não é fácil, nada fácil, mas tem que ter uma pessoa, uma duas pessoas que mais ou menos..... tem o dentista que tem papel fundamental, não pelo fato de ser dentista mas pelo jeito dele ser, tem uma cabeça muito equilibrada, muito ponderado, então é uma pessoa importante né, mas é uma forma de pensar diferente também né, mas ele tá tentando entender, ele fez esse esforço pra tentar equilibrar...

Entrevistadora: Você identifica então nesse esforço de tentar se comunicar, pessoas importantes, me veio agora a questão da coordenação!, como você vivencia esse papel de coordenador?...

João: Não sei...eu acho que não faço nada na verdade né.....eu acho que eu ajudo só pelo fato de existir, é só isso. No dia-a-dia, eu acho que o pessoal "toca" muito bem o serviço!, o serviço anda. Tá indo bem. Mas, por um lado é interessante, uma pessoa que tá ali né, na hora que precisa (rindo) quando o negócio está indo mal...você tem que colocar..." Ah, eu acho que não tá certo!". "Acho que vamos fazer assim", tem que ter um eixo de pensamento, então na verdade, o que o coordenador faz é: "vamos fazer mais ou menos nesse sentido", tem que tomar alguma decisão, vamos fazer desse jeito, é apenas uma figura.

Entrevistadora: Eu queria te perguntar,,, eu estou procurando estudar e entender comunicações com essas famílias!!, você vê alguma questão que

você acha importante e que eu não tenha perguntado!!, que você tenha vivido!!...

João: *Eu estou começando a me interessar por comunicação porque é uma coisa muito complicada né!!!, porque cada um pensa dum jeito né!!*, às vezes cada um tá falando a mesma coisa, mas cada um pensa de um jeito diferente. Então, comunicação é uma coisa complicada, mas sempre teve assim!! Sempre foi assim, apesar disso, todo mundo se comunica há anos, todas essas brigas de religião, tudo gira em torno disso!!!, a Bíblia!!!, um lê dum jeito, outro lê do outro e aí começa a brigar né!! então sempre existiu isso!!, então (ênfase) *no fim!!*, isso importa ou não? Acho que a gente pode trabalhar pra entender a visão do que foi visto, acho que é diferente do que está sendo feito agora, isso é importante o que você faz!!, então, *tentar ver se o que a gente faz, o que a gente está entendendo é o que eles estão entendendo, é o que eles estão aceitando? Acho que esse é o grande problema das medicações e das doenças crônicas, que estão surgindo agora porque eles não entendem porque a gente quer tratar quando eles estão bem, apesar dos hipertensos não terem queixa nenhuma,,,, porque vão tomar remédio que muitas vezes vai dar efeito colateral!!*, que não tá sentindo nada,,,, *começa tomar remédio que dá efeito colateral, então, pra eles é coisa que não faz sentido!!*, então *essa comunicação é importante, e mesmo porque a gente não tem definido sobre os nossos valores, não são bem definidos, o que é saúde? O que é doença?* Cada um tem uma definição disso. Os usuários também têm uma definição disso! então, *isso não é consciência!* do momento que a gente parte de um princípio e que nem todo mundo concorda nisso!, olha a confusão que se gera!!, e o gasto que isso gera e todas as confusões, então um dos primeiros passos é tentar entender o que cada um pensa né!! Então eu acho que isso é o começo, mas acho que ainda vai demorar muito!!, pra entender... porque isso faz parte da evolução das pessoas, do ser humano, então...tem momentos de muita liberdade que as pessoas estão vivendo né!!.....liberdade de expressão!!, de série de coisas, informações muito rápidas, tem pílula anticoncepcional!!, e tudo mais.....*nós combatemos treino, não sei se estamos tendo tempo pra voltar nesse equilíbrio, então tem tudo isso que está acontecendo no mundo!!* e talvez nesse processo, a gente começa a pensar *será que eu estou falando e o outro está entendendo!!*, ou alguma coisa próximo disso!!! então é o começo!!!!...

3.3.3 A saúde dos profissionais de saúde: como está se cuidando quem presta o cuidado?: expressando algumas dificuldades no ato de se cuidar e no desejo de ter "muita saúde"

*"É a gente quer valer o nosso amor. A gente quer valer nosso suor.
A gente quer valer o nosso humor. A gente quer do bom e do melhor.
A gente quer carinho e atenção. A gente quer calor no coração.
A gente quer suar, mas de prazer. A gente quer é ter muita saúde.
A gente quer viver a liberdade. A gente quer viver felicidade.
É a gente não tem cara de panaca. A gente não tem cara de babaca.
A gente não está com a bunda exposta na janela para passar a mão nela.
É a gente quer viver todo respeito. A gente quer viver uma nação.
A gente quer é ser um cidadão"*
(Gonzaquinha).

Um olhar um pouco mais atento e um diálogo mais próximo e informal permitiu que os profissionais de saúde do Núcleo, na sua maioria, expressassem uma dificuldade vivenciada em comum: a centralidade e a preocupação com a saúde do outro (usuários, famílias) e dificuldades em se auto-cuidar. Ouvimos repetidos relatos de trabalhadores que estão tendo um ritmo intenso e acelerado de trabalho e vida, o que, muitas vezes, pode conduzir a um "relapso" com relação a sua própria saúde: *"Eu fico preocupada com a saúde de todo mundo(...) mas com a minha saúde eu sou meio relapsa mesmo, né. Eu reconheço!..."*.

Outra questão observada no diálogo com os profissionais: é muito mais fácil falar sobre a saúde do outro (usuário, família) e se posicionar como que o outro deve se cuidar para ter uma Boa Saúde, mas é bastante complicado, delicado falar sobre a nossa própria saúde e nossa própria vida. Reações de espanto e surpresa quando fizemos perguntas sobre si (sua vida, sua saúde, sua família) foram comuns e alguns movimentos de teorização e racionalização sobre o que é uma Boa Saúde

também foram observados, talvez como uma defesa para não falar sobre si e mostrar sentimentos e fragilidades.

Entretanto, parece-nos que quando o profissional de saúde vivencia a doença, principalmente situações limite e marcantes de vida, as narrativas não eram mais de “técnicos”, mas sim de seres humanos vulneráveis diante de vivências fortes de doença, dor, sofrimento e morte. Como fica marcante na narrativa a seguir de um profissional de saúde, no momento da entrevista.

Entrevistadora: *Ok! (...) agora eu gostaria que você pensasse um pouco sobre a "sua" saúde: o que você considera importante na sua saúde hoje, Lívia?*

Lívia: (Entrevista 29, Profissional de Saúde) *Quando você tá perguntando é na minha em especial, não é na saúde de um modo em geral que você tá perguntando?!*

Entrevistadora: *Na sua! , na sua saúde mesmo!*

Lívia: *(riso intenso) tá tão interessante essa pergunta (riso) eu vou te contar porque tá interessante, eu tô até rindo porque é assim... eu fico preocupada com a saúde de todo mundo e eu tô levando bronca do meu terapeuta e do meu marido (riso) porque eu tenho que fazer um exame aqui da minha tireóide, faz o ano passado ou o outro ano, eu já nem lembro eu fiz um exame e teria que tomar iodo radioativo de novo... (riso) Lembra!, eu não sei se foi o ano passado eu não fiz até hoje, Priscila porque para eu fazer eu tenho que parar de tomar o hormônio, o remédio que eu tomo, e eu sinto muito mal, eu fico de cama, eu passo muito mal sempre e sempre tem coisa pra fazer (riso), uma hora é um artigo, uma hora é um relatório, outra hora é não sei o que (riso) e eu não fiz esse exame até hoje, Priscila. Então, eu achei gozado a hora que você me perguntou, falei: ichi... lembrei na hora! Eu preciso fazer!... (riso).*

Entrevistadora: *Te fiz lembrar das broncas! (riso).*

Lívia: *É... eu preciso fazer! Então acho assim eu tenho que assumir que com a minha saúde eu sou meio relapsa, mesma né! Eu reconheço!*

Entrevistadora: *Me fala um pouco mais disso no começo que você começou a contar você disse: "eu tô levando a maior bronca!" do meu terapeuta e do meu marido e como você tem vivido isso, essas broncas?*

Lívia: *(riso) Ah, eu fico meio brava no começo eu já pensei vou vingar do terapeuta, vou virar e falar : "olha, você fuma!, cigarro também dá câncer!" e não sei o que ... (riso), sacanagem né, mas... eles tão certos né. Eu não gosto muito não na hora porque fica parecendo que você é uma criança, que você é irresponsável e tal, mas realmente eu tô agindo assim. Eu vou ver se amanhã marco a consultas agora que você me lembrou, que*

você me fez lembrar que eu preciso marcar uma consulta, mas eu acho que eles estão certos, nem precisaria, né, tá vindo de fora essa cobrança. Eu mesma deveria tá tendo consciência (riso).

Entrevistadora: *Orquídea, mas como é na vida real, você falou assim: uma hora eu tô fazendo um relatório, outra hora outra coisa e acabo.... Consciente ou inconsciente, a saúde fica em segundo plano, Livia?!*...

Livia: *Fica!, não deveria mais fica! Dos meninos não fica, do Marcelo (Nome fictício) não fica porque eu tô sempre atenta, mas comigo fica! (...)* O terapeuta vai um pouco mais longe, porque você não tá se cuidando? E porque você se preocupa sempre em cuidar dos outros, aquelas coisas sempre assim meio de interpretação, né. (...) Essas coisas meio assim tá agindo como criança, né.

Entrevistadora: *Livia, faz tempo que você tem esse problema de saúde? Até no começo que você falou, que você lembrou das broncas, mas logo na sequência você falou assim: é muito ruim, eu tenho que ficar sem o remédio, eu vou para a cama, não é nada bom. Como que é essa vivência na sua saúde?*

Livia: *Deixa eu lembrar, Priscila. Eu acho que vai fazer 3 ou 4 anos, acho que foi em 2000, que eu precisei tirar porque assim, a tireóide funcionava normal, não tinha problema, mas tava crescendo um tumor nela e aí eu fui fazer biópsia e precisei tirar tudo, porque deu positivo, né. Então, tinha que tirar tudo e quando eu tirei tudo, eu fiquei um mês sem tomar nada pra poder ir pra Barretos fazer o tal do iodo, aí lá você fica 3 dias em isolamento. Então era ... foi "muito ruim" pra mim (ênfase nesta palavra) eu tava, eu acho que foi muito ruim porque estava à véspera de entregar a minha dissertação de mestrado. Então, quando eu tava imprimindo a minha dissertação veio o resultado da biópsia que eu tinha que fazer a cirurgia, no outro dia (riso) Sabe uma coisa meio assim, e eu tinha que entregar então, foi assim muito estressante para mim.*

Entrevistadora: *E você lembra o momento que te deram o resultado da biópsia, positiva é isso?!, era um tumor, um tumor maligno. É isso!?*...

Livia: *É era um tumor maligno... lembro porque foi o Marcelo (Nome fictício) quem me deu. A gente até demorou para buscar o resultado porque eu tava envolvida lá com a minha dissertação (riso) também tem essa!...*

Entrevistadora: *A dissertação tava no meio da estória...*

Livia: *É! (riso) sempre em primeiro, né esse negócio você que faz pesquisa sabe como é que é (riso) e a gente demorou, para buscar e foi então na época que eu tava então imprimindo. E eu lembro que ele foi pegar, eu tava jantando, comendo alguma coisa, quando ele me falou: "você vai Ter que parar agora, nós vamos ter que... a cirurgia vai Ter que ser urgente, não sei o que . E minha 1ª preocupação o que foi?!, Priscila, a dissertação né!, mas não posso fazer cirurgia agora (riso), tenho que entregar a minha dissertação. Então, assim eu sempre coloco mesmo o trabalho em 1º lugar e eu reconheço que isso é errado, que isso é ruim, que isso não é bom, mas eu ainda não consegui me controlar para não fazer dessa forma (riso).*

Entrevistadora: *Você poderia me contar um pouco mais... eu não sei se você importa em relembra essa situação!...*

Livia: *Não tem problema! O que você gostaria de saber?...*

Entrevistadora: Você teve um diagnóstico de um câncer, depois deste primeiro impacto né: "não agora eu não posso, tenho que entregar a dissertação", mas como é que foi tá indo para o hospital do câncer em Barretos!? Foi!?

Lívia: Acho que esta foi a pior parte (riso), porque você chega lá é um monte de gente faltando pedaço né e a mulher se empolgou porque o Marcelo era médico, ela se empolgou a médica que ia lá me dá o iodo e começou a mostrar todas as instalações do hospital então, eu comecei a ver "quimioterapia", "radioterapia"(ênfase nestas palavras) e não sei o que, um entubado aqui, outro ali... gente! Gente do céu o que será o fim disso mas é muito gozado Priscila, porque eu acho assim: eu não tinha consciência do que significava o tumor, entendeu. Eu tava muito chateada de ter que tirar a tireóide, eu não queria tirar, porque tava funcionando bem!, ah não! Não é um tumor tão ruim né, mas aí a médica não: é ruim!, porque ele se espalha. Quer dizer, você não vai morrer hoje ou amanhã, mas ele vai se alastrando (riso). E eu: "aí, tira só ele!", "não!, porque pode voltar!" Tanto que é por esse motivo que eu tenho que fazer esse iodo de novo, não podia... porque assim: eu tomei uma dose super alta do iodo, não era para ter sobrado célula de tireóide nenhuma, sobrou!, então, agora eu tenho que tá tomando de novo porque o tumor pode voltar numa celulazinha, né, na tireóide que ficou. Então, assim para mim eu acho que me deu raiva porque eu achava que eu era "infalível"(ênfase nesta palavra), né e você fica pensando: como é que os doentes se sentem né?!, as pessoas!? Porque até então eu nunca tinha ficado doente, nunca tinha tido nada, de repente precisei ficar no hospital, no meio de outros doentes eu... me dava uma raiva, fala gente: "mas droga de corpo por que não tá funcionando direito, né que coisa!"(riso) Fiquei muito estressada, porque... aí a minha filha começou a dar problema, porque ela não entendia, eles estavam com 5anos, 4, acho que 5 anos...

Entrevistadora: Por causa da sua ausência!?

Lívia: Tinha! Tinha e tinha a questão da cirurgia ser no pescoço ela achava que iam cortar a minha cabeça, por mais que a gente explicasse ela não entendia, "mas eu vou ficar com uma mãe sem cabeça, não sei o que..."Aí eu descobri que uma professora do pré da escola deles, eles ainda estavam no maternal, tinham feito a mesma cirurgia. Aí fui lá, pedi para a professora mostrar a cicatriz, conversar com os dois, explicar como é que era. E foi muito legal (riso) porque aí a professora foi conversando com a classe inteira deles né, porque aí eles contam pra um coleguinha, pro outro fica todo mundo querendo saber o que que era (riso). Então explicaram pra classe inteira como era, me mandaram um cartãozinho as crianças foi tão bonitinho (riso descontraído), eu achei uma gracinha...

Entrevistadora: Olha! Que apoio legal!...

Lívia: ... mas assim, foi difícil eu acho por ... ah... falta de preparo talvez. Impaciência minha de ... de não saber adoecer (riso). Entendeu!? De não... de não querer adoecer, pelo menos naquele momento que eu tava desesperada para defender, precisava tava tendo pressão do programa... Então, eles tavam me pressionando muito(...) Então, tiveram coisas que me chatearam porque... eu tava aflita eu também queria que a ... que a

dissertação caminhasse bem (riso) no final, né (...) E sem esperar acontece tudo isso!...

Entrevistadora: *E teria mais outras coisas na área da saúde do "certo" e do "errado" que a Livia acha que é importante para se ter saúde, depois de ter passado por tudo isso!?*

Livia: *Olha Priscila, a única experiência que eu tive mesmo foi isso porque assim, a gravidez, que foi um outro momento que eu precisei ficar indo muito em médico e tal, por que eram gêmeos e lá eu ia... então, tinha que fazer pré-natal no hospital e não... não no ambulatório, vamos dizer assim, no posto né. O que foi muito interessante aí fazia com muita frequência, fazia ultra-som, essas coisas mas assim, eu tava assim, eu tava tão satisfeita com aquilo (riso) que eu achava o máximo... é... não tinha a conotação de doença ou de tá indo ao hospital e às vezes cruzar com pessoas doentes não tinha isso pra mim né, era outro sentido. Então, o vivenciar a doença foi só essa época mesmo. Na verdade eu ainda vivencio né quando eu tenho que fazer exames e tal, tenho que ficar no hospital esperando e lá na salinha, no corredor junta um monte de gente que faz quimio e não sei o que, pra mim é "muito desagradável" (ênfase nesta palavra) eu me sinto assim sem controle sobre o meu corpo, umas coisas assim, a sensação é bem ruim mesmo. A gente é "meio metida" né, a gente acha... a gente só cuida né, (riso) quando você inverte, você fica meio assim... sem chão né...*

Entrevistadora: *Também são coisas, sentimentos fortes né, na hora de você tá ali vendo e conversando com um pessoa que tem câncer, faz quimio né!?... eu te entendo eu só tô dividindo porque eu vivi isso também né!?* (riso).

Livia: *É... com sua vó né!...*

Entrevistadora: *É! com minha Vó e mãe... é fogo!...*

Livia: *... É! Assim, o fato de você tá doente, você fica vulnerável né, você não é mais dona ali do pedaço (riso), você fica pequena acho que isso me incomoda.*

Parece-nos que quando o profissional de saúde se torna usuário ou acompanha um familiar, *a solidariedade, o acolhimento, a escuta, a confiança e a responsabilização* surgem como atitudes importantes na prestação de um Bom Cuidado, que vê, escuta e toca o outro na relação (é capaz de, na interação, desejar um "bom dia " sincero, que faz o diferencial do cuidado). Já o cuidar em saúde irresponsável, não acolhedor, técnico, automático, que ainda identifica as pessoas por um número de leito, que cuida da pessoa sem vê-la (através de exames) gera grandes insatisfações e revoltas, como foi fortemente narrado na seguinte estória

vivenciada:

Entrevistadora: Entendi!... Verão, pelo que você me contou da sua história de vida e da sua família, me parece, se eu estiver errada você me corrige, momentos fortes, significativos quando seu marido teve, né, um diagnóstico de câncer, a sua mãe ficou doente e faleceu... Nessas experiências você lembra momentos marcantes, fortes, porque eles e vocês entraram em contato com o serviço de saúde, né... experiências de vida que tenham te tocado e que ficaram registrados aí, no coração?...

Paula: (Entrevista 30, Profissional de Saúde) É... eu tenho assim, experiências ah... assim que sensibilizaram por um lado de ser assim, vamos dizer..., apesar de uma situação difícil, mas você vê tanta gente com muita solidariedade né, então eu tive muita gente nesse período que me ah... me deu, não só a mim, mais a minha família né, "apoio" (ênfase na fala) no sentido de ligar, no sentido de ir lá em casa um pouco, no sentido né, minhas colegas de disciplina, por exemplo, me liberaram algumas atividades, pra que eu pudesse ficar mais livre, né. Elas diziam, olha, essa semana o Paulo vai ficar internado, você "não" (ênfase) aparece aqui na escola porque às vezes né, então são demonstrações de carinho... foram visitar, então liga né, até um telefonema às vezes é muito importante, né. Então, foram coisas assim, que no momento de muita dificuldade você sentir tão acolhida, e isso é muito importante!

Teve momentos que também ficaram marcados né, eu tenho assim, ainda uma coisa que eu falo que eu vou ter que trabalhar lá no divã, porque... eu tenho assim, "muita mágoa" (ênfase nesta palavra) da equipe médica da ortopedia, né, que a minha mãe ficou internada de seis a oito meses, o docente, né responsável "nunca" (ênfase na fala) entrou no quarto dela, ah... apesar de eu ter uma irmã que trabalha há "35 anos" na ortopedia com ele, eu acho que isso ele não precisaria, por referência a minha irmã ou qualquer um de nós, eu acho que deveria ser função, ele tratou a minha mãe pelos "raios x" (ênfase na fala), né e... e aí esta coisa também me emociona porque eu tava um dia no elevador,...(OBS: Conta e chora)....e o elevador do HC é grande, eu fui entrando, foi entrando mais gente e eu fui me afastando, e aí entrou um residente, né Pedro (Nome fictício), e falou assim, nesse dia a minha mãe já tinha descido pro centro cirúrgico, eu voltei pra pegar o celular que eu tinha esquecido, eu tinha dormido com ela...(OBS: Chora)...E o residente ele não me viu, mas ele falou assim:...(OBS: chora emocionada) ...Ó, agora nos vamos lá pro mil cento e tanto.....1111 nós vamos pro centro cirúrgico pra fazer o debridamento do 1111 e o Dr. Luciano (Nome fictício) me deu carta branca pra fazer o que eu quiser. Eu fui pra escola, eu não comentei com ninguém...(OBS: chora mais emocionada)...mais eu fiquei com muito medo o que ia acontecer... Esse dia minha mãe voltou com "muita dor"...(OBS: chora forte)... ela chorava, chorava, chorava... ela chegou a ... ela pedia a morte durante a noite, por causa de tanta dor, aí... já tinha feito dramal... já tinha feito tudo que tinha, aí o residente falou pra mim: Eu não tenho mais o que fazer!... Aí eu liguei para o anestesista que é marido de uma grande amiga minha...(OBS: chora bastante)...e ele foi pra lá, e ele fez morfina... Aí no dia seguinte, o docente mandou me chamar dizendo que ele não concordava que outra pessoa fizesse, né. Aí eu fui

bastante grosseira, eu disse pra ele que eu não estava preocupada com a opinião dele, porque enquanto minha mãe gritava pedindo a morte... (choro)...pela dor, ele estava muito bem obrigada na casa dele, e que os residentes não sabiam mais o que fazer. Então, esse fato, né me marcou muito...(Chora)...eu também tenho uma mágoa muito grande da enfermagem porque teve um erro médico,...(Chora)...e a enfermagem fez a dose... Minha mãe tinha que tomar no máximo 600mg de aminociclozídio e esse dia, e aí a gente..., olha como está a urina da minha mãe, olha como está isso!. E um dia eu fui conversar com o médico do controle de infecção hospitalar e aí quando eu falei pra ele que estava tomando tudo isso, ele disse que não era possível, então "eu não sei" (ênfase) quanto tem que tomar, e descobri que minha mãe fez uma insuficiência renal, e eu estava na UTR com ela e aí eu ouvi o docente da UTR dizer: vou preparar um seminário para ver como é que usa aminociclozídio em idoso, porque essa senhora "não poderia" (ênfase) ter recebido mais de 600mg por dia, e ela tava recebendo 1grama por dia,...

Entrevistadora: ... quase o dobro!...

Paula: ...quase o dobro... Então, eu acho que isso é uma enfermagem muito irresponsável sabe, que faz tecnicamente... mecanicamente as coisas... Não observavam a urina, não observavam ela... um monte de coisa. E assim, uma coisa também que marcou muito, né, de ruim foi quando meu filho ficou um domingo com minha mãe, e... e ela tinha muito carinho pelos netos, e num domingo ela pediu a comadre e ele falou: "Vó eu vou pedir pra moça da enfermagem pra senhora ficar mais a vontade e ele chegou para uma pessoa da enfermagem e pediu... aí a moça falou: "Não eu já tô quase indo embora, daí a 5, 10 minutos alguém vai lá e minha mãe tinha diarreia, porque ela já tava com infecção, né. E ele ficou muito bravo, né, muito bravo, a hora que eu cheguei, ele tinha brigado com o pessoal da enfermagem, porque ele falou: "Minha vó não pode esperar!", né quer dizer o que que é... e ele falou: "Mãe...". Fui falar com ele, ele falou: "Mãe ela não tava fazendo nada!, ela tava sentada e falando que tinha que esperar passar um negócio de 'plantão'... o que que é isso aí mãe!?... passar plantão?..." Então, pra ele, ele não entendia... Então, essas coisas "magoam" (ênfase na palavra)... Isso são coisas que me marcaram... E do meu marido eu acho que nós fomos "extremamente" (ênfase na fala) bem assistidos, foi muito, muito, muito, muito... mas aí Priscila, fica uma coisa que ao mesmo tempo que eu fiquei muito tranqüila, foi muito bom, ...(OBS: Conta e chora) ...Eu fico triste, porque... por ele ser meu marido, ele teve direito a ficar na clínica particular do hospital, então me dá muita tristeza...

Entrevistadora: E lá na clínica civil eles têm um bom cuidado!?...

Paula: ... e eu me pergunto: porque será que só lá na clínica particular né, ou será que porque que na clínica particular é possível tudo aquilo, todo cuidado, todo... um tratamento sabe que "deveria ser para todos" (ênfase), e eu não sei né, se isso é pra todos..., por exemplo, lá na... na... para minha mãe, eu tive... nós tivemos muita gente com cuidado eu lembro que uma funcionária, a Vera foi lá, achou um... um sofazinho pra por dentro do quarto, para quem fosse ficar lá dormisse deitadinha num sofá legal, sabe, são cuidados que me marcaram de coisa boa né,... É... tinha um residente que até hoje né, ele não é formado em Ribeirão..., ele chegava...

Entrevistadora: ... Lembro que você contou em uma reunião aqui da equipe... do "bom dia", né...

Paula: Do bom dia... Ele dava bom dia dava a mão pra minha mãe, e essas são coisas que me marcaram né. Então, agora do José Carlos... , quando o José Carlos (Nome fictício) teve internado, não tem uma coisa pra falar olha..., isso eu queixo, então me deu muita alegria, mas ao mesmo tempo, eu me perguntei, porque será ele aqui é assim... será que atravessou aquela porta ali, que é o geral?...

Quando indagamos o profissional-técnico sobre o que considera "certo" e "errado" fazer para ter saúde um horizonte compartilhável parece ser a *valorização da saúde mental*, e a importância dada à liberdade, às relações com o outro, entre outras, como expressa o seguinte excerto:

Entrevistadora: Ok... Pegando um gancho aí, da saúde, né, que você entrou pro lado da saúde ao falar da vida, hoje, o que você considera importante na sua saúde?! Hoje... Como que está a saúde da Camila hoje?!... É, o que é certo e errado fazer pra ter saúde?!...

Camila: (Entrevista 20, Profissional de Saúde) Certo e errado... Eu, pra mim certo é dormir cedo, errado é consumir bebida alcoólica, é fumar. É... Certo pra mim é sair, passear, ter lazer, né, ter amizade, principalmente muita amizade, não levar rancores do trabalho, sabe, é... ter uma vida tranqüila. Pra mim é isso...

Entrevistadora: E como que é, que a gente pega o começo da nossa entrevista, né... E como é no mundo atual, na sociedade atual, quando a gente quer: ter lazer, não ter rancor nas relações de trabalho, sair, e muitas vezes não é possível. Você considera que você tem saúde?...

Camila: Olha, eu considero que eu tenho sim, eu tenho saúde, graças a Deus!. E... o meu lazer não depende, assim... por que às vezes de repente a gente leva muito pela questão financeira, o meu lazer não é pela questão financeira, eu acho que tem jeito, se eu quero dar uma volta de bicicleta, parar na esquina e ficar conversando com uma amiga, pra mim tá ótimo, por que?. É uma pessoa que eu não via há muito tempo, ela me conta coisas que eu não sei, a gente conversa, né... e às vezes lembra alguma coisa que vivemos juntas, então pra mim isso é de grande importância, porque nessa vida que agora eu tenho indo pra Ribeirão e voltando todo dia, dificilmente eu converso com uma pessoa, no ônibus, que eu conheça daqui, porque a pessoa já tá cansada, já tá... né, um pouco estressada da rotina, então... ela não quer, e muitas vezes a gente também tá nesse quadro, mas a partir do momento que você tem um espaço de tá sentando numa lanchonete, conversando com um amigo,

falando um oi, comentando da política de saúde da tua cidade...

Entrevistadora: *Isso é saúde pra você?...*

Camila: *Pra mim isso é saúde. Você tem liberdade de entrar e sair de qualquer lugar, assim... quando você vê uma pessoa que não te vê há uma semana ou um mês: "Oi, você tá sumida, o que tá acontecendo?", né. Então você vê que você tem um vínculo, isso faz bem, isso é muito importante.*

Na narração de outro profissional, a saúde aparece em um contexto mais coletivo, de construção de projeto de vida, de redução de desigualdades sociais, de autenticidade e de liberdade de expressão:

Entrevistadora: *Perfeito Paula... Vamos pegar um gancho, você falou saúde, vamos tentar explorar um pouquinho mais o que você pensa, o que você entende dessa palavra. Quando eu falo em saúde, como que está a saúde da Paula hoje? O que você considera importante "na sua" saúde?...*

Paula: (Entrevista 30, Profissional de Saúde) *Olha eu acho que é a gente estar um pouco mais tranqüilo, em paz, em paz, eu acho que é muito difícil, você está, porque sempre você está lidando com conflitos, né mas o que eu considero saúde é você ter um projeto de vida, sabe... e você ter vamos dizer assim, ir se instrumentalizando para você construir esse projeto, né. E...Então, eu digo assim, eu tenho, claro que assim para mim, eu acho que como projeto de vida, né, eu gostaria muito de ter mesmo a participação na construção de uma vida melhor não só para mim, pros meus filhos, para minha família, mais uma construção, uma condição de vida melhor para o ser humano, para o povo, né. Eu acho que é tudo que puder acontecer que diminua essa injustiça social, né, faz parte do meu projeto de vida né, porque eu acho que não adianta eu estar super bem do ponto de vista financeiro hoje, não estou folgada, mas estou numa situação muito melhor do que vários momentos que eu tive, mas eu acho que isto não é o suficiente para me deixar feliz, né, e nem meus filhos, porque... eu falo assim (riso) você vive morrendo de medo de ser assaltada, vive morrendo de medo de ser assaltada em qualquer lugar, a qualquer hora, de ser atacada, né, então não é isso que trás para mim o meu projeto, eu acho que no dia em que a gente conseguir diminuir a injustiça social vai diminuir esse monte de coisas dessas violências que estão por aí.*

Agora também a gente poder falar, da gente poder expressar, né principalmente assim, para as pessoas com quem você gosta, você poder expressar aquilo que eu falei, que é a.. aí é a autenticidade completa, não mentir e não omitir, tá. Então por exemplo, com minha família, não só a família, eu tenho uma família ampliada....(risos)...que são alguns amigos, que eu não só não minto, mais também não omito, então que daí dá pra eu

ser inteira, no que eu sinto, no que eu penso, e às vezes, poder falar sem tanta..., você ter liberdade de se expressar, em alguns lugares você não tem nem essa liberdade, porque às vezes quando você vai falar já tem uma cristalização de você, já sabem, então já traça uma barreira, tá. Então, pra mim é assim, eu tenho esse projeto, mas eu, se você me falar agora de como está a saúde Verão, como você me falou, eu acho que está muito melhor do que já esteve, mais ainda eu tenho que lidar com muitas coisas porque eu sou uma pessoa muito ansiosa e aí às vezes eu preciso saber que eu tenho que respeitar o outro, e respeitar o outro às vezes é uma palavra que é muito corriqueira, ah precisa respeitar... Respeitar o outro, hoje eu tenho clareza, é "conviver com a diferença" (ênfase na fala), é respeitar a diferença, não é querer que todo mundo seja igual a mim ou querer que todo mundo acredite nas mesmas coisas. E respeitar suas diferenças ainda tem momentos que me ... que me exigem muito, sabe, que um esforço, assim, aí me dói o estômago, me dói à cabeça, você entendeu, aí tem todas as manifestações físicas né. Outro dia eu tive uma dor pré-cordial, aí eu falei não né, então é nesse sentido. E respeitar o outro, quer dizer, lá em casa, meus filhos, com meu marido, com minhas irmãs né, no meu trabalho com os alunos...

Os profissionais de saúde se deparam com algumas encruzilhadas: *"... a gente trabalha com saúde, pregando uma qualidade de vida..."*. Mas expressam dificuldades de lidar com a "carga pesada" de se trabalhar com família e com histórias tão complexas: suportar o sofrimento do outro, atender às necessidades urgentes trazidas pelos usuários, lidar com limites profissionais, com limites do serviço público de saúde, com a burocracia institucional, com a falta de diálogo com o usuário ou com os outros membros da equipe:

Entrevistadora: *Ok. Compreendo... Eu perguntei de vida, você falou: olha que pergunta difícil, né?... Agora eu gostaria de perguntar sobre outra palavra forte: "saúde". O que é importante na sua saúde hoje, Juliana?...*

Juliana: (Entrevista 19, Profissional de Saúde) *Na minha saúde hoje? Eu acho que... eu sempre tive um hábito de vida saudável, assim... do ponto de vista assim.... a gente trabalha né com saúde, pregando uma qualidade de vida aí, né desde a forma de alimentar, de dormir, atividade física... Às vezes eu entro na natação, faço um tempo, depois eu canso aí... ontem eu fiz até caminhada na praça, (riso) às vezes a gente... a atividade física não é uma rotina mas eu tento às vezes eu consigo mais*

tal, mas...uma coisa que...

Entrevistadora: *Nesse "pregar a qualidade de vida", né? O que se prega?... a gente ... você está falando como profissional né?. O que a gente está pregando que é "certo" e "errado" fazer pra ter saúde? O que você acha?...*

Juliana: *Eu não sei se.. é isso que eu ia falar, tem essa parte que assim...né da gente falar da... da... não sei se eu diria, do... do biológico, né que é meio que biológico também se falar da alimentação, falar da atividade física, né, mas... eu venho pensando assim que isso eu mais ou menos faço, né isso que a gente prega como sendo correto, né... Mas o que eu tenho pesando muito ultimamente é na ... mesmo na nossa... em como lidar com coisas assim de dentro da gente, né, do stress da... de... das coisas da gente mesmo, né e das coisas do trabalho, né de como lidar com tudo isso porque a gente chega com uma carga muito pesada, né às vezes a gente lida com coisas que não têm solução, com coisas... esses momentos de relações que... tem coisas que a gente chega realmente, né... pensando muito... muito pesada com isso porquanto que de repente a gente não tem que começar a pensar realmente assim... em como a gente lidar com isso com a gente, enquanto que seria importante a gente poderia assim... ter aquela terapia pra poder conversar, pra poder entender os processos, né? que às vezes gente faz depois que cai a ficha daquilo que a gente fez, né? e...*

Entrevistadora: *Podia dar uma noção pra mim dessa... você estava contando dessa carga muito pesada do trabalho, né... Concretamente uma situação em que você sentiu que a carga estava pesando. Você lembra de uma situação que você pudesse... dar uma noção pra mim do peso... (risos) ... do cotidiano desse trabalho, né uma noção desse peso, o tanto que isso interferiu na saúde?*

Juliana: *Eu acho que a gente... tava até falando isso com a Rosa Vermelha (OBS: Refere-se à Médica de família do Núcleo) outro dia, né, que eu tava muito ansiosa, perto de entrar de férias, né, e ela fala assim pra mim: "Eu não tô ansiosa!", eu falava assim: "Ah, eu to, tô porque tem... que mexer com um monte de encaminhamento do DACA, que voltou sem agendamento, coisa de dois anos parado, eu quero saber que paciente é esse, pegar o prontuário de todo mundo", ela falou assim: "mas... as pessoas também são responsáveis, né, pela vida delas, não sei o que...". Eu falei: "eu sei que são, mas a gente tem uma parcela muito grande de responsabilidade, né, a hora que a gente encaminha uma coisa... pra uma especialidade, o paciente tem uma queixa, se o paciente ficar dois anos esperando resolver esse papel que volta, a gente tem responsabilidade também disso, né, uma parte da saúde dele está na nossa mão, tudo bem, eles também têm uma parcela, tudo, mas a hora que já tem um problema que a gente encaminha, que a gente sabe o que é, né e demora para resolver, uma grande parte disso também tá, né, na nossa mão e a gente acabou perdendo um tempo de controle, assim... do que foi e do que voltou, então eu fiquei sem saber o que tinha resolvido e o que não tinha, né... e aí eu sinto que a gente... algumas coisas, a pessoa realmente fica ali, né esperando... algumas pessoas complicaram nesse meio tempo, né que ficaram aguardando...*

Entrevistadora: *E aí isso te traz muita angústia...*

Juliana: *E aí isso me trouxe uma angústia, quando aquele papel chegou, eu estava na véspera de entrar em férias, eu queria resolver tudo aquilo, né, isso de uma coisa maior assim... mas fora as situações assim... que a gente... de momentos em que a gente vê, assim... às vezes a pessoa chega lá com problema, chega irritado, chega bravo, chega nervosa, a gente tenta conversar, tenta fazer o melhor e de repente a pessoa estoura com a gente, vai embora... eu fico muito mal quando acontece essas coisas e a gente não tem oportunidade de poder conversar, né... essa semana aconteceu uma que eu tenho que falar na reunião ainda, então essa semana... não sei se eu consigo falar essa semana ainda, falei pra Michele (Nome fictício) que a gente tem que levar... É... um senhor foi no Centro de Saúde Escola, assim, no pronto-atendimento, e chegou muito nervoso e falou assim: "olha, eu vim aqui pegar um encaminhamento pra ortopedia", eu falei: "tudo bem, mas por quê?" - "Eu fui no Centro de Saúde Escola e não fui atendido" - "o senhor foi com dor no Centro de Saúde Escola e não foi atendido?" - "Não, eu fui mas o médico não me consultou, ele conversou comigo" - falei: "ah, mas o senhor falou que tava com dor?" - "falei" - "e ele não medicou o senhor?" - "Não porque ele falou que não adianta mais tomar remédio pra dor, eu tenho que passar num ortopedista e ele não pode me encaminhar, ele pediu pra eu vir aqui pegar um papel pra ir pra ortopedia", falei: "espera aí, o senhor acabou de passar por um serviço que é de urgência, não foi medicado, o senhor chega aqui e quer só um papel? Não é assim, né? em primeiro lugar não é urgência, porque se fosse urgência o senhor não tinha saído do Centro de Saúde Escola, o senhor já tinha ficado lá, né? tinha sido atendido ou senão a ortopedia atenderia de urgência", aí começamos a explicar, a Michele que mais explicou eu só tava do lado meio de apoio, e ele começou a ficar muito bravo, falou: "porque eu tô com dor, eu quero passar "agora" (ênfase na fala) na ortopedia, só vim pegar o papel", né?... mas nem que a gente desse o papel, ele ia ter que agendar na ortopedia, né? que tem uma demanda reprimida de mais de um mês pra agendar consulta, e a gente já sabia, né? a gente tava querendo explicar pra ele que era uma coisa crônica, né? que ele ia ser atendido mas que talvez não resolvesse naquele momento, que ele queria sair com o papel naquela hora, passar naquela hora na ortopedia, a pessoa com dor, já nervosa porque ficou no pronto-atendimento do Centro de Saúde Escola e foi empurrada pro Núcleo, né? e aí gera aquele mal-estar assim... de repente e jogou o cartão, virou as costas, foi embora e falou que não ia mais voltar... então tudo isso são situações, né? que acabam, assim... gerando né uma... eu fiquei mal naquela hora, falei: "gente nós tentamos fazer, tentamos explicar, né?" e foi um momento que ele estourou e não tinha como conversar, não tinha o que fazer, né? e não sei como que a... o agente comunitário vai ser recebido nessa casa depois, né? porque o que ficou pra ele, que ele chegou lá e que a gente não resolveu o problema, né? até que ponto também tá na nossa mão, né? um serviço empurra pro outro e no fim ele saiu, continuou com a dor, não pegou encaminhamento pra ortopedia...*

Entrevistadora: *De certa forma prevaleceu ainda uma garantia*

Juliana: *É, a aí a gente... né? e naquele ponto de encontro conflituoso ali da recepção, né. Então essas coisas acaba gerando uma carga assim de*

pensar: "A gente, podia ter feito diferente?. Será que eu me comuniquei direito?. Será que dava pra ser diferente? Né?. Tem hora que a gente percebe depois que a bobeira acontece, depois que ele saiu eu pensei, "Gente, será que eu tinha que ter levado ele pra sala, sentado, conversado, acalmado..."

Entrevistadora: *Quando esses usuários, Azaléia, chegam com uma necessidade iminente que no serviço não é possível, e isso depende de um outro serviço. Que sentimento que dá?...*

Juliana: *Então, acho que disso, assim da gente não ter conseguido resolver e tem coisa que a gente não vai conseguir, né, tem coisa que por mais que a gente queira o sistema público tem um limite, né, tem uma... não tem vagas assim em tal especialidade, não tem... né. E eu acho que dá uma frustração muito grande, a pessoa chega lá e a gente de certa forma entre aspas né, prometer que a gente vai cuidar da saúde quando a gente de repente não tem cota pra um exame x, não tem coisas, coisas que são necessárias, né, pra aquele atendimento. Então acho que estas coisas todas geram uma coisa de a gente pensar, né, será que eu... será que a gente, né, tava eu e a Michele (Nome fictício), não conseguimos, é.. eu ainda tentei pensar assim, me colocar no lugar dele né, já pensou eu com dor fui no PA e o médico me empurra pro Núcleo, chega no Núcleo, na recepção já coloca barreira, né assim, a gente ofereceu consulta pra ele, naquele dia mesmo mas ele queria só o papel e queria... né, não conseguimos trabalhar aquela necessidade dele, né, naquele momento e eu pensei assim "gente" né, aí saiu super estourado de lá falando que não queria mais... e essas coisas vão se acumulando, né, assim... uma coisa aqui, uma coisa ali...*

Ao cuidar de pessoas, os profissionais de saúde podem se deparar com novas encruzilhadas: como ter um discurso que fala de cuidados, de promoção de saúde e de qualidade de vida , se *"é tão difícil..., a gente tem um relapso muito grande, cuidamos diariamente da saúde, a gente sabe o que deve ser feito, mas... eu fumo muito..."*.

Neste sentido o grande desafio está em dar o salto entre o "saber" e o "fazer", pois o saber não garante um agir saudável. E, nestes momentos, tanto o profissional de saúde, quanto o usuário, que por exemplo vivenciam em suas vidas o tabagismo ou a obesidade, enfrentam dificuldades semelhantes e ao invés de serem "cuidadores", necessitam de "cuidados". A narrativa a seguir de um profissional

ilustra estas encruzilhadas.

Entrevistadora: Quando eu falo, eu sei que vida é forte, eu comecei por uma palavra forte, que tem um significado, e quando eu pergunto de saúde... O que é importante na sua saúde hoje, Rodrigo?

Rodrigo: (entrevista 17, Profissional de Saúde) Na minha saúde hoje, o que é importante hoje...na minha saúde...é tão difícil, a gente tem um relapso muito grande, cuidamos diariamente da saúde, a gente sabe o que deve ser feito né, então por exemplo o que me preocupa hoje é o excesso de cigarro, que eu fumo muito, é o que me preocupa na minha saúde...eu vou falar o que me preocupa, depois eu vou falar o que eu acho que é importante a gente cuidar...Excesso de cigarro, eu estava sedentário, já não estou mais, já faz um tempo que estou fazendo atividade física, já estou me sentindo bem melhor, é eu tinha uma alimentação muito errada e até hoje se eu me descuidar como muitos produtos industrializados, já feito, é aquela facilidade de colocar o macarrão, de assar a lasanha, e ao mesmo tempo fica até mais caro, muito mais caro, então eu estava comendo muita besteira, e hoje eu estou tendo muito mais cuidado no que eu vou comprar, por exemplo se eu for comprar um pão eu vou comprar um pão que tem mais fibras, menos colesterol, procuro por mais salada na minha dieta, então essas coisa me sinto muito bem.

Entrevistadora: Está olhando pra isso?...

Rodrigo: Tô olhando pra isso, depois de orientar tantos pacientes, parece que eu mesmo estou me orientando né, você não tenha dúvida que o meu cuidado em saúde pessoal em muita parte é reflexo do meu cuidado que eu tenho com meus pacientes e não o contrário, deveria ser ao contrário: eu me cuido e cuido dos pacientes, não eu cuido dos pacientes e aí eu acabo me cuidando.

Entrevistadora: (Riso)... Até se a gente for pensar né, esse tipo de trabalho você acaba também né...

Rodrigo: Tendo uma visão auto-crítica.

Entrevistadora: Isso é paradoxal né?...

Rodrigo: Por eu ser tabagista e orientar os pacientes a parar de fumar.

Entrevistadora: Como você se sente?...

Rodrigo: Isso me dá um nó, um nó na garganta, e que eu gosto de ser persuasivo, eu acho que a relação médico e paciente tem que ter persuasão quando você tem certeza de que está agindo corretamente, que não há mentira, então por exemplo: quando você estimula uma pessoa a parar de fumar você está sendo verdadeiro para a melhoria da saúde dela, então você tem que ser persuasivo, como eu fumo, essa persuasão fica fraca. É diferente por exemplo do meu trabalho com pacientes obesos, como eu não sou obeso, eu tenho uma persuasão muito maior e tenho um resultado muito melhor com meus pacientes do que quando eu combato o tabagismo.

Entrevistadora: Você podia me dar um exemplo concreto no dia-a-dia do trabalho que você fez isso, essa ação persuasiva?

Rodrigo: Isso acontece sempre.

Entrevistadora: Você lembra de algum exemplo?

Rodrigo: Por exemplo de forma geral eu fico muito mais atento a obesidade do que ao tabagismo, estou sendo sincero com você, é muito

mais atento a isso. Então você desenvolve muito mais ações de combate a obesidade do que ao tabagismo. Será que é porque eu sou fumante? Eu acho que sim, eu acho que sim, é uma auto-crítica que eu faço de passar despercebido, né, da mesma forma aqui no Núcleo eu sinto, não é exemplo. Então eu vou citar vários exemplo, vamos lavar a roupa suja em casa...(riso)...Da mesma forma que aqui no Núcleo eu sinto um cuidado muito especial com a saúde da mulher, mais um cuidado especial feito pelas funcionárias, pela médica e pelas residentes, e até assim de que é, se a mulher, a paciente, fala que quer ter um cuidado, um exame de papanicolau, feito por uma mulher, não há um questionamento, isso também pode ser feito pelo homem, até porque todos são profissionais, você entendeu, porque elas são mulheres e talvez sintam isso na pele, as dificuldades de fazer um exame com um homem, em relação ao homem, do que com uma mulher, muito mais fácil para ela fazer com uma mulher de forma geral, né, então eu sinto muito isso. Eu me perdi, que eu tava falando...

Entrevistadora: *Você estava falando com esse cuidado especial com a saúde da mulher.*

Rodrigo: *Sim.*

Entrevistadora: *E outros ficam secundários?...*

Rodrigo: *Eu fico secundário, eu fico, porque eu acho que é eu atendo bem menos casos de ginecologia aqui no Núcleo, às vezes nem isso, eu não tenho como provar isso, talvez eu esteja até errado, é mais do que isso, depois que eu comecei a falar isso, houve um maior fluxo de pacientes gestantes para mim, por exemplo, eu até o meio do ano agora eu não tinha feito nenhum pré-natal, só uma consulta, tudo bem que é uma operação distinta, mais eu já deveria ter feito mais.*

Entrevistadora: *Entendi.*

Rodrigo: *Exame ginecológico, sinto que algumas pacientes minha que seguem tudo comigo, podem fazer com elas entendeu.*

Entrevistadora: *Entendi.*

Rodrigo: *Tem que ter esse instinto sempre do homem também fazer esse exames.*

Entrevistadora: *Você falou que fica mais atento a questão da obesidade né, diante de usuários que tenham obesidade, você lembra da relação que você teve com eles?. Como que era essa atenção para a obesidade?..*

Rodrigo: *Obesidade, atenção assim, como era o meu relacionamento com eles assim? Como eu coloco?.*

Entrevistadora: *Como que é interagir diante desse problema?.*

Rodrigo: *Primeiro é a identificação do problema. Tem que ser identificado a obesidade, e os motivos da obesidade, primeira coisa....Se é uma obesidade primária ou secundária. Primária, normalmente o resultado de uma alimentação correta, e secundária algum problema físico tem que ser investigado via laboratório, em tratamento para um endocrinologista...O meu enfrentamento é a primeira coisa, identificada a obesidade e a causa, se é primária na maioria dos casos, e que diz respeito ao meu atendimento no Núcleo de saúde primária né, é identificar a causa, primária devido ao excesso de alimentos. Alimentação errada, qual a alimentação errada?. Então é um trabalho conjunto, entendeu, tentar identificar junto com ele, primeiro ele*

precisa de confiança de que isso aí é uma coisa que nós vamos trabalhar aos poucos, que eu não vou ordenar várias coisas e pedir para voltar com dez quilos a menos no mês. Não, não é assim, é um trabalho de conscientização, de reeducação mesmo, né, no pé da palavra, e fazer o paciente se sentir doente, porque o obeso não se sente doente. Só quando a obesidade ataca mesmo, ou tem problema cardíaco, ou tem dores articulares, mesmo assim ele não identifica, ele não identifica como resultado da obesidade... Ele até pode identificar, mais ele não se assume. Então o paciente se assumir obeso, né, se assumir obeso e ver que é extremamente fácil mudar.

Entrevistadora: Interessante isso que você falou de se sentir doente né. Você se sente doente ao fumar?

Rodrigo: Lógico que eu me sinto.

Entrevistadora: Me fala um pouquinho...

Rodrigo: Me sinto doente...

Entrevistadora: Como que o fumo te interfere, como que é a causa disso?

Rodrigo: Olha, eu não tinha preocupações de longo prazo. Tipo efizema, câncer essas coisas, eu estou tendo agora. Preocupação com doença, sempre, é uma doença, eu acho. Então esses tipos de preocupações eu tenho, eu já me sinto de certa forma pré-doente, entre aspas, eu me sinto parte da população de mais risco, maior propensão a ter uma doença cardiovascular ou pulmonar... Mais por exemplo, eu me sinto doente de várias formas com o cigarro, por exemplo, no hospital, como eu fumo eu vou no fumódromo para fumar há muitos pacientes, eu me sinto um doente, estando fumando, não porque são os doentes que estão ali fumando, mais é mais porque eu não deveria estar ali, entendeu, não é meu papel aquele ali... Outras situações, antes de ter essa preocupação física minha condição cardiovascular estava péssima, embora eu não tenho carro, ando, ando, ando de mais, qualquer pique que eu dava estava sentindo cansado. Então, para que sempre foi atleta, entre aspas, sempre disputou, eu estava me sentindo um doente né, o cheiro, o hálito, a necessidade, a dependência física, principalmente de manhã, isso incomoda. Eu estar atendendo paciente aqui no Núcleo, das 08 as 12hs, eu tenho que para uma vez para fumar...No plantão em Sertãozinho, entre cada duas horas, tenho que parar uma vez para fumar, então me preocupa a minha atividade de descanso ser o fumo.

Entrevistadora: Você descansa fumando?

Rodrigo: Desligo fumando!.

Esta outra narrativa aponta também que quando adentramos no território saúde e na “pregação” de uma qualidade de vida, muitas vezes o profissional de saúde prega atitudes que não pratica, repetindo um fazer técnico, automatizado, que possui grande tendência de não encontrar ressonância na vida do interlocutor.

Entrevistadora: ... Você me contou um pouquinho sobre sua vida, sua família, eu agora queria te ouvir um pouco quando eu falo em saúde. Hoje o que você acha importante pra sua saúde?...

Eliana: (Entrevista 27, Profissional de Saúde) Hoje pra minha saúde é um negócio interessante porque, a gente vai fazendo umas coisas, a gente prega coisas que não faz, como profissionais da saúde, a gente sabe, tem até "cartilhinha" que a gente faz pro outros, e quanto daquilo que a gente segue? Quando você vai ver às praticas saudáveis, pra você ter uma vida saudável, é o que você vai ver será que cada um tá fazendo?. Traz todas as práticas de promoção, cuida de si, tem uma coisa come educadamente, não sei o que, tal, aí, hoje eu tenho adotado...Quer dizer, eu adotei já faz um período, mas eu fico tentando ver como é que são as minhas práticas em relação a isso né, o que é interessante, primeiro porque não sei se você sabe, na questão da saúde, a gente não tem nenhum grande problema, mas eu tive, eu fui obesa, eu tive o dobro do peso que eu tenho hoje...

Entrevistadora: Jura! Eu não sabia!...

Eliana: É, eu sou uma caixinha de surpresas né...(Risos) ...Lógico que nesses desajustes todo que você ouviu aí na minha adolescência, refletiu na questão da obesidade, então era assim, eu lembro que era muito. Então, quando eu vim pra faculdade, que eu vim fazer faculdade aqui, estava naquele processo de regime, não sei que e tal, e nada funcionava, depois eu consegui construir, até por alteração de metabolismo e tudo, alguma coisa que me manteve sabe, com esse peso, do jeito que eu sou já faz um tempo, então eu consegui dominar com toda...

Entrevistadora: Com quantos anos você, foi na adolescência à obesidade?

Eliana: Até uns 25 anos mais ou menos. Ela não durou 25 anos, mas a tendência à obesidade foi até os 25 anos. Com 90, quase 100 quilos é mais difícil né.

Entrevistadora: Você chegou a esses valores?...

Eliana: Eu nunca tive certeza, a gente não pesa, mas eu era gorda, aparentava, depois eu ficava sob controle, fazia as coisas de regime, conhecidas todos os truques, primeiro porque eu acabei controlando...Eu fiz algumas promessas na vida pra mim, uma é em questão a alimentação, então quando eu perdi a tendência pra engordar, eu ganhei tendência pra emagrecer, eu fico mal eu fecho a boca, eu não fico bem eu fecho a boca, então eu tenho esse compromisso comigo, é assim, manter uma alimentação saudável, o melhor que eu posso, eu tenho que almoçar e jantar todos os dias. Agora eu janto bem menos, mas café da manhã e almoço é religioso. Isso é um compromisso comigo, porque eu era gorda? Eu era gorda porque meu intestino não funcionava, então todo o processo de funcionamento do intestino legal, tem uma relação com o intestino muito bom. Então, quando eu dou as palestras eu falo: Gente cagar é essencial você tem que cagar mesmo...(Risos)...Então, eu acho que isso é importante porque é onde faz parte do meu saudável, eu acho que é uma coisa em termos de alimentação. A outra que eu tenho negligenciado um pouquinho e agora eu estou retomando um pouco, até por uma série de razões, é em relação a essa coisa da prática de exercícios, desse jeito,

então antes eu andava, eu corria um pouco, fazia algumas coisas, mas como a gente começa a sete horas da manhã aqui no Núcleo, e tem a ginástica laboral, eu larguei a ginástica laboral, então eu fico das sete e depois no final da tarde eu não consigo, agora não, agora eu retomei de novo, e estou cuidando da parte de exercício, então eu estou fazendo natação, no sentido assim, de aprender cada modalidade, definir como funciona porque eu quero praticar...

Entrevistadora: *O nadar?*

Eliana: *O nadar mesmo direito, porque eu faço exploração de caverna, eu faço escalada...*

Entrevistadora: *Nossa Palma!... Tem essa parte ecológica?*

Eliana: *Tenho, ecológica e de risco...Risos...*

Entrevistadora: *São esportes perigosos?*

Eliana: *É, são esportes de alto risco.*

Entrevistadora: *E qual a relação desse esporte de alto risco que você gosta pelo esporte, pelo contato com o perigo?*

Eliana: *Não, eu gosto porque é bom, é gostoso, eu tenho além, na verdade é muito mais pra relaxar, é uma coisa saudável.*

Entrevistadora: *Quando você vai, você vai para natureza?*

Eliana: *Eu vou pro meio do mato, e aí é muito bom porque você nunca lembra de quem você é, não tem muito essa coisa de quem você é, você é quem você tá lá. Sabe, você tem desafios assim, mas é um desafio diferente, eu conheço lugares no mundo dentro das cavernas que pouca gente conhece... Porque é muito bonito, é lindo, tem uma beleza que você só sabe, você só chega lá porque você chega lá. Não tem como tirar fotografia porque não dá pra levar muito equipamento. Não dá pra transportar uma câmera, essas coisas todas... Eu acho assim que eu tenho o privilégio de conhecer lugares maravilhosos...*

A síntese dos resultados e interpretações do material empírico serão apresentados no quadro 5 a seguir:

Quadro 5: Quadro Síntese dos Resultados e Interpretações do material empírico. Achados relativos à entrevista semi-estruturada com usuários e profissionais de saúde de um serviço de saúde da família, segundo horizontes normativos, da Teoria da Ação Comunicativa de Jürgen Habermas, 1987.

Pretensão, validade de correção normativa/horizonte normativo	Principais achados empíricos construídos a partir da conversa estabelecida com os usuários	Principais achados empíricos construídos a partir da conversa estabelecida com os profissionais de saúde
<p>HORIZONTE NORMATIVO (PRETENSÃO DE CORREÇÃO NORMATIVA): essa pretensão refere-se ao mundo social dos atores. Enfatiza os “atos de fala regulativos”, os quais, para serem aceitos, devem estar em conformidade com as normas sociais vigentes.</p> <p>Objetivo do Estudo: Compreender o que os sujeitos (usuários e profissionais de saúde) envolvidos no cuidado à saúde da família, estão sinalizando que é “certo” e “errado” fazer (normas sociais) com relação aos seguintes horizontes normativos: VIDA, SAÚDE, FAMÍLIA, TRABALHO, ASSISTÊNCIA DE SAÚDE/CUIDADO E RELACIONAMENTO/COMUNICAÇÃO. Estes valores são compartilháveis entre técnicos da saúde (profissionais) e não-técnicos (usuários, famílias)?.</p>	<p>1. HORIZONTES SOBRE VIDA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • PERGUNTA SOBRE SI: <ul style="list-style-type: none"> - A família como um valor importante na vida; - O trabalho, o emprego como uma categoria central na vida. O desemprego e a dificuldade de aposentadoria marcando momentos “difíceis” da vida dos usuários; - As experiências da doença e da hospitalização como momentos marcantes, significativos na vida (Vivências fortes diante de doenças graves, da dor, do sofrimento, da morte, do abandono, da solidão); • PERGUNTA SOBRE O OUTRO: <ul style="list-style-type: none"> - A importância da família, do trabalho e da saúde para os sujeitos. <p>1.2. HORIZONTES SOBRE SAÚDE</p> <ul style="list-style-type: none"> • PERGUNTAS SOBRE SI: <ul style="list-style-type: none"> - A valorização do “saber popular”, mediado por experiências cotidianas de vida, marcado por uma “linguagem prática”. - As regras, normas e ordens ditas pelos profissionais com relação a saúde são difíceis de serem colocadas em prática na vida (É o “Problema X”). - Confiança no uso de ervas e plantas reconhecidas, popularmente, como medicinais. - Desconforto na vida moderna diante de um “mundo artificial/venenoso”, manufaturado, pouco “natural”. • PERGUNTAS SOBRE O OUTRO: <ul style="list-style-type: none"> - Os profissionais “pregam” uma qualidade de vida, que algumas vezes não praticam. - Verbalizam que o profissional é quem dá o “veredicto final”, marcando ainda algumas relações pouco dialógicas. Sentem que a sua palavra tem pouco valor. 	<p>1. HORIZONTES SOBRE VIDA</p> <ul style="list-style-type: none"> • PERGUNTA SOBRE SI: <ul style="list-style-type: none"> - Alguns momentos de “felicidades” na vida: a importância de uma relação afetiva, o nascimento de filhos e netos, a formatura (concretização da formação profissional/educação), realização no trabalho, entre outros; - Alguns momentos de “tristezas” na vida: dores e sofrimentos com vivências de doença, violência e perdas na vida. A vulnerabilidade trazida por estas vivências. • PERGUNTA SOBRE O OUTRO: <ul style="list-style-type: none"> - Desejos e sonhos compartilhados: a não-violência, o não-desemprego, a felicidade e realização dos filhos e netos. <p>1.2. HORIZONTES SOBRE SAÚDE</p> <ul style="list-style-type: none"> • PERGUNTAS SOBRE SI: <ul style="list-style-type: none"> - A valorização do “saber técnico-científico”: mediado por uma linguagem técnica; - Presença de um discurso que fala de cuidados, de promoção de saúde e de qualidade de vida. - Reconhecimento de “relapsos”, descuidos com a própria saúde; - Desafio: o salto entre o “saber” e o “fazer” (agir saudável); - “Os cuidadores também necessitam de cuidados”. E valorizam a saúde mental, diante da vivência de crises e desgastes no trabalho (serviço de atenção à saúde da família) e na busca da construção de um trabalho em equipe. • PERGUNTAS SOBRE O OUTRO: <ul style="list-style-type: none"> - Reconhecem que os usuários enfrentam dificuldades em suas vidas ao vivenciar: o tabagismo, a obesidade, sofrimento psíquico, a sobrecarga física e psicológica de cuidar de familiares acamados, idosos, entre outras situações; - A presença de intensas questões sociais, econômicas e culturais nas famílias colocam constrangimentos e obstáculos na ação, desencadeando sentimentos de impotência e frustração;

Quadro 5: Quadro Síntese dos Resultados e Interpretações do material empírico. Achados relativos à entrevista semi-estruturada com usuários e profissionais de saúde de um serviço de saúde da família, segundo horizontes normativos, da Teoria da Ação Comunicativa de Jürgen Habermas, 1987.

<p>HORIZONTE NORMATIVO (PRETENSÃO DE CORREÇÃO NORMATIVA): essa pretensão refere-se ao mundo social dos atores. Enfatiza os “atos de fala regulativos”, os quais, para serem aceitos, devem estar em conformidade com as normas sociais vigentes.</p> <p>Objetivo do Estudo: Compreender o que os sujeitos (usuários e profissionais de saúde) envolvidos no cuidado à saúde da família, estão sinalizando que é “certo” e “errado” fazer (normas sociais) com relação aos seguintes horizontes normativos:</p> <p>VIDA, SAÚDE, FAMÍLIA, TRABALHO, ASSISTÊNCIA DE SAÚDE/CUIDADO E RELACIONAMENTO/COMUNICAÇÃO. Estes valores são compartilháveis entre técnicos da saúde (profissionais) e não-técnicos (usuários, famílias)?.</p>	<p>1.3. HORIZONTES SOBRE FAMÍLIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • PERGUNTAS SOBRE SI: <ul style="list-style-type: none"> - Vê a sua família como uma mescla de vivências “boas” (encontros, prazer, satisfação, união, relações autênticas e verdadeiras) e “ruins” (núcleo de tensões, conflitos, violência, desencontros); - Mulheres assumindo sozinhas a chefia da família e os cuidados, em geral; - Fragilização das famílias: pobreza, dificuldades de sobrevivência, etc. • PERGUNTAS SOBRE O OUTRO: <ul style="list-style-type: none"> - Verbalizam desigualdades sócio-econômicas-culturais (desencontros); - Verbalizam desigualdades de acesso à serviços de saúde e desigualdades de oportunidades na vida, gerando sentimentos de exclusões e diferenças. 	<p>1.3. HORIZONTES SOBRE FAMÍLIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • PERGUNTAS SOBRE SI: <ul style="list-style-type: none"> - Família como um valor importante e espaço tanto de prazer como de tensões e conflitos. • PERGUNTAS SOBRE O OUTRO: <ul style="list-style-type: none"> - Reconhecem transformações e choque de valores enfrentados atualmente pelas famílias ao vivenciarem situações como o homossexualismo, a droga, a criminalidade, a prisão de um filho, entre outras situações;
	<p>1.4. HORIZONTES SOBRE TRABALHO</p> <ul style="list-style-type: none"> • PERGUNTAS SOBRE SI: <ul style="list-style-type: none"> - Os espaços grupais vividos como espaços terapêuticos e de interações com fecundas possibilidades de diálogos (encontro de sujeitos no grupo de artesanato); - A vivência da Festa Junina permitindo a descontração no espaço do cuidado (encontro de alegria e risos entre sujeitos); - Verbalizam a proximidade geográfica e afetiva trazidas pelo Núcleo de Saúde da Família como aspecto positivo no cuidado. • PERGUNTAS SOBRE O OUTRO: <ul style="list-style-type: none"> - Valorizam a dimensão do humano no trabalho e do “retorno” na relação de cuidado. Mas sentem falta da tecnologia dura, no momento das necessidade emergenciais de saúde. 	<p>1.4. HORIZONTES SOBRE TRABALHO</p> <ul style="list-style-type: none"> • PERGUNTAS SOBRE SI: <ul style="list-style-type: none"> - Busca e dificuldades no trabalho interdisciplinar e intersetorial ao cuidar das famílias; - Dificuldades de cuidar: equipe expressa sentimentos de impotência e limites pessoais e profissionais na prestação do cuidado às algumas famílias; - A hierarquia (relações hierárquicas e assimétricas de poder e saber) e a falta de solidariedade gerando entraves no diálogo (desencontros); - O ritual festivo e o compartilhamento informal nos cafés e almoços deslizando para o espaço do cuidado (encontro); • PERGUNTAS SOBRE O OUTRO: <ul style="list-style-type: none"> - Entendem que o “diferencial” impresso no trabalho é o cuidado humano e personalizado, sensível ao sofrimento do outro (compartilhamento de horizontes).

Quadro 5: Quadro Síntese dos Resultados e Interpretações do material empírico. Achados relativos à entrevista semi-estruturada com usuários e profissionais de saúde de um serviço de saúde da família, segundo horizontes normativos, da Teoria da Ação Comunicativa de Jürgen Habermas, 1987.

<p>HORIZONTE NORMATIVO (PRETENSÃO DE CORREÇÃO NORMATIVA): essa pretensão refere-se ao mundo social dos atores. Enfatiza os “atos de fala regulativos”, os quais, para serem aceitos, devem estar em conformidade com as normas sociais vigentes.</p> <p>Objetivo do Estudo: Compreender o que os sujeitos (usuários e profissionais de saúde) envolvidos no cuidado à saúde da família, estão sinalizando que é “certo” e “errado” fazer (normas sociais) com relação aos seguintes horizontes normativos:</p> <p>VIDA, SAÚDE, FAMÍLIA, TRABALHO, ASSISTÊNCIA DE SAÚDE/ CUIDADO E RELACIONAMENTO/ COMUNICAÇÃO. Estes valores são compartilháveis entre técnicos da saúde (profissionais) e não-técnicos (usuários, famílias)?.</p>	<p>1.5. HORIZONTES SOBRE ASSISTÊNCIA À SAÚDE/ CUIDADO</p> <ul style="list-style-type: none"> • PERGUNTAS SOBRE SI: <ul style="list-style-type: none"> - A pouca “autonomização” no cuidado é sentido como algo ruim, desagradável na interação com o profissional. Em alguns momentos da interação se sentem incompreendidos e não compartilham com os profissionais suas necessidades de saúde e de vida; - As invasões, controles e cobranças no espaço de algumas visitas domiciliares são motivos de desencontros relacionais; - Além dos cuidados físico-técnicos valorizam o afeto e a espiritualidade no “Bom Cuidado” (encontro de sentimentos); - Valorização na relação comunicacional do falar-escutar, respectivamente (encontros comunicacionais e valores compartilhados pelos sujeitos em interação). - O calor humano, o respeito, a confiança e o envolvimento valorizados na boa atitude cuidadora (encontro de valores humanos e éticos); <p>1.6. HORIZONTES SOBRE RELACIONAMENTO/ COMUNICAÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> • PERGUNTAS SOBRE SI <ul style="list-style-type: none"> - A linguagem codificada e técnica surge como uma barreira na comunicação (desencontros comunicacionais), tornado-se um fator de distanciamento e exclusão que dificulta a compreensão do que o outro está falando; • PERGUNTAS SOBRE O OUTRO: <ul style="list-style-type: none"> - O “ajudar” o outro gera sentimento de realização e felicidade. 	<p>1.5. HORIZONTES SOBRE ASSISTÊNCIA À SAÚDE/ CUIDADO</p> <ul style="list-style-type: none"> • PERGUNTAS SOBRE SI: <ul style="list-style-type: none"> - Têm como norte do cuidado o estabelecimento de uma relação nova com o usuários para melhorar a sua saúde e vida, embora reconheçam que em alguns momentos são “subsumidos” pelo modelo hegemônico do pronto-atendimento; - O respeito e o cuidado em não invadir o espaço do outro na relação são identificados como coisas importantes em um bom cuidado prestado. Mas invasões, sutis ou explícitas, ainda acontecem na prática cotidiana do cuidar; - O burocratismo e o autoritarismo nas relações incomodam os profissionais; - Tensão entre o “campo da amizade” e o “campo do tratamento” (desencontros de horizontes normativos), gerando situações de vulnerabilidade e confusão na relação. - Ausência de falas sobre a espiritualidade no cuidado; • PERGUNTAS SOBRE O OUTRO: <ul style="list-style-type: none"> - A resolutividade no cuidado é importante. As limitações do serviço de saúde público nem sempre são compreendidas e geram insatisfações nos usuários e angústias nos profissionais. <p>1.6. HORIZONTES SOBRE RELACIONAMENTO/ COMUNICAÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> • PERGUNTAS SOBRE SI: <ul style="list-style-type: none"> - Dificuldades de comunicação entre os membros da equipe (desencontros de espaços, tempos/ritmos e saberes); - Reconhecem o esforço coletivo em construir um trabalho em “equipe”. Embora em alguns momentos, sentem que não conseguem trabalhar em equipe (sentimento de angústia e frustração). • PERGUNTAS SOBRE O OUTRO: <ul style="list-style-type: none"> - Aham que as famílias valorizam o ato de falar-escutar no cuidado (compartilhamento de horizontes).
---	--	---

Capítulo 4
Concluindo, propondo e
reabrindo

Canteiros

Quando penso em você	Pra correr entre os canteiros.
Fecho os olhos de saudade	E esconder minha tristeza.
Tenho tido muita coisa.	E eu ainda sou bem moço pra tanta
Menos a felicidade.	tristeza...
	Deixem os de coisa, cuidem os da vida.
Correm os meus dedos longos.	Senão chega a morte.
Em versos tristes que invento.	Ou coisa parecida.
Nem aquilo a que me entrego.	E nos arrasta moço.
Já me dá contentamento.	Sem ter visto a vida.
	É pau, é pedra, é o fim do caminho.
Pode ser até manhã.	É um resto de toco, é um toco
Cedo, claro, feito dia.	sozinho...
Mas nada do que me dizem me faz	São as águas de março fechando o
sentir alegria.	verão.
	É promessa de vida em nosso coração.
Eu só queria ter do mato.	
Um gosto de framboesa.	

(Composição de Fagner, baseado no poema "Marcha" de Cecília Meirelles)

*Muros e Pontes que se abrem com o Cuidado à Saúde da Família:
plantando jardins e semeando jardineiros*

"Já se disse que as grandes idéias vêm ao mundo mansamente, como pombas. Talvez, então, se ouvirmos com atenção, escutaremos um discreto bater de asas, o suave acordar da vida e da esperança. Alguns dirão que tal esperança jaz numa nação, outros num homem. Eu creio, ao contrário, que ela é despertada, revivificada, alimentada por milhões de indivíduos solidários, cujos atos e trabalho, diariamente, negam as fronteiras e as implicações cruas da história. Como resultado, brilha por um breve momento a verdade, sempre ameaçada, de que cada e todo homem, sobre a base de seus próprios sofrimentos e alegrias, constrói para todos"
(Albert Camus, 1955)

"Toda semente quer brotar, todo feto quer nascer, todo sonho quer se realizar...
o fato de termos, todos os mesmos sonhos fundamentais
cria a possibilidade de 'comunhão'.
Ao compartilhar os mesmos sonhos descobrimo-nos irmãos.
Um desses sonhos fundamentais é um 'jardim'...
Todo ato de criação tem por objetivo realizar um sonho.
E quando o sonho se realiza, vem a experiência da alegria. "
(Alves, 2001)

"Concluindo, propondo e reabrindo" é uma tentativa dos autores desta tese de compartilhar com você, leitor, algumas reflexões, interpretações e propostas que delinearam um movimento de pesquisa, um "ato de criação", marcado por muitas idas, voltas e desvios, na construção de um processo permanente de pensar e repensar a produção do conhecimento e as práticas de saúde, tendo *as comunicações no cuidado à saúde da família* como foco de investigação e interpretação.

Na ótica de um estudo hermenêutico, não traremos uma "verdade absoluta", pois o cenário e sujeitos de nossa investigação e discussão, com certeza, possuem diversos significados, prismas e múltiplas faces e polaridades. Provavelmente, muitos destes "concluir e propor" necessitarão de presentes e

futuros “re-abrires”: re-falar, re-pensar, re-significar, re-escrever, re-interpretar, re-discutir e re-concluir.

Assim, convido a todos, neste momento, a conversar com o texto percorrido e a título de finalização, apresentar algumas reflexões e colocar um ponto final neste ciclo, nesta estória, sempre transitória e inacabada. Encerra-se aqui o nosso trajeto, uma estória que começou em 2002 com a seguinte indagação: *“Quais os horizontes possíveis na conversa entre profissionais de saúde e usuários cuidados em um Núcleo de Saúde da Família?. Quais as aproximações possíveis nesta conversa?. Quais os distanciamentos?.”*. E o seguinte objetivo: *“Compreender e interpretar as comunicações e ações dos sujeitos (profissionais de saúde e usuários) envolvidos no cuidado à saúde da família e Interpretar as possibilidades e dificuldades da ação comunicativa neste cuidado”*.

E hoje, em 2006, como a semente e o feto de Alves (2001) quer brotar, quer nascer para realizar um sonho de quem agora lhe escreve e permitir uma experiência de alegria e satisfação, depois de outras experiências de sofrimento e frustração. Assim, agora, após quatro (4) anos de existência, compartilhamos com você leitor a nossa estória, que pretende realizar uma espécie de “balanço”, no qual buscamos enriquecer a discussão sobre esse problema prático e seus horizontes normativos.

E neste ato de compartilhar, como sabiamente escreveu Freire (1987, p. 184) *“nos daremos por satisfeitos se, dos possíveis leitores desse ensaio, surgirem críticas capazes de retificar erros e equívocos, de aprofundar afirmações e de apontar o que não vimos”*.

E, de forma poética, nos dizia Vasconcelos (1999) retomando o escrito

inicial de apresentação desta tese: *“... Buscar palavras, compor idéias, lapidar percepções para expressar entraves, dilemas, caminhos de pequeninos recortes, minúsculos setores das práticas profissionais dos problemas sociais... Ah!. Quantas voltas!. Quantas tarefas preliminares!. Quantos esquemas recompostos!. Firmeza para não desanimar. Calma para elaborar as frustrações... Neste desconforto, nessa arte, nesse ócio, o verbo se refaz. Satisfação. Verbo construído, original, lançado ao vento. Em que ouvido chegará?. Em que dará?.”* .

Tentaremos então, neste momento do texto, realizar, a tarefa delicada, de realizar algumas conclusões retomando o processo comunicacional, fio condutor de nossa investigação, através de um excerto da obra de Habermas abaixo apresentado, de uma pergunta instigadora trazida em orientação e do material empírico interpretado nesta pesquisa.

Começemos pela pergunta lançada pelo poema acima: *“Em que ouvidos chegará?”* . Ela nos remete novamente a uma dimensão comunicacional, de diálogo entre sujeitos. Assim, a título de conclusão, retomaremos, o filósofo Jürgen Habermas (1987), como fio do enredo da estória que tentamos descortinar, neste *território das “comunicações”* onde também fizemos parte da conversa, tentando dar um certo “rumo à prosa.

O estudo de Habermas nos traz à memória lembranças de nossas viagens para orientação em São Paulo. Boas viagens, bons encontros, boas idéias que revivem imagens da rodoviária do Tietê e do metrô repleto de pessoas apressadas e silenciosas, indo e retornando do trabalho (a um primeiro olhar, cenário de pouca comunicação), o prédio secular e pomposo da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (histórias de incêndios, reformas e restaurações), o

retorno sonolento no ônibus onde num fechar de olhos a paisagem neblinada e poluída da grande metrópole cedia lugar para o “mar de cana” do interior paulista, o sentimento de chegar, também nebulosa, “pesada” com muitas dúvidas e retornar mais “leve” depois do contato com idéias e incentivos de que a tese iria dar um “bom samba”.

Numa dessas conversas, nosso co-orientador, com sensibilidade, lembra uma vivência pessoal e compartilha conosco uma pergunta que lhe foi feita em um serviço de saúde onde trabalha na capital paulista: *“O que Habermas diria da ação comunicativa se visse os serviços de saúde das periferias brasileiras?”*.

Esta pergunta nos leva a pensar: será que a ação comunicativa é possível de acontecer nas grandes metrópoles ou nas cidades do interior do Brasil, país latino-americano com marcas históricas de imensas desigualdades sócio-econômico-político-culturais?.

Um país onde, a relação entre saúde e democracia, embora aceita, hoje, em muitos casos, é incorporada como elemento secundário, é desrespeitada, esquecida e tende ao desuso, possibilitando que a política do favor, do clientelismo, do imobilismo, das lamentações e das comunicações autoritárias, pouco dialógicas, muitas vezes, prevaleça sobre a política do direito. O que reflete relações contraditórias do Estado brasileiro com a sociedade, ainda muito marcada por interações autoritárias, paternalistas, normatizadoras e pouco solidárias, herança histórico-cultural de séculos de escravidão e ditadura militar, fortemente repressoras e opressoras.

Será que a ação comunicativa foi mais facilmente construída e proposta por Habermas viver em Frankfurt, na Alemanha, em uma outra realidade de país

européu desenvolvido?, é mais fácil falar e viver a ação comunicativa nas praças de Frankfurt do que nas periferias e favelas brasileiras?.

Estas indagações revivem, também, o ano marcante de 2001, quando, de forma semelhante ao momento presente, realizávamos o esforço para escrever as conclusões de nossa dissertação de mestrado e, em um domingo à tarde, fomos interrompidos pela notícia, intensamente divulgada pelos meios de comunicação de massa, da guerra contra o Afeganistão. Ouvimos curiosos e assustados, algumas falas que diziam assim: “A nossa fé é a nossa maior arma” e “Esta é uma guerra contra o terrorismo e não contra o islamismo”, entre outras tantas. Entrar o século XXI com início de uma guerra, marcada por extremas desigualdades sociais, econômicas e religiosas é bastante desanimador. E assim fomos vendo, nos anos seguintes, cenas nada animadoras: o atentado de 11 de setembro, a guerra interminável no Iraque e diversos atentados terroristas pelo mundo a fora...

E assim, hoje, passados quatro anos, diante da realidade vista, seja no território social, seja no território saúde, novamente, chegamos a duvidar do poder da ação comunicativa entre os sujeitos e por um momento, também, questionamos o caráter idealizador da teoria habermasiana.

Entretanto, outras vivências, como o próprio material empírico colhido nesta tese, fazem reviver em nós a crença de que “nossa maior arma” é ainda a fé nos homens, a fé na ação comunicativa e na criação de um mundo em que seja menos difícil amar e dialogar. E nos leva a ecoar um “*sim*” para a ação comunicativa (e a pergunta levantada acima): “*sim*”, pensamos que é possível acontecer a ação comunicativa nas grandes metrópoles ou nas cidades do interior do Brasil e não apenas nas praças da Alemanha. E está aí um dos maiores desafios do Cuidar nas

práticas de saúde: o desenvolvimento de atitudes e espaços de encontro intersubjetivo comunicacional entre profissionais de saúde e os usuários.

Portanto, defendemos, nesta pesquisa, que o paradigma comunicativo ou dialógico de Jürgen Habermas contribuiu para o entendimento das práticas voltadas à atenção à saúde e da família, permitindo uma reflexão mais crítica e fecunda dos modelos e ações em saúde, pois reforça a posição central das ações norteadas na humanização e no diálogo, em antítese à violência e à incomunicabilidade, rumo à produção de um “cuidado dialógico” em saúde, que valoriza a abertura à interação dialógica com o outro (paciente, usuário, população e profissionais da equipe) livre e simétrica onde haja transparência das pretensões de validade normativa.

A aposta revolucionária e o grande potencial do pensamento habermasiano está na revitalização da proposta da razão prática. A pedra central na construção de sua Teoria e o edifício teórico de Habermas se constrói em cima do projeto da racionalidade prática, entendida como a razão que orienta a ação prática dos sujeitos, a razão que orienta a vida dos sujeitos em interação e se apóia no conceito de entendimento. Defende uma tese forte de práticas comunicativas cotidianas de alcançar o entendimento mútuo entre sujeitos em interação, o que compromete os interlocutores para uma seqüência futura de interações. Trata-se de um ruptura feita por Habermas na Teoria do Conhecimento que traz modificações importantes. Temos assim, uma “razão prática comunicativa”, em que se alarga e reinterpreta o conceito da razão prática Kantiana, uma razão fundamentada, passível de argumentação e crítica.

Recentemente, Habermas retoma que sua Teoria é um projeto em construção. Isso caracteriza uma aposta revolucionária: de que a razão pode ser

prática e está em construção. E assim, inaugura um novo patamar de discussão e surge como uma luz num mundo contemporâneo onde as pessoas estão pessimistas, procurando saídas para os problemas de relevância na vida prática. Desta forma, a filosofia hoje enfrenta um grande paradoxo: atingir uma ética intersubjetiva, uma ética universal (o que é bom para mim e para todos) em um contexto moderno de pluralismo, exclusões e utilitarismo.

Uma das conclusões mais importantes a que Habermas chega é que a tarefa da filosofia contemporânea é uma tarefa prática e não teórica. Ou seja, a filosofia atual não pode mais assumir uma postura de “Deus”, que carrega as chaves do destino da humanidade. O que caracteriza uma postura mais modesta e generosa de falar das questões práticas da vida humana, adotando uma postura cooperativa, um *trabalho cooperativo entre filosofia e ciência*.

Ayres (2002) alerta para a necessidade de re-vermos nossas práticas, abandonando a onipotência da razão-instrumental em favor de uma Razão que seja um “estar-no-mundo”, o eu e o outro, um construir comum e solidário deste mundo. Uma *Razão Generosa* que faça questão de incluir no mundo todos e tudo nos limites até onde alcance sua visão.

Assim, Habermas é um dos filósofos *mais tradicionais*, pois por exemplo retoma a dialética de Sócrates, retoma Aristóteles com a razão teórica e prática e Marx que diz que toda Teoria deve ser duplamente reflexiva e crítica. Para Habermas, toda estrutura teórica tem que estar referida a uma práxis. Destaca que toda ciência é centrada em três níveis, planos de experiência. Primeiro, o campo do agir instrumental, que manipula objetos e onde há um interesse *técnico*. O campo das interações, da intersubjetividade, da experiência de como as pessoas agem,

havendo um interesse em *entendimento*. E o campo da crítica, da auto-compreensão do sujeito, onde há um interesse em *emancipação*.

É nesta perspectiva que este estudo mostrou *a relevância das comunicações para o pensar e o fazer da estratégia de Atenção à Saúde da Família*, para o cuidado em saúde coletiva e em especial para o cuidado no campo da enfermagem. E refletiu sobre o que “deu certo” e o que ainda “não deu certo” nos Programas de Saúde da Família, onde há aspectos da comunicação que constituem encontros e desencontros entre os sujeitos, quais as possíveis armadilhas encontradas e quais os diálogos possíveis.

Estas reflexões vêm ao encontro de uma questão central, que sempre haverá: *Como podemos fazer? (Como podemos fazer saúde da família?). O que é passível de transformação?* Questão que não é de caráter técnico, mas que exigirá a construção de “pontes lingüísticas” entre os discursos técnicos e não-técnicos.

Tendo um cenário empírico em interrogação (um Núcleo de Saúde da Família), o mundo dos usuários e o mundo dos profissionais de saúde em foco concluímos que as interações entre os sujeitos podem ser melhor entendidos em uma dimensão comunicacional, que permite compreendermos melhor esta rede de conversações que acontece no cuidado à famílias.

Este estudo mostrou que esta interação tem grandes chances de um *“diálogo positivo”*, no sentido de que os sujeitos que atuam na saúde da família se conheçam melhor. A interpretação e discussão desta temática ampla, atual e complexa, constituiu um intenso processo de olhar, afastar, ver, não ver, mergulhar, que procurou descortinar zonas de cegueiras e zonas de silêncio, e que vem mostrar a necessidade de reorganização das práticas de saúde, tendo o cuidado e a

comunicação como categorias centrais e elementos transformadores na construção de novos e fecundos modos de cuidar na saúde e na enfermagem e em especial na saúde da família.

Mostrou, também, que os profissionais de saúde, no ato de cuidar, realizam um *trabalho vivo*, aquele que se expressa através das relações intersubjetivas e que pode conter *tecnologias leves* que acontecem no espaço relacional trabalhador-usuário, expressando a possibilidade de construção de acolhimentos, vínculos e responsabilizações, comprometidos com a defesa da vida dentro de uma ótica de direitos sociais.

Assim, defendemos aqui as dimensões da ação comunicativa e da linguagem nos movimentos ora de encontros/aproximações (mundos ligados), ora de desencontros/distanciamentos (mundos separados) entre os profissionais de saúde e as famílias, traduzindo-se em uma rede de interações intersubjetivas, com fragilidades e fortalezas, na luta cotidiana pelo viver.

Portanto, retomando os objetivos deste estudo, constatamos que a realidade empírica confirmou os nossos pressupostos de que a ação comunicativa representa um dispositivo fecundo para a travessia rumo à construção do “Cuidado Dialógico” e a aposta em “Projetos Terapêuticos Cuidadores”.

Apontamos que o amadurecimento do diálogo entre os sujeitos transita pela construção de pontes lingüísticas e pelo compartilhamento de horizontes normativos entre os técnicos (profissionais de saúde, os que querem ser cuidadores) e os não-técnicos (usuários e famílias, as que necessitam de cuidados).

Neste sentido, fomos descortinando neste estudo alguns desencontros (“o que ainda não deu certo”) e alguns encontros (“o que está dando certo”) entre

profissionais de saúde e usuários no cuidado à saúde da família, representados pela metáfora “*Muros*” (estreitamento de horizontes) e “*Pontes*” (abertura de horizontes), que passamos a discutir neste momento do texto.

4.1 Primeira Conclusão Muros: a presença de fronteiras e o estreitamento de horizontes

A interpretação do material empírico mostrou alguns desencontros, algumas assimetrias comunicacionais evidenciando ainda a presença de “mundos separados” e “muros” entre profissionais de saúde e usuários, entre eles discutimos os desencontros de saberes: o saber popular e o saber técnico-científico, quando o profissional de saúde não dialoga de forma efetiva e autêntica com os saberes não-técnicos trazidos pelo usuários nas suas crenças, não o estamos deixando participar do cuidado, gerando importantes assimetrias comunicacionais.

Desencontros comunicacionais, onde a linguagem codificada surgiu como uma entrave na comunicação entre os sujeitos. Na experiência prática de uso dos serviços de saúde, em geral, as interações são mediadas por uma linguagem técnica e nas experiências cotidianas de se cuidar, as interações são mediadas por uma linguagem prática, não técnica. Ora essas linguagens se afinaram, ora concorrem entre si e até se contradisseram, fazendo emergir barreiras iniciais para que a comunicação se estabelecesse e dificuldades ou impossibilidades no diálogo entre os sujeitos.

Desencontros relacionais, invasões, controles e cobranças no espaço das visitas domiciliares que significaram uma excessiva intromissão dos profissionais de saúde na vida das pessoas, de forma a limitar de sobremaneira seu grau de

privacidade, liberdade e autonomia, contribuindo para o afastamento dos sujeitos em interação.

E desencontros de horizonte normativos, onde emergiu do material empírico o “campo da amizade” e o “campo do tratamento” presentes no ato de cuidar, que muitas vezes se mesclam e se confundem, gerando situações de vulnerabilidade e confusão na interação.

Mostrou ainda a hierarquia e a falta de solidariedade entre os profissionais da equipe de saúde gerando significativos entraves no diálogo e “esbarrões” de espaços, tempos e saberes. Mostrou como estão se cuidando e dialogando quem presta o cuidado. E mostrou a classificação das famílias em vermelhas, amarelas e verdes, como um veio que questionava se estávamos ainda sob o paradigma do risco ou se deslocamos os horizontes normativos para o conceito de vulnerabilidade.

A quebra destes muros que afastam os sujeitos passa certamente por mudanças, ajustes, rearranjos, redimensionamentos e giros que exigirão esforços e empenhos de diversas naturezas rumo à abertura de canais de comunicação e ao alargamento de horizontes normativos, quando o desejo maior compartilhado é Cuidar e não apenas tratar de pessoas. Entretanto, reconhecemos que isso nem sempre é fácil, pois exige tolerância com os nossos limites de tempo, saber e entendimento e os limites do outro presente na relação.

Diante da presença das fronteiras e estreitamentos de horizontes acima apresentados, propomos fazer da resistência (do muro) uma possibilidade para a comunicação, à medida em que cultivarmos e desenvolvermos *posturas de “estranhamentos”* frente a atitudes de cuidado pouco dialógicas, autoritárias e violentas, banalizadas na prática cotidianas e consideradas e vivenciadas como

“normais”.

Parece-nos importante para melhorarmos a qualidade do diálogo com a população usuária dos serviços de saúde da família a atitude de “*estranhar*” a não-comunicação, o cuidado puramente técnico e frio que desvaloriza o humano, desconsidera a sabedoria prática do usuário, que não se preocupa com a linguagem, as invasões, os controles e cobranças, que se cristaliza e se mostra fortemente presente em algumas interações. Assim, torna-se necessário estarmos sensíveis e darmos ouvidos para os “ruídos” presentes nestas interações. Enfim, afetarmos e sermos afetados pelo outro.

E como fazer isso?. Propomos e apontamos na direção da criação e estímulo de **espaços conversacionais**, nos serviços de saúde. Espaços de encontros regulares dos trabalhadores de saúde que permita a fala, para que os projetos em jogo sejam explicitados, para que a equipe se conheça melhor, conheça as competências de cada um de seus membros e como elas podem se complementar e tenha momentos para discutir o processo de trabalho, a organização do trabalho, as relações entre a equipe e entre esta e as famílias cuidadas.

E assim, encontre na “roda”, como nos aponta Campos (2000) um método para a análise e co-gestão de coletivos, potência de renovação, possibilidade de criação da *Obra* coletiva, mobilizando energias, impregnado o trabalho de aridez e dificuldade, possibilitando, também, satisfação, reconhecimento e prazer no trabalho, e que o dia-a-dia cheio de ruídos possa se fazer dispositivos para a *descaptação do trabalho* na atenção básica, e, em especial, no cuidado à saúde da família. Defendemos que trata-se de um processo educativo e comunicativo que pode possibilitar uma atitude cuidadora diferente.

A **coordenação/gerência** pode ajudar a construir esta direcionalidade do trabalho, permitindo com que a equipe analise o que produz, para quem produz, para quem produz e como produz cuidado. Uma gerência implicada, envolvida no projeto assistencial, de modo a criar brechas para o trabalho, criar uma linguagem comum entre a equipe, gerar a possibilidade de transformar a equipe agrupamento em equipe integração, ajudar a ouvir os ruídos do dia-a-dia e a reconhecer os estranhamentos presentes na lida cotidiana do trabalho.

Ouvir os ruídos, possibilitar que eles se transformem em processos criativos de produção de cuidado e estranhá-los para que possam ganhar novos sentidos, parece ser o desafio. Mishima (2003), completa que na saúde da família os ruídos são freqüentes e a possibilidade de estranhamentos infindáveis: o agente comunitário de saúde que se insere na equipe trazendo o saber popular; o saber e o não saber convivendo juntos; a equipe de saúde que ultrapassando os muros da unidade de saúde ganha nomes e feições facilmente reconhecidas pelos usuários; equipe que precisa exercer ao máximo a escuta e não apenas ouvir os novos significados de vida trazidos pela proximidade com os usuários, que agora também tem rostos mais definidos, que ganham nomes, endereços, casas de diferentes formas e aparências, parceiros, filhos, agregados, que podem nos negar a acolhida em suas casas, enfim gente que ganha identidade.

Neste sentido de promover a vida e a boa vida torna-se necessário ainda e pertinente o fortalecimento da **ação educativa e de formação** dos profissionais de saúde através dos pólos de capacitação e educação permanente. Partimos da tese de que o próprio cotidiano é campo de potência para a produção e incorporação de conhecimentos. E a educação permanente pode permitir que os trabalhadores da

saúde tragam os problemas vivenciados no cotidiano do trabalho e dêem re-significados para a sua prática de trabalho.

Sendo que a produção de conhecimento em saúde a partir dos problemas enfrentados pelos trabalhadores dos serviços de saúde e pelo controle social, pode contribuir para a transformação das práticas. E a educação permanente promover a interdisciplinariedade, favorecer a auto-análise do processo de trabalho, a criatividade do trabalhador, construindo possibilidades para o enfrentamento e resolução de problemas. São desafios para os sujeitos implicados, gestores, formadores, estudantes, usuários e trabalhadores dos serviços de saúde.

4.2 Segunda Conclusão: Pontes: a abertura de horizontes comunicacionais

As “pontes” estão, neste estudo, representadas por alguns encontros, facho de luzes aproximativas visualizados na comunicação entre profissionais de saúde e usuários, rumo ao “Bom Cuidado” e à “Boa Vida”, que surgiram caracterizando a presença de dois “mundos ligados”. Entre estes encontros, destacamos o encontro de sentimentos e a emergência do “cuidado Afetuoso/Amoroso”, onde o afeto e a espiritualidade foram valorizados no ato de cuidar.

Os encontros comunicacionais, onde os atos de falar, escutar/ouvir e estar sensível aos sofrimentos e dores do outro foram verbalizados como valores presentes na boa atitude cuidadora.

Os encontros de valores humano e ético, onde o alfabeto do Bom Cuidado foi composto por quatro atitudes- calor humano, respeito, confiança e envolvimento.

Os encontros de sujeitos, onde o grupo de artesanato surgiu como uma opção por uma melhor qualidade de vida e de saúde.

E o encontro de alegrias e risos, onde a preparação e a vivência da Festa Junina e o compartilhamento nos cafés e almoços, ou seja, o ritual festivo e a descontração surgiram deslizando para o espaço do cuidado.

E, assim, este estudo vem propor a necessidade de investimento e amadurecimento nos processos comunicacionais em curso no cotidiano do trabalho em saúde, e, em especial, no trabalho com famílias.

E neste território do cuidado e das comunicações, parece-nos importante cuidar explorando a interdisciplinariedade deste cuidado e o quadro de vulnerabilidade destas famílias. Ou seja criar, dispositivos, ferramentas que permitem tomar a família como uma unidade, sem se deixar capturar por repetidos erros e armadilhas. Enfim, priorizar temas e questões demandantes, explorando as situações de vulnerabilidade familiar. Portanto, propomos tomar a família em situações vulneráveis, como por exemplo tematizar as relações de violência na família, entre outras.

E, assim, este estudo vem propor a necessidade de investimento e amadurecimento nos processos comunicacionais em curso no cotidiano do trabalho em saúde, e, em especial, no trabalho com famílias.

E neste território das comunicações, parece-nos importante cuidar explorando a **interdisciplinariedade**, a **intersectorialidade** deste cuidado e o **quadro de vulnerabilidade** destas famílias. Ou seja criar, dispositivos, ferramentas que permitem tomar a família como uma unidade, sem se deixar capturar por repetidos erros e armadilhas. Enfim, priorizar temas e questões demandantes,

explorando as situações de vulnerabilidade familiar. Portanto, propomos tomar a família em situações vulneráveis, como por exemplo tematizar as relações de violência contra a criança, a mulher e o idoso na família, e outras situação que criam vulnerabilidades na família e podem ser trazidas para discussão.

Permitir que as famílias e os usuários vivam melhor parece-nos o desafio maior. E o conceito de vulnerabilidade essencial para que o giro ético do cuidado aconteça na prática cotidiana do cuidado à saúde da família.

Propomos o estímulo ao desenvolvimento nos serviço de saúde de **espaços grupais** de participação de usuários e famílias, ou seja espaços de educação em saúde, de lazer e recreação, de esporte, de artesanato, de profissionalização, de alfabetização, entre outros. Apontamos as fecundas possibilidades de diálogo destes espaços grupais, onde o usuário, através de uma participação mais informal, saia da questão assistencial puramente biológica e médica.

Trata-se de uma oportunidade de olhar não apenas a dimensão biológica do cuidado, mas tomar saúde no seu aspecto mais amplo de promoção de direitos humanos, de qualidade de vida, de promoção de saúde, de cidadania, de automização e empoderamento de sujeitos e fortalecimento de autonomia e participação, inclusive em espaços políticos de controle social, como por exemplo nas Associações de Moradores de Bairro, nas Comissões Locais de Saúde, no Conselho Municipal de Saúde, entre outros.

Na viagem (vivência) de produção desta pesquisa, marcada por muitas lembranças agradáveis e desagradáveis, muitos encontros e desencontros com seres humanos, intensas trocas, alegres descobertas e intensas dores, fui tocada pela obra

de Alves (2001), e por meio de uma de suas alegorias, *“Jardins e Jardineiros”*. Convido você, leitor a finalizarmos juntos esta viagem, vendo a sabedoria e fortaleza de algumas árvores e sentindo a beleza, o frescor e o cheiro de algumas flores, abrindo assim novos horizontes para pensarmos, discutirmos e exercitarmos um cuidado dialógico na saúde da família.

A alegoria do jardim e do jardineiro nos convida a fazermos algumas analogias e reflexões sobre mundo da saúde da família. Chamemos para compor o nosso jardim algumas flores, estações do ano e árvores que representaram os usuários do serviço que de forma voluntária participaram desta pesquisa e me acolheram em suas casas: margarida (Andréia), hortências (Natália), rosa branca (Dona Carmem), pingue-de-ouro (Cristiane), inverno (Leila), cravo (Seu José), violeta (Dona Ana), gérbera (Marta), antúrio Mariana), mangueira (Dona Lourdes), eucalipto (Paula), amarilis (Dona Vera), lírio (Fábio), girassol (Ricardo) e camélia (Maria). E os profissionais de saúde que também, mesmo sobrecarregados pelo trabalho delicado de cuidar de famílias, também me receberam no serviço e em suas casas: rosa vermelha (Iris), outono (Rodrigo), flor-do-campo (Tiago), azaléia (Juliana), copo-de-leite (Camila), papoula Michele), begônia (eugênia), jaboticabeira (Alessandra), tulipa (Vanessa), ipê amarelo (Fernanda), ipê rosa (Tatiana), palma (Eliana), flor-de-papai (Osvaldo), orquídea (Lívia), verão (Paula), flor-de-lótus (João), primavera (Conceição).

Vamos juntos imaginar os nossos encontros e desencontros no difícil, delicado e prazeroso ato de cuidar da saúde da família, como um jardim a ser plantado e regado por todos nós, jardineiros.

Este pode se tornar um “sonho fundamental” ao percebermos que aquilo

que temos não corresponde ao desejo, ou seja o paradigma biologicista-individual e o preventivismo nos dizem da vida, da doença e da morte, subsidiados pelo saber. A crise da saúde se movimenta através de práticas que não mais explicam, não curam, não resolvem , não dialogam.

Assim, temos a primeira lição de jardinagem. Para que a “jaboticabeira” floresça e frutifique várias vezes ao ano, é necessário cuidar para que este projeto brote, cresça e nasça, não seja abortado. Torna-se fundamental adubar e regar esta árvore (este jardim) várias vezes ao ano, para que ela beba água todos os dias.

E qual será o adubo e a água que fará este jardim crescer?. Com certeza, nós, jardineiros, teremos que compartilhar em equipe, com um imensa dose de paciência e humanismo, as tarefas de carpir as “ervas daninhas”, plantar novas sementes, regar com água de uma fonte não poluída, para nos mantermos firmes e seguros com nossas raízes (e histórias de vida e saúde) diante das adversidades e das mudanças das estações do ano (primavera, verão, outono e inverno).

Grande ou pequeno, fraco ou forte, tudo terá a sua importância e o seu valor neste jardim, todos terão uma missão a cumprir, que só ele poderá fazer, não poderá delegar a outro. Experimentaremos o sol e a lua, o vento e a chuva, a estação da seca e a estação das águas. Aprenderemos e re-aprenderemos a dançar e a rir. Também sofreremos e choraremos nos caminhos percorridos e nos afastamentos. A primavera se transformará em verão. E o verão também se transformará em outono. Algumas flores mudaram de casa. Haverá mudanças.

Passaremos momentos felizes e tristes juntos. As cores se misturaram pelos campos, é que flores diferentes vivem juntas. Mas também cada uma terá a sua própria cor inigualável.

E se, de forma simples, generosa e autêntica o desejarmos, este jardim estará florido. Mas o crescimento de algumas árvores, principalmente a mangueira, a jaboticabeira, o jequitibá, será lento, plantaremos sabendo que nem sempre vamos comer os seus frutos, e nem sempre vamos assentar à sua sombra. Mas, plantaremos pensando naqueles que comerão dos seus frutos e se assentarão à sua sombra. E isso bastará para nos trazer felicidade.

Referências bibliográficas

*"Para encontrar o caminho das pedras
foi importante trilhar pelas pegadas deixadas
por quem nos antecedeu" (Marly Javorski)*

*"Quem se encosta em ser concha é
que pode saber das origens do som" (Barros, 2002)*

ALMEIDA, M.C.P. de. **O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva:** Rede Básica de Saúde em Ribeirão Preto. 1991. 207p. Tese (Livre-Docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto.

ALMEIDA, M.C.P. de; ROCHA, J.S.Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática.** São Paulo: Cortez, 1989.

ALMEIDA, M.C.P. de; ROCHA, S.M.M. **O trabalho de enfermagem.** São Paulo: Cortez, 1997.

ALMEIDA, M.C.P. de; MISHIMA, S.M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família. **Rev. Interface**, Botucatu, v. 5, n. 9, p. 150-153, 2001.

ALMEIDA, M.C.P. de. et al Fundamentos filosóficos y éticos en la construcción del conocimiento de enfermería. **Revista Panamericana de Enfermería**, Brasília, v. 2, n. 1, p. 48-54, 2004.

ALVES, R. **Estórias de quem gosta de ensinar.** São Paulo: Cortez, 1985.

_____. **Mansamente pastam as ovelhas...** Campinas. São Paulo: Papyrus, 2002. 143p.

AYRES, J.R.C.M. **Sobre o risco.** Para compreender a epidemiologia. São Paulo: HUCITEC, 1997. 327p.

AYRES, J.R.C.M. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? **Interface - comunicação, saúde, educação**, v. 4, n. 6, p. 117-200, 2000.

_____. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.

_____. **Do processo de trabalho em saúde à dialógica do cuidado:** repensando conceitos e práticas em saúde coletiva. 2002a. 179p. Tese (Livre-Docência) – Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo. São Paulo.

_____. **Tão longe, tão perto:** o cuidado como desafio para o pensar e o fazer nas práticas de saúde. VII ENCONTRO DE PESQUISADORES EM SAÚDE MENTAL e VI ENCONTRO DE ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA. Ribeirão Preto, 2002b. [mimeo].

BARROS, M de. **Retrato do artista quando coisa.** 3. ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Record, 2002. 81p.

BECKER, H. S. **Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais.** São Paulo: HUCITEC, 1999. p. 178.

BISCARD, D.G.S. **A prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família:** um olhar sobre a dimensão subjetiva e relacional. 2005. 139 p. Dissertação (Mestrado) – Salvador.

BICHUET, J. **PSF e sociedade Mundial de controle:** por uma prática transversal de inclusão, cidadania e solidariedade. Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2003. 13p. [mimeo].

BOFF, L. **Saber cuidar:** ética do humano-compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 1999.

BÓGUS, C.M. **Participação popular em saúde:** formação política e desenvolvimento. São Paulo: Annablume-FAPESP, 1998. 221p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da família:** uma estratégia de organização dos serviços de saúde. Brasília, 1996. (documento preliminar).

CAMPOS, G.W. de S. **A saúde pública e a defesa da vida.** 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1994. 175 p.

_____. **Um método para análise e co-gestão de coletivos.** São Paulo: HUCITEC, 2000.

CAPRA, F. **O ponto de mutação.** São Paulo: Cultrix, 1982.

CHAUÍ, M. **Conformismo e resistência:** aspectos da cultura popular no Brasil. São Paulo: Brasiliense, 1986. 179p.

CHIRELLI, M.Q. **O processo de formação do enfermeiro crítico-reflexivo na visão dos alunos do Curso de Enfermagem da FAMESA.** 2002. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais.** São Paulo: Cortez, 1995.

COHN, A; ELIAS, P.E. **Saúde no Brasil:** políticas e organização de serviços. São Paulo: Cortez, 1996.

ENRIQUEZ, E. O trabalho da morte nas instituições. In: KAES, E et al. **A instituição e as instituições:** estudos psicanalíticos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1989.

FERRAZ, C. A. As dimensões do cuidado de enfermagem: enfoque organizacional. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, v. 3, parte 1, p. 91-97, 2000.

FORTUNA, C.M. **Cuidando de quem cuida**. Notas cartográficas de uma intervenção na montagem de uma equipe de saúde como engenhoca-mutante para produção de vida. 2003. 197p. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

FERRAZ, C.A; VALLE, E.R.M. Administração em enfermagem: da gerência científica à gerência sensível. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **La enfermería en las Américas**. Washington, Publicacion Científica, n. 571, p. 205-226, 2001.

FRANCO, T.B; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In: MERHY, E.E. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: HUCVITEC, 2003. p. 37-54.

FREDERICO, P; ALMEIDA, M.C.P. Comissão Local de Saúde: espaço participativo em construção no município de Ribeirão Preto. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 51; CONGRESSO PANAMERICANO DE ENFERMERÍA, 10, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis, 1999.

FREDERICO, P; GONÇALVES, M.L; ALMEIDA, M.C.P. Conferência Municipal de Saúde: realidade histórica e possibilidade de participação social. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 6, Salvador. **Anais...** Salvador, 2000.

FREDERICO, P. **A participação popular nas Comissões Locais de Saúde**: mostrando vidas, contando lutas. 2001. 228p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto.

FREDERICO, P; ALMEIDA, M.C.P. Faces da participação popular nas Comissões Locais de Saúde. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM: Comunicação à serviço da saúde, 8. Ribeirão Preto. **Anais...** Ribeirão Preto, 2002.

FREDERICO, P; ALMEIDA, M.C.P. A participação popular nas Comissões Locais de Saúde: mostrando vidas, contando lutas. **Revista Brasileira de Enfermagem** (REBEn), 2003. (Prelo).

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 11. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987. 184p.

FREIRE, M. O que é um grupo? In: GROSSI, E.P; BORDIN, J. **Paixão de aprender**. Petrópolis: Vozes, 2000. p. 59-68.

FREITAG, B. **A teoria crítica**: ontem e hoje. 5. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.

GADAMER, H. **Verdade e método**. Petrópolis: Vozes, 1999.

HABERMAS, J. **Teoria de la acción comunicativa**. Madrid, Espanha: Taurus, 1987. v. I e II.

_____. **Técnica e ciência como ideologia**. Lisboa: 70, 1994.

LIMA, R.C. D. **A enfermeira**: uma protagonista que produz o cuidado no cotidiano do trabalho em saúde. Campinas, 1998 A. 244p. Tese (Doutorado) – Departamento de Medicina Preventiva e social, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

LIMA, M.A D.S. **O trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico**. Ribeirão Preto, 1998 B. 216p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

MAFFESOLI, M. **Elogio da razão sensível**. Tradução Albert Christopher Migueis Stuckenbruck. Petrópolis: Vozes, 1998.

_____. **A contemplação do mundo**. Tradução Francisco Franke Settineri. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1995.

MARTIN, Z.A . et al. **El modelo de atención primaria de salud**: balance y perspectivas. Atención Primaria, v. 25, n. 1, p. 48-58. 2000.

MATUMOTO. S. **Encontros e desencontros entre trabalhadores e usuários na saúde em transformação**: um ensaio cartográfico do acolhimento. 2003. 186p Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

MELO, E. M. **Fundamentos para uma proposta democrática de saúde**: a teoria da ação comunicativa de Habermas. 1999, 240p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1996.

_____. (Org.). **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 2. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1994. 309p.

MERHY, E.E. A rede básica como eixo do modelo tecno-assistencial do SUS. **Cadernos CEFOR**. Série textos, São Paulo, n. 5, p. 7-29, 1992.

_____. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do Modelo Assistencial e da Intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. R. et al. (Org.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. Belo Horizonte: XAMÃ, 1998. p. 103-120.

_____. **Reflexões sobre as tecnologias não materiais em saúde e a reestruturação produtiva do setor**: um estudo sobre a micropolítica do trabalho vivo. 2000. 227p. Tese (Livre Docência) – Departamento de Medicina Preventiva e Social, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

_____. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: HUCITEC, 2002.

MERHY, E.E. et al. Acolher **Chapecó**: uma experiência de mudança do modelo assitencial, com base no processo de trabalho. São Paulo: HUCITEC, 2004. p. 21-45.

MINAYO, M.C.S. et al. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. São Paulo: Vozes, 1994.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1998. 269p.

_____. **Caminhos do pensamento**: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 83-107.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. Lisboa: Europa-América, 1982. 256p.

NASCIMENTO, L.C. **Criança com câncer**: a vida das famílias em constante reconstrução. 2003. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. **Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud**. URSS, sep. 1978. 91p.

OSÓRIO, L.C. **Grupalidade hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989. 358p.

_____. Processo obstrutivos nos sistemas sociais, nos grupos e nas instituições. In: ZIMERMAN, D.E; OSÓRIO, L.C. et al. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

PAIM, J.S. Políticas de Descentralização e Atenção primária à saúde. In: ROUQUAYROL, M.Z; FILHO, N.A. **Epidemiologia e Saúde**. 5. ed. [s.l.]: MEDSI, 1999.

_____. Saúde da Família: espaço de reflexão de práticas contra-hegemônicas. In: PAIM, J.S. **Saúde, política e reforma sanitária**. Salvador: CEPIS-ISC, 2002. p. 361-365.

PARKER, C. **Religião popular e modernização capitalista** - outra lógica na América Latina. Petrópolis: Vozes, 1996.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde**: a interface entre trabalho e interação. 1998. 254p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas.

PINTO, J.M.R. **Administração e liberdade**: um estudo do Conselho de Escola à luz da teoria da ação comunicativa de Jürgen Habermas. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1996. 170 p.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Ribeirão Preto**, 1998 (mimeografado).

RIVERA, F.J.U. **Agir comunicativo e planejamento social**: uma crítica ao enfoque estratégico. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995. 253p.

SANTOS, B.S. **Introdução a uma ciência pós-moderna**. Porto: Afrontamento, 1993.

SCHARAIBER, L.B. et al. **Saúde do adulto**: programas e ações na Unidade Básica. São Paulo: HUCITEC, 1996.

SILVA, A G.J. **Modelos tecnoassistenciais em saúde**: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: HUCITEC, 1998. 143p.

SILVA, J. A . **Assistência primária de saúde**: o agente de saúde do Vale do Ribeira. 1983. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública, São Paulo.

SILVA, J. A , DAMALSO, A.S.W. **Agente Comunitário de Saúde, o ser, o saber e o fazer**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. 217p.

SOUZA, M.B.B. **A avaliação "mostra a face"**: um estudo da prática avaliativa na Enfermagem à luz da Teoria de Habermas. 2000. 299p. Tese (Doutorado)- Faculdade de Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

STARFIELD, B. **Primary care**: concept, evaluation and policy. [s.l.]: Oxford University, 1998.

_____. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002. 726p.

TEIXEIRA, R. A. **O trabalho da enfermagem no Programa de Saúde da Família**. 2002. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

TIOLENT, M. **Crítica metodológica**: investigação social e enquete operária. São Paulo: Pólis, 1982.

TRIVIÑOS, A N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1995. 175 p.

VALLA,V.V. **Saúde e educação**. Rio de Janeiro: DP &A, 2000.

VASCONCELOS, E.M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: HUCITEC, 1999. p. 332.

VIEIRA, E.M et al. Classification of families according to their needs, strategy for managing health inequalities. In: CONGRESS OF FAMILY DOCTORS, 16. Durban, África do Sul, 13-17 maio 2001. **Anais**. Durban, 2001.

Anexas

Anexo A – Ofício de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

OF. N.º 559 /03/COORD.CEP/CSE-FMRP-USP .17 .12 .2003.

Senhora Professora,

Vimos na presente oportunidade comunicar que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 25ª reunião ordinária, realizada em 16 de dezembro de 2003, analisou e apreciou o parecer do Senhor Relator, referente às pendências solicitadas na Reunião do CEP do dia 18/11/03. Segundo o parecer do Senhor Relator todas as dúvidas foram esclarecidas por V.Sª. Portanto o Projeto de Pesquisa: **“Ação comunicativa: subsídio para o cuidado a saúde da família”**, Protocolo:0102/CEP/CSE-FMRP-USP, que será conduzido por V.Sª e pela orientanda Priscila Frederico Craco, foi **Aprovado**. Porém, houve a sugestão dos Senhores Relatores membros do CEP, para que V.Sª registre o aceite dos sujeitos analfabetos através de gravação da entrevista.

Lembramos que em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado a este CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados.

Sendo o que tínhamos para o momento, despedimo-nos.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Antônio Ribeiro Franco
Coordenador do CEP/CSE-FMRP-USP

Ilma. Sra.

Profª. Dra. Maria Cecília Puntel de Almeida

Docente do Departamento de Enfermagem

Materno-Infantil e Saúde Pública da EERP-USP

Anexo B – Termo de Consentimento livre e esclarecido

Esclarecimentos que serão compartilhados com os profissionais de saúde

Nome da pesquisa: *“Ação comunicativa: subsídios para o cuidado à saúde da família”*

Pesquisadora responsável: Priscila Frederico Craco

Orientadora: **Prof^a Dr^a Maria Cecília Puntel de Almeida**

Co-orientador: Prof^o Dr^o José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres

Eu, *Priscila Frederico Craco*, abaixo assinado, aluna da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), estou realizando um trabalho de pesquisa (Tese de Doutorado), denominada *“Ação Comunicativa: subsídios para o cuidado à saúde da família”*.

Esta pesquisa tem por objetivo *estudar como vocês, profissionais de saúde, conversam e se relacionam com as famílias atendidas por este serviço*. Assim, este estudo, pretende ouvir a sua opinião e contribuir para o entendimento sobre as comunicações entre vocês, profissionais de saúde, e as famílias atendidas, oferecendo conhecimentos que ajudem e estimulem uma atenção de saúde às famílias, de qualidade.

Portanto, venho solicitar permissão para a coleta de dados que será realizada através da **observação** de alguns momentos do seu trabalho, tais como momentos em que os indivíduos ou famílias chegam ao serviço procurando assistência, momentos de consultas individuais, momentos de visita de vocês, profissionais, às famílias, momentos de discussões da equipe sobre as famílias atendidas, entre outros. Bem como através da **entrevista**, a ser realizada individualmente, em local e data a combinar. Se você consentir, a entrevista será gravada, caso contrário, os dados serão registrados em folha de papel.

Gostaríamos de salientar que tanto a **observação** como a **entrevista** não têm caráter de “certo” ou “errado”, ou seja a nossa intenção não é fazer uma avaliação. Mas sim ficar o mais próximo possível do entendimento que vocês, profissionais de saúde, enquanto membros de uma equipe de saúde que atendem famílias, têm sobre as comunicações com as famílias (facilidades e dificuldades vivenciadas por vocês no dia-a-dia do trabalho). Portanto, viemos solicitar a sua importante colaboração, respondendo as perguntas da entrevista e compreendendo a necessidade dos momentos de observação, onde a pesquisadora estará presente em algumas situações de consultas, visitas e grupos, fazendo anotações. Assim, agradecemos muito a sua compreensão e colaboração.

Lembramos que as informações fornecidas ficarão no mais absoluto sigilo, só sendo utilizadas para fins de pesquisa, sem identificação pessoal. Você, participante da pesquisa, terá liberdade total de se recusar a participar deste estudo ou retirar o seu consentimento, em qualquer momento, sem penalizações ou prejuízos pessoais, de forma a garantir a sua participação livre, voluntária e esclarecida. Comprometo-me também, após o término da pesquisa, a apresentar os resultados alcançados.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2004.

Assinatura do pesquisador responsável

Assim, eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar de maneira livre e voluntária do desenvolvimento desta pesquisa.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2004.

Assinatura do sujeito da pesquisa

Anexo C – Termo de Consentimento livre e esclarecido

Esclarecimentos que serão compartilhados com as famílias

Nome da pesquisa: *"Ação comunicativa: subsídios para o cuidado à saúde da família"*

Pesquisadora responsável: Priscila Frederico Craco

Orientadora: **Profª Drª Maria Cecília Puntel de Almeida**

Co-orientador: Profº Drº José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres

Eu, *Priscila Frederico Craco*, abaixo assinado, aluna da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), estou realizando um trabalho de pesquisa (Tese de Doutorado), denominada *"Ação Comunicativa: subsídios para o cuidado à saúde da família"*.

Esta pesquisa tem por objetivo *estudar como os profissionais de saúde deste serviço conversam e se relacionam com você e sua família*. Assim, este estudo, pretende ouvir a sua opinião e colaborar para a melhoria do atendimento de saúde.

Portanto, venho solicitar permissão para a coleta de dados que será realizada através da **observação** de alguns momentos em que você ou seus familiares chegam ao serviço procurando atendimento, momentos de consultas individuais, momentos de visita dos profissionais à sua família, entre outros. Bem como através da **entrevista**, a ser realizada individualmente, em local e data a combinar. Se você consentir, a entrevista será gravada, caso contrário, os dados serão registrados em folha de papel.

Gostaríamos de salientar que tanto na observação como na entrevista não há "certo" ou "errado", ou seja a nossa intenção não é fazer uma avaliação. Mas sim ficar o mais próximo possível do entendimento que você, familiar, tem sobre as comunicações com a equipe de saúde do Núcleo, quais as facilidades e as principais dificuldades por você vivenciadas. Portanto, viemos solicitar a sua importante colaboração, respondendo as perguntas da entrevista e compreendendo a necessidade dos momentos de observação, onde a pesquisadora estará presente em algumas situações de consultas, visitas e grupos, fazendo anotações. Assim, agradecemos muito a sua disponibilidade e colaboração.

Lembramos que as informações fornecidas ficarão no mais absoluto sigilo, só sendo utilizadas para fins de pesquisa, sem identificação pessoal. Você, participante da pesquisa, terá liberdade total de se recusar a participar do estudo ou retirar o seu consentimento, em qualquer momento, sem penalizações ou prejuízos pessoais. Comprometo-me também, após o término da pesquisa, a apresentar os resultados alcançados.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2004.

Assinatura do pesquisador responsável

Assim, eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar de maneira livre e voluntária do desenvolvimento desta pesquisa.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2004.

Assinatura do sujeito da pesquisa

Anexo D – Roteiro de observação participante

Guia para as anotações de campo

NOME DA PESQUISA:

"Ação comunicativa: subsídios para o cuidado em saúde da família".

PESQUISADORA RESPONSÁVEL:

Priscila Frederico Craco.

ORIENTADORA:

Prof^a Dr^a Maria Cecília Puntel de Almeida.

CO-ORIENTADOR:

Prof^o Dr^o José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres.

- Momento/Situação foco de observação: _____

- Observador: _____

- Auxiliar de Pesquisa: _____

- Família ou indivíduo observado: _____

- Categoria profissional observada: _____

- Local: ☐ Espaço da equipe (momentos de observação interna ao Núcleo)

☐ Espaço da Família/Indivíduo (momentos de observação externa ao Núcleo)

- Dia: _____ Mês: _____ Ano: _____

- Hora: _____ Início: _____ Término: _____ Duração da observação: _____

Descrição dos aspectos relevantes antes, durante e após os momentos/situações de observações:

- Registro dos momentos/situações de cuidado (atenção, assistência, etc) observadas;
- Registro das ações (intervenções, atividades, prescrições, etc) observadas e os tipos de conversas estabelecidas durante as atividades;
- Registro dos diálogos (conversas, falas) estabelecidos entre os sujeitos na interação. Registrar, se possível, exatamente as palavras usadas pelas famílias e profissionais de saúde;
- Envolvimento de outros profissionais nas atividades;
- Envolvimento de outras instituições e comunidade nas atividades;
- Que tipo de tarefas são desencadeadas após a interação entre os sujeitos. Encaminhamentos feitos e sua fundamentação;
- Quais as facilidades e dificuldades para lidar com estas tarefas, estes desdobramentos, etc.

Questões levantadas e comentários críticos, anotações de natureza reflexiva:

- Reflexões sobre falas e diálogos observados;
- Reflexões sobre percepções, valores, crenças e motivações das famílias e da equipe, principalmente quanto a ideais: **de vida, de saúde, de família, de trabalho, de assistência à saúde e de relacionamento;**
- Reflexões sobre os processos de observação e comunicação, resgatando o referencial teórico.
- Percepções, angústias, questionamentos e informações da pesquisadora.

OBSERVAÇÃO: *Utilizamos este recurso (anotações descritivas e reflexivas) no intuito de auxiliar na descrição, análise e construção do nosso objeto de estudo. Sendo que este roteiro estará sujeito à aperfeiçoamentos após a inserção da pesquisadora no campo de pesquisa. A observação participante será realizada em vários momentos do processo de trabalho, tais como momentos em que os indivíduos chegam ao serviço, momentos de visitas dos profissionais de saúde às famílias, momentos de discussões da equipe sobre as famílias cuidadas, momentos de intervenções dos profissionais junto com membros/indivíduos da família, ou grupos, ou com famílias, entre outros.*

Anexo E - Roteiro da Entrevista Semi-Estruturada junto à usuários de um serviço de saúde da família

- Sujeito entrevistado

(Usuário/Família): _____

- Identificação da família pelo serviço: _____
- Idade: _____ - Sexo: _____ - Escolaridade: _____
- Endereço: _____
- Local da entrevista: _____
- Data: _____
- Hora de início da entrevista: _____ Hora de término da entrevista: _____
- **Duração da entrevista:** _____

QUESTÕES NORTEADORAS PARA GUIAR A CONVERSA COM OS USUÁRIOS/ AS FAMÍLIAS

- Buscar **sinais positivos e negativos** (horizontes normativos sobre vida, saúde, trabalho, assistência à saúde/cuidado e relacionamento) do que orientam a vida das pessoas. O que as pessoas estão sinalizando que é “bom” e que é “ruim”. Portanto, procurar **situações polares**.
- Partir de **situações concretas** vivenciadas na vida pessoal e familiar e enfatizar os **exemplos**.
- Manter uma **conversa mais solta, leve, informal**, adaptando a linguagem e a forma de perguntar à pessoa com quem se esta conversando.
- Ficar atenta para **momentos de inflexão**, ou seja momentos decisivos na vida onde a pessoa dá re-significados e re-sentidos para a sua vida, são momentos interessantes para identificar/ pegar novos significados para a vida.
- Ficar atenta para **momentos de tomada de decisão**, ou seja quando a pessoa toma uma decisão importante na vida. Porque levou a decidir isso?. Porque escolheu isso?. Nestes momentos a pessoa enxerga caminhos diversos, faz alguns “juízos de valores” e segue algum caminho, faz alguma escolha na vida.

Roteiro da Entrevista Semi-Estruturada junto à usuários de um serviço de saúde da família

QUESTÕES NORTEADORAS PARA GUIAR A CONVERSA COM OS USUÁRIOS/ AS FAMÍLIAS

A)- QUESTÕES QUE PERGUNTAM PARA CADA UM SOBRE SI

Partindo, preferencialmente, de **exemplos** de situações práticas/concretas vivenciadas por você e por sua família, por favor fale-me um pouco mais sobre:

- A sua **vida** (O que você acha que são coisas “boas” (felicidades) e “ruins” (tristezas) na sua vida hoje?. Teve algum momento que a sua vida foi melhor?. E pior?. O que você considera mais importante na sua vida hoje e menos importante? O que você quer fazer da sua vida hoje?. Qual um sonho, um projeto de felicidade seu?);
 - A sua **saúde** (O que você acha que é “certo” e “errado” fazer para ter saúde?);
 - A sua **família** (O que você pensa que são coisas “boas” (importantes) e “ruins” na sua família?);
- Questionar “hipoteticamente” a classificação das famílias:** Partindo da sua família (e do que você me contou sobre você e sua família), se você tivesse que dar sua opinião e posicionar o “**grau de alerta**” da sua família em relação ao serviço de saúde, pensando sempre do ponto de vista da saúde, você posicionaria a sua família como:
- **uma família muito preocupante** (preocupação grande/grau de alerta máximo): que exige mais intervenções/cuidados de saúde;
 - **uma família de preocupação média** (grau de alerta médio): que exige uma atenção média;
 - **uma família pouco preocupante** (preocupação pequena/grau de alerta mínimo): que exige menos intervenções/cuidados de saúde)

Portanto, como você vê o grau de alerta da sua família em relação ao serviço de saúde, do ponto de vista da saúde, os profissionais devem ficar em alerta ou tranquilos?

- O **trabalho** dos profissionais de saúde deste Núcleo de Saúde da Família (Qual a sua opinião sobre o trabalho dos profissionais deste Núcleo?. O que é bom/positivo?. O que é ruim/negativo?);
- A **assistência de saúde/o cuidado** que você recebe neste Núcleo (Como este serviço de saúde tem participado das coisas da sua vida? De que forma este serviço está te ajudando?. Você gosta do atendimento que recebe aqui?. Do que mais gosta?. Do que não gosta?. Em outros serviços é diferente?. Em que é diferente?. Teria alguma sugestão para que suas necessidades fossem melhor atendidas aqui no Núcleo?);
- O **relacionamento** entre os profissionais de saúde e você e a sua família (Dá uma idéia para mim do que é “bom” (gostoso) nas conversas que você tem com os profissionais de saúde deste Núcleo?. O que é “ruim” (desagradável)?. Quais as principais dificuldades e facilidades nas conversas?. Como é nos outros serviços de saúde que você já foi atendido?).

B)- QUESTÕES QUE PERGUNTAM PARA CADA UM SOBRE O OUTRO

Partindo, de preferência, de **exemplos** de situações práticas vivenciadas com relação aos profissionais de saúde que atendem você e sua família aqui no Núcleo, na sua opinião, o que estes profissionais de saúde/pessoas têm como **coisas (valores/crenças/verdades)** importantes sobre:

- A **vida** (O que estes profissionais acham que são coisas “boas” (felicidades) e “ruins” (tristezas) na vida?);
- A **saúde** (O que estes profissionais acham que é “certo” e “errado” fazer para ter saúde?);
- A **família** (O que estes profissionais pensam que são coisas “boas” (importantes) e “ruins” na família?);
- O **trabalho** da equipe de saúde do Núcleo (O que esses profissionais consideram “bom” (positivo, mais importante) e “ruim” (negativo, menos importante) na realização do seu trabalho?);
- A **assistência de saúde** prestada pela equipe de saúde (O que esses profissionais acham que é importante na assistência à saúde prestada a você e à sua família?. Como eles tentam te ajudar?);
- O **relacionamento** entre os profissionais de saúde e você (O que esses profissionais acham “bom” (gostoso) e “ruim”(desagradável) nas conversas com você e sua família?);

Anexo F - Roteiro da Entrevista Semi-Estruturada junto aos profissionais de saúde da equipe

- Sujeito entrevistado: _____
- Categoria Profissional: _____
- Idade: _____ Sexo: _____ Escolaridade: _____
- Endereço: _____
- Local da entrevista: _____
- Data: _____
- Hora de início da entrevista: _____ - Hora de término da entrevista: _____
- Duração da entrevista: _____

QUESTÕES NORTEADORAS PARA GUIAR A CONVERSA COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

- Buscar **sinais positivos e negativos** (horizontes normativos sobre vida, saúde, trabalho, assistência à saúde/cuidado e relacionamento) do que orientam a vida das pessoas. O que as pessoas estão sinalizando que é “bom” e que é “ruim”. Portanto, procurar **situações polares**.
- Partir de **situações concretas** vivenciadas na vida pessoal e familiar e enfatizar os **exemplos**.
- Manter uma **conversa mais solta, leve, informal**, adaptando a linguagem e a forma de perguntar à pessoa com quem se esta conversando.
- Ficar atenta para **momentos de inflexão**, ou seja momentos decisivos na vida onde a pessoa dá re-significados e re-sentidos para a sua vida, são momentos interessantes para identificar/ pegar novos significados para a vida.
- Ficar atenta para **momentos de tomada de decisão**, ou seja quando a pessoa toma uma decisão importante na vida. Porque levou a decidir isso?. Porque escolheu isso?. Nestes momentos a pessoa enxerga caminhos diversos, faz alguns “juízos de valores” e segue algum caminho, faz alguma escolha na vida.

Roteiro da Entrevista Semi-Estruturada junto aos profissionais de saúde da equipe

QUESTÕES NORTEADORAS PARA GUIAR A CONVERSA COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

A)- QUESTÕES QUE PERGUNTAM PARA CADA UM SOBRE SI

Partindo, preferencialmente, de **exemplos** de situações concretas vivenciadas no seu cotidiano de trabalho, por favor fale-me um pouco sobre quais são os seus principais **valores, crenças e verdades** importantes sobre:

- A sua **vida** (O que você acredita serem coisas “boas” (importantes, felicidades) e ruins (tristezas) na sua vida hoje?. Teve algum momento que a sua vida foi melhor?. E pior?. O que você considera mais importante na sua vida hoje e menos importante?. O que você mais quer fazer da sua vida hoje (um sonho, um projeto de felicidade)?;
- A sua **saúde** (O que você considera importante na sua saúde hoje?. O que você acha que é “certo” e “errado” fazer para ter saúde?);
- A sua **família** (O que você pensa que são coisas “boas” (importantes) e “ruins” na sua família?);
- O seu **trabalho** aqui no Núcleo de Saúde da Família (Qual a sua opinião sobre o seu trabalho aqui no Núcleo? O que é bom/positivo? O que é ruim/negativo?);
- A **assistência de saúde/o cuidado** que você presta às famílias atendidas neste Núcleo (O que você acha que é importante/essencial na assistência de saúde prestada às famílias? De que forma você tem ajudado/participado do cuidado às famílias? Em outros serviços de saúde é diferente? Em que é diferente?);
- O **relacionamento** entre você e os demais profissionais de saúde do Núcleo (Dá uma idéia para mim das principais dificuldades e facilidades vivenciadas nas relações e conversas entre os membros da equipe?). E o relacionamento entre vocês e as famílias atendidas (O que é “bom” (gostoso) nas conversas? O que é “ruim” (desagradável). Quais as principais dificuldades e facilidades vivenciadas nas relações e conversas com as famílias?);

Questionar: Partindo da equipe de saúde aqui do Núcleo, se você tivesse que dar a sua opinião e posicionar o “**grau de alerta**” da equipe, em relação à saúde, pensando sempre do ponto de vista da saúde, você posicionaria a equipe como:

- **um equipe muito preocupante** (preocupação grande/grau de alerta máximo): que exige mais intervenções/cuidados de saúde.
- **uma equipe de preocupação média** (grau de alerta médio) : que exige alguns cuidados de saúde.
- **uma equipe pouco preocupante** (preocupação pequena/grau de alerta mínimo): que exige menos cuidados de saúde.

B)- QUESTÕES QUE PERGUNTAM PARA CADA UM SOBRE O OUTRO

Partindo, de preferência, de **exemplos** de situações concretas vivenciadas no seu cotidiano de trabalho, com relação às famílias que vocês atendem aqui na área de abrangência do Núcleo, na sua opinião, o que estas famílias/pessoas têm como **valores/crenças/verdades** importantes sobre:

- A **vida** (O que estas famílias acreditam serem coisas “boas” (importantes, felicidades) e “ruins” (tristezas) na vida delas?;
- A **saúde** (O que estas famílias consideram importante na saúde?. O que estas famílias acham que é “certo” e “errado” fazer para ter saúde?;
- A **família** (O que estas famílias acreditam serem coisas importantes na família?. O que estas famílias pensam que são coisas boas (importantes) e “ruins” na família?;

1)- Questionar /problematizar o critério em si (a classificação das famílias):

- Vocês utilizam aqui no serviço a classificação das famílias em vermelha, amarela e verde. O que você acha dessa classificação?. Como que você vê esse critério/essa tecnologia?.
- O que significa para você classificar uma família em vermelho ou amarelo ou verde?. Dê um exemplo para mim.
- Porque você acha que na área de abrangência do Núcleo há um número pequeno/reduzido de famílias verdes (famílias normais/comuns)?.

2)- Questionar/problematizar a unilateralidade na comunicação

- A classificação das famílias é feita pela equipe de saúde, logo por uma das pessoas na relação.

O que você acha disso?.

- Você já pensou se a classificação poderia ser feita diferente?. Como por exemplo, poderia ser feita em conjunto com a família ou não?.

- O **trabalho** da equipe de saúde do Núcleo (O que estas famílias consideram importante no trabalho de vocês-profissionais de saúde?. O que consideram bom/positivo no trabalho de vocês?. O que consideram ruim/negativo?);
- A **assistência de saúde** prestada pela equipe de saúde (O que estas famílias valorizam na assistência de saúde?. O que estas famílias acham que é importante na assistência à saúde prestada pela equipe);
- O **relacionamento** entre vocês (profissionais) e elas (O que estas famílias atendidas valorizam nas relações e conversas com vocês- profissionais de saúde?. O que elas acham que é bom (gostoso) nas conversas? O que acham que é "ruim" (desagradável)? Quais as principais dificuldades e facilidades nas conversas?;

Anexo G – Classificação das famílias

Quadro1: Instrumento de classificação de risco da família.

Família Vermelha	
<ul style="list-style-type: none"> • Acidente Vascular Cerebral; • Baixas condições econômicas; • Bebês < 6 meses; • Colesterol alto; • Criança sem escola; • Criança < 1 ano sem acompanhamento; • Diabetes com complicações; • Doenças graves descontroladas ou descompensadas; • Gestação de alto risco; • Gestação com acompanhamento irregular ou sem acompanhamento; • Hipertensão com lesão de órgão alvo; • HIV sem acompanhamento; • Hepatite; 	<ul style="list-style-type: none"> • Idoso solitário, acamado; • Infarto Agudo do Miocárdio; • Obesidade; • Pessoas com câncer; • Pobreza extrema; • Problemas mentais; • Trombose; • Violência doméstica, abuso sexual; • Problemas cardíacos; • Etilista grave, etilismo grave; • Tabagista grave, tabagismo grave; • Usuário de drogas (etilismo, tabagismo...); • Tabagismo+infecção respiratória
Família Amarela	
<ul style="list-style-type: none"> • Deficiente físico; • Diabetes controlada; • Depressão leve; • Doenças graves controladas ou leves descontroladas; • Epilepsia; • Problema gástrico; • Gestante em acompanhamento; • Hipertensão controlada; • HIV com acompanhamento; • Menores de 01 ano e adolescente; • Problemas circulatórios; • Problemas na coluna; 	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas respiratórios; • Problemas neurológicos; • Problemas ginecológicos; • Problemas hematológicos; • Problemas endócrinos; • Osteoporose; • Alergia; • Etilismo; • Tabagismo; • Problemas articulares; • Patologia prostática; • Reumatismo.
Família Verde	
<ul style="list-style-type: none"> • Aparentemente não possui problemas; 	<ul style="list-style-type: none"> • Visita Domiciliar mensal;

Fonte: Classification of families according to their needs; strategy for managing health inequalities. VIEIRA, E.M. et al. Publicado- anais 16º Word Congress of Family Doctors. 13-17/maio/2001. Durban- África do Sul. Modificado por equipe NSF3. CSE-FMRP-USP.