UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

PEDRO VITOR BARNABÉ MILANESI

Caminhos e possibilidades de ação do psicólogo junto aos
Agentes Comunitários de Saúde: uma compreensão
fenomenológica

SÃO PAULO
2017

PEDRO VITOR BARNABÉ MILANESI

Caminhos e possibilidades de ação do psicólogo junto aos
Agentes Comunitários de Saúde: uma compreensão
fenomenológica

(Versão original)

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia
da Universidade de São Paulo como parte
dos requisitos para a obtenção do título de
Doutor em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Escolar e
do Desenvolvimento Humano.

Orientadora: Profa. Dra. Henriette Tognetti
Penha Morato.

SÃO PAULO
2017

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Milanesi, Pedro Vitor Barnabé.

Caminhos e possibilidades de ação do psicólogo junto aos agentes comunitários de saúde: uma compreensão fenomenológica / Pedro Vitor Barnabé Milanesi; orientadora Henriette Tognetti Penha Morato. -- São Paulo, 2017.

304 f.

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia da Aprendizagem, do Desenvolvimento e da Personalidade) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Atenção primária à saúde 2. Estratégia saúde da família 3. Supervisão clínica 4. Fenomenologia existencial I. Título.

RA418.5.F3

Nome: MILANESI, Pedro Vitor Barnabé

Caminhos e possibilidades de ação do psicólogo junto aos Agentes Comunitários de Saúde: uma compreensão fenomenológica.

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia
da Universidade de São Paulo como parte
dos requisitos para a obtenção do título de
Doutor em Psicologia.

Aprovação em: ____ / ____ / ____.

Banca examinadora:

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Ao Dante, meu filho

Aos meus alunos

AGRADECIMENTOS

Por estarem sempre comigo, agradeço:

À Yeda, amada esposa e companheira, por sempre *caminhar comigo e ir conversando... Por andar lentamente e ir falando com as palavras do sono, as da infância, as da morte. E não ver mundo ou gente, mas ver eterno o instante. Pela humildade de amar só por amar. Sem prêmio, que não seja o de dar a cada dia o seu dia; breve, talvez; límpido, às vezes; sempre apaixonada*. Saiba que cada gesto seu, me tornou outro de mim mesmo... um outro sempre melhor.

À Henriette pela poesia. Mais que uma orientadora, uma professora e amiga. Sou imensamente grato pelas infinitas aprendizagens. Sua paixão pela psicologia e pela formação em psicologia sempre ressoarão em mim.

À família, toda ela, pela paciência, pelo incentivo e por tornar minhas ausências nunca solitárias. Pelo berço, pelo pertencimento e pelo (sempre) lugar de retorno. Em especial à Maria Helena, minha mãe, pelo amor, incentivo e as muitas conversas; ao João, meu irmão, por zelar com tanto amor pela família; aos “cunhados” por partilhar o lado B da vida; às cunhadas e sobrinhos, pelo amor em família; e à Maia pela silenciosa e fiel companhia.

Aos colegas do LEFE, pelos encontros e discussões que me mostraram que estranhar é necessário. Saibam que encontrei nesse laboratório um lugar de pertencimento e aprendizagem que carregarei comigo para sempre. Em especial ao Dr. Paulo Evangelista e ao Mestre (em breve Dr.) Vitor Sampaio, pela amizade construída nas divertidas conversações sobre fenomenologia, vinho, cerveja e outros tantos assuntos.

Aos professores da Uniararas, amigos e colegas, que me fizeram ver que o mais nobre da psicologia deve se dar pela *ação política* e pela construção coletiva. Sem vocês, essa tese não seria possível. Em especial à Dra. Rosana Righetto Dias, pela competência, compreensão e incentivo; à Profa. Camila Dias pelas necessárias e divertidas procrastinações; à Dra. Sandra Büll por compartilhar comigo a epopeia de tecer uma tese;

e às Dra. Simone Ramalho e Dra. Cristina Lopérgolo pela parceria e amizade nas muitas discussões sobre as possibilidades de ação do psicólogo na atenção básica. Essa minha caminhada não teria começado sem vocês.

Às Agentes Comunitárias de Saúde e à equipe de saúde da família, pelas histórias e por fazer parte da minha história. Essa pesquisa é para vocês e por vocês. Com vocês aprendi muito!

Aos alunos do grupo de supervisão em Saúde da Família com quem, desde 2014, venho transitando pelas infindáveis possibilidades de ação do psicólogo na Estratégia Saúde da Família. Em especial à Ingrid e à Rosa que se tornaram grandes colegas na construção de uma saúde pública melhor; e à Jéssica pelas boas discussões sobre a nobreza de testemunhar.

Aos amigos, em especial ao Eduardo Grego (Duu) e ao Diego (Buda) Frazatto, pelo carinho e fidelidade... e por fazer planos comigo para depois dessa tese. E ao amigo-irmão Anderson que, apesar da distância, continua sempre tão perto.

À confraria Aioo... *in vino veritas*.

Às professoras, Dra. Bárbara E. B. Cabral e Dra. Yara M. de Carvalho, pelas riquíssimas contribuições no exame de qualificação, muitas das quais ainda estou digerindo e aprendendo.

Ao CNPq pelo apoio e fomento.

Vira e mexe eu penso é numa toada só.
Fiz curso de filosofia para escovar o pensamento,
não valeu. O mais universal a que chego
é a recepção de Nossa Senhora de Fátima
em Santo Antônio do Monte.
Duas mil pessoas com velas louvando Maria
num oco de escuro, pedindo bom parto,
moço de bom gênio pra casar,
boa hora pra nascer e morrer.
O cheiro do povo espiritado,
isso eu entendo sem desatino.
Porque, mercê de Deus, o poder que eu tenho
é de fazer poesia, quando ela insiste feito
água no fundo da mina, levantando morrinho de areia.
É quando clareia e refresca, abre sol, chove,
conforme necessidades.
Às vezes dá até de escurecer de repente
com trovoada e raio. Não desaponta nunca.
É feito sol.
Feito Amor divino.

(Adélia Prado, *Tabaréu*)

RESUMO

MILANESI, P. V. B. **Caminhos e possibilidades de ação do psicólogo junto aos Agentes Comunitários de Saúde: uma compreensão fenomenológica**. 2017. 304f. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

A presente pesquisa situa-se no âmbito das práticas em Saúde, mais especificamente no modo como a Estratégia Saúde da Família (ESF) organiza a Política Nacional de Atenção Básica em Saúde (PNAB); orienta-se pela questão: Como seria possível uma ação do psicólogo junto aos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs)?; e pelo objetivo de compreender a supervisão como uma possibilidade de ação do psicólogo junto aos ACSs. Entendendo supervisão como prática mestiça e argilosa, que se molda às necessidades da ação. O sentido de supervisão foi sendo desvelado na experiência vivida no trabalho junto aos ACSs, nas entrevistas e reuniões gravadas e transcritas. Assim, a pesquisa desenvolveu-se como narrativa metafórica e alegórica organizada a partir da contação de histórias, tão comum e frequente no campo. Conduzindo-se sempre pelas histórias contadas e testemunhadas no decorrer da investigação, as reuniões, então batizadas pela equipe de reunião de contação de caso, deram a toada compreensivo-interpretativa da história da equipe narrada na pesquisa. Por esta via, a contação de história se mostrou como modo predominante de cuidado da equipe para com os munícipes e para consigo mesma, bem como abriram novas perspectivas de compreensão e ação. Finalmente, discute-se a relação entre contação de histórias e práticas em saúde na ESF; e como a noção gadameriana de conversação ilumina essa especificidade da supervisão nesse campo e, portanto, como possibilidade de ação do psicólogo junto ao ACS.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Supervisão. Fenomenologia Existencial.

ABSTRACT

MILANESI, P. V. B. **Psychologist action's ways and possibilities along Community Health Agents:** a phenomenological understanding. 2017. 304p. Dissertation (Ph.D.) – Institute of Psychology, University of São Paulo, São Paulo, 2017.

The present research is within Health practice scope, specifically within the way that Family Health Strategy (ESF) arrange the National Primary Health Care Policy (PNAB); the research guide itself by the question: How would be possible a psychologist action along Community Health Agents (ACSs)?; and by the aim of the understanding of supervision as a psychologist action along ACSs. Reading supervision as a hybrid and cleave practice, able to be shaped to action necessities. Supervision meaning was uncovered through experience during the work along ACSs, as well as recorded and transcript interviews and meetings. Thus, the research developed as a story telling organized metaphorical and allegorical narrative, as common and usual in the countryside. The meetings carried itself by the story told and testified during the investigation, which were then called by the team as “story telling meeting”. Such meeting tuned the team's history narrated on the research as comprehensive-interpretative. By this way, the story telling revealed itself as the team's attention prevailing way towards citizens and towards itself. The story telling also opened new understanding and action perspectives. Lastly, the research discuss the relation between story telling and health practices within ESF; and how the gadamerian approach of the conversation enlightens the supervision specificity on this field, therefore, as a psychologist action's possibility along ACS.

Keywords: Primary Health Care. Family Health Strategy. Supervision. Existential Phenomenology.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BIRD	Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento
CEM	Centro de Especialidades Médicas
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado em Assistência Social
CREPOP	Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas
DAB	Diretoria Nacional da Atenção Básica à Saúde
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
GF	Governo Federal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa Agente Comunitário de Saúde
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica à Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família (atualmente ESF)
RAS	Rede de Apoio à Saúde
SF	Saúde da Família (forma concisa)
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica

SISCAN	Sistema de Informação em Saúde: Câncer de Mama
SISPRENATAL	Sistema de Informação em Saúde: Pré-Natal
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	Fundos das Nações Unidas para a Infância
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

HISTÓRIAS, METÁFORAS, ALEGORIAS	1
A presente ação: como cheguei à Estratégia Saúde da Família.....	7
I – O CAMINHO E O CAMINHAR.....	16
A respeito da supervisão.....	17
Metodologia.....	23
O escritor	26
Consenso e implicação: a pesquisa como atitude clínica	39
II – AS PERSONAGENS ELAS MESMAS.....	45
Inácia	46
Fernanda	65
Vanessa.....	82
III – O CENÁRIO	97
A Estratégia Saúde da Família	99
O Agente Comunitário de Saúde	111
IV – ENREDO: DO ENCANTAMENTO AO ESTRANHAMENTO	117
Primeiras incursões.....	125
Visitas com Neuza.....	125
Apresentação da pesquisa.....	131
O trabalho burocrático: Um pedido de ajuda?.....	135
Visitas com Inácia	139
Modos de cuidar	147
O trabalho burocrático, o desânimo e a des-esperança.....	160
Conflitos e des-esperança	176
Um caminho possível	184

V – CONVERSA(ÇÃO).....	196
Sobre os modos de cuidar.....	199
Sobre o trabalho burocrático	206
Sobre repetição e continuidade.....	220
VI – MORAL DA HISTÓRIA: UMA INTERPRETAÇÃO.....	235
Ouvir, contar e participar das histórias: um modo de cuidar.....	238
A conversação como uma possibilidade de ação.....	253
DES-FECHO	272
REFERÊNCIAS	273
ANEXOS	286

HISTÓRIAS, METÁFORAS, ALEGORIAS

Distinguindo-se da informação correta e do conhecimento científico, a compreensão é um processo complexo, que jamais produz resultados inequívocos. Trata-se de uma atividade interminável por meio da qual, em constante mudança e variação, aprendemos a lidar com nossa realidade, reconciliamo-nos com ela, isto é, tentamos nos sentir em casa no mundo.

(Hannah Arendt, *A dignidade da política*¹)

Meu trabalho na recepção é. O primeiro passo é recepcionar mesmo o paciente. Ele chega aqui, então a gente vai fazer... (silêncio) ... E agora, como é que eu ... é difícil. (...) Que nem hoje, como aconteceu, veio aquela paciente que não queria passar pelo ginecologista, o Dr. Chaves. Ela já havia passado uma vez. Eu não me lembrei da época quando ela disse que tinha feito um exame e precisava mostrar. Passou um ano e a gente não avisou ela do exame. Então é o que eu tentei explicar para ela, que não é obrigação minha ligar para todos os pacientes para avisar que têm exame aqui. Porque é muita gente. É muito mais fácil para uma pessoa só ir atrás do exame dela, do que para a gente ir atrás do exame de todo mundo. De fato, ela não gostou muito. Mas, acho que a gente tem que sempre procurar a ajudar: deu uma alteração do exame dela e ela não queria passar com o ginecologista daqui. (...) Então, o que eu fiz, eu sei que tem outro ginecologista na rede, só que às vezes eles não gostam de atender quem não é da área. Mas é direito também do paciente, se tem outro especialista, passar. É direito dela. Lógico que a gente não sai por aí dizendo isso para todo mundo porque senão vai sobrecarregar as outras unidades. Por isso que a gente tem que ver certinho e se colocar no lugar da pessoa. Ela não pode ficar sem ver o exame dela... Eu poderia ter marcado já direto com a clínica, para depois prorrogar, para depois ela ir para o ginecologista. Aí eu tive que me preocupar com a pessoa para agilizar. É isso que eu procuro fazer. (Vanessa², ACS).

¹ ARENDT, H. (1953). Compreensão e política. In: _____, *A dignidade da política: ensaios e conferências*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993, p. 39-54.

² Todos os nomes citados nesta tese são fictícios.

A presente pesquisa situa-se no âmbito das práticas em Saúde, mais especificamente no modo como a Estratégia Saúde da Família (ESF) organiza a Política Nacional de Atenção Básica em Saúde (PNAB), orienta-se pela questão: Como seria possível uma ação do psicólogo junto aos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs)? E pelo objetivo de compreender a supervisão como uma possibilidade de ação do psicólogo junto aos ACSs. Perseguindo esta questão, posso dizer que aprendi “na pele” que existem incontáveis modos de se compreender, expressar e agir; e talvez o meu trabalho como psicólogo seja, primeiramente, apreender o modo específico e singular como as pessoas compreendem, expressam e agem. Logo, o presente texto conta como uma equipe da ESF se organiza na atenção à saúde e como um psicólogo compreende suas possibilidades de ação junto aos ACSs dessa equipe.

Tornou-se claro para mim que este modo específico e singular é a contação de histórias, ou a “contação de causos” (como a equipe nomeou). A primeira elucidação desse modo me veio como um “lampejo”, quando lutava para escrever e organizar o texto para o exame de qualificação. Nessa época, tentando (me) encontrar um fio de sentido (ou da meada) para escrever o pretendido exame, passei dias me debatendo entre diários de dois anos de idas frequentes a uma pequena Unidade Básica de Saúde (UBS) que funciona com uma equipe de Saúde da Família (eSF), entrevistas gravadas e transcritas, leituras acadêmicas e não acadêmicas. Até que, numa noite, fui despertado com uma epifania: cada parte do texto de qualificação seria orientado por uma situação concreta, enigmática e vivida em campo e o meu trabalho seria uma (não única) tentativa de entender esses enigmas. Depois da qualificação, enquanto digeriria os apontamentos da banca e tentava entrever o sentido da pesquisa, notei que essas situações concretas eram recheadas por histórias, pois todos ali contavam histórias... o tempo todo contavam histórias. Elas estavam presentes em todo o canto da Unidade. Então passei a ver que o “que nem hoje...”, expresso por Vanessa, era o modo quase predominante como os atores dessa eSF contavam as coisas difíceis e importantes de seu dia a dia, as que mereciam atenção. Também, quando nos encontrávamos (a equipe e eu) em meio a um grande desânimo, a contação de histórias surgiu como um convite para re-contarmos as diversas histórias por nós vividas.

Há de se perguntar, então, por que contá-las? A resposta que me vem é: porque elas, assim como os poemas, pedem para ser contadas. Da mesma forma, esses atores ouvem histórias o tempo todo, não só por hábito, glória ou porque a equipe dessa UBS se empenha para ser boa escutadora, ou porque essas conversações-narrativas acontecem lá

o tempo todo – basta puxar papo com qualquer pessoa ali –; eu diria que, nessa UBS, as pessoas vão para se cuidar contando histórias, e os cuidadores aprendem a cuidar delas também contando histórias. Eles discutem, ensinam uns aos outros contando histórias, das quais a maioria delas lhes foram contadas ou testemunhadas. Hoje tenho claro que, tal como eles precisam contar essas histórias, surgiu em mim a necessidade de contar uma história. Uma história sobre essas histórias.

Tomando a fala de Vanessa como emblemática, percebo que o “que nem hoje...” é metafórico. Ela, diante da situação de explicar o seu trabalho como ACS, relata uma (sua?) dificuldade. Então conta um caso que revela muitos elementos: a reclamação da munícipe para com a equipe da Unidade; os direitos, deveres e protocolos do atendimento (médico) na área de Saúde; o conhecimento das limitações em atender esses direitos; e a preocupação e decisão de Vanessa para com a munícipe. Então conclui: “*É isso que eu procuro fazer*”.

Uma metáfora é um recurso linguístico no qual uma palavra, frase ou historieta usa um objeto ou ideia para se referir a outro, sugerindo que ambos se assemelham (FERREIRA, 2004). Etimologicamente, “metáfora” vem do grego *metapherein* (transferir, trocar de lugar), palavra composta por *meta* (adiante, mas também transformar aquilo que vem depois ou em seguida de) e *pherein* (suportar, carregar, mover de um lugar para o outro); nesse sentido, uma metáfora carrega ou suporta um sentido de um lugar para outro (NASCENTES, 1955; MERRIAM-WEBSTER, 1998; CUNHA, 2010)³. No presente contexto, parece que Vanessa, ao tentar expressar como faz o que faz, recorre à história para se expressar e se fazer entender. Nesse caso, o contar a história tem sentido revelador de algo que se faz presente e que, naquele momento, talvez só tenha encontrado esse modo de expressão.

Para Gadamer (2002), as metáforas estão ligadas ao fenômeno da substituição, que atua como uma apresentação do contexto compreensivo que convoca o interlocutor a

³ Uma vez que o texto que segue trará referências etimológicas, a fim de apreender a palavra em sua intenção primeira, isto é, mais próxima da experiência, cabe esclarecer que a busca pela origem da palavra é complexa, uma vez que alguns étimos carregam mais de dois mil anos de história. Nesse caminho, as interpretações e traduções de uma língua para outra ou conforme sua variação ao longo do tempo, muitas vezes, altera radicalmente o sentido original. Realizar um estudo etimológico, sustenta Cunha (2010), exige cuidado para não se perder no espaço e tempo que separam as palavras e o seu entendimento. Cômico disso, optei por utilizar dois dicionários etimológicos (NASCENTES, 1955; CUNHA, 2010), escritos em diferentes épocas e, quando possível, um dicionário em outra língua (MERRIAM-WEBSTER, 1998). Além disso, as referências às raízes latinas e gregas foram consultadas em dicionários específicos quando necessário.

tomar pé e participar, ao mesmo tempo em que abre o horizonte de possibilidades de expressão (e de entendimento) de um sentido originário.

(...) a metáfora dá a impressão de uma transferência, isto é, a metáfora opera como que se nos remetendo para o âmbito de sentido originário, do qual foi extraída e transferida para um novo âmbito de aplicação, quando ainda temos consciência desse contexto. (GADAMER, 1968:2002, p. 207).

Vanessa, ao contar a história, quis, ao mesmo tempo, comunicar o modo como atua e, apresentando a peculiaridade do contexto onde atua, mostrou seu jeito de ser agente. Ela expressou o sentido singular como compreende “*O primeiro passo é recepcionar mesmo o paciente*”, ao mesmo tempo em que abre a conversa para outros âmbitos, infindáveis.

Ainda, nessa fala emblemática, jaz uma complexidade maior, dada pelo contexto mais amplo em que ela se dá: esta pesquisa, o que a torna, além de metafórica, alegórica. Uma vez que essa fala de Vanessa e as outras tantas histórias-metáforas me foram contadas como parte desta investigação – isto é, se destinaram a um âmbito diferente de sua expressão –, exerceram força e presença tamanhas que me mostraram um caminho de escrita, discussão, reflexão e ação, organizando assim toda esta tese, que poderá ser lida e debatida em diversos âmbitos, ângulos e perspectivas.

Uma alegoria é um recurso figurativo da linguagem e da expressão que usa um objeto ou ideia para falar de outro (FERREIRA, 2004). Enquanto numa metáfora há uma referência direta de sentido (isso quer dizer que...), numa alegoria há a abertura para um sentido outro, aberto e até indeterminado (isso pode ser... mas também pode ser...). Etimologicamente, alegoria vem do grego *Allegorein* (falar de outra coisa), palavra composta por *Allos* (outro, diferente) e *Agorein* (falar em público, falar abertamente aos outros). *Agorein* vem de *Ágora* (espaço público, reunião de pessoas). (NASCENTES, 1955; MERRIAM-WEBSTER, 1998; CUNHA, 2010). Na presente pesquisa, as histórias contadas, assim como a fala de Vanessa, abrem caminho para dar andamento à questão de pesquisa pelos e nos diálogos – possibilidade fundamental, como veremos, da alegoria – que ela potencialmente fomenta. Para isso, foi preciso considerar as histórias-metáforas aqui relatadas como emblemáticas, isto é, que partem de um contexto singular e específico e abrem possibilidades de interpretação e discussão do sentido em outros âmbitos, dada a

sua riqueza original (embora ligados ao âmbito original, mas sem defini-lo ou prescrevê-lo).

Essa decisão de tomar essas histórias, esses causos, como emblemáticas não foi fácil e tampouco clara. Embora a presença das histórias no cotidiano dessa Unidade tenha se tornado indiscutível, sua emblematicidade, no primeiro momento, foi duvidosa. Afinal, como me certificar do sentido expresso em uma história contada? Cada história contada resguarda um único sentido ou vários? Em meio a essas questões, optei, em vez de respondê-las diretamente, olhar para o que aconteciam com as histórias contadas e recontadas (no cotidiano e nos encontros da pesquisa, como as devolutivas e os diálogos): elas eram discutidas, re-discutidas, acrescentadas, simplificadas etc. Quer dizer, ao recontar para a equipe algumas das histórias contadas a mim por seus autores, a emblematicidade se confirmou e me senti autorizado a considerá-la. Uma história, como a que Vanessa contou, parece resguardar uma infinidade de interpretações, que depende do modo, do ângulo e do momento em que foram contadas e eram vistas e revistas.

Isso faz referência à alegoria, por ser um modo de expressão que recorre a imagens, ela dá forma visual e sensível a algo que se insinua, construindo assim, via sensível e imagético, um modo de ver no particular o universal (BENJAMIN, 1928:1984). Para o autor, historicamente, no Barroco Alemão, a alegoria fez frente ao simbolismo romântico, que pretende uma apreensão clara e imediata do sentido do real, enquanto a alegoria mantém em aberto o sentido final, expondo sua finitude inerente. Assim, Benjamin defende a alegoria como sendo uma apreensão mais justa da existência humana e do acontecimento do mundo, rompendo com o sujeito ideal moderno e apresentando à humanidade uma possibilidade de conhecimento via finitude, incompletude e indeterminação.

Como ela se infiltrou em todas as esferas espirituais, da mais ampla à mais limitada, da teologia, ciência natural e moral até a heráldica, a poesia de circunstância, e a linguagem amorosa, o estoque dos seus instrumentos imagísticos é ilimitado. A expressão de cada ideia recorre a uma verdadeira erupção de imagens, que origina um caos de metáforas. (BENJAMIN, 1928:1984, p. 195⁴).

Esta característica imagética e sensível da alegoria expressa o caráter arbitrário e imprevisível do real (pelo dilaceramento). Alegorias são usadas por não poder haver

⁴ A discussão que Benjamin faz da alegoria como elemento fundamental do Barroco Alemão é muito mais ampla e complexa, porém, para a presente pesquisa, interessada no entendimento da linguagem alegórica, essa breve caracterização é suficiente.

imediatidade no conhecimento humano, dada nossa impossibilidade de exprimir um sentido último inequívoco (GAGNEBIN, 1993). E mais, para a autora, amparada em Benjamin, a alegoria “não pretende qualquer totalidade” (p. 44) e refuta, em sua forma mais própria, qualquer “utopia de transparência de sentido” (p. 44), pois

(...) na relação alegórica (por exemplo, uma mulher com os olhos vendados e segurando uma balança, como representação da justiça) o elo é arbitrário, fruto de uma laboriosa construção intelectual. A alegoria foi sempre criticada por pretender uma tradução sensível do conceito, ao invés de fazer ver o sentido em sua imediatidade. (GAGNEBIN, 1993, p. 41).

No entendimento de Gadamer (2014), essa laboriosa construção intelectual se dá porque uma alegoria carrega nuances da experiência que a precede e, como toda expressão da experiência, a alegoria torna-se uma abertura de horizonte de explicitação. Para o autor, a alegoria pertence fundamentalmente à esfera do discurso (*logos*), uma vez que é uma figura retórica. Ela aponta para um modo de conhecer pela sensibilidade, pois sempre faz referência a, ou dá a entender... algo sensível. Ainda, o autor, comentando a já citada obra de Benjamin, sugere que, para além do Barroco Alemão – em que a forma mais comum da alegoria é a arte plástica –, o recurso alegórico, seja plástico, textual ou retórico, sempre conduz a um significado “mais elevado” (GADAMER, 2014, p. 135), pois revela uma complexidade e profundidade não expressável simbolicamente e por permitir expressar imgeticamente coisas que, *a priori*, são destituídas de imagem.

Toda vez que alguém se debruça para apre(e)nder uma alegoria, compreendendo um sentido possível, não só contempla (coteja) a experiência original como a traz para perto de si. Nesse debruçar-se para apre(e)nder uma alegoria, o alegorista, a alegoria e o intérprete passam a ter algo sobre o que conversar (GADAMER, 2014).

Assim, entre histórias⁵, metáforas e alegorias, escrevo esta pesquisa também como uma história. Afinal, foi mergulhando nas histórias contadas pelos ACSs que se tornou possível apre(e)nder como eles compreendem, expressam e atuam no cuidado em saúde, enquanto apre(e)ndi com ou estando junto a eles um modo possível de ser psicólogo.

⁵ Como nos lembra Arendt (2009), originalmente o termo “história” significa tanto “testemunha ocular” (*Istoreín*, de *id-* e *ístor*), quanto “aquele que indaga uma testemunha”, para dela recolher seu testemunho (narrativa que é ao mesmo tempo práxis [*práksis*] e léxis [*léksis*]). “Portanto, *istoreín* possui um duplo significado: testemunhar e indagar.” (ARENDR, 2009, p. 69).

A presente ação: como cheguei à Estratégia Saúde da Família

É realmente muito difícil encontrar o ponto exato, o momento crítico, em que esta história inicia. Parece que qualquer espécie de reflexão sobre o caminho só é possível quando já se está caminhando de alguma forma, e quanto mais me familiarizo com o enredo e as historietas aqui relatadas, mais percebo que o prenúncio (ou a pré-figuração) delas sempre estiveram ali. Assim acontece tanto pelo interesse nas práticas de Agentes Comunitários (sejam de saúde ou não), quanto na atuação do psicólogo nas políticas de saúde e educação, e na minha admiração pela contação de histórias. Essa, muito mais antiga, remonta à minha infância, época em que descobria as peripécias heroicas de meus avós quando tinham a mesma idade que a minha.

Consigo visualizar que a relação entre pesquisa e contação de história me chamou a atenção na minha recém-iniciada prática docente, principalmente quando passei a orientar Trabalhos de Conclusão de Curso de alunos de Psicologia que vivem sua primeira experiência em pesquisa. Nesse momento, ficou mais explícito para mim que o resultado de uma pesquisa não pode ser abstraído do seu percurso. As bancas de avaliação e discussão desses trabalhos, compostas por professores e alunos me mostravam que, por mais bem escrito que um texto esteja, sua compreensão mudava, tomava outra proporção, após ouvir e discutir a experiência e a história da construção da pesquisa relatada.

Gosto particularmente de ouvir sobre acontecimentos⁶, que muitas vezes rompem o planejamento prévio das pesquisas, e as decisões explícitas e implícitas⁷ que precisam

⁶ Por acontecimento, me refiro principalmente ao seu caráter de aleatoriedade – diferente do experimento em pesquisa, em ambiente com variáveis controladas. Segundo Nascentes (1955) e Cunha (2010), acontecer vem do latim *contingere* (incoativo de chegar a, atingir, tocar). *Contingere*, por sua vez, vem de *com* (junto a) e *tangere* (tanger, tocar, encostar). Tomo, aqui, acontecimento como algo que chega e toca. Ainda, cabe destacar que o sentido etimológico de acontecimento se aproxima de dois entendimentos do sentido de acontecimento como *Ereignis* e *Geschehnis* em Heidegger (1927:2012), e também em Inwood (2002). Acontecimento como *Ereignis* evoca algo que passa a ser visto (testemunhado), que toca e se faz presente. Para Heidegger, todo apropriar-se é um acontecimento, quer dizer, quando o que aconteceu passa a fazer parte da *história* de alguém “passa a ser meu”. De outro modo, *Geschehnis*, também traduzido como evento ou incidente, para Heidegger (1927:2012), é o fundamento da historicidade do *Dasein*, mas também da história mesma (pois uma época histórica não depende só da vontade dos povos históricos, por exemplo). A etimologia ajuda a clarear, pois vai na direção do sentido heideggeriano (cunhado, inclusive, com base no sentido etimológico). *Geschehnis* vem do verbo *geschehen* que se refere a algo que passa, que dá-se (dá a si mesmo), como um acontecimento. *Geschehen* vem de *jest*, que tem origem no étimo latino *gestus*, *gerere* (carregar, gerar, dar origem a), e no grego *gesthai* (gerar, gestar). No sentido radical (grego e latino), indicam toda ação de dar início a alguma coisa nova (como uma gestação), isto é, iniciar uma história (MERRIAM-WEBSTER, 1998).

⁷ Digo implícitas, pois, como sustenta Critelli (2007), todo questionamento de pesquisa e toda condução desse questionamento (pesquisa) carrega minimamente pressupostos quanto ao lugar de acontecimento e horizonte de explicitação do fenômeno estudado. Essas pré-compreensões são estruturantes da pesquisa, ao

ser tomadas em função desses acontecimentos para dar continuidade à investigação. Essas situações vêm me mostrando que talvez uma pesquisa valha mais por esses acontecimentos (extraordinários) e pelas decisões do que por seu planejamento.

Pois bem, a contação de histórias foi um desses acontecimentos, pois nenhum dos meus planos iniciais desta pesquisa incluía a contação de histórias. Deixo-me, então, tomar por esta característica para expor aqui a minha primeira decisão de pesquisa: relatar o caminhar, os acontecimentos e também as decisões para deixar e fazer ver como a contação de história tem sido o modo próprio de cuidado da saúde dessa equipe da Saúde da Família e como pude apreender, pela contação de histórias, possibilidades de ação do psicólogo junto aos ACSs nos diálogos e encontros que chamarei de supervisões – como veremos.

Por onde, então, começar?

Fazendo uma retrospectiva, consigo visualizar um possível começo para a questão que norteia este trabalho. No final do ano de 2009, fui convidado por um amigo e também antigo professor, Mauro M. Amatuzzi, a repensar e integrar a coordenação de um projeto intitulado “Escuta Cristã”, junto à diocese de Campinas. Tratava-se de um grupo que visava a refletir sobre a escuta, o acolhimento e, se fosse o caso, orientar pessoas que buscavam os serviços pastorais das diversas paróquias da cidade de Campinas e região. A Formação para Escuta Cristã, como era chamado esse grupo, destinava-se a pessoas das comunidades religiosas que participam ativamente das atividades paroquiais e eram indicadas formalmente pelo pároco.

Encabeçada por leigos que coordenavam os serviços pastorais, essa iniciativa de formação surgiu em meados de 1997 como um projeto de acolhimento e escuta, na Catedral Metropolitana de Campinas, das muitas pessoas que por ali se dirigiam (ou passavam), buscando alguém para receber orientação, solução ou alívio de seus problemas, angústias, medos etc., e quando, muitas vezes, não existia a possibilidade de conversa com um padre, ou não demandavam, na visão dessas pessoas, de orientação religiosa. O primeiro curso voltou-se às pessoas já engajadas nessa iniciativa e os seguintes destinavam-se a pessoas que se interessavam em prestar, implantar ou participar desse Serviço da Escuta Cristã⁸.

mesmo tempo em que conduzem o olhar do pesquisador. Como será discutido adiante, o acontecimento-pesquisa permite que esses pressupostos se deem a ver e possam, assim, ser também questionados, explicitados e elaborados.

⁸ O primeiro nome desse serviço foi “Aconselhamento Pessoal”, mas, temendo conflitos com o Conselho de Psicologia (o que nunca aconteceu) e buscando também raízes evangélicas, optou-se pelo nome atual.

Em 2009 surgiu a necessidade de se repensar esse curso, bem como os diversos serviços que já se proliferavam por outras paróquias além da Catedral. Para tanto, optamos por manter a tonalidade reflexiva nos encontros – e não instrutiva, como era feito anteriormente a 2009 –, visando primeiro a apreender a experiência que os participantes já tinham em sua vida pastoral, para só então refletir sobre outros modos e possibilidades de escuta e cuidado.

Em meu primeiro dia de encontro com esse grupo de formação, durante a apresentação que cada um dos participantes fez de si, notei que ali todos se descreviam por meio da característica: “pessoas me procuram para desabafar” dentro e fora do ambiente religioso. Além disso, justificavam que tinham sido escolhidos pelo pároco para participar da formação. Esse clima levou-me a questionar: O que eu (psicólogo) posso fazer com essas pessoas? Frente à bagagem que eles já têm, o que me cabe? Compartilharei com eles teorias e técnicas psicológicas de escuta?

Como já era de praxe, no primeiro encontro do grupo, era proposta a questão “O que a escuta cristã não é?”, a fim de explicitar que a característica desse serviço de escuta não pretendia dar soluções, nem conselhos práticos, tampouco orar junto à pessoa ou dar lições religiosas como forma de resolução de problemas, pois essa é a função do padre. O que me chamou a atenção nessa proposta foi o estranhamento causado, o que gerou a revolta e a indignação de alguns participantes que questionavam: “Então, o que tem de cristão nessa escuta?”; “Se vou ajudar ao próximo sem usar a *Palavra*, então como?”. Nos encontros seguintes, as reflexões tiveram como tema o questionamento: “Como conversamos e recebemos as pessoas que nos procuram?”; “Como conversamos com pessoas desconhecidas que nos procuram?”; “E como respondemos ou não respondemos a essa procura?”. Via que, em todos os encontros, tínhamos como contraponto e guia a experiência que eles relatavam e os frutos colhidos na discussão inicial, no estranhamento inicial. Era o nosso intento, com todo esse arranjo inicial, causar estranheza? Diante de sua característica (“pessoas me procuram para desabafar”), que levaram até essa formação, procuramos evidenciar e por em questão os modos de conversa que essas pessoas já tinham. E, com base na estranheza do primeiro encontro, foi possível pensar em outras possibilidades. Assim, descobri o poder da estranheza para abrir possibilidades outras.

Olhando hoje, vejo que essa discussão inicial (que gerou tanto estranhamento) e esse caminho pelo estranhamento tinham o objetivo de apropriação dessa condição de os

participantes serem ou se sentirem uma referência para as pessoas a fim de constituir a escuta como cuidado.

Um acontecimento que me chamou a atenção foi o depoimento de um senhor que, ao final da formação de 2010, revelou-me o impacto dessa formação em sua vida, argumentando e justificando a melhora que percebia não só na sua participação nos serviços pastorais como no seu convívio familiar, pois sentia seus filhos e netos mais próximos e conseguia lidar melhor com as diferenças de gerações. Nas palavras dele: “conseguia ouvi-los melhor e conversar melhor com eles”. Sentia-se mais cristão por isso, justificando seu sentimento com passagens do evangelho. Finalizou sua reflexão dizendo que odiou o primeiro encontro (aquele que provocou estranhamento), mas que hoje reconhece a sua importância.

Ficou marcada em mim a inseparabilidade entre a reflexão sobre os modos de estar com as pessoas, por meio da necessidade que moveu essas pessoas a criar a iniciativa da escuta cristã, e a vida (comunitária) como um todo, pois esses agentes pastorais, além de prestarem serviços, são membros ativos de comunidades e, assim, preocupados com a vida comunitária. Perguntava-me se essa implicação e pertencimento na vida comunitária era um lugar privilegiado para o cuidado.

Diante dessa questão, decidimos então pô-la a prova ao repensar novamente a formação, ampliando-a. O foco não era mais exclusivamente a implantação e constituição do serviço da escuta, pois visávamos também a atender às necessidades que essas pessoas e comunidades religiosas tinham em refletir sobre essas questões nos diversos serviços pastorais. Essa ampliação partia da necessidade que a comunidade tem em recorrer à própria comunidade a fim de lidar com as aflições, alegrias, impasses etc. (MILANESI, 2011).

Além disso, a equipe de “formadores”, como éramos chamados, mudou. Em 2010, éramos dois psicólogos (Prof. Amatuzzi e eu); em 2011, decidimos, baseando-nos em preceitos de grupo autogerido (com base no pensamento rogeriano), diversificar o grupo incluindo algumas pessoas da formação de 2010 que se mostravam interessadas em fazer e pensar a formação para escuta. Assim, em 2011, os formadores eram quatro pessoas que fizeram a formação em 2010, uma pessoa que já estava envolvida com a formação antes de 2009 e se interessou em voltar e eu, um psicólogo. Em 2012, alguns participantes de 2011 passaram a compor a equipe e decidi me afastar um pouco do grupo (ainda tendo em vista o grupo autogerido), participando somente das reuniões de planejamento e de

alguns encontros. Ao final de 2012, encerrei minha participação, para que essa ação ficasse sob cuidado das pessoas que ali estavam.

À medida que esses questionamentos iam surgindo, ficou claro que a questão das possibilidades de ação do psicólogo junto às pessoas que se pretendem cuidadoras também estava presente desde a minha formação, sendo revisitada de outra forma em minha então recém-iniciada prática docente. Constatei que toda essa experiência estava me ajudando a enfrentar os desafios de supervisionar meu primeiro grupo de estagiários em clínica, orientado pelo pensamento fenomenológico, que procura despir-se de teorias e técnicas no *enfrentamento* daqueles que procuram por um psicólogo. Afinal, estudantes de Psicologia são também pessoas que se pretendem cuidadoras. Ao mesmo tempo em que me sentia orientado, questionava: Existia relação entre a minha prática com o grupo de escutadores e a de supervisor de estágio? Nessa época, minha prática de supervisão acontecia, por imaturidade e aflição, pela instrução e prescrição de condutas, isto é, como supervisor era um eficiente instrutor. Por outro lado, a marca que o estranhamento do grupo de escutadores deixou em mim me chamava.

Um outro caminho que ensaiei, a fim de compreender essa questão, foi o de tentar redigir um artigo ou relato de experiência sobre essa formação. Não consegui. Quanto mais entrava no que havia vivido com a escuta e percebia semelhanças e disparidades com o meu fazer como docente nas supervisões, mais profundas ficava a questão. Afinal, o que essa questão me dizia? Como ela me desafiava (e desafia)!? Revendo meus diários da época, inquietava-me, pois nunca fui muito religioso, tampouco tenho desenvoltura ou conhecimento para falar sobre questões e discussões do evangelho, mas ali estava. Esquivava-me de discussões pautadas no evangelho, pois não o conhecia e nem tinha autoridade para debatê-lo. Mas será que precisaria ter autoridade para ali estar? Como esse trabalho foi possível? Nesses diários também fica claro que me dispunha a olhar e discutir com base naquilo que sustentava, fundamentava e vigorava no modo de cada um escutar. Notei também que, com a mudança da equipe de 2010 para 2011, a equipe tinha receio de discutir temas “mais psicológicos”, como as emoções, as formas de acolhimento pela escuta etc. Esses eram delegados a mim, um psicólogo. E eu os assumia. Precisava? Discutir o cuidado só é possível entre os pares próximos, ou seja, psicólogo com psicólogo, religioso com religioso? Nortear-me pela noção de grupo autogerido ali entre os escutadores cristãos pareceu-me uma resposta afirmativa, que não me satisfazia.

Nesse mesmo sentido, nas minhas primeiras incursões como supervisor de quinto ano (2010), sentia-me inseguro nas discussões dos atendimentos e em relação à

experiência dos alunos, o que me levava a me refugiar nos discursos teóricos como forma de responder às dúvidas dos alunos quanto ao trato com os pacientes por eles atendidos. Não me furtava da preocupação quando percebia que a decisão de uma conduta ou questionamento em um atendimento estavam fundamentados em conhecimentos diversos, oriundos da sabedoria popular, de experiências do aluno, de livros de literatura etc. Tinha a ânsia de responder todas as dúvidas com as teorias psicológicas. Sempre que não conseguia responder a uma questão levantada em supervisão, corria para os livros em busca de respostas. O que teria acontecido se permitisse, ao menos uma vez, que a dúvida permanecesse?

Em meio a essa efervescência de questões advindas da minha prática (escuta e supervisão de estágio), ao final de 2010, resolvi buscar interlocutores para me ajudar. Retomando alguns velhos estudos e iniciando outros tantos novos sobre aconselhamento psicológico, aprendizagem significativa e supervisão. Reencontrei então o livro “Aconselhamento psicológico centrado na pessoa: novos desafios” (MORATO, 1999) e, com base nessa autora, cheguei ao Laboratório de Estudos em Fenomenologia Existencial e Prática em Psicologia do Instituto de Psicologia da USP (LEFE/IPUSP).

Da minha experiência na formação para a escuta e na psicologia, como supervisor, meu interesse era compreender melhor esse meu fazer, isto é, do psicólogo como aquele que *pode* (e muitas vezes é chamado a) agir junto aos agentes cuidadores.

Em meados de 2011, iniciei minha participação no LEFE, onde vivia e discutia a experiência com os projetos de extensão em supervisões, entendidas ali como um espaço em que o supervisor acompanha atento e questionante o desvelar do modo de ser psicólogo dos alunos. *No LEFE, os supervisores não respondiam... eles questionavam*, e isso me encantou. Assim, supervisor e supervisionando elucidavam e construíam caminhos possíveis para a ação nas instituições e nos atendimentos. Nessas supervisões, por meio de um acontecimento singular, ia me apropriando dos fundamentos da minha prática, sensibilizando-me para os desafios que estava sendo convocado a responder (que, muitas vezes, desafiavam minha formação pelo estranhamento), e ia visualizando possibilidades de ação e transformação da ação. Ou seja, a supervisão se mostrava como uma “uma reflexão **na** experiência e não **sobre** a experiência” (MORATO, 2009, p. 33 – destaques da autora).

Nesse ínterim, em cada incursão nos plantões psicológicos promovidos por esse laboratório, principalmente no Hospital Universitário (USP), e nas respectivas supervisões, vivia questionamentos que, mais tarde, se aproximariam e ampliariam os

questionamentos vividos na formação da escuta e em minha prática docente. A experiência marcante lá era o desalojamento, pois nos abríamos para conversar com pessoas cujo chamado, muitas vezes, era um olhar solicitante. Os inícios dessas conversas eram sempre desajeitados (Mas qual é o jeito certo mesmo? Como um psicólogo “despido” conversa?); tinha a impressão de que nem a pessoa tinha clareza do que queria ou precisava falar, mas certamente eu não tinha clareza de como ouvi-la ou o que diria. O plantão, assim como a supervisão, ia se dando como um constante tatear, mas que só era possível se o plantonista estivesse disponível para ir na direção do outro que solicita (mesmo que por um olhar aflito, enigmático). Nessa época escrevi em diário:

*Nas supervisões e leituras pude elucidar melhor o sentido do plantão. O texto “pedido, queixa e demanda”⁹ foi um marco neste estudo: o pulo do gato. Não seria a disponibilidade para acolher o estranho e se desalojar também uma característica interessante ao supervisor? A cada situação desvela-se o sentido da prática... e na supervisão? O sentido da formação? Claro que na prática existem alguns pilares fundamentais (como a responsabilidade pelo cuidado de si que mostramos ao outro)... E na formação, existe? Quais? ... E na prática e formação de outros profissionais?
... Parece um eterno assombro esse querer saber como pode ser, desafiado pelo como tem sido (e deu certo ou errado ou mais ou menos), pelo como deveria ser e pelos desafios/riscos que cada acontecimento traz consigo. (Diário de campo: setembro de 2011).*

As supervisões, tal como acontecem no LEFE, desde minha entrada, têm me ajudado a elucidar e organizar as questões que vivia (nas práticas do LEFE, na escuta e na supervisão que conduzia) e assim ampliar as formas de compreensão das experiências que me levaram até lá. Fica-me claro, agora, que isso se inicia por meio do estranhamento. Seria a estranheza o senso tácito das possibilidades já abertas? Minha experiência no LEFE diz que sim.

Ao mesmo tempo em que ocorriam as primeiras experiências no LEFE, outra experiência que me fez refletir sobre essa mesma temática surgiu em meu ofício de professor, quando, numa supervisão, uma aluna trouxe sua experiência como Agente Comunitária de Saúde, contando como muitas pessoas que a acolhem em suas casas lhe revelam suas angústias, dores, preocupações com os filhos etc. A aluna conclui sua exposição dizendo ser difícil separar o ser psicóloga do não ser psicóloga e, após ser

⁹ O texto referido foi o “Plantão psicológico: inventividade e plasticidade” (MORATO, 2009a).

questionada sobre a possível impossibilidade dessa separação, ela justifica: “mas lá eu não sou psicóloga, não posso ouvir como ouço aqui (nas atividades clínicas)”.

Não me contentei com a resposta, pois não tinha clareza acerca do modo de escuta necessário ao contexto do ACS, tampouco acerca das possibilidades de escuta de um psicólogo em tal contexto. Por outro lado, meu questionamento à aluna mostra que talvez seja impossível separar o que ela estava passando e já havia passado no curso de Psicologia de seu trabalho como ACS. Será que o modo de ela desenvolver o trabalho não era diferente, por conta da formação em Psicologia? Diferente como?

Esse descontentamento se intensificou quando na mesma época começamos (supervisores e a coordenação do Curso de Psicologia da faculdade em que leciono) a discutir as novas diretrizes da parceria entre o Serviço Escola de Psicologia e a Secretaria de Saúde do município, agora visando a abranger a Atenção Básica de Saúde e tendo como possibilidade os estágios em clínica não mais serem exclusivamente sediados no Serviço de Psicologia, com a prática do aconselhamento individual e a psicoterapia, mas também nos equipamentos públicos municipais de Saúde, com atividades diversas de prevenção e promoção de saúde. Nessas reuniões, entre as necessidades levantadas, estava o acompanhamento e a formação dos ACSs para lidarem com demandas psicológicas¹⁰ por meio de acolhimento, identificação e, se fosse o caso, encaminhamento das pessoas e famílias atendidas.

Por uma série de questões que não cabem aqui, esse trabalho não se consolidou¹¹.

Notei, em meio a toda a discussão acerca da elaboração desse trabalho visando a essa nova configuração da parceria com a Secretaria, que o cotidiano que envolve o trabalho dos ACSs é permeado por características semelhantes àquelas que serviram de base para os questionamentos que levaram ao surgimento do Serviço da Escuta, isto é, o movimento de a comunidade buscar referências na própria comunidade, criando e instituindo espaços para o acontecimento de um tipo de escuta e cuidado visando a conferir benefícios diretos à própria comunidade.

E mais uma vez o psicólogo estava sendo chamado como esperança de orientação e reflexão sobre as questões que envolvem o acolhimento às demandas da vida

¹⁰ Buscando esclarecer quais eram essas demandas, a coordenadora das ações da Atenção Básica explicou: desde a identificação de quadros diagnósticos da saúde mental, como, por exemplo, depressão, transtornos alimentares, uso prolongado de psicotrópicos etc., até a compreensão da própria vida comunitária que poderia ajudar o trabalho dos ACSs.

¹¹ Em 2014, quando já desenvolvía a presente pesquisa, iniciamos os estágios em um município vizinho que também solicitou nossa parceria. Esse trabalho acontece até hoje.

comunitária cotidiana, com atores díspares, mas agora no contexto da Saúde Pública. Porém, é importante dizer que até este momento, em minha formação e atuação profissional, nunca havia lançado olhos para as possibilidades de trabalho do psicólogo na Saúde Pública; além disso, pouco conhecia sobre as Políticas de Saúde brasileiras e sua realidade. Assim, esta tese tornou-se também uma descoberta pessoal e despertou em mim paixão e gosto, sentimentos expressos hoje em meu trabalho como docente e supervisor de estágio na Estratégia Saúde da Família.

I – O CAMINHO E O CAMINHAR

(...)

Desaprender 8 horas por dia ensina os princípios.

(Manoel de Barros – *Uma didática da invenção*)

Antes de prosseguir com a história, é necessária uma pausa para esclarecer como a escrevi. Este capítulo, então, tem como objetivo esclarecer o fundamento metodológico que me guiou desde a produção e organização de todo o material escrito (diários, entrevistas) até a tecitura dos capítulos que seguem e sua posterior interpretação à luz da questão norteadora (Como seria possível uma ação do psicólogo junto aos Agentes Comunitários de Saúde?). Trata-se, então, de clarear como tenho entendido que uma possibilidade de ação pode se dar a ver.

De início, cabe esclarecer que o objetivo do trabalho, tal como apresentado à equipe, ao Comitê de Ética do IPUSP e à banca de qualificação foi: **compreender a supervisão de apoio como uma possibilidade de ação do psicólogo junto aos ACSs**. E os decorrentes objetivos específicos apresentados foram: 1) compreender a ação dos ACSs por meio do seu lugar como agente de saúde e agente comunitário; 2) realizar uma intervenção junto aos ACSs recorrendo à supervisão; e 3) investigar a supervisão de apoio como modalidade de ação psicológica. Porém, o termo “supervisão de apoio”, ou mesmo “supervisão”¹², não apareceu e não foi utilizado em nenhum momento do contato com a equipe (a não ser no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, cujo modelo está em anexo). Em vez de supervisão, a equipe chamou nossos encontros de “reuniões de contação de casos”, ou “reunião de histórias”, ou simplesmente de “reunião”, como uma contração da expressão mais complexa. Isso traz a necessidade de esclarecer o sentido do termo “supervisão de apoio”, tal como compreendido por mim (e pelo LEFE, de onde ele é oriundo).

¹² “Supervisão de apoio” e “supervisão” são intercambiáveis em muitos casos, como veremos.

A respeito da supervisão

Para compreender mais de perto a profundidade do termo “supervisão” aqui empregado, cabe primeiro elucidar sua concepção, percorrendo sua história, para demonstrar como tem sido discutida e refletida no LEFE, para então situá-la na presente pesquisa.

O modo como a supervisão acontece hoje no LEFE teve origem na tese de doutorado de Morato (1989), como um outro jeito de olhar e atuar na formação de quintanistas de Psicologia por meio do resgate da história dos supervisionandos na e pela experiência clínica. Oriunda desse trabalho, a supervisão de apoio surgiu como uma resposta ao desafio de o psicólogo ocupar contextos institucionais diversos (MORATO, 1999). Ao responder esses chamados, adentrou-se um cenário novo, que exigia rediscutir a prática de supervisão a fim de encontrar caminhos para a formação mais comprometidos com as necessidades sociais emergentes. Como fruto desse movimento, tem-se um rol de publicações, discussões e rediscussões acerca do sentido da supervisão em suas diferentes modalidades (LILENTHAL, 1999; BACCHI, 2000; HENRIQUES, 2005; AUN, 2005; COSTA, 2014). A supervisão de apoio, isto é, a modalidade em que o psicólogo ou estudante de Psicologia oferece espaço de escuta e discussão aos profissionais de outras áreas, surgiu da tentativa de responder à procura e demanda de instituições por psicólogos que pudessem ajudar a formar seus profissionais de Saúde e Educação. Essa modalidade visa a articular: uma prática de intervenção; a formação de profissionais de Saúde e Educação, incluindo psicólogos, supervisionandos e supervisores; e campo de pesquisa de fenômenos diversos (MORATO, 1999; LILENTHAL, 1999).

Essas supervisões não são entendidas como espaços informativos ou de orientação técnica, mas como um modo de olhar a formação desses profissionais assumindo a complexidade das dimensões cognitivo-afetivas e teórico-práticas presentes nas práticas de cuidado. Tendo como carro chefe a aprendizagem significativa.

Aprofundando a história dessa concepção de supervisão, conforme aponta Morato (1999), a análise cuidadosa dos diversos cenários institucionais nos quais o psicólogo estava (e está) sendo chamado a contracenar evidenciou a necessidade da criação de um projeto de pesquisa que visasse a:

1) fornecer subsídios para a melhoria das condições de formação de profissionais das áreas de saúde e educação; 2) contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos profissionais de saúde e educação; 3) contribuir para a melhoria da qualidade de atendimento e serviços prestados à clientela em instituições promotoras de saúde e educação; 4) contribuir para o desenvolvimento de práticas psicológicas em instituições, como forma transferencial de tecnologia experiencial, que possibilite instrumentalizar agentes sociais multiplicadores (multiprofissionais). (p. 38).

Como desdobramentos desse projeto de pesquisa, temos, a título de exemplo, o trabalho de mestrado de Lilenthal (1999), que desenvolveu uma proposta de intervenção apoiada na gestaltpedagogia com vistas à promoção da condição de trabalho de educadores de rua de duas instituições, sendo uma pública, ligada a uma Secretaria Estadual, e outra ligada a uma pastoral da Igreja Católica.

Na instituição estatal, os supervisores atentavam para a rispidez do discurso político-ideológico que depois revelou um modo de funcionamento peculiar dos próprios educadores, passando assim da crítica ideológica para a crítica prática e realista (LILIENTHAL, 1999). Na instituição religiosa, entre os caminhos e percalços, o espaço de supervisão revelou o cotidiano do trabalho por meio de cada um dos participantes, passando pela angústia do enfrentamento de se trabalhar em instituições desse tipo, revelando, por fim, o funcionamento da própria instituição (LILIENTHAL, 1999; MORATO *et al.*, 1999). Conforme refletem os autores, o trabalho foi permeado por constantes reflexões e reformulações da proposta, recorrendo-se constantemente à comparação com as experiências na instituição estatal por seus fins parecidos. Mas, percebendo as diferenças e distanciamentos que essa comparação gerou, o grupo de supervisores viu a necessidade de abrir mão dessas comparações no enfrentamento do que se apresentava enquanto sempre novo.

Outro trabalho que considero interessante explorar é apresentado por Bacchi (2000) que, partindo também da experiência acima relatada, investiga *uma* outra característica presente na supervisão de apoio: o espelhamento. Para ela, o fenômeno do espelhamento se deu a ver na supervisão dos facilitadores-supervisores (supervisão da supervisão) desses projetos, que repetiam o mesmo movimento do grupo vivido enquanto supervisores dos educadores. Esse espelhamento chamava a atenção para a constante entrega e imersão que tanto supervisor quanto supervisionando viviam, constituindo um modo de olhar diferente para essas práticas.

Partindo dessas primeiras experiências, outras tantas se desdobraram explorando, a cada vez, um novo aspecto dessa modalidade prática. Como exemplo, temos Lilienthal (1999), que investigou a supervisão de apoio como uma proposta de trabalho do psicólogo na formação, profissional e pessoal, de profissionais de um programa socioeducativo de esportes; Silva (2003), que analisou o recurso das oficinas de criatividade como modalidade para a supervisão de apoio de profissionais coordenadores de grupos de idosos; e Lilienthal (2004), que estudou as possíveis relações entre Educação e Saúde com base na supervisão de apoio, lançando mão de oficinas expressivas.

Esse percurso permite evidenciar as características da supervisão de apoio que tange os interesses da presente pesquisa: 1) *não* ser uma modalidade de ação fechada por excelência; 2) atender à especificidade dos diversos campos de pesquisa como recurso metodológico que, ao mesmo tempo que possibilita o conhecimento, impacta diretamente a construção da pesquisa. Quer dizer, a supervisão de apoio como modalidade prática e espaço de pesquisa, ao ater-se à singularidade da experiência dos supervisionandos, vem se modificando por meio de sua inserção em campos diversos. Esse constante constituir-se da supervisão espelha a condição mesma de imersão vivida por supervisor e supervisionando em suas inquietações, moldando-se como argila nas mãos desses atores em cena.

Olhando de outro modo para esse percurso, é possível destacar outro aspecto nuclear: a abertura de espaços de compartilhamento de experiências cotidianas visando à reflexão e compreensão do papel de estudantes e profissionais enquanto *cuidadores*. Não como meros técnicos com vistas ao aumento da resolutividade dentro de propostas teóricas específicas, mas “um lugar de fala, que se constitua, também, como uma forma de cuidar de quem cuida, ou seja, de quem toma o cuidado do outro como sua principal atribuição” (MORATO, 2009, p. 33). Ou seja, um espaço de resignificação e abertura para possibilidades de outros modos de saber e fazer (tanto supervisão quanto prática) por meio das experiências dos supervisionados.

Com base nessa concepção de supervisão, o ponto de partida é a superação da separação entre conhecimento teórico e prática, pois considera que no cotidiano do fazer profissional estão imbricados: as técnicas, os conhecimentos específicos, e os outros tantos conhecimentos e vivências que se incorporam constantemente a cada momento na trajetória pessoal do profissional, constituindo uma mestiçagem composta por saberes e fazeres indistintos (BACCHI, 1999; SILVA, 2003).

Essa mestiçagem constitui, segundo Polanyi e Prosch (1975), o *personal knowledge*, ou conhecimento tácito. Para eles, qualquer atuação focal é, num primeiro momento, subsidiada por experiências vividas, interpretações e conhecimentos incorporados, que, em parte, foram anteriormente apresentados de forma explícita. Essa incorporação de saberes mistura-se indissociavelmente àqueles conhecimentos e experiências já ali presentes (e dificilmente comunicáveis) enquanto história pessoal e plural, constituindo algo sempre novo num fluxo constante de diferenciação.

Esse fluir constantemente incorporado, Gendlin (1962 *apud* MORATO, 1989 e 2009) chamou de *experienciando*. Do inglês *experiencing*, sendo gerúndio, experienciando refere-se não somente às experiências vividas e sentidas, mas também ao constante movimento do viver presente (vivendo, sentindo etc.) enquanto experiência. Para o autor, vivemos experienciando e olhamos o mundo a partir e através dele. Nesse sentido, seria uma característica fundamental de abertura para o mundo, para os outros e para nós mesmo, como algo que nos conecta.

Num artigo publicado em 1979, Gendlin (1978-79) elucida, com base na fenomenologia de Heidegger, a noção de experienciando e suas relações com a linguagem, explicitando como ocorrem os processos de verbalização, buscando com isso, novos caminhos para a atuação psicoterapêutica. Sobre essa relação destaca-se a negação da estrutura do saber científico diante da problemática da experiência que origina a linguagem, pois ao abordá-la apenas por conceitos e esquemas previamente formados e com base em esquemas funcionais, perde-se seu fluxo, sua característica fundamental. Para o autor, não há como se ter conceitualização sem algum tipo de referência à experiência, pois é o experienciando que de alguma forma possibilita a verbalização, seja ela, por exemplo, o relato de um fato ocorrido no passado e que não nos impacta mais, ou uma tentativa de se fazer uma *referência direta* ao que se está vivendo ao relatar. De um jeito ou de outro se fala por meio do experienciando. Ele defende, então, que o terapeuta precisa encontrar meios de viabilizar a *narrativa* viva do cliente, pois só assim ele vislumbrará a própria condição e, com isso, outras possibilidades inerentes a ela, podendo pensar e agir, operando mudanças.

Encontrei em Cecília Meireles *um* outro modo de olhar para essa relação entre conceitualização e experienciando. A poetisa expressa:

Todas as coisas têm nome.
 (têm nome todas as coisas?)
 Todos os verbos são atos.
 (são atos todos os verbos?)
 Com a gramática e o dicionário
 faremos nossos pequenos exercícios.
 Mas quando lermos em voz alta o que escrevemos,
 não saberão se era prosa ou verso,
 e perguntarão o que se há de fazer com esses escritos:
 por que existe um som de voz,
 e um eco – e um horizonte de pedra
 e uma floresta de rumores e água
 que modificam os nomes e os verbos
 e tudo não é somente léxico e sintaxe.
 Assim tenho visto.
 (MEIRELES, 2005 p. 29)

As palavras escritas podem ser meros conceitos, significados vazios. Os escritos pronunciados e assumidos podem ser mais, pois partem do escritor para ir além, em busca de um eco, revelando o mundo enquanto *significados sentidos*. Em outras palavras, o significado sentido pode ser entendido como: sentir (presente e imediato) o significado (conceitualização) (GENDLIN, 1978-79).

Experienciando, assim, ao culminar toda essa complexidade, diz de uma disposição de nos encontrarmos sempre em situação, já sendo afetados com uma compreensão prévia (tácita, enquanto história pessoal) e uma comunicabilidade implícita (possibilidade de simbolização), que abre-se para um possível ir adiante (significado sentido). Isso quer dizer que os significados sentidos não são nem conceitos nem experiência, mas o próprio e constante caminhar assumido para si, organizado e *autêntico*.

Porém, esse viver autêntico não pode ser entendido no sentido habitual, isto é, como a afinação ou alinhamento entre o modo de vida de uma pessoa e uma espécie de essência ou direção previamente estabelecida e oculta (GENDLIN, 1978-79). Mas, como dito anteriormente, somos experienciando, enquanto somos constantemente afetados pelo mundo, pelos outros e por nós mesmos. Assim, a autenticidade seria, diante do experienciando (no-mundo) e fazendo referência direta a ele, o constante perder-se, encontrar-se e assumir-se, enquanto significado sentido, organizando, lidando e expressando o que antes era vivido de forma vaga. Nas palavras de Morato (2009) “é um ‘ir para trás’ para ‘trazer-se a si’ e ‘ir adiante’; um encontrar-se, uma autenticidade” (p. 28).

Isso quer dizer que, ao se abrir espaço para o compartilhamento de experiências, a situação de supervisão, vista desse ângulo, é um lugar em que o profissional ou

estudante pode, por meio da compreensão e do contato com seu experienciando, transitar entre as possibilidades de ser e de conhecer seu fazer, aprimorando o saber-fazer (ou saber de ofício), ao torná-lo cada vez mais próprio, artesanal, moldável diante de cada situação desafiadora.

Dessa forma, o espaço de supervisão reflete, de uma forma específica e localizada, embora argilosa, uma especificidade do próprio fazer do psicólogo enquanto profissional do encontro (FIGUEIREDO, 1993). Diante da problemática da “multiplicidade oficial” presente e assumida dessa ciência e profissão, o autor reflete sobre a identidade do psicólogo, definindo o psicólogo como o profissional do encontro, que atua *dispondo-se ao outro*, sendo o psicólogo aquele profissional que faz da alteridade sua ocupação. Dessa forma, o psicólogo abrindo-se para que o outro se apresente e *narre* sua história, buscando, ao compreendê-la, compreende também a sua própria condição. Em supervisão, essa apropriação acontece junto ao supervisor que, ao mergulhar na história narrada na situação de supervisão, mergulha em sua própria condição a se definir, igualmente transitando entre as possibilidades de ser (supervisor/psicólogo) e aprimorando seu saber de ofício¹³. Quer dizer, por meio de imersão e retorno sucessivos, perscrutando assim possibilidades de ações que permeiem a condição humana em seu caráter mais próprio e autêntico, dispõe-se, da desconstrução desse saber-fazer prévio (supervisão de apoio), para reencontrá-la junto aos Agentes Comunitários de Saúde.

Cabe então questionar: Como seria essa supervisão moldada junto aos Agentes Comunitários? Pois, sua condição não é meramente a de um profissional de Saúde, quer dizer, que assume o cuidado em relação à saúde como ofício, mas também é participante da vida comunitária. Em supervisão, estariam refletidas as relações profissionais relatadas e a própria vida comunitária vista por esses agentes comunitários e de Saúde? Como? Além disso, diante da necessidade de descentralização dos serviços de Saúde Pública com vistas à inserção na vida comunitária, onde e como se configuraria o espaço de supervisão?

¹³ Cabe ressaltar que Figueiredo lança, com essa ideia de profissional do encontro, um perfil de “profissional ideal”, pois o psicólogo profissional do encontro é aquele que estaria ética e politicamente (no sentido da construção do bem comum entre os homens) comprometido com a população atendida, a construção do saber-fazer próprio e coletivo e as necessidades sociais. Nessa perspectiva, como ficará claro nos capítulos a seguir, aos ACSs e à equipe (quicá aos profissionais de Saúde em geral), cale a mesma condição de profissional do encontro. Essa perspectiva do encontro (lidar e construir a prática na e pela alteridade) está presente também nas experiências que deram origem à PNAB e à ESF. Por fim, como aponta Sevigny (2001), essa perspectiva de construir a ação (saber-fazer) por meio da alteridade é o que constitui a abordagem clínica nas Ciências Humanas.

Metodologia

No meio do caminho tinha uma pedra.
Tinha uma pedra no meio do caminho.
Tinha uma pedra.
No meio do caminho tinha uma pedra.

Nunca me esquecerei desse acontecimento,
Na vida de minhas retinas tão fatigadas.
Nunca me esquecerei que no meio do caminho
Tinha uma pedra.
Tinha uma pedra no meio do caminho.
No meio do caminho tinha uma pedra.

(Carlos Drummond de Andrade – *No meio do caminho*)

Em muitas pesquisas que li, o capítulo ou parte do texto intitulado “método” ou “metodologia” aparecia quase como uma digressão. A maioria desses textos se inicia com uma apresentação da temática, das questões fundamentais que desembocam em objetivos – isto é, o fim pretendido. Junto aos objetivos, ora antes, ora depois, estende-se uma intrincada discussão teórica que visa a dar corpo e amplitude à temática, problemática e objetivo, ao mesmo tempo que os justifica. Tudo concatenado quando, de repente, o método! Por vezes ele aparece quase como uma manchete de jornal: “foram entrevistados cinco participantes”; “os dados foram submetidos à análise estatística inferencial visando à consecução dos objetivos”; “serão considerados apenas os sujeitos que atenderem aos requisitos de inclusão acima listados” etc. Qual o sentido do método? O que e como ele se justifica?

Na época de minha graduação, como aluno e depois monitor de uma disciplina intitulada “Métodos da Pesquisa em Psicologia” (MPP), cujo objetivo era apresentar aos alunos os caminhos da produção de conhecimento em Psicologia, passei a compreender melhor a exigência do método: não basta comunicar o conhecimento, sempre precisamos mostrar como o produzimos, como chegamos até o produto final (o texto, o conhecimento final da pesquisa). Mais tarde, já formado, durante minha pesquisa de mestrado, cursei a mesma disciplina, com o mesmo objetivo, porém com maior aprofundamento. Nela, lemos e discutimos a trajetória da Ciência desde Descartes até os dias atuais. Passamos pelo *Discurso do método*, pela *Crítica da razão pura*, por textos do Círculo de Viena, em que figuravam nomes importantes da teoria do conhecimento, como, Ernst Mach, Rudolf Carnap e Karl Popper. Nesse ínterim, foi dedicado tempo especial à obra de Thomas Kuhn, *Estrutura das revoluções científicas*, estudada na íntegra. Essa disciplina me

iniciou no estudo dos fundamentos epistemológicos da Ciência Moderna, desde o surgimento da Psicologia como disciplina destinada a fundamentar a Ciência e a Filosofia, até sua estruturação como ciência independente e profissão. Ao final, a ideia que tinha acerca da produção de conhecimento em Psicologia já era outra.

Como trabalho final, foi-nos exigido uma discussão sobre a fundamentação metodológica, isto é, o que e como era entendido enquanto conhecimento válido e possível em nossas pesquisas? Quais os pilares fundamentais (ou *a priori* imperativo)? E, como esse fundamento, sustentava o uso dos instrumentos e os procedimentos da pesquisa, visando à sua conclusão?

Nessa mesma época, iniciava meus estudos em fenomenologia, com tentativas de compreender o pensamento de Edmund Husserl. Como me foi aconselhado, o primeiro texto lido foi “A crise da humanidade europeia e a fenomenologia” (HUSSERL, 2006), cuja introdução, escrita por Urbano Zilles, faz um resumo do pensamento de Husserl e o texto principal é uma conferência proferida pelo filósofo alemão acerca dos prejuízos funestos decorrentes da escassez de fundamento da Ciência e da Filosofia europeia no início do século XX. Husserl propõe, quase como uma esperança, um novo modo de pensar e entender o conhecimento: a fenomenologia. Ele acreditava que um questionamento radical que tem como etapa a suspensão dos pressupostos já tidos como naturais acerca dos fenômenos e dos fundamentos do conhecimento vigente (Ciência e Filosofia) e a conseguinte busca por fundamentos mais seguros, poderia projetar um futuro mais promissor para a humanidade.

Mais tarde, um pouco antes de minha entrada no LEFE, iniciei o estudo da fenomenologia existencial como possibilidade de conhecimento nas Ciências Humanas. Nessa jornada, o livro *Analítica do sentido*, de Dulce Critelli (2007), foi transformador, pois dava voz a algo que me aparecia tacitamente, como um assombro: “o que funda o pensamento (e sua posterior formalização metodológica) é a existência” (p. 26). Ou seja, toda busca por conhecimento, toda questão originária de uma investigação implica e põe sempre em jogo (mesmo que não se queira) a existência de todos os envolvidos. Assim, buscar fundamentos outros é já uma transformação no existir. Nesse mesmo ensejo, o livro de Boaventura de Sousa Santos (2008) intitulado *Um discurso sobre a ciência* contém três expressões fundamentais: “todo o conhecimento científico-natural é conhecimento científico-social” (p. 61); “todo o conhecimento é local e total” (p. 73); e “todo o conhecimento é autoconhecimento” (p. 80).

Esses autores trouxeram, para mim, a complexidade das metodologias, que pode ser expressa numa questão: Como conjugar a singularidade dos *acontecimentos* testemunhados por mim e a generalidade dos discursos acerca das possibilidades de conhecimento?

Para dar andamento a essa questão metodológica e, assim, fundamentar o caminho (e o caminhar) desta pesquisa, proponho refletir sobre dois acontecimentos que me são emblemáticos. Neles encontrei uma sustentação acerca do caminho percorrido que fundamentou a construção desta pesquisa como “história”.

Para a construção da pesquisa, também, utilizei-me de instrumentais diversos, cujos usos serão explicados no início de cada capítulo, quando pertinente. Para ser mais claro, cabe um breve resumo. O capítulo II (AS PERSONAGENS ELAS MESMAS) foi construído com base nas entrevistas transcritas que fiz com os ACSs; O capítulo III (O CENÁRIO) expõe o resultado de pesquisa bibliográfica e documental acerca da PNAB, da ESF e do ACS com vistas ao entendimento do cenário macropolítico no qual a pesquisa-história se insere; o capítulo IV (O ENREDO: DO ENCANTAMENTO AO ESTRANHAMENTO) teve como matéria-prima o meu diário de campo de pesquisa e duas entrevistas de devolutiva; já o capítulo V [CONVERSA(ÇÃO)] foi construído em torno de gravações de reuniões de contação de causos. No início de cada um deles, faço uma exposição de como entendo entrevistas, diários e reuniões em grupo, bem como esclareço o modo como utilizei esse material.

O escritor

Certa vez, em abril de 2013, escrevi sobre “O mistério das letras”:

Hoje estava cansado e fui dar uma volta no lago. Sentei-me em um banco à sua margem, para aproveitar a vista e descansar os olhos. O lago, sereno e espelhado me felicitava.

Correndo o olho pela paisagem, chamou-me a atenção um rapaz sentado em outro banco. Ele estava com um caderno no colo e com uma caneta na mão (ou será que era um lápis?). A caneta estava posicionada, pronta a escrever e ele, assim como eu, olhava o lago. Olhava, se demorava, parecia esperar algo. Seria um desenhista? Não! Ele escreveu algo. Uma linha. Parou. Olhou o lago. Escreveu. Estaria descrevendo a paisagem? Mais uma vez escreveu. Riscou enquanto negava com a cabeça. Parou. Ergueu a cabeça e olhou o lago. Apertou os olhos, mexeu a cabeça como se estivesse tentando mudar de perspectiva (mesmo que imóvel). Quando encontrou o que procurava, se contorceu em assentimento e escreveu (o que será que viu?). Escreveu bastante! Então, de repente parou. Voltou e leu. Riscou um pouco, puxou setas, escreveu nos lados da folha e nas entrelinhas, mas apenas algumas palavras. Para ficar mais claro, certamente. Parou e olhou o lago. Olhou para o céu, para as árvores. Largou a caneta e distendeu o corpo, suspirou. Seria uma carta de amor que escrevia? Certamente um rascunho. Voltou a olhar o lago, agora com as mãos livres da caneta e do caderno. Gesticulou com a mão em direção ao lago, como se manuseasse algo, ergueu as sobrancelhas como quem encontra um velho amigo e se empolgou! Escreveu agitando todo o corpo. Vibrou.

Pouco tempo depois notou minha observação e se fechou. Eu, encabulado, levantei-me e voltei a caminhar...

Eis minha primeira consideração metodológica: a escrita. Afinal, este é um trabalho escrito e como escritura ele ganhará abrangência, quem sabe, maior que minha própria existência – a possibilidade da imortalidade pela escrita é um tema antigo para a humanidade. Também, porque muitas vezes ao longo desta pesquisa lembrei desse acontecimento no lago. Assim como o escritor no lago, eu me via (e me vejo) buscando, olhando, re(vi)vendo, refletindo, na tentativa de encontrar um caminho e as palavras para relatar e conseguir com que o leitor – e eu mesmo – entenda (mesmo na minha ausência) o texto. Mas, entenda o quê?

Sendo a metodologia o esforço de explicitação dos fundamentos do caminho da pesquisa e a abertura das possibilidades do caminhar, há de se considerar que esta pesquisa de doutoramento se finda nesta comunicação escrita, depois oral. Assim, olhar para seus fundamentos implica considerar o modo como escrevi e entendi a escrita na produção deste texto.

Por exemplo, os diários que compõem um importante guia para a construção da pesquisa foram uma forma de registrar, salvaguarda ao esquecimento, os acontecimentos e suas impressões e/ou apreensões em mim. Por muitas vezes, quando voltava do campo, ficava matutando o que e como escreveria. Isso às vezes levava dias (às vezes não). Às vezes iniciava-se a escrita em um dia e terminava em outro. Em outros momentos, voltava ao texto já escrito um ou dois dias depois, pois havia lembrado de algo ou *descoberto* alguma coisa nova que precisava ser registrada, o que por vezes exigia mudanças radicais no texto. Nesse ir e vir, ler e reler, escrever, lembrar e reescrever, vi-me implicado no texto e no acontecimento ao mesmo tempo. As sensações, os pensamentos, os diálogos e toda a complexidade confusa, e por vezes até cega dos acontecimentos, me assombrava e exigia respeito. Tentava digeri-lo, metabolizá-lo e expressá-lo em palavras escritas, respondendo a esse compromisso. Preocupado com o entendimento, dos outros e meu no futuro, mas acima de tudo, em dizer o que era importante e necessário de ser dito, fui muitas vezes assombrado nas noites entre uma escrita e outra pela fantasia da traição. Imaginava meus interlocutores em campo lendo meu trabalho e dizendo que o que ali estava escrito nada tinha a ver com o acontecimento testemunhado. Escrever era quase ficar em constante tentativa, ensaio... Até que, ora pelo cansaço, ora por alguma força oculta, era tomado por certo aconchego, satisfazia-me e dizia a mim mesmo: “É isso!” O diário estava finalizado. Tentar compreender o momento desse aconchego é, para mim, uma questão metodológica.

Uma pista de como poderia compreender e começar a desvendar o mistério das letras veio em meus estudos de Heidegger (1927:2012, § 7), que reflete acerca do sentido fundamental de *logos*, ao esclarecer o método de sua tentativa de elaborar e explicitar a ontologia fundamental. Para Heidegger, considerar *logos* como discurso “só é plenamente validado a partir da determinação do que discurso significa” (p. 113). Discurso e fala, retomando o sentido original grego (*legein*, dizer) está relacionado com: 1) *demonstrar* o que se fala para quem fala e para todos aqueles com quem se fala. Um deixar e fazer ver; 2) *revelar* algo que não pode aparecer por si mesmo, isto é, de modo diferente ao da demonstração (por exemplo um desejo, um pedido); 3) *sintetizar*, mas síntese não como

“ligar ou articular de representações” (p. 115), e sim em seu sentido etimológico, oriundo do grego *syn+tithenai*: colocar algo junto a... Como síntese, *logos* indica a ação de colocar diante dos homens e de si mesmo algo que não se faz presente. Tem “significado puramente apofântico e significa: deixar e fazer ver em seu ser *junto* com algo, deixar e fazer ver algo *como* algo.” (p. 115 – destaque do autor). Daí pode-se compreender o sentido original de uma metodologia (*meta+hodos+logos*), como deixar e fazer ver o caminhar-para (NASCENTES, 1955; MERRIAM-WEBSTER, 1998; CUNHA, 2010).

Como observei na minha escrita e *me pareceu* viver o escritor do lago; o drama envolvido em todo dizer e escrever está na possibilidade de que todo acontecimento abre a pluralidade de apreensão e apresentação, pois conduzem o acontecimento e sua testemunha para outro lugar, outro tempo, outras testemunhas. Surge aí a necessidade de escolha, pois ao mesmo tempo que o acontecimento exige e convoca quem o testemunha, que, no intuito de apresentá-lo a outrem, precisa recolhê-lo e acolhê-lo de alguma forma. Nessa apreensão, corre-se o risco de distorções e certamente um relato, por exemplo, pode ser acusado de falsidade, fantasia, ou seja, o relatado pode não corresponder ao que aconteceu, a depender de como foi expresso. Mas, alerta Heidegger (1927:2012), isso só faz sentido se estivermos apegados à noção tradicional de verdade como concordância entre o enunciado e as coisas. Ao considerar limitado esse entendimento de verdade, que padece do pressuposto da objetividade e só se faz pertinente em certa perspectiva e possibilidade de conhecimento, o filósofo propõe o retorno ao sentido fundamental de verdade como *aletheia*. O “verdadeiro” como *aletheia* remete à ação de “tirar o ente *de que* se fala do seu encobrimento, fazendo-o como não-encoberto, *descoberto*” (p. 115 – destaque do autor). Ao passo que, o ser falso, remetendo ao enganar, é tirar o ente do encobrimento como algo que ele não é. Heidegger sustenta que, no sentido original de fundamento, a verdade não reside no juízo de quem fala, mas no aparecer dos entes aos homens para quem eles se mostram e falam¹⁴, para quem pode-se apreendê-los de um modo ou de outro (isto é, em suas possibilidades singulares em cada situação). Assim, uma fala autêntica ou verdadeira está relacionada à apreensão do que se mostra em cada acontecimento e sua comunicação como um *deixar* (o que se mostra) e *fazer ver* (ação) algo *como* algo.

Heidegger se faz pertinente como um pensador para fundamentar esta metodologia, pois vejo que tanto os diários quanto esta pesquisa e também o texto que o

¹⁴ Para Heidegger (1927:2012), uma das características fundamentais da existência (*Dasein*) é a linguagem, isto é, o dizer e o escutar, pois o mundo e os fenômenos nos falam e por eles/neles falamos-somos.

escritor do lago escrevia etc., são comunicações preciosas por se pretenderem autênticas, pois permitem que os fenômenos apareçam e, ao mesmo tempo, os apresentam *como* algo. Mesmo a fantasia, o exagero, as figuras de linguagem presentes nos diários não podem, nesse sentido, ser consideradas como falsos, pois todo relatar, se comprometido com o acontecimento, mobiliza e anuncia o relator e o “de que se fala” de algum *modo*. Todo dizer é verdadeiro se comprometido com o acontecimento.

Em toda tentativa de escrever um diário ou um capítulo, a maior dificuldade foi *sintetizar* a complexidade do acontecimento e articulá-lo em um encadeamento textual, lógico, figurado ou simbólico (eis uma grande alternativa: as metáforas e alegorias). Sintetizar requer recortes, interpretações, induções etc. Recortando, interpretando, induzindo, preocupei-me em mostrar o acontecimento e ao mesmo tempo meu olhar – uma tarefa trabalhosa e angustiante, pois todo relatar é apenas uma possibilidade de apreensão que muitas vezes nega ou oculta outras. Corri (e corro), assim o risco de ter entendido mal? Certamente! Mas, escrevendo, vi que buscava algo em cada escrita (diários, capítulos etc.). Algo que era muitas vezes revelado no próprio escrever, isto é: o modo como estivera lá e o modo como os acontecimentos me atingiram, se fazem ver no dizer e no escrever. As minhas transformações ao longo deste tempo de pesquisa também foram trabalhosas, pois muitas vezes exigiam a reescrita, assumindo outra possibilidade, outra perspectiva... e a escrita pareceu (e parece) nunca ter fim? Não sei, mas parece ter um limite, afinal, só posso contar o que pude compreender. Mas, o que quer dizer “compreender algo”?

Cotidianamente empregamos o verbo compreender em algumas situações, por exemplo, quando estou diante de um enigma, e chego ao seu conhecimento central, ao cerne da questão, digo que ele foi compreendido. Também, quando chego a um entendimento pleno ou satisfatoriamente explicitável de algum assunto, expressão ou situação que me é apresentada, digo que o compreendi. Mas diferente desses modos de se referir à compreensão (como intuição/investigação e pensamento explícito), que apontam para um esforço de alcançar o conhecimento por meio da razão ou do intelecto, compreender também significa abarcar, recolher e abranger (FERREIRA, 2004). Por exemplo, quando digo que um copo de água compreende 200 ml de líquido, afirmo que existe no copo uma função de recolhimento. Compreender, assim, também significa, a ação de recolher a água lançada dentro, por meio do vazio do copo disposto com a abertura voltada para cima – do contrário, o copo não compreenderia a água, mas, quem sabe, outra coisa. Tal ação diz que essa água, quando lançada pela abertura que a

compreende, é recebida naquilo que a compreende. Compreender água é o sentido de copo *como* copo – afinal um copo foi originalmente feito para compreender água, mas isso não encerra suas possibilidades. Compreender é o fundamento do dizer e do escrever.

Esse modo de compreender a compreensão tem a ver com sua raiz etimológica, isto é, como *com-prehendere* (latim), sendo que *com* significa “junto a” e *prehendere*, está relacionado a *pendhere* (prender, agarrar, pendurar), originário de *prae* (frente a, diante de) e *hendere*, que remete às heras que se *prendem* ao muro (NASCENTES, 1955; MERRIAM-WEBSTER, 1998; CUNHA, 2010). Com isso, temos que o verbo compreender indica a ação de se prender junto a algo diante do qual estamos e permanecemos.

Na Filosofia e Ciência Contemporâneas, compreender marca a distinção do modo de conhecer hegemônico na modernidade pela demonstração racional, que visa a alcançar a exata previsão de um evento elucidada pelo conhecimento de sua causa anterior. Assim o estabelecimento geral desses eventos permite a elucidação de uma lei imutável e, por essa via, o conhecimento racional teria sua excelência na formalização da conformidade da relação causa-efeito com a lei universal conceitualmente construída. Porém, no fim do século XIX, com a dificuldade de estabelecimento de uma lei universal para o mundo e história do homem, e por meio da meditação sobre os métodos empregados nas recém-chamadas Ciências Humanas, a compreensão passa a ocupar questão central nas discussões acerca das possibilidades de efetivação dessas ciências (ABBAGNANO, 2007).

Já para Heidegger (1927:2012, § 31), em sua ontologia fundamental, compreender (*verstehen*) é uma das características fundamentais de nossa existência, pois em toda e qualquer situação, *sempre compreendemos algo de alguma forma*, quer dizer, em cada situação já compreendemos a nós mesmos, aos outros e ao mundo sincronicamente e num determinado sentido. Estaria assim a noção de compreensão, empregada pelo filósofo para se referir à especificidade do humano que somos, *mais próxima*¹⁵ à noção de

¹⁵ Aqui, em pesquisa etimológica, noto uma dificuldade linguística, pois o étimo usado por Heidegger para designar o compreender é *verstehen* (compreender, entender), vem de *stän*, que tem origem no latim *stare* (Ficar em pé - origem do verbo estar em português), do grego *histanai*, fixar, colocar em equilíbrio. E a raiz de *histanai* remete a uma das formas de *einai* (gr.): ser/estar. Nas línguas latinas atuais, há uma distância não intercambiável entre ser e estar, mas nas línguas germânicas e saxônicas (assim como no grego) ser e estar são intercambiáveis e fundidos, muitas vezes, no verbo ser (diz-se “*Ich bin*” ou “*I am*”... Eu sou/estou). O sentido de *verstehen* em *Ser e tempo* é mostrar justamente a implicação de ser e estar no mundo. Mais precisamente, Heidegger realiza uma descrição fenomenológica que revela essa implicação. Compreender (*verstehen*), em *Ser e tempo*, revela, assim, um sempre ser-estar-no-mundo sendo interpelado, apreendendo, revelando e ocultando o si mesmo, o mundo e os outros ao mesmo tempo e de uma só vez. A tradução de *verstehen* por compreender ou entender (como propôs Fausto Castilho) guarda somente parte

compreensão como abertura e apreensão oriunda da raiz etimológica acima apresentada do que da significação de compreensão como “‘intuição’ e ‘pensamento’, (...) ambos derivados já distantes do compreender” (p. 419). Desse modo, em cada momento, acontecimento e/ou em cada situação, acolhemos e, de início, sempre nos prendemos a uma *possibilidade* de significação de nós mesmos, dos outros e do mundo. Contudo, essas possibilidades não devem ser entendidas como pura possibilidade, livre-arbítrio ou libertinagem, pois

(...) não há simplesmente como pensar um puro poder-ser que, a partir de um processo de autoexame, se decidiria por tal ou tal possibilidade de sua existência. Não há absolutamente uma tal situação, porque o próprio momento de decisão já se constituiria necessariamente como uma possibilidade e inviabilizaria, conseqüentemente, a suposição de um puro poder-ser. (CASANOVA, 2010, p. 91).

Não existindo um puro poder-ser também não há algo como um sujeito puro que primeiro existe e só depois escolhe e se realiza num mundo *a priori* e também puro, pois a evidência primeira que posso ter acerca de mim mesmo é a de que sempre *tenho que ser* de um determinado modo já e sempre lançado no mundo (HEIDEGGER, 1927:2012).

Surgem aí, de início, duas implicações fundamentais: 1) sempre compreendo tacitamente *o que* e *como* está acontecendo; 2) ao compreender o que e como está acontecendo, compreendo *o que* e *como* estou/sou¹⁶; e 3) a compreensão revela o constante estar em jogo da existência como sua característica mais fundamental. Toda tentativa de fala, comunicação e escrita está submetida a essas duas implicações? Essa questão aponta para uma direção: assim como o compreender, a escrita não é algo constitutivo de e exclusivo às elaborações conceituais, mas está originariamente ligada a um modo de ser/estar lançado e disposto nos acontecimentos¹⁷, um estado de ânimo, uma tonalidade afetiva que colore e orienta meu olhar, pensar e agir *em* e *por* cada momento. Dessa forma, toda possibilidade de realização de um conhecimento está ligada

desse sentido de implicação de ser-estar-no-mundo. (Disponível em: <<http://www.etymonline.com> e <http://unabridged.merriam-webster.com>>. Acesso em: 14 de jan. 2017).

¹⁶ No sentido de *Ereignis* e também de *Geschehnis* que, em grande parte da obra de Heidegger são próximos (INWOOD, 2002).

¹⁷ Na filosofia de Heidegger em *Ser e tempo*, essa é também uma característica fundamental da existência. No alemão, ele a nomeia como *Befindlichkeit*, étimo composto pelo radical *find* (encontrar) que compõe o verbo nuclear *befind* (reflexivo a encontrar, encontrar-se). A adjetivação substantivada desse verbo conclui a composição da palavra e indica uma qualidade e um senso de como-se-encontra (MORATO, 2009), ou a um *how-are-you-ness* (GENDLIN, 1978-79).

necessariamente ao jogo da existência caracterizado pela compreensão e que pode ser evidenciada *na* tarefa (ação, decisão e reflexão) fundamental de todos os homens: realizar-se (no e pelo acontecimento)¹⁸.

Essa tarefa de existir, compreendendo a si mesmo, ao mundo e aos outros, é o que Heidegger (1927:2012, § 41-42) chama de cuidado (*Sorge*)¹⁹, isto é, o modo como *sempre* sou/estou é na lida com os outros, comigo e com o mundo. Isso quer dizer que, nas possibilidades (poder-ser), meu ser está em jogo e sempre e a cada momento conquisto/construo um modo de ser, isto é, escolhendo e/ou deixando de escolher, fazendo e/ou deixando de fazer, gostando e/ou desgostando. De um modo e/ou de outro, cuido. Assim como o compreender, a meditação heideggeriana acerca da existência como cuidado não remete a uma estrutura *a priori* e pura que se relaciona com o mundo, mas sim a um “cuidando, sou-estou-no-mundo-com-outros”.

Além da articulação entre o compreender como abertura de possibilidades por meio do modo como nos encontramos em cada acontecimento e o existir cotidiano, a filosofia de Heidegger tece crítica à primazia da compreensão como cognição. Conforme indicado acima, toda compreensão é compreensão de algo como algo por meio de uma disposição (anterior ou provocada pelo acontecimento) que abre possibilidades de ser (assim pro-jeta futuro). O que o filósofo propõe com isso é que a compreensão é sempre primeiramente prática e tácita e indissociável de construções teóricas anteriormente assumidas. Dizendo de outra forma, a fenomenologia de Heidegger rompe com a separação entre teoria e prática, pois toda ação no mundo está fundada numa compreensão, por mais tácita e implícita que ela seja. Em toda lida cotidiana há uma compreensão precedente (no sentido de uma tradição/história pessoal e coletiva, isto é, é teórica e prática ao mesmo tempo) do que e como são as coisas com que se lida, os outros e si mesmo. A compreender é, portanto, sempre operacionalizar, por assim dizer. Segundo Casanova (2006, p. 46), de início e na maioria das vezes não compreendo

¹⁸ Portanto, histórico e temporal.

¹⁹ Aqui também faço referência aos modos temáticos de cuidado, isto é, a ocupação (*Besorgen*) e a preocupação-com (*Fürsorge*) (HEIDEGGER, 1927:2012, § 26-27). Do vestuário, da alimentação, da carreira, nos ocupamos. Do nosso corpo, das pessoas queridas por nós, nos preocupamos. Quer dizer, a ocupação (*Besorgen*) é o cuidado (*Sorge*) específico aos entes que têm características subsistentes (*Vorhandenheit*) e dos instrumentos utilizáveis (*Zuhandenheit*). Aos entes que possuem a característica de Ser-aí (*Dasein*), nos preocupamos (*Fürsorge*). Além disso, Heidegger distingue dois modos de preocupação: “Pode como que retirar o ‘cuidado’ do outro, ocupando seu lugar na ocupação, *substituindo-o*. (...) Em oposição está a possibilidade de uma preocupação que não substitui o outro, tanto que o *pressupõe* em seu poder-ser existencial, não para retirar-lhe o ‘cuidado’, mas para, ao contrário, restituí-lo propriamente como tal”. (HEIDEGGER, 1927:2012, p. 353 – destaques do autor).

(...) o que cada utensílio significa por meio de uma apreensão temática de cada um deles em particular, mas muito mais por meio de uma paulatina adequação às estruturas complexas que eles trazem consigo ao virem ao encontro do ser-aí²⁰ cotidianamente e de uma adoção de algum mobilizador estrutural também previamente cristalizado em seu mundo.

Isso quer dizer que toda compreensão de início não só é tácita (silenciosa), como me projeta para possibilidades possíveis (não puras). Essas possibilidades só se efetivam como cuidado com base em uma elaboração que assume as possibilidades e lhes dá um encaminhamento próprio. Heidegger chama essa elaboração de interpretação. Nela a compreensão fundamental, como abertura de possibilidades por meio da estrutura previamente cristalizada de cada existência, se apropria do que e de como compreende. Toda interpretação tem seu fundamento primeiro na compreensão. Assim, toda fala e escrita são modos possíveis de expressão da interpretação (HEIDEGGER, 1927:2012).

Retomando, então, a questão da fala como fazer ver algo *como* algo, a origem de toda fala e escrita é a convocação que cada acontecimento exige de suas testemunhas. Dizendo de outro modo, na questão: O que e como será que mobilizou o escritor do lago a estar lá sentado, escolher as palavras, abandoná-las, escrever e reescrever? A mobilização é a possibilidade já aberta (compreendida) na complexidade do acontecimento. Se olho, então, um texto que escrevi, a ênfase do texto, as palavras, o estilo, vão desenhando o *como* o acontecimento narrado foi por mim compreendido e o modo como me exigiu ser-estar nele. A interpretação se faz presente no *como* (ad-vérbio de modo).

Porém, para Heidegger (1927:2012, § 32) a questão é ainda mais complexa, pois ele alerta para o perigo de se compreender a interpretação como a experiência vivida e pura que é recoberta por uma interpretação.

Ela não lança, por assim dizer, um “significado” sobre a nudez de algo simplesmente dado, nem cola sobre ele um valor. O que acontece é que, no que vem ao encontro dentro do mundo como tal, o entender [*verstehen*] sempre já abriu uma conjunção que a interpretação expõe (p. 425).

²⁰ Ser-aí é a tradução literal de *Dasein* (alemão), étimo usado por Heidegger (1927:2012) para designar a característica mais fundamental do ente que somos. Composto pela aglutinação do verbo ser-estar (*sein*) no infinitivo e um advérbio indefinido (*Da*), Heidegger diz que fundamentalmente somos-estamos o aí que nos é aberto. Por esta via, seria sectário atribuir qualquer definição prévia ao ente que somos (homem, animal racional, sujeito do inconsciente, criatura etc.) sem considerar a conjunção historial.

Um carro, na esmagadora maioria das vezes, imediatamente se me mostra *como* carro, uma caneta *como* uma caneta, um escritor no lago *como* um escritor no lago. Disso posso tirar três coisas: sempre já compreendo-interpretando; essa interpretação é o que dá forma ao meu existir cotidiano (como cuidado); e toda interpretação parte de pressupostos. Ela imediatamente os anuncia. Esses pressupostos são constituídos, por uma posição, visão e concepção prévias²¹, formando uma trama de significados construídos pela humanidade ao longo do tempo e que toca a todos nós e nos orientam desde nosso nascimento. Essa trama tem, de imediato, o caráter de real(idade) (CRITELLI, 2007).

Seria também um erro considerar esses pressupostos como algo a ser evitado, pois neles se escondem:

a possibilidade positiva do conhecimento mais originário, possibilidade que só pode ser verdadeiramente efetivada de modo autêntico, se a interpretação entende que sua primeira, constante e última tarefa consiste em não deixar o ter-prévio, o ver-prévio e o conceber-prévio lhe sejam dados por ocorrências e conceitos populares, mas em se assegurar do tema científico mediante sua elaboração a partir das coisas elas mesmas. (HEIDEGGER, 1927:2012, p. 433).

Interpretar é uma ação, escrever é perpetuar essa ação, mas o texto apresentado é escrito e a fala pronunciada, são coisa “acabada”. O texto e a fala são, portanto, modos derivados e singulares da interpretação que, ao mesmo tempo que deixam e fazem ver o que foi compreendido e interpretado, também podem (se guiados pela coisa mesma, como diz Heidegger) desvelar a compreensão e a interpretação de quem fala/escreve, isto é, o fundamento existencial provisório que foi capturado pelas palavras que compõem o texto e a fala e expressam seu sentido. Clarice Lispector expressa isso ao meditar sobre o próprio escrever:

Então escrever é o modo de quem tem a palavra como isca: a palavra pescando o que não é palavra. Quando essa não-palavra – a entrelinha – morde a isca, alguma coisa se escreveu. Uma vez que se pescou a entrelinha, poder-se-ia com alívio jogar a palavra fora. Mas aí cessa a analogia: a não-palavra, ao morder a isca, incorporou-a. O que salva então é escrever distraidamente. (LISPECTOR, 1999, p. 121).

²¹ À junção da posição, visão e concepção prévias Heidegger (1927:2012) chama de estrutura-como da interpretação.

Um texto revela o sentido existencial do escritor (as entrelinhas). Porém, esse sentido também pode ser (e muitas vezes é) de imediato interpretado, o que leva a outro texto, e assim por diante. Ao ler um texto ou ouvir uma fala, isto é, ao interpretar uma interpretação, sou tomado no e pelo outro, sendo/estando junto a ele, em sua compreensão fundamental, e naquilo que, falado ou escrito, se desvela. Nessa partilha, não só acontece uma mera transmissão de sentenças racionalmente construídas, mas se dão a ver, na fala ou escrita, as possibilidades abertas em seu autor pelos acontecimentos compreendidos e sua interpretação que as confirmam como uma ação e um modo de ser (cuidado), ao mesmo tempo em que deixa e faz ver o próprio acontecimento. Eis o sentido originário de comunicação²²: tornar algo comum.

Também, um texto e uma fala podem desvelar o sentido, isto é, um horizonte a *fim de que* eu mesmo, os outros e o mundo sejam, precisem, mereçam ser cuidados de tal ou qual modo. Sentido diz de um por-vir (futuro) para o qual toda existência sempre caminha (e só é revelável no caminhar mesmo) e que torna possível a interpretação do sentido das ações próprias, dos outros e do mundo. Por exemplo, somente por meio de um horizonte expresso como necessidade de se criar uma mesa de madeira para se escrever – mesa esta que ainda não foi feita – é que posso chamar essa ação humana (construção da mesa projetada) de marcenaria, ao mesmo tempo que seu ator se torna marceneiro. Esse marceneiro, ao se dedicar à tarefa de fazer mesas para escrever de tal e qual maneira, utilizando-se de técnicas, instrumentos, manuseios tácitos e explícitos, torna público (comunica) o modo como cuida do seu existir. Assim a condição de cuidado traz consigo a temporalidade, que evidencia a compreensão da ação humana sempre em um horizonte de sentido.

Evidencio aqui o caráter sempre singular do existir em seu modo de ser. Como o exemplo do marceneiro comunica, sua existência se dá sempre na tensão entre os modos de ser (cuidar) próprios e impróprios (impessoais, da tradição). Próprio e impróprio não devem ser entendidos como opostos ou segundo valores ou prescrições a serem seguidas, mas como campo de tensão em que todo existir, enquanto cuidado, está sempre oscilando e compondo. Assim, propriedade remete à assunção das possibilidades do nosso existir, e impropriedade, à imersão nos significados sedimentados no cotidiano e na tradição

²² Heidegger (1927:2012, § 34) chama esse sentido de comunicação como discurso (*Rede*). Para ele, discurso é, assim como o compreender e o interpretar, um modo fundamental de abertura que constitui o cuidado (o ser do ser-aí). Para o filósofo, discurso não é “algo assim como o transporte de vivências, por exemplo, de opiniões e desejos, do interior de um sujeito para o interior de um outro” (p. 457), mas o fundamento de todo o comum, por exemplo, a linguagem.

histórica que desde o nascimento sempre herdamos. Assim, o marceneiro, ao utilizar os instrumentos, as técnicas e a própria ideia de mesa de escrever se inscreve socialmente (impropriedade) e é reconhecido como marceneiro. Porém, em seu fazer *pode* acrescentar, reorientar e/ou criar elementos significativos (técnicas, detalhes, procedimentos, ideias etc.) que impactam diretamente a tradição da marcenaria e, ao mesmo tempo, o constituem e o realizam como marceneiro. Cuidando estou-sou (singular e pluralmente ao mesmo tempo) em jogo, nesse jogo me realizo e realizo o real pela e na comunicação, pois

nenhum olhar é meramente individual, ainda que seja o indivíduo que vê. E isto porque o indivíduo não é jamais um ente “solipso”, mas coexiste. A coexistência é o fundamento de toda possibilidade humana de *compreender* e de todas as formas expressas de *conhecer*, de referir-se ao que é, inclusive a si mesmo. (CRITELLI, 2007, p. 73-74 – destaques da autora).

Esse modo fundamental da coexistência acontece por um movimento de realização tal que o que foi des-coberto é re-velado e conduzido adiante pela linguagem e, assim, colocado, disposto, à avaliação e relevância pública (é publicizado ou testemunhado). O desvelado, revelado, testemunhado e veracizado torna-se, via transmissão de homem a homem, geração a geração, um *modo de ser* (cuidado) possível e reconhecido (às vezes torna-se impessoal), portanto um modo fundamental de abertura em que os entes *podem* se mostrar tal como se mostram (sentido) (CRITELLI, 2007).

No discurso o real se realiza e os homens se realizam, pois, “para o homem, aquilo que não se fala, simplesmente não existe” (CRITELLI, 2007, p. 81). O discurso, isto é, toda forma de apreensão, entendimento e comunicação é uma possibilidade de conservação daquilo que nos aparece na singularidade conjuntural de um acontecimento, bem como a possibilidade de cuidar dele e torná-lo uma herança para a humanidade. Do contrário, o que se mostrou no acontecimento voltaria ao seu ocultamento, ou cairia no esquecimento. Porém, toda forma de discurso, isto é, de conservação do desvelado é também uma forma sempre parcial, mas que mantém o desvelado em vigência: é uma revelação. Essa é a função das teorias, dos argumentos, do senso comum: “a reunião dos significados das coisas, a fim de exibi-las em seu sentido, em seus nexos e possibilidades ininterruptas de aparecimento” (CRITELLI, 2007, p. 82).

A revelação se efetiva e ganha maior profusão ao se tornar pública. A noção de público só faz sentido no mundo que é o nosso, humano. Revelar algo a alguém, como comunicação faz ver o que foi vivido e também assume o caráter de público, isto é, pode ser avaliado, julgado, retido, pode tomar relevância pública, assim, comprometendo²³ o discursante/escrevente. Como exemplo, proponho a história de um garoto apaixonado que, num primeiro momento, vive sua paixão em segredo. A paixão pela garota (ou pelo garoto) lhe foi desvelada e ele a revela (nomeia) para si de muitas formas, mas em segredo. Estando em segredo, a paixão *pode* durar enquanto o garoto existir. Ela é, nesse momento, tão finita quanto ele. Mas, se ele decidir declarar-se, estará comprometido e o seu sentimento secreto será exposto à relevância pública. Ele estará tão comprometido que sua história para si mesmo e para os que testemunharam sua declaração será contada como alguém apaixonado por aquela garota. Mesmo que ele deixe de existir, sua história persistirá e poderá ser contada e re-contada. No momento da declaração, seu futuro está em jogo. Pode enamorar-se com a garota ou não, ou ainda outras tantas possibilidades. Ao contar, realizou-se publicamente como amante. Ao contar e ser ouvido realizou mais uma vez o ser/estar-apassionado dos homens.

Em toda comunicação o real, o sentido e as possibilidades podem se dar a ver. Nesse sentido, a imersão atenta no cotidiano expresso nos diários pode desvelar as possibilidades nele imersas. Esse é o solo pelo qual, seja na confecção dos diários, no trabalho com as entrevistas ou reuniões (de causos), dei andamento à minha questão de pesquisa (Como seria possível uma ação do psicólogo *junto* aos ACSs?). Na perspectiva aqui apresentada, essa questão exigiu que a investigação de tais possibilidades se desse na lida cotidiana. Em outras palavras, por meio da imersão atenta da ação desses agentes e da comunicação do seu modo-de-ser, fomos construindo e costurando fazeres, saberes e dizeres nos acontecimentos por nós testemunhados.

Isso quer dizer que, com as idas periódicas a essa Unidade da ESF e, tendo acompanhado e participado do trabalho dos ACSs, fui tomado por estranhezas, questionei, aprendi, ensaiei ações, me questionei etc. Também, conversei, discuti, me comprometi, participei, esqueci. Isso tudo foi sendo escrito em meu diário de campo. Além disso, ao me debruçar sobre as entrevistas e reuniões (de causos) transcritas e à memória de seu acontecimento, pude apresentar uma compreensão-interpretação que

²³ “Compromete” em seu sentido etimológico. Do latim *compromittere*, que pode ser desmembrado em *com* (junto a), *pro* (adiante) e *mittere* (enviar, encaminhar), tem o sentido de uma perspectiva futura assumida junto a alguém (NASCENTES, 1955; MERRIAM-WEBSTER, 1998; CUNHA, 2010).

compõe, junto com os diários, esta pesquisa. Esses escritos, como dito, são uma comunicação de minhas interpretações e das interpretações dos ACSs (nas entrevistas) com base no modo como compreendemos (e fomos compreendendo nos acontecimentos) ser psicólogo e ACS. Não estariam presentes (de modo velado) na compreensão fundamental de ser psicólogo e ser agente – e comunicadas (entrevistas, diários, reuniões) em cada evento cotidiano –, as possibilidades abertas pelo acontecimento “um psicólogo junto aos ACSs no cotidiano da ESF”? Pareceu-me pertinente a tarefa de realizar, então, uma interpretação do sentido (ou interpretação da interpretação) desse material, visando à consecução dos objetivos e o encaminhamento da questão.

Consenso e implicação: a pesquisa como atitude clínica

A tarefa metodológica já está minimamente esclarecida: interpretar as interpretações na busca pela apreensão das possibilidades compreendidas. Agora, então, é necessário explicitar como essa interpretação do sentido pôde acontecer e, ao mesmo tempo, mostrar suas implicações na pesquisa. Isso nos leva à segunda situação que me ajudou a perceber e construir a metodologia da presente pesquisa, por trazer uma questão, para mim, nova: como lidar com as diferentes perspectivas? Para tanto, na minha narrativa do dia 23 de outubro de 2014, temos uma situação emblemática.

(...)

No final da tarde fomos para a reunião, por convocação da Roberta (enfermeira). Também, como já havia comentado com ela, gostaria de discutir algumas coisas com a equipe e com as ACSs, pois percebi que o trabalho burocrático decorrente do e-SUS²⁴ trouxe nuances do desânimo que encontrei no retorno à unidade.

Chegando na reunião, após os informes acerca do andamento do e-SUS, as ACSs começaram a reclamar dos problemas da sobrecarga do trabalho. A falta de reconhecimento por parte da gestão apareceu novamente, mas de modo mais breve e atenuado. O foco desta vez foi um (suposto) erro de prescrição da médica para com um município, o que gerou transtornos desnecessários. Por mais que Roberta (enfermeira) esclarecesse que estava averiguando o ocorrido, a equipe seguiu elencando uma série de “erros” (assim o entendiam) que essa médica cometera em seu modo de atender a população. Logo apareceu a comparação com a médica anterior, muito querida por todos. Tomei a palavra e perguntei como sentiam a diferença entre as médicas e, enquanto me contavam, entendi que estavam me mostrando quem era a médica boa e a médica ruim. Tentei compreender quais eram efetivamente as diferenças. “O trato com as pessoas”, foi o que me responderam. Regina, a médica anterior, era atenciosa,

²⁴ Base de dados eletrônica e online onde os dados das ações em saúde são registrados individualmente para todos as pessoas atendidas. Ela se divide nos diversos setores da Saúde como, por exemplo, e-SUS Atenção Básica, e-SUS Hospitalar etc. O objetivo é criar um banco de acesso nacional, assim se uma pessoa muda de região, tendo em vista a ESF, a unidade da nova região saberá, por meio deste banco de dados, as ações que foram tomadas para essa pessoa. (Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/>>. Acesso em: 22 de out. 2016. Ou no manual de preenchimento das planilhas, fichas e do sistema: Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_preenchimento.pdf>. Acesso em: 22 de out. 2016).

conversava muito com os munícipes e todos a adoravam. Ivete, a médica atual, não. Regina era competente, pois tinha grande experiência em diversos trabalhos (e me contaram um a um), Ivete não. Cheguei a imaginar que desconheciam suas experiências. Fiquei com essa impressão.

Em meio aos acontecimentos narrados, as datas e épocas me ficaram confusas. Então perguntei quando Regina havia deixado o posto e quando Ivete havia assumido. Regina saíra no início de março de 2014 e Ivete chegou no início de maio do mesmo ano, um pouco antes de eu começar a frequentar regularmente a unidade.

Curioso foi que o grupo identificou esse período entre a saída de Regina e a chegada de Ivete como o início dessa onda de desânimo. Quando cheguei, em maio, tudo já estava diferente, desanimado. Perguntei se havia relação. Responderam-me que não. O desânimo tinha sua raiz muito bem conhecida: o não reconhecimento do trabalho pela Secretaria de Saúde. E voltaram a falar de como era legal e gostoso estar na unidade quando a Dra. Regina estava por lá. Agora, com a Ivete, não.

A fala de Inácia [na entrevista] sobre o papel do ACS me deu uma pista do que estava dando errado: “nosso papel é fazer a ponte entre a população e o médico!” Médico? Conhecendo o predomínio do saber médico nos serviços de saúde e o decorrente empoderamento desse profissional, entendi que ali estavam comunicando uma espécie de luto. Se antes organizavam sua prática em torno do trabalho de Regina (médica), com sua saída algo se perdeu. Esse não era todo o motivo do desânimo, mas ficou-me claro que ali estavam associando, mesmo que implicitamente, o desânimo com o trabalho à saída da médica “boa”. Isso se confirmou no momento em que me falaram: “a gente estava esperando uma Dra. Regina, mas não veio. Igual a ela não existe”. A grande expectativa que todos guardavam com a chegada da Dra. Ivete... não foi atendida.

Comuniquei a minha impressão... Rebateram negativamente: “O desânimo é daqui para fora”. Expliquei, tentando justificar minha impressão, mas, desta vez, para dar melhor sustentação, retomei algumas falas deles. E mais uma negativa, sob mesma justificativa. Para eles, o desânimo nada tinha a ver com a presença ou ausência de uma médica ou outra.

Senti-me impotente. Aquilo que me fez sentido foi negado. Estava eu equivocado? Confesso que duvidei de minha interpretação, mas [escrevendo agora], sinto que ela ainda faz sentido. (...) Não me lembrei bem do modo como falara, talvez tenha sido teórico demais... Ou será que simplesmente não fez sentido para eles? Será que

enxergavam as coisas de outro modo, talvez com outros elementos que não me foram claros? Pode ser... (Diário de campo: 23/10/2014).

Como o diário evidencia, cheguei para esta reunião com a intenção de compreender melhor o desânimo que a equipe vinha sentindo, então as queixas dos “erros” da médica e os ânimos que elas levantaram pareceram jogar para segundo plano o desânimo. Essa situação “nova” se apresentou como tema da reunião. Diante disso, eu observei e questionei para saber mais sobre essas queixas e, percebendo as comparações que surgiram entre as médicas, tentei me situar no tempo, me organizar. Com a demarcação do antes e do depois, a expressão de Inácia na entrevista me deu o solo necessário para eu sustentar a minha interpretação acerca da relação entre a presença da antiga médica e o desânimo. “Comuniquei minha impressão” e insisti em dar explicações após a primeira negativa. O teor dessa impressão-interpretação remete à minha intenção inicial: compreender o sentido do desânimo. Após a sistemática refutação, ao fim do diário, senti-me impotente e sem rumo, sem saber ao certo o que houve.

O que esse estar perdido e essa impotência revelam? De modo mais evidente, a ruptura da minha intenção inicial de esclarecer as possíveis origens do desânimo. Essa quebra foi se efetivando ao longo da narrativa. Ela iniciou com o surgimento de uma pauta inesperada (queixa sobre a médica) e se agravou com as repetidas refutações da minha interpretação. Ao final, fiquei numa espécie de encruzilhada, entre a revisão do sentido da minha interpretação, a aceitação da interpretação da equipe e a suspeita de certos elementos ocultos que, talvez, se revelados, poderiam conduzir-me a outras interpretações, talvez, mais acertadas.

Essa situação apresenta orientações metodológicas importantes, a saber: a construção de consensos como atividade do pesquisar e as implicações do pesquisador. Essas questões serão discutidas a seguir, cada uma em sua especificidade e depois articuladas por meio da noção de clínica.

Explorando a construção dos consensos, a situação narrada revela que o estar perdido e impotente tem o caráter de estranheza que, como já apresentado, desvela outros modos possíveis de compreender a experiência cotidiana da equipe. Nesse sentido, a pesquisa poderia seguir pela tentativa de elucidar esses elementos ocultos, a fim de compor uma nova interpretação “mais acertada”. Mas, mesmo essa nova interpretação corre o risco de ser quebrada por novas contestações – o que levaria ainda a outras interpretações, e assim por diante – até a *construção de um consenso*. Um consenso é

sempre produzido em parceria e requer abertura e disponibilidade de todos os envolvidos (eu e a equipe).

Tendo acontecido o contrário, isto é, o modo de estar na reunião que se deu a ver no diário, me distanciei do grupo e da questão por ele tacitamente colocada. O conhecimento decorrente, caso insistisse na argumentação fundamentada na minha intenção inicial, seria a imposição e o estabelecimento da causa do desânimo tal como havia interpretado. Estabelecer a causa dos desconfortos seria uma possibilidade de ação do psicólogo *junto* aos ACSs? Tendo em vista a distância sentida e expressa no diário, estou mais inclinado a dizer que seria uma possibilidade de ação do psicólogo *para* os ACSs e não com eles.

Então, caberia como tarefa de pesquisa ouvir o incômodo e a estranheza. Não no sentido de conduzi-lo a uma resposta uníssona²⁵, mas sim no sentido de ser por ele conduzido e tentar retirar dele o fundamento da interpretação. No caso da presente pesquisa, foi no modo como apreendi essas situações incômodas presentes nos encontros, trocas, discussões, parcerias etc., entre ACSs e eu (psicólogo), que as possibilidades de ação do psicólogo *junto* aos ACSs se deram a ver.

Isso quer dizer que o modo de pesquisar não pode ser alienado do modo como o pesquisador se encontra²⁶ em campo e em cada situação, já que, ao contrário, depende dele. Esse modo de compreender pesquisa por meio da implicação do pesquisador em campo se aproxima da noção de cartografia clínica²⁷, tal como exposto por Morato, Andrade e Schmidt (2007). Em uma cartografia, o pesquisar vai se dando a ver no próprio acontecimento da pesquisa, ou seja, é caminhando que o caminho e o caminhar podem ser compreendidos ao mesmo tempo.

Tanto a implicação quanto a construção de consenso por meio dos estranhamentos dependem, necessariamente, do modo como os participantes da pesquisa são compreendidos no todo da construção da pesquisa.

²⁵ Como Gadamer (2014) discute, um consenso construído em diálogo não quer dizer conformidade, mas sim que se estabelece um solo comum de inelegibilidade das possibilidades de interpretação dos acontecimentos. Consenso está mais para uma discussão viva do que para seu fechamento. Essa questão do consenso segundo a perspectiva gadameriana será retomado no capítulo VI.

²⁶ Aqui fazendo alusão ao encontrar-se (*Befindlichkeit*) de Heidegger (1927:2012, § 29). Encontrar-se é uma característica fundamental da existência e indica como alguém está se sentindo no lugar onde está. Heidegger defende, com o encontrar-se, que a existência está sempre imersa em uma tonalidade (*Stimmung*) que orienta, constitui e, assim, determina a perspectiva pela qual os fenômenos podem ser compreendidos, interpretados e ditos.

²⁷ Também, o trabalho de Cabral (2004) e Aun (2005) demonstram como a cartografia pode ser um modo profícuo de investigação e construção de ação em instituições.

Sobre isso, Sévigny (2001) faz interessante reflexão acerca do modo de considerar o alcance da consciência e do conhecimento que os participantes de pesquisa têm de sua condição. Para ele, essa questão tem dois extremos: de um lado, há a objetificação dos atores sociais, entendidos como “objetos falantes de pesquisa”, cuja análise parte do princípio da não consciência de sua condição, contexto e práticas; do outro lado, está a consideração de que os atores sociais são conscientes e em plenas condições de prestar contas de suas ações e entendimentos de sua vida, seu contexto e suas práticas. O autor alerta para a existência de recomendações, muitas vezes implícitas, de algumas teorias e orientações epistemológicas, que tendem a radicalizar uma ou outra perspectiva. Para não cair na radicalização desses extremos, o pesquisador deve assumir a atitude clínica (SÉVIGNY, 2001), isto é, inclinar-se junto ao leito (do grego *klinné*, leito. Oriundo de *klinein*, curvar-se, reclinar²⁸). Sévigny (2001) interpreta essa raiz etimológica como a ação de “estar sempre em campo e junto aos atores” do pesquisador como clínico, e não em ambientes controlados. Todo clínico-pesquisador, nesse sentido etimológico, não só busca conhecer o fenômeno por meio da situação de onde ele surge como tenta persegui-lo aonde quer que ele vá, mas também partilha suas interpretações com os atores em interlocuções, discussões, conversas etc. Essa interpretação seria forjada por muitas mãos, tendo como base o fenômeno em perspectivas.

Desse modo, na situação relatada, tanto o estranhamento quanto a pergunta pelos elementos ocultos, seriam uma maneira de dar início a essa interpretação conjunta, ao revelar e se fundar na alteridade inerente a todos os atores sociais (o que inclui o pesquisador-clínico).

Como sustenta Critelli (2007), a realização do real só pode chegar à sua máxima efetivação pela coexistência, isto é, quando aquilo que foi desvelado, apreendido em suas possibilidades possíveis e interpretado, é comunicado, testemunhado. Nesse sentido, torna-se importante considerar que o acontecimento pesquisa *junto* aos atores sociais é também um modo de realizar a instituição, os atores e o pesquisador, ao mesmo tempo. Nesse pesquisar-com, o outro “não é um mero receptor da mensagem, mas seu co-elaborador. Isto é, ele é elemento constituinte da possibilidade desse algo se mostrar.” (CRITELLI, 2007, p. 85). A coexistência não é o resultado de um processo ou efeito de um acontecimento, mas sim uma característica fundamental de cada existência singular implicada em cada acontecimento e, ao mesmo tempo, sua via de realização. Dessa

²⁸ Ver: Nascentes (1955); Merriam-Webster (1998); Cunha (2010).

maneira, ser testemunho, ser co-elaborador, não quer dizer simplesmente ver e ouvir, mas abrir e fechar possibilidades de existir, isto é, transformar-se (CRITELLI, 2007, p. 90).

O pesquisador, abrindo-se para que o outro se apresente em sua história, buscando compreendê-la, compreende também a sua própria condição, se realiza-com-outros-no-mundo. Nos termos da presente pesquisa, estando junto aos ACSs e demais atores, mergulhando e testemunhando cada situação cotidiana, ouvindo dos agentes suas histórias, a minha própria condição de *poder-ser* psicólogo com aos ACSs pode se dar a ver e realizar.

II – AS PERSONAGENS ELAS MESMAS

Minha mãe cozinhava exatamente:
Arroz, feijão-roxinho, molho de batatinhas.
Mas cantava.

(Adélia Prado – *Solar*)

Como toda história, esta também tem seus personagens que vivem e constituem um contexto social, político e também doméstico. Também, como toda história, esses personagens enredam-se entre si em encontros, desencontros, parcerias, rivalidades; de onde surgem discussões e mobilizam-se os ânimos; onde muito do que acontece pode tornar-se extraordinário e, assim, colocar em jogo o destino dos envolvidos... a depender das interpretações. Nesse sentido, o que conto primeiramente é como eu, um novato na ESF, fui conhecendo seus meandros pela voz de atores que nela vivem.

Em relação ao foco da pesquisa, apresentarei mais profundamente as personagens ACSs, mas cômico de que muito do que elas contam de si e dos outros é/está o tempo todo partilhado com outros tantos atores que aparecem nessa trama. Nesse caso, quando outros nomes aparecem, quando o próprio contexto não deixa claro quem eles são, faço pequenas explicações em notas ou entre parênteses, dependendo das necessidades.

Essa apresentação das personagens elas mesmas foi construída com base em entrevistas gravadas, transcritas e devolvidas para que as ACSs pudessem refinar seu próprio discurso, esclarecer equívocos e também para me dar as pistas de como compreendê-las para aqui apresentar.

Nessa tarefa de apreender o sentido da entrevista para o fim da pesquisa, a transcrição teve um papel importante, pois permitiu revisar as falas e o encontro, além de “sentir” as possibilidades de compreensão neles implicado.

Já havia realizado, ao menos, duas interpretações das entrevistas que, ao discutilas com as ACSs, não as satisfazia. Então, decidi apresentar as entrevista(das) como testemunho de suas histórias e compreensão acerca do próprio fazer, isto é, deixando elas falarem por si mesmas. Ou seja, a ordem e a toada da entrevista permaneceram tal como na transcrição. Vale lembrar que as minhas falas foram incorporadas nos fragmentos narrativos, em que comento e faço a ligação entre um trecho transcrito e outro.

Inácia

Meu primeiro contato direto com uma ACS, no intuito de conhecer melhor o trabalho do ACS e a realidade desse agente, foi com Inácia²⁹. Na época de nossa conversa, em maio de 2013, Inácia cursava o último semestre do curso de Psicologia, restando apenas a apresentação de seu Trabalho de Conclusão de Curso para se formar. Ao tomar conhecimento de seu trabalho como ACS, achei interessante registrar a entrevista, justamente por ela estar “em ambos os lados”. Entendia e esperava que essa entrevista conseguisse me dar algum norte, ou algum ponto de partida na condução daquilo que era a minha inquietação inicial, ao mesmo tempo que me aproximasse da realidade de uma Unidade da Saúde da Família. Escolhi Inácia por lembrar sua ativa participação nas aulas, sempre trazia relatos de seu trabalho como ACS e outras experiências de mesmo teor. Convidei-a, então, para uma entrevista.

Inácia chegou ao local combinado segurando o capacete de sua moto, ajeitando os cabelos e perguntando onde faríamos a entrevista. Sua curiosidade por saber do que se tratava a conversa (não antes anunciada) apressava-lhe os olhos, ao mesmo tempo que eu percebia certo receio.

Desajeitado em minhas próprias questões, estudos e saberes, mas também ávido por saber ou ouvir (talvez exatamente) o que estava procurando, apresentei-lhe titubeantemente e com voz trêmula o desafio:

Pedro: Então a ideia que eu estou trabalhando começou com pensar o psicólogo como multiplicador de cuidado. Como uma pessoa que, conversando com as pessoas não só viabiliza o cuidado, mas também ajuda a pensar sobre o cuidado. Aí foi juntando outra questão que tenho pensado. Que esse cuidado que é assumido numa comunidade ou num bairro acontece de formas diferentes. Aí entra o Agente Comunitário de Saúde, que é uma política e que tem essa proposta, pois esses agentes não são só técnicos de saúde, mas também da comunidade, que acho que é bem o seu caso, não?

Queria a validação de todo o meu esforço enciclopédico anterior, busquei ouvir de Inácia o que já soubera para, quem sabe, assim atestar empiricamente minha empreitada. Porém, Inácia mostrou-me, já de início, uma perspectiva diferente: *Então, eu*

²⁹ Todos os nomes usados neste trabalho são fictícios, inclusive o nome da Unidade e da cidade, que foram alterados a pedido dos participantes. Nomes genéricos foram mantidos, como, por exemplo, UPA (Unidade de Pronto Atendimento).

não moro mais na comunidade agora. Mas eu ainda moro próximo, mas eu não deixo de estar lá... próxima. A resposta de Inácia, negando minhas pressuposições, mostra como eu estava situado em meus estudos, agarrado ao caminho já percorrido e às expectativas de resultado já projetadas. Mostrou-me também que, por medo ou insegurança, eu tentava esconder algo dela e, talvez, de mim mesmo: era um iniciante no trabalho/estudo na Saúde Pública. Apesar disso, Inácia convida-me a olhar de outra forma para o fazer dos ACSs, bem como para sua história. Por outro lado, percebia que Inácia também estava se situando, talvez por não saber o que aconteceria na entrevista, ou diante de meu (suposto) saber/status – afinal era um professor e fora seu professor. Porém, ciente e certo de meu conhecimento de pesquisador, insisto em expor-lhe meu (já) saber.

Pedro: É então, eu acho que esse é um lugar diferenciado das demais práticas de saúde. É isso que eu estou vendo. E ainda tem mais um passo que eu estou querendo estudar é de como isso pode ser uma possibilidade para a construção de uma formação crítica em saúde.

Ciente do incômodo de Inácia, percebi que aquilo que a mim dizia respeito não era o que ela tinha a me dizer nem o modo como gostaria de se apresentar. Encabulado, cedo a ouvir-lhe: “Então, eu gostaria de ouvir um pouco de você como ACS...”. Aí consigo sua aquiescência e então Inácia abre-me sua história colocando para si e para mim a questão que ela gostaria de responder: “Ah! Tudo bem! Então, como eu comecei a ter contato com essa população? Bom eu vim para esta cidade em 1995...”, e continua:

Assim, primeiro eu vim trabalhar aqui (na cidade), pois um amigo meu estava abrindo uma loja de informática na cidade. Aí eu fui tendo contato com as pessoas e, você sabe, eu sempre tive um quê com o sofrimento humano. Sempre pensava que alguma coisa eu tinha que fazer neste sentido, não é? (...) O sofrimento a gente não tem como impedir, mas eu acho que tem sofrimento que é desnecessário. Entende? Poderia ser evitado. E aí eu comecei a ter contato com a população daqui e com isso foi surgindo um desejo de vir aqui e começar a fazer um trabalho. Mas aí a nível seguinte: de levar o evangelho, fazer leitura da bíblia. Porque para mim essa era a ajuda que via. Mas eu estava trabalhando e nem me passava pela cabeça de vir como missionária para cá (na cidade). (...) Assim, eu nem falei nada, mas o líder lá começou a manifestar o desejo, pois ele vinha para cá e sentia a necessidade de colocar um trabalho aqui. Aí eu falei para ele que eu também sentia o mesmo desejo. (...) E aí começou a surgir esta ideia e fizemos um contrato. Ele me disse que a igreja ia dar uma coisa assim para eu sobreviver e eu ficaria em tempo integral na cidade, eles alugariam uma casa. E como eu comecei este trabalho? Com um telefone. Este telefone chamava disk esperança.

Inácia mora no município onde trabalha há 15 anos, porém trabalha como ACS há quatro. No momento da entrevista, cursava o último semestre de Psicologia e acabara de concluir seu Trabalho de Conclusão de Curso.

No relato, antes de falar sobre seu cotidiano como ACS, Inácia narrou sua chegada ao município onde reside, como se quisesse mostrar-me algo que carrega desde o passado. Movida por uma vontade missionário-religiosa passou a residir em uma casa cedida por sua organização religiosa a fim de desenvolver trabalhos missionários. Ela sentiu essa necessidade com as visitas esporádicas à cidade que lhe revelaram “*um sofrimento nos olhos do povo*”. Numa digressão vivaz, ela faz questão de dar ênfase à sua posição diante do sofrimento humano. Embora seja inevitável, na sua visão, é possível fazer alguma coisa com o sofrimento desnecessário. Diante do sofrimento que via, ela conta:

A gente comprou uma linha e montou. Funcionava assim, sabe aquelas, como chama? Secretárias eletrônicas antigas, que você colocava uma fita K-7? Acho que você nem lembra. Isso é antigo já. Mas eu gravava a mensagem e lia alguma coisa, alguma passagem [bíblica] de alguma fala, que fosse de encontro com o que eu acreditava que a pessoa estava precisando. E aquela gravação ficava. (...) No começo aqui na cidade eu coloquei assim: aconselhamento. Funcionava assim: a pessoa ligava, eu atendia e a gente conversava. Só que as pessoas aqui são muito tímidas e algumas pessoa que ligavam diziam: - Ah! Eu pensei que era só ouvir uma mensagem. Bom! Aí eu comecei a deixar a mensagem naquela secretária (que veio depois) e no final, se a pessoa quisesse uma visita, uma oração, ou alguma coisa ela deixava o endereço dela ou telefone. E aí sim, algumas pessoas deixavam o nome e pediam visita. (...) Quem é que mais ligava nesse serviço? Era o pessoal dessa comunidade. E eles não ficavam assim invisíveis. Eles deixavam o endereço e pediam para eu ir visitar. Então eu comecei a me deslocar daqui do centro da cidade para ir lá para o bairro. E eu comecei a conhecer as pessoas e conhecer a comunidade. Aí às vezes eu saía daqui e voltava tarde da noite de ônibus. Então eu comecei a pensar: tem alguma coisa nisso, não? Eu vou mudar para a comunidade!

Depois de mudar para a comunidade, Inácia fechou o serviço telefônico e começou a desenvolver o trabalho em uma outra linha: “*E eu lidava com todo o tipo de pessoa. Vinha pedido para mim ir hospital psiquiátrico visitar os doentes. Eu visitava, eu acompanhava a família, os doentes*”. Sobre isso, ela diz: “*Se eu contar isso para você, nossa dá horas! E eu tenho as experiências mais maravilhosas que eu posso te contar neste sentido*”.

Com essas experiências, Inácia diz ter aprendido algo valioso: “*e quantas vezes eu não fui visitar e a pessoa estava ali numa crise de violência e eu chegava e percebia*

que a pessoa queria ouvir. Ouvir alguém que fosse assim um diferencial para ela. Sabe?”. Então, ela reflete: “*aí eu nem pensava na psicologia aí. Nem pensava em nada disso. Isso tudo era voltado para a parte missionária mesmo”.*

E nessa aprendizagem, as crianças:

É que chegaram as crianças, começaram a chegar as crianças. E eu estava lá assim [mostra as mãos vazias] sem experiência nenhuma de nada. Nada! Sem curso de nada. Não havia feito curso de pedagogia, fiz curso de nada. Até hoje eu fico pensando que eu fui com a cara e com a coragem. (...) E eu tenho as experiências mais maravilhosas que eu posso te contar neste sentido. E quantas vezes eu não fui visitar e a pessoa estava ali numa crise de violência e eu chegava e percebia que a pessoa queria ouvir. Ouvir alguém que fosse assim um diferencial para ela. Sabe? Quantas pessoas necessitam de outras pessoas?

Inácia conta que o disk esperança e esse trabalho que começou a desenvolver nessa comunidade pareciam ajudá-la a encontrar sentido em sua decisão missionária. Ela enfatiza em seu relato a diversidade de sua atenção, pois se dispunha a ouvir todo tipo de pessoa, “*gente rica, gente pobre, políticos, pessoas simples...*”. Inácia se encantava e foi enfática ao dizer: “*porque não tinha placa, não tinha assim de defender nenhum... nada. Era uma coisa assim, totalmente voltada para ajudar as pessoas*”. Esse “totalmente voltado para as pessoas” referia-se, de alguma forma, à sua vocação: para ela, esse era o único modo possível de se lidar e amparar o sofrimento que é desnecessário. Também, nesse ajudar as pessoas, por seu modo ousado (talvez), via o reconhecimento das pessoas pelo seu trabalho, principalmente com as crianças.

E aí aquelas crianças iam aos montes. Aprendiam a fazer brincadeiras. Aprendiam a fazer teatro. E eu aprendi a fazer a amizade com o pai e com a mãe também. Nossa! Quantas crianças não apareciam em casa de madrugada porque brigavam com a mãe e a mãe os colocava na rua. Ou o padrasto batia e ela fugiam para não apanhar. Sabe? Eu não entendia nada de ECA, nem de direitos de nada. Nem de criança nem de adolescente. Eu acolhia, eu abrigava e depois falava com a mãe e... E eles reconheciam. Que nem. Eu tenho umas gravações lá na minha casa, por exemplo, certa vez, eles não tinham dinheiro, mas eles queriam agradecer de alguma maneira. Sabe o que eles fizeram? Essas pessoas que tem um toque de sofrimento muito grande, que são carentes mesmo, se juntaram um dia pegaram dinheirinho por dinheirinho. Dinheiro que eles poderiam comprar bala, chicletes, guaraná. E nessa época tinha muito aquela história de telemensagem, sabe? Pois é, eles pagaram a filmagem para fazer uma homenagem para mim. E de repente chega a câmera e chega um carro dizendo: “Inácia!”, e todos eles juntos. Naquele dia eu chorei tanto. Eu tenho a gravação lá em casa, só que não tenho coragem de ver porque mexe muito comigo.

Porém, passados nove anos, com essas crianças e adolescentes já crescidos e um trabalho consolidado com a comunidade, Inácia conta:

Afinal eu fiquei acho que nove anos morando lá. Então uns já estavam com 19 anos e eu continuava a ter contato. Mas não tão próximo, pois o trabalho se transformou numa igreja. Uma igreja porque começou como um trabalho missionário lá! Do disk esperança acabou se tornando um... um... um lugar onde as pessoas iam. Eu não sabia muito bem como lidar com isso. Mas existe aquele formato da igreja, entendeu? É assim aquele formato. Tem um pastor, tem os presbíteros (...) E aí acabou tomando uma certa organização, entende? Como eu posso explicar para você? Eu não me adequo muito às coisas muito organizadas assim. Eu acredito que foi necessário para a minha experiência [fazer parte desta organização religiosa], mas ali eu comecei a fazer um trabalho assim tão nu, cru. E daí quando comecei a ir muita gente de fora do bairro...

Por outro lado, conta a especificidade do seu trabalho no bairro “O trabalho no bairro era mais um trabalho de acolhimento, de misturar, de chorar. Aí eu fiz um curso de shiatsu e comecei a fazer massagem nas pessoas. Vinha lá a mulher, né? Chorar, olhar e aí eu fazia uma massagem. Acontecia de tudo lá”. Mas, por decisão da sua organização religiosa, assumiu-se uma atividade diferente do que Inácia fazia e gostava de fazer.

Essa pessoa que estava à frente do trabalho [da igreja], o líder da organização, ele me disse assim: como tem muita gente vindo de fora para cá... E sabe que muita gente tinha receio de ir para lá, pois as vezes os traficantes faziam barreira. As pessoas ficavam com receio. E quem ia para lá eram pessoas que tinham um poder aquisitivo maior. Tinham carro. Mas a gente tinha muita afinidade com essas pessoas, eu via que elas estava lá, pois gostavam de estar com a gente. Mas por outro lado eu conversando com você hoje – e é a primeira vez que eu converso assim sobre isso – que acabou eles tomando a frente. Ah! Porque tem essa necessidade e acabou tomando mais a cara de igreja mesmo. Porque quem estava à frente, não que eles estavam preocupados com o povo que não tinha dinheiro, não é isso. Mas é que a grande maioria das pessoas que iam para os cultos lá a noite eram essas pessoas. Só que o meu trabalho não era assim. Era me misturar com o povo da comunidade. Agora eu vejo isso claramente.

Assim ela conta que, dado o difícil acesso à região, o líder religioso optou por organizar a igreja na região central da cidade, por ser um lugar com maior trânsito de pessoas. Esse acontecimento, ao mesmo tempo que permitiu a ela continuar com sua prática comunitária, trouxe a compreensão da distância entre a atividade religiosa formal (cultos, liturgias etc.) e sua prática viva e autoral.

Depois desse período, Inácia se muda da região, passando a residir em um bairro próximo, mas mantendo constante contato com a população. Assim ela reconhece, mais uma vez sua vocação.

Essa era uma vida que eu amava de todo o meu coração. Amava por que eu não estou mais lá, mas ainda vou voltar. Só que penso que não será do mesmo formato, por que eu mudei. Talvez seja outro formato de trabalho, mas eu quero me entregar para a comunidade.

É nesse ensejo que Inácia passa a ser Agente de Saúde, profissão que garante seu sustento e permite que ela continue em contato com a população.

Cabe mencionar que, na primeira devolutiva dessa entrevista, Inácia pediu para deixar bem claro que não rompeu com sua ordem religiosa. Reconheceu que no momento da entrevista ela acabou por dizer as coisas muito rápidas e me solicitou alterações. Na primeira versão da entrevista, eu havia entendido que Inácia havia iniciado seu trabalho como ACS após romper com sua congregação religiosa, como forma de continuar a fazer o trabalho que já fazia e conseguir seu sustento. Em resposta, ela afirmou que houve apenas divergências e não o rompimento com sua congregação. Nesse sentido, o que buscou fazer foi separar as coisas (trabalho como ACS e prática religiosa). Ela enfatiza: “*Eles foram e são muito importantes para mim até hoje. Hoje meu trabalho aqui [como ACS] não tem mais a ver com religião, não é mais missionário, mas eu continuo lá com eles [congregação]*”.

Como ACS, percebi e comuniquei a Inácia que sua narrativa a permitiu não só continuar em sua vocação de se misturar e ajudar as pessoas, mas, as novas atribuições a autorizaram a abrir outros horizontes de ação.

Mas eu acho que ACS é isso, sabe por quê? Deixa eu falar um pouco. Porque a principal proposta do ACS é isso. Eu acho que mudou um pouquinho, está de modo diferente. Porque as diretrizes do programa era: tinha que ser uma pessoa da comunidade. Ou seja, o Seu João que mora lá na comunidade, que ele tem mais um jeito assim de líder com o povo e o povo tem uma simpatia por ele. Ele vai ser o ACS. Hoje já não funciona muito bem assim, porque houve uma distribuição dos ACS. Como a Fernanda, ela mora ali mais próximo do centro e ela faz um trabalho comigo lá na Zona Leste lá. Mas qual é o papel principal do ACS? Ele é um elo entre a população e o médico.

Apresentando-me sua compreensão e o modo como acontece o trabalho do ACS, Inácia reconhece sua intenção original (de se misturar e ajudar) é agora vista como elo.

Se antes Inácia sustentava o trabalho na comunidade com sua iniciativa missionária, agora ela era elo, cujo fim é outro profissional. Para esclarecer esse “ser elo”, Inácia me conta uma historieta:

Vou dar um exemplo simples disso: a mãe vivia com a bebê recém-nascida lá na pediatra. Queria o tempo todo falar com a pediatra. E o posto sempre voltando a consulta, voltando a consulta e às vezes dando a consulta que poderia ser de uma outra criança. Porque a criança estava sempre com alergia, sempre com alergia, toda de alergia. Aí um certo dia eu fui na casa deles. Ela [a mãe] morava nos fundos e a sogra morava na frente. E a sogra falou assim para mim: “Ela não sabe lavar roupa direito! Ela não sabe! Ela deixa a roupa do nenê no sabão em pó e não passa [água] direito para tirar o sabão”. Ou seja, a criança estava com alergia ao sabão em pó. Ou daquela marca de sabão. Mas, quanto que a pediatra teria que investigar? Até a pediatra chegar nessa compreensão iam várias medicações para a criança, iam várias consultas. Aí eu cheguei para a médica e falei sobre a visita e contei o que a avó me disse. Pedi para a médica orientar a mãe, porque ela não aceitava o conselho da sogra. Aí a médica chamou a mãe e foi: “Olha, como é que você lava a roupa do seu bebê? Você põe a criança de manhã para tomar sol, porque é necessário? Mas explica para mim, como você faz para lavar a roupa? É isso meu anjo... você tem que mudar isso. Colocar um sabãozinho assim, neutro, de coco, para lavar a roupa, enxaguar bem!”. É um exemplo. É esse o trabalho do ACS, é investigar qual é a real necessidade dessa família e levar para o médico e para a equipe. Fazer isso até ter um acesso... é ser um elo.

Refletindo com Inácia sobre esta história, ela argumenta que:

Mas tem médico que não dá acesso nem para você como ACS, nem para a população. Não aceita que ninguém faça pergunta para ele. (...) Aí eu me pergunto: porque nós vamos querer um médico deste no posto? Ele está fora da visão do posto de saúde. Está fora! (...) ele não se encaixa na visão de PSF³⁰. Essa visão é que o médico tem que fazer. Se eu tenho que ser ponte entre a população e o posto, então o médico tem que me ouvir e estar disposto a buscar a solução junto comigo. E ele também tem que estar disposto a se misturar. Como, por exemplo, a médica do nosso posto que é clínica geral, ela dá total abertura para a gente. Eu tenho verdadeiras aulas com ela. Às quintas-feiras é separada a tarde para ela fazer visita aos acamados e pessoas que não podem ir até o posto. Se eu tenho a oportunidade de ir com ela, eu quero ir. Por exemplo, tem um senhor que está com [Mal de] Parkinson, ela me deu uma aula de Parkinson, desde, não só sobre a literatura que eu posso ler de Parkinson, mas dentro da experiência que ela tem. (...) se o médico não dá esta abertura assim para você, o elo se quebra.

³⁰ Em geral, toda a equipe usa a referência de Programa Saúde da Família e Posto de Saúde da Família. Embora essa nomenclatura tenha sido substituída por Estratégia Saúde da Família e Unidade ou Equipe de Saúde da Família (respectivamente) em 2006, mantive o modo como a equipe fazia a referência. Os meandros e a história da ESF serão discutidos no próximo capítulo.

Explanando mais sobre o seu trabalho como ACS junto aos outros profissionais, Inácia conta duas historietas:

Olha tem um posto que está com um problema e eles precisaram de alguns agentes lá fazer um trabalho assim. Eu fui, mas pelo amor de Deus. Tem uma pessoa lá que está numa situação tão que não é humana, porque está como os cachorros. Ela tem algum problema sério, até num ponto que eu não sei avaliar. Ela entende o que você fala, só que você percebe que ela tem algum problema. Ela frequentava a APAE e ia feliz da vida com uma irmã que também tem necessidades. A irmã continua indo, mas ela não quis ir mais de jeito nenhum. Aí eu penso: O que aconteceu lá? Alguma coisa aconteceu, você não concorda? Por que é que ninguém foi perguntar o que aconteceu? A mãe também não toma atitude nenhuma. A menina fica sentada o dia todo embaixo de uma telha térmita, sentada em um banquinho assistindo vídeo de música sertaneja que ela gosta. A mãe põe o dia inteiro para ela. Essa menina estava com um problema sério no útero, pois não parava de menstruar. Imagina como deve estar a saúde dessa menina que não para de menstruar nunca. Ela dorme em uma casa toda suja, toda bagunçada. Ela fica no meio de tranqueira, roupa suja, de quinquilharia. Não existe um local adequado para o casal ficar. Ela fica no mesmo lugar em que o casal fica e deve assistir a vida íntima e sexual do casal. E eu não sei o quanto ela não está entendendo o que está acontecendo. “Mas espera aí, aonde vocês ficam? Aonde dormem?”. “Ah, elas ficam ali, a gente dorme ali. Ela dorme aqui comigo e com o meu marido”. E acabou a casa. Aí eu fiz um relatório, pois sabe aquele calor, aquele calor. Aquele mal cheiro, aquela menina sangrando, toda assada. Gente! Fiz um relatório e fui até a enfermeira deste posto e entreguei: “Por favor, providencie ajuda para esta menina!”. Porque eu não podia abraçar mais esta causa porque não estava no meu território. Mas, segundo o que me consta, continua tudo do mesmo jeito.

Por outro lado, em sua Unidade, o tipo de atenção e de preocupação é diferente:

Lá no posto, no meu posto de saúde. A gente tem uma preocupação de orientar as pessoas. A Vanessa que trabalha lá, ela é ACS, mas ela trabalha no administrativo, porque ninguém contrata administrativo lá. E ela é muito eficiente, porque tem pessoas que chegam lá e não sabem falar, aí você tem que ter paciência para tentar decifrar o que ela está querendo. Tem um preparo para você fazer uma colonoscopia. Você sabe como é um colonoscopia? Tem um preparo no intestino. Porque o intestino tem que estar totalmente livre de fezes para que a câmera possa identificar se realmente tem alguma hemorragia, algum tumor, algum rompimento. (...) Para isso antes de fazer o exame tem que tomar uma série de cuidados, laxativos etc. (...) Aí tem um senhor lá que eu pensei como eu vou explicar, porque ele é super reservado, mora sozinho e é solteiro. Aí eu falei... “O senhor sabe o que é ânus? Não sabe o que é ânus”. Porque deram uma bisnaguinha lá na farmácia cara pra caramba. E é assim, você tem que fazer aplicação

diretamente no ânus com aquele laxativo. E ninguém explicou para ele, e ele pensava que era para tomar. Então, eu precisei fazer a posição e expliquei como ele tinha que fazer para colocar. Aí ele entendeu. Sabe, lá no posto temos essa preocupação. E a gente tem que ser assim, porque senão, do que adianta. A pessoa não vai fazer preparo e você vai desperdiçar a verba e vai perder vaga. Agora vai ter de novo, porque mesmo explicando para ele o intestino estava sujo. Agora dia 17 ele vai de novo. “O senhor entendeu? O senhor terá que entender isso daqui, porque senão vai chegar lá no dia 17 e não vai dar certo. Aí vai pegar vaga de outra pessoa que às vezes está precisando muito”.

Chamou-me a atenção que, ao final de ambas as histórias, Inácia termina dizendo: “ACS é isso”. Quando questionei sobre a especificidade do trabalho do ACS, como ela havia colocado, necessariamente junto à sua equipe, ela me conta que “*é diferenciado o trabalho no meu posto. É diferenciado. Porque nós tivemos encontros de ACSs e você não encontra ninguém contando uma história dessas. Não encontra*”. E, então, complementa falando:

Eu fui numa casa, como ACS, porque falaram para mim: um pessoal daquela micro[região]³¹... Porque tem isso, eu me meto em todas as micros. Eu não fico só na minha microrregião, não que isso seja o que é pedido. Isso é um diferencial do nosso posto de saúde lá, que eu vejo não acontecer nos outros postos de saúde. Nós somos muito unidos pelo trabalho, uma equipe que quer fazer o trabalho e quer ajudar. O nosso trabalho só tem sentido por causa disso. A rotina que a prefeitura exige e que as normas do ACS têm nos sufocado. Entende? A gente tenta fugir um pouco disso. A prefeitura tem que ter, talvez por causa de subsídios que vêm do Governo Federal. Eles têm que mandar relatório. Então, em todas as visitas que eu faço são números. Eu tenho 146 famílias sob a minha responsabilidade e tenho que pegar essas 146 famílias e dividir pelo número de visitas que eu tenho que fazer no mês. No final eu tenho que ter um número de assinaturas. Entendeu?

Inácia aponta esse conflito, pois considera que a gestão municipal sufoca o trabalho dos ACS tornando-o mecânico e “*numérico*”. Inácia também coloca em questão a diferença entre ajudar as pessoas e se misturar, e o trabalho burocrático-sistemático que é exigido e cobrado. Ela fala que busca fugir disso; fico pensando como.

Por outro lado, ela defende que a mistura é necessária, pois, como ela mesma se refere, “*tem famílias e famílias que não buscariam ajuda por conta própria*”. Assim, fundamenta sua vocação missionária, isto é, misturar e se entregar? Parece-me que Inácia

³¹ Microrregião é a delimitação do território de cada ACS na ESF. Essa microrregião é definida na PNABS pelo número de famílias ou pessoas, sendo cada ACS responsável por até 150 famílias ou 750 pessoas e, cada equipe de Saúde da Família, por no máximo 4000 pessoas (800-1000 famílias) (BRASIL, 2012).

reconhece o limite das políticas e age com cooperação e resistência, como uma espécie de “teimosia ética”.

Percebo que talvez Inácia esteja se vendo mais uma vez institucionalizada, e mais uma vez começava a perceber uma distância crescente entre essa organização que faz exigências burocráticas e o trabalho comunitário por meio da mistura. Mas reconhece que a validade principal da ESF é a de que essa mistura que sua equipe tem com a comunidade é o que garante o elo com os serviços de Saúde. Noto também que Inácia conta que essa mistura, que acontece em seu posto, tem o teor de “ser um diferencial” e não algo que está de acordo com as exigências da política – embora esteja, como veremos –, mas Inácia conta que não é isso o que acontece. Justificando, Inácia relata:

Até eu tenho um acordo com a nutricionista aí do SESI. De a gente fazer... Olha só! A gente bate e se esbarra. Não adianta você disponibilizar a cozinha do SESI para fazer curso, porque eu fiz cursos ótimos lá. Aí eu ficava pensando: “Meu Deus! A população tem que ter acesso a isso”. Se não tem como levar a população lá. Não adianta! Eles moram lá e a maioria são pessoas idosas que estão com hipertensão e diabetes. Então ela [a nutricionista] dá aula super didática e você faz a comida ali na hora. Ainda experimenta a receita. Poxa, quer jeito mais gostoso de aprender que assim? Mas aí a prefeitura tem que disponibilizar um ônibus, né? Que tem um monte. Eu até me prontifiquei em arrumar as pessoas, fazer a matrícula, levar as coisas. Ei eu fui perguntar para os munícipes que eu atendo se eles topavam e todos toparam, mas aí sabe? Não pode ser assim. Você tem que levar a matrícula lá no SESI. A pessoa tem que ir lá no SESI fazer a matrícula. Outra pessoa não pode levar. Aí ele vai lá, faz a matrícula, depois volta para a casa dele e espera o curso acontecer. Mas não pode ser assim. Sabe, são coisinhas tontas que impedem as coisas de acontecer e aí você tem que lutar com a burocracia toda para que as coisas aconteçam. Acho que isso acaba desanimando às vezes, não é?

Reconhece dificuldades tanto da gestão municipal quando de outras instituições parceiras que, assentadas na burocracia, cerceiam o acesso aos serviços que poderiam contribuir para a melhora na vida comunitária.

Colocada a problemática de trabalho exigido (em grande parte burocrático, segundo Inácia) e o trabalho que é necessário, isto é, aquele que em seu entendimento atende a uma necessidade específica da população, Inácia afirma:

Agora a doutora acaba ficando muito sobrecarregada, porque o pessoal vai muito no posto. Eu acho até que é um dos mais carregados. Tem até gente que vai de um outro posto para lá, mesmo com médico lá, mas sabe como é? A doutora dá ouvidos, ela não faz só a consulta. Ela atende, escuta o problema das adolescentes. Se alguém está com

depressão ou problema com o marido, a doutora ouve a pessoa falar. Todo mundo ama ela e ela fica perguntando: ou eu sou uma ótima médica ou sou uma péssima, porque as pessoas voltam muito. Aí eu falei para ela: “é porque você ouve doutora, é por isso que volta. Eles não encontram isso.”. (...) Porque eles não estão acostumados com ninguém dar atenção para eles. Então é isso aí! Dá mais ou menos para ilustrar para você? Como é o ACS de verdade... é isso aí. Só que às vezes isso não acontece, porque você acaba entrando naquela máquina de conseguir assinaturas, eu saio, passo, a pessoa assina e tudo bem. Não se entra mais na casa das pessoas, não se ouve mais, e acho que nem querem que você ouça.

Reconhece que a rotina dos outros profissionais que se envolvem e se dedicam ao trabalho também fica sobrecarregada, mas de um outro modo. Para ela, a necessidade e a finalidade maior da ESF é dar atenção ao sofrimento, porém, afirma que *“é difícil, viu?! Às vezes cansa você orientar, orientar, orientar. Porque às vezes as pessoas não querem ver também. Tem pessoa que não dá para ajudar”*. Então sintetiza explicitando: *“dá a impressão assim: ‘Se meus olhos se abrirem, eu vou ver a situação em que eu vivo e não vai dar para viver... continuar vivendo. Como eu não posso mudar a minha realidade, aquilo ficaria impossível. Impossível entre aspas, né?’”*.

Como vai ficando claro nos relatos de Inácia, em todas as suas histórias, há uma preocupação em prestar atenção à necessidade da população, a orientação de condutas e serviços de Saúde, a negociação, a indignação quanto às falhas e, principalmente, a entrega. Nesse sentido, para Inácia, a formalidade do trabalho com suas atribuições burocráticas e as metas atrapalham tal fim, embora reconheça sua necessidade para o controle e conhecimento da gestão.

Inácia é enfática ao dizer, com base na sua experiência, que *“se ficar só na política você não se envolve”*. Pegando esse enredo, não seria a ESF, sendo política pública vertical, nacional, uma contradição? Afinal, quais meios que essa política, que pressupõe vínculo, dá aos seus atores? Inácia conta-me sobre seu trabalho quase como transgressões, mas justifica seu intuito – e sente necessidade de se justificar, por exemplo com as histórias – dizendo estar atendendo às necessidades da população. Ela pode fazer isso? Como ela pode se sentir transgressora em um serviço por sua tentativa de cumprir uma finalidade última do próprio serviço?

A resposta que Inácia me aponta a essas questões é:

Já virou uma amizade. Virou... amizade mesmo. E eu também preciso deles às vezes. Quando meu irmão estava doente, havia dias em que eu estava tão triste, tão triste que eu não estava suportando. E aí eu batia

numa casa e eu tinha acolhida, assim, carinho. Tinha abraço, tinha tudo isso, tinha um espaço para mim chorar. As pessoas perguntavam, elas sabiam da minha situação, da minha história. Então, para mim, é muito fácil estar lá. Não é só para mim dar alguma coisa, mas para mim é... eu também recebo deles. Entende?

Dessa mistura e desse apreço por estar na comunidade, Inácia conta que também surgiu a vontade de cursar Psicologia, “*porque tinha... tanto sofrimento que eu acompanhava, tanto sofrimento...*”. Para tornar isso mais claro, ela conta que:

(...) psicólogo é mágico, de certa forma, hoje eu penso e falo: “Poxa, tem muita gente que tem essa visão de psicólogo como aquele que entende...”, que olhou e: “Ah, já sabe o que eu tô...”. Tem uma amiga minha que é psicóloga que ela vinha aqui pra visitar, de Diamante³² ela vinha aqui, e às vezes a pessoa conversava com ela e a pessoa falava: “Nossa, me ajudou tanto quando eu conversei com a psicóloga!”. E eu falava: “Mas o que que foi que ela falou?”. Ela não contava pra mim, mas eu pensava: “O que será que ela fala lá?”. (...) Aí você vê na notícia: “Caiu um Boeing lá e a empresa já providenciou um hotel para os familiares das vítimas e já providenciou psicólogo”. Eu falava: “Caramba, o que que esses caras vão fazer lá, não?!”. Porque, poxa, eu imaginava a dor da família. Quem que pode falar alguma coisa que melhore? Mas às vezes o psicólogo chegava a ser a salvação. Acabou de morrer lá, e essa tristeza... vou dar um jeito nessa tristeza... E esse sofrimento, eu vou dar um jeito nesse sofrimento! Entendeu? E eu falava assim: “Poxa, esse psicólogo deve ter alguma ferramenta, alguma coisa...”. (...) Pensei: eu vou ser psicóloga! Porque deve ter alguma coisa nessa história de psicologia aí... Deve ter alguma ferramenta que eu não entendo. “Caiu, a pessoa...”, “Foi no metrô”, “Caiu não sei o quê”, “Teve avalanche”, “Tem psicólogos fazendo trabalho no local”. Aí comecei a fazer Psicologia, porque meu objetivo nunca foi fazer da Psicologia recurso financeiro. Nunca teve nada a ver com status profissional, de nada disso, Psicologia para mim é o seguinte: “Eu vou pegar essa ferramenta aí...”, e vou usar ela!

Para além dessa admiração que sua amiga despertou, ao conseguir ajudar as pessoas de forma misteriosa, e dessa vontade de entender como ao psicólogo é confiado o desafio de lidar com as tragédias humanas, Inácia conta uma história que, segundo ela, foi o grande motivador de sua decisão:

Bom, essas crianças, lembra dessas crianças? Elas cresceram, agora elas já estavam jovens de 20 anos, 19 anos, 21 anos (...). Aí, o Roberto [uma dessas crianças] ficou doente: “mas o que que o Roberto tem?”. Eu não estava mais lá na comunidade, já tinha mudado já. “Ah, descobriram um câncer no joelho dele”. Aí eu fui lá na casa dele e aí começou a abrir o sofrimento daquele menino, eu tenho a foto dele até

³² Nome fictício de uma cidade vizinha.

hoje, dele e do irmão dele pequenininho, que eles foram num acampamento, ficaram 3 dias. Porque eu falava assim: “Eu tenho que levar lembrança para essas crianças da infância deles! Eles têm que ter alguma coisa para contar! O que que eles iam ter pra contar da infância deles?”. Eles não tinham recreação, eles só conheciam a frente da casa deles, que era uma praça cheia de tudo o que você possa imaginar. Então, tudo o que eu podia providenciar para eles de diversão, de viagem, de acampamento, eu providenciava. E aí, esse menino com esse câncer. E foi foi foi, acompanhando toda a estadia dele, e o pai sem muito esclarecimento, a mãe sem muito esclarecimento, sem dinheiro... E o sofrimento desse menino? E o que que eu ia falar para ele? E aí precisou amputar a perna dele, e esse menino adorava jogar futebol! Era a vida dele e aí amputa a perna dele... O que eu podia falar? E aí você vai buscar ele para passear de cadeira de rodas, com uma perna amputada, e esse menino tinha o mundo dentro dele, uma avalanche de sentimentos, de interrogações que ele não conseguia exteriorizar de maneira alguma. Aí quando você sente o sofrimento, você chega e fala assim: “Se eu conseguir uma psicóloga pra você, você quer?”. “Quero!”. (risos) Caramba! Falava: “Onde que eu vou achar uma psicóloga para ir na casa desse menino e conversar com ele? Para trazer a minha amiga de Diamante (cidade vizinha) não vai dar, porque ela não estava tendo condição de vir naquele momento também...”. Eu falei: “Aonde eu vou achar um psicólogo pra trazer pra esse menino?”. E também não tinha condição de pagar. Aí eu falei: “Vou prestar esse ENEM, vou eu prestar esse ENEM aí”. Vou fazer Psicologia. Cara, eu falei para Deus: “Oh Senhor, tem que ser aqui na cidade porque eu não tenho como pagar van para ir para outra cidade. Tem que ser 100% [de bolsa] porque eu não posso pagar a faculdade”. (...) Prestou o ENEM, um monte de moçada prestando junto. Fico esperando o resultado, não vem... Janeiro, fevereiro, primeira chamada do ENEM: nada. Segunda chamada do ENEM: nada. Lógico, eu sou uma missionária, eu acho que eu entrar em ENEM?! Aí uma ligação em março, da faculdade da cidade, falando: “Inácia, você já fez matrícula em alguma faculdade?”. “Não, bem. Não fiz”. “Eu estou ligando para dizer para senhora que a senhora ganhou uma bolsa de 100% aqui. Para fazer Psicologia, tem 100% de bolsa”. Eu falei: “É pegadinha, né?! Algum amigo meu sabe”, e eu tenho uns amigos, assim, muito bacanas, né? “Não, Dona Inácia, não é pegadinha, não!”. (...) Ah, essa loucura que é minha vida, né? E aí eu entrei na faculdade, imagina eu, uma vovó, né?! Perto de toda essa moçada de 18, 19 anos, há tanto tempo longe da escola... Mas, aí eu comecei a fazer Psicologia por causa disso.

Quando questionei Inácia como estava agora, que ela estava saindo do curso, ela afirma que está “saindo do curso, não sou mais a mesma pessoa que entrou, entendeu? A Psicologia me deu, assim, condições. Eu consegui olhar de várias maneiras, entendeu? Você perde a inocência”. Conta que, apesar de sua formação religiosa, carregava pré-julgamentos tanto “no assunto espiritual, no seguinte sentido: é demônio. A pessoa está endemoniada, é? Eu vou falar para você que possessão demoníaca é a coisa mais rara

que tem no mundo hoje. Se for uma possessão demoníaca eu quero ver de perto (risos)”, quanto nos modos de vida das pessoas que conhece. Sobre a mudança espiritual ela conta que

Tem gente que está com vontade de bater e vai bater na igreja. Quantos que já não falaram para mim: “Ah eu estava com ódio e peguei lá...” (risos) “aí a hora de falaram de ir para frente eu dei tanta cacetada que quebrei a igreja inteira” (mais risos). “Eu vi aqueles evangelistas mas bati tanto, bati tanto que descarreguei”. Porque é o diabo que estava batendo, né? Ninguém ia cobrar dela.

Dos preconceitos sobre o modo de vida de algumas pessoas, por exemplo, “*aquele desgraçado, daquele craqueiro vagabundo que rouba, que mata, que estupra*”, ela se questiona: “*Ele é um desgraçado mesmo? Hoje eu não consigo concordar com isso*”. Para ilustrar melhor, Inácia relata

Por exemplo, tem uma menina lá, a Raquel, que está totalmente destruída pelo crack. Eu já tentei alcançar ela de toda forma. Mas ela salvou uma criança lá de se estuprada há duas semanas. Ela brigou com o cara que estava arrastando a criança para o meio do mato, arriscou a vida dela e salvou a criança. A mãe da criança falou para mim o seguinte, esta semana – porque eu conheço a criança, e eu percebi que a criança não estava legal, pois sempre que a criança desde pequeninha ia para a escola ela acenava e “Ê!” [gesticula com a mão fazendo tchau]. Aí ela me contou que a criança foi arrastada e que deve a vida do filho para tal pessoa. Você vê? E eu só via ela como um ser humano que não servia para nada, mas ela arriscou a vida dela para salvar a criança. Poxa, não é porque está no crack que não presta.

Para Inácia, as discussões e os estudos na Psicologia foram contribuindo para mudar sua visão para uma série de assuntos e situações que vivia em seu trabalho como ACS. E mais, ela conta que essas pontes que fazia entre o estudo e seu trabalho foram decisivos para a escolha de sua trajetória na Psicologia. “*É isso o meu trabalho*”³³, *meu TCC. O meu trabalho marcou minha vida, o TCC*”, disse Inácia.

O TCC marcou mesmo minha vida, porque me levou a pensar em coisas que eu nunca havia pensado. Eu continuo refletindo sobre ele. Eu já o entreguei. Porque eu vejo ele em todos os momentos, referente à escola, à comunidade, são histórias que continuam se repetindo. Meu Deus!

³³ Refere-se ao Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Curso de Psicologia, sobre o filme “O contador de histórias” (2007). O texto e o filme trazem uma discussão que é constantemente confrontada com a experiência de vida de Inácia.
(O CONTADOR de histórias. Direção: Luiz Villaça. Brasil: Warner Bros., 2009, 110 min.).

Não tem como a gente pensar diferente... Por isso a abordagem que mais se aproximou da minha experiência, de tudo isso que eu te contei, foi a do [Carl] Rogers, foi por isso que eu optei mesmo por fazer meu TCC. Porque, gente, para mim o Rogers é um cara que sofreu. E essa marca do sofrimento dele, nunca ele conseguiu abandonar. (...) ele foi um menino que teve os problemas dele. Ele tinha uma sensibilidade, ele queria ajudar, ele queria se misturar. Refletindo sobre o meu TCC, eu fiquei pensando assim: ele, na verdade, ele sempre estava esperando alguma coisa, ele acreditava que dentro do ser humano, seja qual fosse o ser humano, ia surgir algo que ele esperava. Não importava qual ser humano. (...) É maravilhoso! Que todo ser humano, não importa qual classe social, há essa possibilidade, tem um caminho, tem alguma coisa lá dentro. Tem alguma coisa muito sublime lá dentro, que pode sair a qualquer momento. Então ele ficava na expectativa de todos os humanos que passavam na vida dele. Tem alguma coisa lá! É! Tem um tesouro que está lá dentro que está lá todo bruto.

Sobre o seu “encantamento” com a Abordagem Centrada na Pessoa, Inácia conta: *“nunca tive o dom das palavras, de conseguir colocar em palavras aquilo que eu quero dizer. (...) E eu encontro o Rogers, nossa, o Rogers traz voz para tudo o que eu vi e vivi, de tudo o que eu senti, de tudo o que eu queria falar e de como que eu queria que as pessoas me entendessem”*.

Como uma espécie de síntese do impacto da Psicologia em seu trabalho como ACS, Inácia diz: *“Ela [a Psicologia] acabou com a minha vida!”*. Explica que após entrar no curso, aquilo que era sua rebeldia, de oferecer um modo de cuidado diferente do que é exigido pelas diretrizes, em seu entendimento, da ESF e pela gestão municipal, ficou ainda mais intenso, pois *“a psicologia deu para mim uma escuta seletiva, digamos assim, você fica atento de uma maneira diferente”*. Sobre isso ela conta duas historietas:

Quando eu comecei como ACS a orientação era que eu tinha que ter dez visitas por dia. Aí eu chegava na pessoa e perguntava: “Tudo bem?”, e ela: “Tudo bem!”. E assinava o papel. Às vezes as pessoas estavam de saco cheio de me ver na casa delas... (bate palmas). Mas veja hoje, por exemplo, hoje a psicologia complicou a minha vida. Ela complicou muito a minha vida de ACS, porque quando eu chego numa casa a mãe fala assim: “A Elisa está com problema lá na escola e eu vou arrebentar ela!”. Mas eu sei que a Elisa tem oito anos de idade e eu conheço ela desde que ela tinha três anos, quase três anos. Então eu já sei um pouco da vida da Elisa. Aí eu pergunto: “Mas porque ela está assim?”, e a mãe responde: “Porque ela está rebelde, porque ela está com problema na escola, porque as notas não avançam”. Hoje eu tenho uma visão completamente diferente da Elisa: “Você já parou para pensar por que ela está assim? Você lembra o que aconteceu na vida dela quando ela tinha cinco anos? Como você poderia agir? Será que é só problema da Elisa, ou será que você não está cobrando dela uma coisa que ela não pode te dar? Mas vamos pensar. Quem participa mais da vida da Elisa? Não é você como mãe e a escola que são os lugares

onde ela frequenta?”. Aí eu falo que sei que o irmão dela está preso e que ela tomou essa responsabilidade para ela. Um dia eu encontrei essa menina chorando sentada em um banco. Se você ver como ela é... um docinho, branquinha. Aí eu sentei para conversar com ela. Estava fazendo visita no bairro e vi ela chorando, fui sentar com ela para saber o que aconteceu, e se a mãe dela tinha brigado com ela. E ela respondeu: “Nada! É que o meu irmão está preso e eu não queria que ele estivesse lá. Eu queria fazer alguma coisa por ele”. Aí eu soube que a mãe levava a menina para fazer visita na penitenciária. E como sempre acontece com a maioria das crianças, elas se sentem responsáveis pelo que está acontecendo e incapazes por não poder fazer nada. Só que aquele sentimento e aquela situação fica e ainda está lá com ela. Aí nisso eu fiquei mais de uma hora lá sentada, conversando com a mãe dela, para ver se ela não estava exigindo uma coisa que talvez a menina não pudesse dar. A escola também não está fazendo nada pela menina. Então? Você percebeu?

No segundo relato, conta uma história sobre como o saber da Psicologia ajudou na “resolução do caso”:

(...) Foi a mesma coisa com o casamento. Falaram para mim que a mulher estava em surto. Aí quando eu cheguei lá, a primeira vez, e comecei a conversar com ela, percebi que ela não estava em surto coisa nenhuma. Ela estava em crise por não suportar mais o que estava acontecendo. Então o que ela fez. Ela quebrou e arrebitou, mas não estava em surto. Aí eu perguntei: “Qual a medicação que a senhora está tomando? Qual remédio lhe foi receitado?”. E era fluoxetina, e eu sabia que não ia ter nenhum envolvimento direto com um surto, não é? A fluoxetina não dá esse efeito. (...) O que eu fiz? Levei ela para o Pronto Socorro, tentando convencer para ela tomar um calmante. A minha chefe disponibilizou o carro dela e a gasolina dela. Aí levamos a pessoa. Nossa! A gente entra em tudo quanto é situação que você possa imaginar. (...) Mas, e aí ela foi e começou a tomar a medicação. E no acompanhamento, nas visitas, ia tudo bem! Ela dizia: “Ah! Aqui está tudo bem!”. Até que chegou um dia em que me disseram que tinha um senhor que queria falar comigo. Quando eu saí na rua eu vi que era o marido dela. “Ah! Ela está em surto de novo! Vamos lá em casa”, ele disse. Aí quando eu cheguei lá vi que ela parou de tomar todos os remédios, porque ele deixava com ela a responsabilidade de tomar a medicação. (...) Aí conversando com ela e o marido, começou aquela coisa de casal: “Mas ele...” e ele: “Mas ela...” Sabe? Começou aquela lavagem e roupa até que ela conseguiu falar para o marido o que ela queria. E o marido conseguiu falar para a mulher o que estava acontecendo. O que estava trazendo tanto transtorno para a vida deles? Ela estava precisando de cuidados dele, não de outra pessoa. Ela queria que ele tomasse conta da medicação dela. E acho que foi isso mesmo, porque hoje estão bem, pois faz um tempão que eu não os vejo no postinho. Até que um dia ele foi levar a netinha deles lá e me falou que está tudo certo, que está tudo calmo lá na casa deles.

Inácia conclui esses dois exemplos refletindo sobre a importância da Psicologia no seu trabalho como ACS, pois “a comunidade precisa de um espaço assim, não é só de cuidado físico, do corpo, só que do jeito que a coisa [na Prefeitura] está de papel, não dá muito”.

Outro aspecto relevante para Inácia é:

Quanta oportunidade que eu tive de experiência e de aprendizagem. (...) Trabalhei na farmácia, trabalhei junto aos psiquiatras. E isso tudo foi experiência e conhecimento que fui adquirindo. Só que muitos ACSs não têm essa formação, não sabem como lidar com uma situação dessa e os psicólogos que estão se formando aqui eu questiono: quantos que têm condição de identificar e lidar com esse tipo de situação [a vida comunitária]?

Sobre a aprendizagem e o conhecimento que brotam dessa experiência de estar ao mesmo tempo em contato com os diferentes profissionais da Saúde e com a população, faz questionamentos sobre a formação em Saúde e a que é dada aos ACSs para executarem o trabalho, pois viveu experiências que vão além disso.

Inácia traz essa questão: Como podem os profissionais de Saúde estar fechados em seus saberes, sendo que a própria vida comunitária – que, para ela, está acessível por meio dessa mistura – e o diálogo entre essas instâncias é uma rica fonte de conhecimento e de afeto? Na política, segundo Inácia, ao mesmo tempo que isso é esperado e planejado como função da ESF, sua concretização parece atender a outros fins (arrecadação de verba por produção e implantação, como previsto nas diretrizes da Estratégia Saúde da Família, a ESF, e da Política Nacional de Atenção Básica, a PNAB). Na instância profissional, chama a atenção para a necessidade da formação interdisciplinar em Saúde e da relevância da atenção à vida comunitária, pois Inácia mostra a importância da proximidade, da mistura com a comunidade, nas decisões e ações em Saúde.

Para finalizar, Inácia faz uma síntese de sua aprendizagem como ACS e do papel que a formação em Psicologia teve em seu trabalho e sua vocação, e também o que pretende fazer “daqui em diante”, com tudo o que aprendeu e viveu. Ela conta:

Agora, hoje com a Psicologia eu me lembro de uma coisa que aconteceu. [Quando era criança] Eu estava lá numa fila para comprar miúdos de frango, com o dinheiro na mão, a mulher lá, toda linda, perfumada, um puta carrão da época. Falou assim pra mim: “Bem, você mora longe daqui?”. E eu: “Não”. “Moço, pega dois frangos inteiros! O que você vai querer levar, bem?”. “Ah, eu quero 2 kg de miúdo de frango e 1 kg de carne”. (risos) Aí ela: “Senhor, por favor,

separa dois frangos inteiros, põe numa sacolinha e dá pra criança”. (...) Acho que ela pensou assim: “Coitada dessa criança, miserável, que dó. Pelo menos eu vou dar um almoço decente para ela”. (...) A gente adorava aquele frango, gostava mesmo! A gente pedia: “Mãe, faz miúdo de frango?”. Miúdo de frango, pescoço de frango carcaça de frango, com aquele tempero de mãe, Pedro, que a gente não acha em mais lugar nenhum. Minha mãe não quer cozinhar mais, está velhinha. Cara, aquilo era um banquete! A minha mãe fazia aquelas polentas de tábua, e colocava aquela panela de carcaça, pescoço e pé! Era uma orgia! Até hoje lá em casa é briga por causa do pé do frango. (...) Tem uma história que eu gosto, em que o rei estava passeando pelo reinado e... sabe aquelas histórias que têm moral? Moral da história? E ele viu um peixinho dentro de uma pocinha, e ele falou: “O que que você tá fazendo aí na pocinha?”. “Ah, eu vivo aqui...”. E o rei: “Mas tem um rio tão grande, vou levar você lá pro rio, tá bom?”. Aí o rei cata e joga ele lá no rio. Um dia o rei estava passando e o peixe estava lá, esperando o rei passar, “Eu não quero ficar nesse rio, não. Eu quero voltar para minha pocinha”. Entendeu? (...) Aí ela me viu, acho que ela pensou assim: “Coitada dessa criança, miserável, que dó. Pelo menos eu vou dar um almoço decente para ela”. Visão dela, né?! Porque para ela eu estava na pocinha. Mas pra mim: “Que pocinha maravilhosa!”. Então, isso a gente também aprende com a Psicologia.

Nessa síntese final, Inácia retoma que pretende voltar para a primeira comunidade, onde desenvolveu seu trabalho missionário, só que agora com a formação em Psicologia e a experiência de ter sido ACS.

Eu pretendo voltar sim, mas não sei como vai ser. Não vai ser alguma coisa assim como análise ou de terapia que você vem 50 minutos por semana. E nem cobrar também. Não vou ficar cobrando. Mas eu queria assim. Sabe aquela adolescente que não tem espaço para conversar com ninguém? Ela vai passar lá. Ela vai saber que eu vou estar lá meio período por exemplo, no sábado. Isso porque eu tenho que trabalhar. Porque por enquanto não dá para eu viver só da psicologia ou disso, digamos assim. Porque eu tenho a mim e tenho que me sustentar, então eu tenho que trabalhar. (...) Eu já falei para você? Que eu tinha colocar uma placa assim: “eu te ouço”. Você tem, sei lá, duas horas. Não sei! Eu quero, eu quero... Tudo bem eu respeito a ética da psicologia, eu respeito o trabalho da psicologia, mas eu quero fazer alguma coisa diferente lá.

Do começo ao fim da entrevista, Inácia me desalojou, atiçou minha curiosidade e me conduziu para compreender e justificar seu modo de ser ACS por meio dos seus inúmeros exemplos, histórias e digressões. Mais do que qualquer reflexão teórica sobre

sua entrevista – e acho que muitas são possíveis³⁴ –, nesse momento vou me ater ao propósito deste capítulo: apresentar os personagens desta história (tese).

Inácia me mostrou que o trabalho de ACS se distancia da previsão legal da ESF e há inúmeras possibilidades de interpretação dos dizeres dos textos oficiais. Isso está claro pela transgressão ao que lhe é imposto como tarefa de trabalho, pela concretização e operacionalização das diretrizes do ESF e da PNAB em ações burocráticas, pela dificuldade de considerar a vida comunitária como um campo não só de aplicação dos saberes formalizados, mas como um lugar de pertencimento. Inácia me relatou sua história, desde sua chegada à cidade e como foi se constituindo como ACS. Seu modo de ser agente marca a sua singularidade. Isso fica evidente, também, quanto ao papel da Psicologia em sua vida e em seu trabalho como agente.

Imaginando uma Unidade de Saúde da Família, quantas histórias ali se cruzam? Como cada profissional vai compreender e lidar com o trabalho? Será que encontrarei semelhanças entre o modo de ser agente de Inácia e de outros ACSs?

³⁴ Algumas dessas reflexões foram apresentadas no XII Encontro Nacional da Associação Brasileira de Psicologia Social (ABRAPSO) de 2013 (Florianópolis-SC) e no X Congresso Português da Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde (SPPI) em 2014 (Porto, Portugal). Sobre isso, ver Milanese e Morato (2013 e 2014).

Fernanda

Ao final da entrevista, Inácia comentou que Fernanda, uma ex-aluna do curso de Psicologia, também era ACS na mesma Unidade. Resolvi fazer o contato e chamá-la para conversar, a fim de ouvir outras vozes, perspectivas e, quem sabe, outra história.

Ao telefone, em meados de agosto de 2013, Fernanda aceitou o convite. Encontrei-a no local combinado e iniciamos uma conversa descontraída sobre o seu tempo como aluna de Psicologia. Fernanda se formou em 2011 e quis saber como andava o curso, os estágios etc. Quando quis saber também sobre a pesquisa de que participaria, aproveitei para apresentar-lhe a temática, mas brevemente, pois não queria que essa entrevista começasse como a primeira, com Inácia. Disse que se tratava de uma pesquisa sobre o psicólogo na ESF e que, no momento, estava interessado em saber como é o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde.

Fernanda se apresenta dizendo que decidiu ser Agente Comunitária de Saúde em 2010, quando, desempregada e cursando Psicologia, viu nesse cargo uma atribuição interessante e uma boa oportunidade de emprego:

Quando saiu o concurso público eu não tinha nem noção do que era uma Agente, né? Estava no terceiro ano da faculdade. Estava desempregada e aí surgiu o Concurso para Agente de Saúde e pensei: "Eu vou fazer!". Mas, é claro que antes de fazer, eu fui ver as atribuições e eu achei interessante o trabalho. Ainda mais eu que sou uma pessoa que gosta de gente e gosta pouco de falar (risos). Aí eu pensei que ia me dar bem de trabalhar tendo contato com as pessoas. Até pensei que pelo fato de estar fazendo psicologia, acho que vai ajudar bastante de saber lidar com pessoas, de saber conhecer. Então eu resolvi fazer, pensei: "Vamos, né? Estou precisando, né? Não é um trabalho muito complicado e eu...". Aí eu peguei e fiz, pela necessidade e também porque eu gostei das atribuições, eu achei muito interessante. Esse negócio de contato com a família, de você entrar em contato com a família, de você poder conhecer a família e poder ajudar a parte da saúde, se envolver na comunidade. Isso que me chamou a atenção.

Então Fernanda começa a contar o seu trabalho e da sua Unidade/equipe:

O nosso foi o primeiro PSF da cidade, ele foi o feito como o PSF que seria o piloto. É por isso que ele é uma casa super pequena é uma das unidades menores da cidade porque foi um teste da prefeitura. (...) A equipe tem a enfermeira, que é a coordenadora; a técnica de enfermagem. Era para ter um auxiliar [de enfermagem], mas a gente está em falta de auxiliar. Aí tem a médica [da família]; tem o

ginecologista que vem uma vez por semana; aí tem os seis ACSs. Tem também a servente [auxiliar de serviços gerais] que trabalha ali com a gente, tem a dentista e tem a pediatra que também vem uma vez por semana. Porque também está em falta. Estamos desfalcados com médico e com a auxiliar. Esta é a nossa equipe.

Apresentada à equipe, Fernanda começa a falar do trabalho:

E aí é assim, a gente faz visitas todo mês nas casas das famílias. Cada família a gente tem que passar pelo menos uma vez no mês. Teoricamente é isso, mas claro que as vezes não dá tempo, porque a gente também ajuda dentro do posto. Mas o serviço é esse: a gente visita e acompanha. Principalmente hipertensos e diabéticos, acamados também. A gente faz visitas e procura saber como está a família, se está precisando do PSF e depois a gente traz até o PSF: “Ah! Está precisando de consulta, então vamos marcar!”. Aí a gente faz o relatório diário de VD (Visita Domiciliar) para cada família para cada mês, dizendo como está sendo acompanhado. O básico é isso. O Agente de saúde tem o papel de ser um elo entre a comunidade e a saúde da cidade, o PSF.

Então, Fernanda aponta que cabe ao PSF, além de ser o elo, “trabalhar com prevenção”, “acompanhar periodicamente” e “ajudar dentro do posto”. Ela explica que:

Lá é um bairro muito carente. Acho que é o bairro mais carente da cidade, então você vê assim pessoas que não tem quase nada. Tem aqueles que são hipertensos e diabéticos e você tem que estar em cima para tomar medicação e estar sempre acompanhando. Mas muitas vezes você tem que ir lá, porque alguém está passando por algum problema. Já acompanhei casos de crianças que sofriam maus tratos e aí ficamos sempre observando, acompanhando. Se preciso temos que fazer denúncia. Esse também é um papel nosso. Bem complicado, não é? Então você vê muitos casos. Pessoas doentes, descaso, idosos abandonados.

Em seguida, conta um exemplo de como faz seu trabalho:

Nesse último mês mesmo eu tive que ter um acompanhamento muito intenso de um idoso de 90 anos que morava sozinho e a família, enfim, de fora. Então, eu tive que interceder, porque não tinha mais condições de ele morar sozinho, a família não queria cuidar mais. Então eu não tive escolha. Tive que interceder e fazer um relatório para o CREAS. O CREAS³⁵ veio e fez todos os trâmites e hoje ele está morando em uma

³⁵ Centro de Referência Especializado em Assistência Social. Por sua vez, CRAS é o Centro de Referência em Assistência Social. Segundo a Política Nacional de Assistência Social, o CRAS é o serviço de proteção básica, com o objetivo de desenvolver o convívio sócio-familiar e comunitário, atuando no próprio território. Já o CREAS é um serviço de média complexidade que oferece atendimento às famílias, grupos

casa que é um abrigo para idosos em Limeira. Não tinha mesmo condições dele morar sozinho. Ele não tomava banho, não conseguia limpar a casa. Então a gente também faz esse trabalho social, né? Tem de estar indo lá e acompanhar. (...) Neste caso, a gente teve que trabalhar juntos. Teve que batalhar e chamar a família. Porque a família vinha só uma vez por semana, às vezes uma vez por mês. Aí tivemos que sentar e conversar, eu, a enfermeira. Tivemos que explicar todos os riscos para a família. Porque, como eu falei, ele era uma pessoa de mais de noventa anos e tinha riscos de locomoção. Se locomovia devagar pela casa e poderia cair, não tinha mais equilíbrio. Aí, quando a gente viu que a família realmente não estava dando bola mesmo, a gente teve que acionar o CRAS. E eu fiquei sabendo desse idoso exatamente porque eu passo todo mês na casa dele e ele me atendia. E aí eu comecei a reparar que ele não estava... porque até então ele estava com a mulher. Ele tinha a mulher dele, que tinha 82 anos. Os dois já estavam numa situação que a gente acabou... A gente brigou pelos dois e entramos no CRAS pelos dois. Aí a gente conseguiu fazer... porque os dois moravam juntos, mas eles tinham filhos de outros casamentos. Eram famílias diferentes. Eles não tinham filhos em comum. Quando a mulher dele estava viva a gente ainda conseguiu junto ao CRAS de acionar a família dela, e as filhas dela começaram a acompanhar o casal, mas também tivemos que entrar via justiça. Duas filhas delas estavam mais perto. Mas, aí ela faleceu e as filhas abriram mão, e falaram: "Olha, não é meu pai", e essas duas moças sumiram. E tivemos que entrar novamente em contato com a família dele. E com a família dele foi um pouco mais complicado, mas também teve que entrar na justiça e hoje ele está internado, muito por causa disso daí. Porque o CRAS acionou o CREAS e aí entramos com uma ação no Ministério Público e tudo.

Fernanda conclui sua exposição dizendo que, por conta de o bairro ser carente, “sempre tem dessas coisas” e que, diante disso, “precisa ter mais cuidado, ir acompanhando de perto”.

Retomando o que já havia apresentado do trabalho do ACS e trazendo a questão do trabalho em equipe, Fernanda acrescenta:

A gente também tem esse papel: “Nossa, está com muitas escaras!”, então levar para a nossa enfermeira e “olha, tem aquele acamado e a família não está sabendo cuidar, será que não dá para você ir lá, ensinar a cuidar. Está com escaras”. E aí a enfermeira vai. A gente tem muito o apoio da enfermeira. Mesmo em visitas assim, se tem um paciente que não está sabendo tomar remédio, a gente chega e fala “Ó Roberta, é Roberta a minha enfermeira, eu já expliquei, não tem como você descer lá e explicar”.

e indivíduos que sofrem ou vivem em condição de violação de direitos básicos, mas ainda mantêm algum vínculo comunitário e/ou familiar (BRASIL, 2005).

Para além do trabalho junto à enfermeira, Fernanda também fala do trabalho com a médica da Unidade:

Também tem as visitas da doutora. A doutora visita os acamados quando os acamados estão precisando de uma consulta. E lá é assim a gente fez uma escala que toda semana, tem um dia que ela vai visitar os acamados, às vezes todo dia tem visita. Mas é a gente quem leva para ela qual é a situação que está esse acamado para ela poder fazer a visita e saber como está. Porque às vezes o acamado está sendo muito bem cuidado e “Ah! Precisa que a doutora venha essa semana? Não, acho que não! Se ele está bem, então vamos esperar mais um pouco”. Porque se está cuidando tudo certo e está tomando a medicação não é sempre que ela precisa ir visitar. Então a gente também faz essa... porque é muita gente, eu acho que a gente está em torno de mil famílias que a gente acompanha. Então é por isso que a gente tem que fazer tudo isso, saber se é necess... é chato falar “quando necessário”, né? Mas quando precisa mesmo. Chato porque é o jeito que dá, porque o certo é a doutora estar indo todo o mês visitar. Então a gente vê as necessidades maiores. É tudo uma questão de ajustes, né? A gente acaba dando prioridade para aqueles que mais precisam.

Diante do grande número de pessoas abrangidas pela equipe, Fernanda anuncia qual seria o seu lugar como ACS: “a gente quem leva para ela qual é a situação” e “saber se é necessário”, estabelecendo as prioridades. Ouvindo Fernanda, fiquei me questionando como eles sabem quando é necessário, como organizam o trabalho. Lançada a questão, ela responde:

Por exemplo, hipertensos e diabéticos têm que passar de três em três meses com a doutora. Muitas vezes o paciente não vai, então cabe a gente, Agente de Saúde, ir lá na casa da pessoa e falar assim: “Oh! Você não está indo fazer acompanhamento, então vai lá no posto e marca uma consulta. Faz mais de tantos meses que você não aparece”. Então é tudo isso que a gente faz. A gente fica de olho na população. É um cuidado, um elo mesmo.

Por interpretação minha, caracterizei esse “ficar de olho na população” como um “policiamento” – denominação infeliz. Então, Fernanda passa a se referir ao cuidado e ao acompanhamento como um policiamento. Fiquei inquieto e desconcertado com minha intromissão, pois não sabia se ela via, de fato, o trabalho como uma forma de policiamento, embora me parecesse.

Diante de meu interpelo, Fernanda responde:

Isso mesmo, policiamento, não deixa de ser. Não que a gente vá batendo na casa e falando “Ô Fulano, você não está indo na consulta”. Porque a comunidade atende muito bem a gente, a gente tem um

vínculo bom e eles sempre atendem bem a gente. É diferente de, por exemplo, quando escutamos relatos de outros ACSs de outras regiões da cidade que não têm essa facilidade igual à Zona Leste. Acho que é por ser uma população que precisa mais, eles atendem bem a gente, são bem receptivos. Muitas vezes o trabalho se torna um elo de amizade, porque você vai lá e a pessoa precisa tanto conversar e as vezes... eu falo até para a Inácia, parece que a gente às vezes faz papel de psicóloga, às vezes, porque a pessoa está: “Ah! Meu marido briga comigo e eu apanho”. Por isso que a gente acaba se aproximando muito. As pessoas se aproximam muito da gente. Porque “Meu marido briga, meu filho usa droga e hoje ele quebrou a casa inteira”. São essas conversas que a gente está acostumada a fazer e por isso as pessoas acabam tendo um elo de confiança com a gente. Elas precisam da gente para desabafar. Então é isso e é bem bacana.

Entendendo a resposta de Fernanda sobre o meu “policiamento”, ficou claro para mim que esse “ficar de olho” não tem necessariamente o caráter de vigilância, mas se dá por meio do elo. Elo que aparece qualificado como “de amizade”. Fernanda, então, prossegue esclarecendo como é esse “ficar de olho”:

É, na verdade, as visitas, a gente passa em todas as casas. Os que têm acamado ou algo mais... A gente faz uma conversa, esse controle, esse policiamento como você disse. Agora nas outras, não: “Agora, me conta como está? A família está bem? E as crianças?” – Porque a gente sempre procura saber das crianças – “As crianças estão bem? Como estão as crianças? A vacinação está ok? Teve diarreia essa semana? Está comendo direito? Posso dar uma olhada na carteirinha de vacinação?”. Tudo isso a gente vê também. Às vezes fala: “Sabe que meu filho caiu, machucou”. Eles sempre têm uma dúvida para tirar com a gente. Porque eles sabem, muitas vezes, que a gente vai passar lá e esperam, mas às vezes eles vão lá no posto para tirar dúvida. Mas muitas coisas eles tiram com a gente, e o que a gente pode tirar de dúvidas a gente tira, senão a gente pergunta para a médica, para a enfermeira e depois leva. Porque assim, a gente tem que estar de olho e ter controle de hanseníase, e tudo. Então tem que ter alguns informativos importantes. Muitas vezes as pessoas chegam falando “Olha Fernanda, estou com uma manchinha aqui, você pode dar uma olhada”, ou a pessoa relata “Estou com isso aqui, o que pode ser?”. Será que pode ser hanseníase, muitas vezes a gente já fala: “Vamos marcar uma consulta com a doutora, para tirar a dúvida”.

E conclui dizendo que “é por isso que eu penso que o trabalho do ACS é muito importante, porque num exemplo desse, a pessoa que está numa mancha no corpo e que está incomodando, ela pensa que não deve ser nada”. Então, como ACS, esclarece que “só de a gente passar lá e observar, conversar, aí a pessoa se abre, mostra e a gente vê. É um elo, é um modo de a gente levar a pessoa para a doutora. A pessoa nunca ia descobrir, né? Então eu acho que o trabalho é importante por causa disso também”.

Pelo que entendi, Fernanda consegue ter essas conversas, em que a pessoa se abre, porque *“eles têm uma confiança na gente”*, ao mesmo tempo que esse vínculo de confiança foi criado *“de a gente estar sempre passando, orientando”*, assim, *“depois com o tempo tem um elo de confiança sim. E também eles sabem o trabalho da gente. Conhecem a gente”*. Porém, conta Fernanda, *“é lógico que no começo foi mais difícil. Difícil para gente, porque a gente entra na casa das pessoas. Complicado para eles, eu via. Para qualquer pessoa. Uma pessoa estranha entrando na sua casa todo o mês”*.

Fiquei rodeado de questões? Como será que “quebraram o gelo” no início? Seriam o elo de confiança (outra qualificação de elo) e o “ficar de olho” retroalimentados? Diante dessas questões, Fernanda recheia a conversa com uma série de historietas e exemplos.

Tem uma família que eu vou, que o marido e um filho são usuários e nisso tudo tem uma adolescente que tem uma criança. Ela passou a gravidez toda dela lá. Ela tem 15 anos hoje. Que, inclusive, o marido dela está preso por tráfico. Então, são coisas que chocam de você ver, não é? Mas, assim, a gente acompanha porque essa menina de 15 anos, olha o ambiente que ela mora... Tem uma criança que está agora com um ano e meio. Aí, esses tempos atrás eu passei na frente da casa dela e o irmão dela simplesmente estava quebrando tudo dentro da casa e os vizinhos estavam todos apavorados. Estava jogando tudo e quebrando tudo. Aí nessa, você fica com medo de parar e chamar, não é? Mas, depois que eu vi... eu fui dar uma volta e depois que eu vi que as coisas se acalmaram eu fui lá e chamei ela. Aí ela saiu e contou: "Realmente ele quebrou tudo aqui dentro". E ela chorou muito e a mãe dela veio para conversar. Eu falei para ela "Precisando vai lá me procurar". E eles acabam indo no posto e, quando ela não está bem, ela vai lá no posto e me chama. Essas semanas mesmo, ela foi e me contou que o irmão dela foi preso. Foi preso porque pegou ele de novo. Ele já havia sido preso e agora foi de novo. E ela falou: "Ele já foi preso, e agora as coisas estão mais tranquilas". Complicado você ouvir isso de uma pessoa, não é Pedro? Agora que meu irmão está preso, as coisas estão mais tranquilas. Então, são coisas que você acaba entrando no cotidiano das pessoas, não é?

Com essa historieta, entendi que além de entrar na casa das pessoas, Fernanda passa a habitar o cotidiano delas. Pensativa, Fernanda conclui que, em casos como esse, *“a única coisa que a gente pode dar é o seu ouvido, não é Pedro? É ouvir. Elas precisam e o que você dá é ouvir”*, já encaminhando para um exemplo:

Por exemplo, eu sou responsável pelo Viva Leite³⁶, ali no posto. Porque a gente está lá no Programa do Viva Leite do Estado [de São Paulo]. Então, por exemplo, o Estado entrega leite para crianças de 6 meses até 6 anos, para as crianças cadastradas. E eu sou a responsável dentro do posto por isso. Então, quando eu vejo, por exemplo, essa família da moça que eu te contei, que está passando por necessidade e tem criança, eu também oriento: "Ó, você não quer fazer o cadastro do Viva Leite? Vamos lá? Vamos fazer o cadastro", e eu mando o formulário, ao menos tem um leite para a criança não vai faltar. Ou então quando a gente ouve que alguém está desempregado e a gente fala "Ó, vai lá na Prefeitura, conversa com fulano e faz isso". A gente explica e orienta a pessoa de como conseguir um emprego, uma cesta básica de ajuda. A gente também tem... penso que muitas vezes a única arma que a gente tem são as informações que a gente tem.

Fernanda conclui este exemplo dizendo que “O que a gente pode fazer é o que está ao alcance do posto ali. A gente tenta passar para a população. E o resto é conversar, escutar”. Fernanda apresentou-me duas dimensões do seu trabalho: quando há algo a oferecer para a pessoa, algo que esteja ao alcance do posto ou dos serviços da cidade que conhece; e quando não há nada a fazer, então é conversar e escutar. Porém, escuta e conversa parecem ser o modo de acesso ao cotidiano. Seria esse o modo como Fernanda é ACS?

Ainda me explicando sobre o elo e sobre o “ficar de olho”, Fernanda conta:

Essa semana mesmo eu perdi... teve um paciente na minha área que morreu de enfarte fulminante. Era um senhor bem ativo, trabalhava, e ontem eu passei lá na família e tem uma das filhas dele que era muito apegada a ele. Na hora que eu estava conversando com ela, perguntando como que foi e o que aconteceu. Porque todo final do mês a gente tem nosso relatório geral que temos que mandar para a Secretaria da Saúde, então a gente tem que por lá quando que morreu, do que morreu, se foi internado antes, né? Essas informações todas. E conversando, de repente, essa moça despencou a chorar, chorar descontroladamente. Aí o que você faz? Você vai falar o quê? E eu falei "Eu não tenho o que te falar! O que eu posso falar é para você chorar". E ela me disse assim: "Poxa, Jú, ele foi embora de repente. Ele era uma pessoa muito ativa, estava bem e morrer de enfarte assim, você não espera". Então, essa moça despencou a chorar, e a chorar desesperadamente. E o que eu pude fazer antes de ir embora? Eu só fui lá e dei um abraço nela e falei: "Olha, se você precisar conversar, você sobe lá no posto, a gente conversa". Ela, agradeceu e falou que tudo bem. Aí depois eu fui cumprimentar a mãe dela e falei: "Deixa ela chorar, deixa ela quieta, porque a dor ainda está presente. Deixa ela chorar". Porque a mãe dela veio falar para mim: "Aí Jú, o que é que eu faço? Ela não para de chorar". E eu falei para ela deixar, porque

³⁶ Programa da Secretaria de Desenvolvimento Social do Estado de São Paulo criado em 1999, que tem por objetivo distribuir leite integral pasteurizado para crianças de 6 meses a 6 anos e 11 meses que pertençam a famílias com renda de até 2 salários mínimos (SÃO PAULO, 2012).

estava recente ainda, faz quatro dias que ele morreu. Uma hora a dor vai cessar, mas ela tem que sentir, ela tem que por para fora. Aí, até a mãe dela conversou comigo que no velório ela estava muito quieta e não tinha chorado muito. Pelo contrário ela disse, quem chorou muito fui eu. E eu falei, "pois é, agora para para pensar, será que ela não chorou esses primeiros dias porque ela estava vendo o quanto você estava sofrendo e ela queria te dar força? E agora que ela viu que você está bem, deixa ela chorar, porque agora é a vez dela. Vai ver que ela tentou ser forte para te acolher". E ela falou: "Olha, é verdade, ela esteve comigo o tempo todo e agora ela desabou. Por quê?". E eu falei: "Por que ela viu que você está bem, e agora deixa ela sofrer e sentir o luto do pai". Então, aí hoje eu até passei lá na frente e a mãe dela estava na frente da casa, e eu perguntei dela e ela falou: "Hoje ela está melhor, dormiu bem, está mais calma". Então é isso, você acaba se envolvendo.

Com essa historietas, Fernanda parece comunicar a importância do envolvimento e da escuta, quando não há mais nada a ser feito pelo sistema de Saúde, ao mesmo tempo que mostra a face pragmática do trabalho, pois foi perguntar como as coisas estavam para também preencher um relatório, exigência do trabalho.

Sobre essas historietas e exemplos, Fernanda reflete:

Isso que eu acho mais interessante no trabalho, você acaba se envolvendo no cotidiano das pessoas de tal maneira assim, que se você deixar... é assim, é um trabalho, que eu falo, ao mesmo tempo é um trabalho gratificante, é difícil, porque você vê as mazelas das pessoas. Mas, é claro que também tem o lado bom. Não tem só coisa ruim, né? O lado bom é quando você vê aquela pessoa que conseguiu se curar, aquela pessoa que estava mal e melhora, aquela pessoa que conta para você "Nossa, eu estou desempregado, estou passando necessidade", mas depois que você vai lá, trabalha, e ela vai lá ou você passa na casa dela e ela conta que conseguiu emprego e que está tocando a vida. (...) É isso, você acaba acompanhando. Você acaba fazendo mais, fazendo uma amizade, mesmo.

Refletindo sobre essa amizade com Fernanda, ela conta que é “uma amizade com todo mundo que te recebe”, porque “tem casa que a gente vai, que não tem problema, mas a pessoa te recebe bem, ela fala ‘Oi! Entra!’”, querendo dizer que o vínculo criado se torna visível no dia a dia e está para além da relação de trabalho. Seria esse o sentido de “acaba fazendo mais”?

É claro que você tem que ter uma ética profissional, porque se deixar tem gente que sempre fala "Ô Jú, almoça aqui hoje?", ou "olha, eu fiz um bolo, você não quer um pedacinho de bolo?". Às vezes, você até come um pedacinho de bolo, mas já sai logo. Porque é lógico que você não vai sentar e tomar café na casa da pessoa logo de manhã (risos). Porque, como a gente faz as visitas de manhã até próximo da hora do almoço e, às vezes, você passa na casa da pessoa umas nove horas e a pessoa está tomando café, e aí "Entra aqui, toma café comigo?". Aí a

gente fala: "Não, não, só estou passando para ver como você está". Mas, aí a pessoa insiste para tomar um golinho de café e você toma um golinho de café. Eu ainda faço isso, porque eu penso que não dá para você ser só... não é um robô, não é? É uma visita, não deixa de ser uma visita.

Mesmo Fernanda se resguardando, dizendo que *“você tem que saber o limite, não dá para você ir lá, todo dia, sentar e tomar café com a pessoa, e ficar mais de uma hora tomando café e batendo papo”*, parece ter deixado claro que o entrar e tomar um café de vez em quando é o que vai tornar a visita uma visita. Também, Fernanda deixa a entender que ela *“ainda faz isso”*. Fico me perguntando se há orientações contrárias? Será que Fernanda estaria me contando uma transgressão? Independentemente dessas questões, Fernanda justifica que *“é assim, com esse trabalho, desse jeito, eles acabam pegando tanta confiança com a gente que até isso eles oferecem para a gente na casa”*.

Diante do exposto, Fernanda reflete: *“e eu não sei dizer se essa característica é só na Zona Leste”*, e explica:

Porque, por exemplo, bairros que têm... quer dizer, que eu escuto de companheiros de outros postos que trabalham em bairros de poder aquisitivo maior, que a maioria tem convênio, vamos dizer assim, e já não tem essa receptividade. A pessoa vai lá, bate na porta, é só aquilo mesmo, a pessoa nem pede para entrar, nem nada. Eles falam que é uma coisa mais seca. Então, já não sei a realidade, eu sei do que meus outros companheiros me falam, mas ali na Zona Leste é muito tranquilo, assim. Eles falam disso como uma dificuldade. Aqui [Zona Leste], essa parte de convidar para entrar, de conversar é a parte boa do trabalho! Porque aí o trabalho flui, né? Porque nisso você acaba tendo bastante informação, você acaba conhecendo a família. Agora, eu acredito sim que essas outras ACSs têm dificuldade no trabalho sim, porque você acaba não conhecendo e acaba não sabendo do cotidiano da família e acaba não trazendo para dentro do PSF.

Fernanda parece ampliar o sentido de seu trabalho mostrando que talvez ele seja assim também por conta de características da população. Nesse sentido, as comparações a ajudam a construir argumento para sua proposição. Além disso, para Fernanda, essa receptividade é a parte boa do trabalho, *“porque você acaba se envolvendo com a comunidade e acaba fazendo parte ali. É impossível não se envolver com as famílias e com as pessoas, se você está ali presente todo mês, na casa das pessoas, todo mês você está lá fazendo visitas para elas, ouvindo”*. Então, ela conta com mais detalhes sobre essa receptividade:

eu gosto, por exemplo, de trabalhar com os adolescentes. Procurar sempre estar orientando os adolescentes, porque muitas vezes o adolescente chega em você e até fala assim: "Olha"... principalmente meninas, porque muitas vezes as meninas não têm liberdade de contar para a mãe que já começou a ter relação sexual, elas vêm contar para a gente. "Ah! Jú, olha, e agora?", e a gente orienta, encaminha lá no posto para conversar com a enfermeira e tirar as dúvidas. Ou então, às vezes, "Aí Jú, eu não contei nada para minha mãe ainda, eu estou contando para você, não comenta nada com a minha mãe, não". Eu falo que tudo bem, mas depois eu falo: "Mas, vai lá no posto conversar com a enfermeira, tirar suas dúvidas". O que a gente pode orientar a gente orienta, por exemplo, elas falam assim: "Ah! Eu tomei remédio, mas será que estou tomando certo?". Aí a gente pergunta: "Mas como você está tomando?". E aí a gente explica como tem que tomar o remédio, porque se eu sei como é que toma o remédio aí eu explico ou falo se a pessoa está tomando errado. Mas, qualquer dúvida eu sempre falo para as pessoas irem conversar com a enfermeira. E as pessoas vão conversar. Ou então, até a enfermeira ajuda a gente, porque às vezes as pessoas têm dúvidas, mas que não querem subir lá (na unidade), então eu pego a dúvida e pergunto para a enfermeira, ela tira minhas dúvidas aí eu volto na casa da pessoa e passo para ela: "Olha, a enfermeira falou isso, isso e isso". Então, essas coisas, eles têm um vínculo de confiança até nisso. Pelo que eu vejo até pelos adolescentes em assuntos de vida sexual, eles têm mais abertura para falar com a gente do que com a própria família, porque ali a gente tem as orientações.

A receptividade é também confiança para lidar com situações da vida, como o (secreto) início da vida sexual dos adolescentes. Sobre essa receptividade, Fernanda conclui: *“Acho que é por isso mesmo que chama de Agente Comunitário de Saúde, porque a gente trabalha direto com a comunidade e vai se aproximando, acaba fazendo parte dessa comunidade”*. Sobre fazer parte da comunidade, Fernanda conta que, embora não more ali na Zona Leste, morou *“muito tempo lá [na Zona Leste] durante a adolescência”* e por isso *“tem casas que eu vou que são de conhecidos meus do tempo de escola”*, justificando seu vínculo com o bairro, para além do trabalho de ACS.

Repetindo, Fernanda enfatiza que *“tem muita gente que você acaba se envolvendo e acaba desenvolvendo amizades. E também, acaba acontecendo coisas, como você vai lá e começa a trabalhar e, como eu te falei”*, e complementa: *“eu acho interessante isso também, de ir além da saúde”*.

Sobre ir além da saúde, Fernanda retoma o exemplo daquele idoso que vivia sozinho, do início da entrevista, e dá mais dois exemplos, sendo o primeiro sobre *“os adolescentes revelando suas coisas: ‘Eu estou grávida, e agora como é que eu faço, como eu vou contar para a minha mãe?’*. Essas coisas, isso acontece”. E continua:

Tem uma adolescente que quando ela começou a ter relação ela contou para mim, mas a mãe dela sabia de tudo, né? E aí eu brincava com ela, sempre que eu passava na casa dela, eu perguntava: “E aí, você foi fazer Papanicolau?”. E eu expliquei para ela que, como ela está tendo relação, ela tem que ir lá marcar o Papa e tudo, e ela não ia. Então toda vez que eu passava lá eu falava “Ná, você não vai fazer o Papa?”. E ela dava risada e falava que tinha que marcar. Até que passou, acho o que, um ano, um ano e pouco e ela engravidou. Aí eu fui na casa dela e ela me contou e eu falei: “Ah! Agora nem adiante você fazer Papanicolau mais!”. Aí ela caiu na risada, mesmo eu falando que ela devia ter ido e tal. Mas, então, você vai brincando. É como você falou, um policiamento, mas é diferente, não é aquela cobrança: “Ó, você tem que ir!”, claro, você orienta e depois você vai vendo que acaba tendo tanta liberdade, que você acaba brincando. “Ó, você não foi lá ainda? Você está brincando com a saúde?”. E o pessoal dá risada. Mas, assim, é lógico que não é todo mundo, mas tem uns que você têm essa liberdade e até a mãe fala: “Ó! Pega no pé mesmo, Jú, porque eu já falei e ele não me escuta!”.

Entendi que ir além da saúde também é trabalhar com questões da saúde (o exame de Papanicolau, saúde da mulher, gravidez etc.), mas com alguma “liberdade”, sem “aquela cobrança” e com brincadeiras que mostram proximidade. Fernanda enfatiza que essa receptividade já é algo além da saúde.

Por outro lado, ela diz que “*tem aqueles que não cooperam*”, e esclarece:

Geralmente quem não coopera é quem tem convênio. Quem tem convênio geralmente não... é claro que são poucas, dá para contar nos dedos, ainda bem, né? Mas tem gente que você passa na casa e a pessoa já chega: “Olha, eu tenho convênio e não preciso do postinho!”. Ou então, às vezes você passa na casa da pessoa e a pessoa simplesmente não te atende. Eu falo para você que tem casas na minha área que eu nunca vi um morador. Que, por mais que eu chame, a pessoa não sei. E tem sim pessoas assim, são pessoas que não participam, não precisam, entre aspas, do postinho. Mas, geralmente porque tem convênio. Mas é engraçado, porque a gente encontra gente que tem convênio e fala que não precisa ir no postinho, aí a gente vê que a pessoa tem criança e a gente fala assim: “Você tem convênio, mas um dia você vai precisar do postinho. Onde você vai vacinar o seu filho? No Convênio?”. A gente sabe que convênio não dá vacina, então a gente sempre vai refletindo. Mas, ainda assim, tem pessoas que não se envolvem com o trabalho, que não gosta de atender, que atende com cara feia. Você vê que te atende por obrigação. Ou tem pessoas que te atendem e já falam assim: “Está tudo bem, viu? Pode marcar aí que está tudo bem. Aonde você quer que eu assine?”. Porque tem o relatório de Visita Domiciliar e a gente pede para as pessoas da visita assinarem. “Você quer que eu assine, ó? Eu vou assinar já porque está tudo bem. Põe aí que está tudo bem, porque eu estou ocupada e vou fazer meu serviço.”. Geralmente as pessoas que atendem assim são as pessoas que tem convênio.

E conclui dizendo que *“quem usa mesmo o posto não faz isso. Conhece a gente. Atende a gente bem”*. Completa ressaltando que as pessoas que conhecem o trabalho dos ACSs e da Unidade, mas estão ocupadas no momento da visita, falam: *“Ô Jú, desculpa, hoje não vai dar para te dar atenção, estou ocupada, mas está tudo bem. Tem como passar outro dia?”*, mas *“aí é diferente sim, uma está ocupada porque não quer atender, outra porque está mesmo ocupada. Porque viemos numa hora ruim”*.

Depois de uma breve pausa, Fernanda retoma a questão da formação em Psicologia, que apresentou no início da entrevista como um dos motivadores para se tornar ACS. Agora, ela conta, tendo passado alguns anos de trabalho como ACS e já formada: *“porque é assim, eu acho que está sendo uma experiência boa para mim, para depois, como profissional de psicologia, você saber lidar com as pessoas, você saber ouvir”*. E justifica:

(...) porque tem pessoas que contam coisas para a gente. Eu achei que ia ser um bom exercício para mim como futura profissional depois, não é? Saber ouvir, até, vamos dizer assim, se controlar diante das emoções fortes. Como tem gente que começou a chorar ali, não que eu como A gente não possa chorar, mas eu penso assim, nossa, né? Eu tenho que segurar um pouco, né? Eu tenho que saber lidar com isso. E isso eu achei que seria uma experiência boa para mim como profissional de psicologia depois, para mim carregar comigo, não é? (...) Nossa! Ajuda bastante!

Especificando mais, Fernanda reconhece que essa “ajuda” veio de duas maneiras: *“no modo de lidar com as pessoas, você, por exemplo, saber orientar, manter uma postura profissional”*, e os *“outros agentes que trabalham lá vem perguntar: ‘Olha, poxa. Fulano veio me contar isso, como você acha que eu lido?’”, ou “como você eu reajo diante disso que me contou?”*.

Para mostrar como ambas as maneiras se articulam e se diferenciam, Fernanda nos dá um exemplo de uma situação que ela e Inácia (na época ainda estudante de Psicologia) enfrentaram:

Porque, por exemplo, a mãe vai lá e conta apavorada: “Ai, meu filho está drogado”. Você acaba vendo na pessoa o sofrimento dela em relação a esse filho, né? Aí que você acaba falando que a gente precisa escutar aquela mãe. Como psicóloga você sabe que ela precisa, aí você já pensa em escutar: “Deixa eu escutar aquela mãe.”. Agora, muitas vezes um outro profissional, ele vê essa mãe e fala assim: “Ah! O filho dela é um vagabundo mesmo, porque não quer saber de trabalhar, não quer saber de nada e ela fica sofrendo? Para que ficar sofrendo?”. A

pessoa não fala isso para a mãe, mas fala para a gente. E aí a gente vê que é muito preconceito, que o preconceito é muito forte nesse sentido. Aí a gente vê que a gente tem um olhar diferente com aquela mãe, por exemplo. Agora, um outro ACS já pode pensar assim: "Ah! O filho dela está sofrendo porque ela não soube educar direito e agora ela está sofrendo as consequências". Claro que não são todos, não é só porque eu fiz psicologia que eu tenho esse olhar diferente. Tem pessoas, claro, que trabalham com a gente que tem um olhar igual ao nosso, que tem compaixão com o outro. Compaixão. Como eu ia dizer, tem uma sensibilidade diferente. Um olhar diferente. De uma pessoa falar assim com a gente: "Eu estou usando drogas e não consigo parar". O que é que você vai olhar? Vai olhar de um jeito diferente. Vai conversar: "Por que é que você acabou se envolvendo com isso? O que aconteceu?". Agora outras pessoas podem chegar e pensar: "Se se envolveu com isso é porque não presta mesmo".

Para a população, segundo Fernanda, a Psicologia a ajudou a desenvolver um olhar diferenciado para as questões humanas envolvidas, o que leva a ela a questionar e ter compaixão pelo sofrimento, sem tanto julgamento. Para a equipe, Fernanda diz que, por ter duas psicólogas na equipe: *“eu vejo que as meninas devem ter essa segurança de perguntar as coisas para mim mesmo, para a Inácia”*. Principalmente as ACSs que *“vêm perguntar: ‘Olha, poxa. Fulano veio me contar isso, como você acha que eu lido?’, ou ‘como você eu reajo diante disso que me contou?’*. Aí a gente dá umas dicas, conversa com as pessoas, procura saber, né? Tenta falar desse ouvir nosso que é diferente”. Justifica, também, dizendo que essa segurança se refere não só às orientações que porventura são solicitadas, mas também para intervenções, pois *“às vezes a pessoa já chega e fala que nós somos psicólogas e que precisamos ir lá com ela. ‘Quem sabe a pessoa conversando com vocês a pessoa não se sente melhor’”*.

Por outro lado, Fernanda pondera que, independentemente da formação em Psicologia, *“a gente tem isso de interessante, de quando a gente não dá conta de ir sozinho em uma casa, a gente pede para o outro ir lá com a gente, porque a gente tem essa coisa que essa cumplicidade uma com as outras, de se ajudar”*. E me conta um exemplo:

O caso das biqueiras, né? Onde vende droga e essas coisas, aí geralmente a gente não vai sozinho. A gente sempre pede para alguém ir com a gente, vai em duas, quando a gente sabe que é um lugar barra pesada. Sabe que vende droga ali, então a gente sempre vai em duas, nunca sozinho. Quando nas visitas a gente percebe que tem pessoas que a gente fica sabendo que não tem uma índole boa, a gente evita ir sozinho. Complicado. Principalmente nas biqueiras a gente vai acompanhado. Está certo que a gente está com o crachá, mas mesmo assim eu tenho medo. Se bem que na minha área não tem, ou deve ter

só uma só. Mas, assim, a gente tem medo de ir sozinha e por quê? Baixa polícia ali e aí? Como você vai explicar que você estava ali? Então a gente sempre decide ir em duas aonde a gente acha que tem perigo.

Outro exemplo de auxílio aos perigos do trabalho se faz necessário quando “a gente identifica homem vivendo sozinho (...) como tem uma casa lá que tem um negócio que eles trabalham todos na usina, um monte de homaiada. Eles moram todos sozinhos lá. Eu não vou lá sozinha e se eu for eu fico só no portão”. Conta também o caso daquele senhor que mora sozinho:

E, para você ver como é engraçado, até nisso os moradores comentam, né? A gente pega tanta amizade com a gente que eles vêm contar para a gente. As vizinhas chegaram um dia, e eu achei tão engraçado, ela chegou para mim e disse: "Jú, você toma cuidado para ir na casa de fulano". E ele é casado, mas fica sozinho o dia todo. Mas eu perguntei o porquê, e ela disse: "Um dia ele falou que vai te agarrar, porque ele acha você muito bonita". E eu falei... pronto. Aí eu já fiquei com medo, né? Então sempre que tenho que ir lá eu chamo alguém para ir comigo (risos). Eu acho engraçado isso, eu peço para alguém ir comigo, porque eu não vou sozinha lá. Tudo bem que parece que o cara está brincando lá, mas se numa dessa aí ele arrasta eu lá para dentro. Aí eu sempre vou com alguém, nunca vou sozinha para dentro da casa dele.

Não só com a equipe, Fernanda pode contar também com as pessoas do bairro, aquelas com quem ela estabeleceu amizade e confiança, para lidar e ser alertada quanto aos perigos do trabalho. Conclui o assunto dos perigos dizendo que “na dificuldade você acaba pedindo ajuda uns dos outros”.

Aproveitando o ensejo das dificuldades, Fernanda diz que:

Eu estava falando de dificuldades. Eu vejo uma dificuldade no nosso trabalho: o fato de a gente ter que ajudar dentro do posto. Muitas vezes não dá para sair para fazer visita todo dia. Porque o certo era fazer visita todos os dias, né? Mas o fato de a gente ter que ajudar porque a população é muito grande e a demanda é muito corrida lá dentro. Lá a gente tem a coleta de sangue, tem os atendimentos da clínica, atendimento da ginecologista, tinha do pediatra, na época que tinha pediatra direto lá. Então a demanda é muito grande e muitas vezes a gente tem que ajudar lá dentro. A gente fica na recepção para marcar consulta, pegar prontuário, essas coisas. A gente ajuda na coleta de sangue, etiquetando tubo, porque só a enfermagem não dá conta. Então enquanto eles estão colhendo a gente está etiquetando tudo, marcando no relatório, escrevendo o relatório de todo mundo, porque tem que fazer um relatório de todo mundo que colheu sangue e enviar para o laboratório. Tudo isso é a gente que faz, então a gente tem sempre que estar revezando. E eu acredito que isso atrapalha um pouco o trabalho, porque nem sempre dá para sair para fazer visitas.

Embora Fernanda diga “*não que isso não seja importante, ficar dentro do posto. Porque dentro do posto a gente também dá orientação, principalmente quando a gente fica na recepção*”, ela entende que “*não é mesma coisa*”.

Sobre isso, Fernanda faz duas ponderações, sendo a primeira: “*eu acredito que deveria ter algo, ter algum acordo, contratar mais funcionário, não sei. Para fazer esse papel dentro do posto, para o Agente de Saúde fazer só a função dele lá fora, com as famílias. O fato de além da gente fazer as nossas funções, a gente ter que fazer funções à parte que acaba atrasando, atrapalhando as reais funções nossas*”. E a segunda:

E sabe o que é engraçado, quando você fica muito tempo dentro do posto e acaba não saindo, porque tem época que é a maior correria e a gente não sai. A gente até brinca assim, porque o próprio munícipe vai ali no posto e fala assim: "Pô, Jú, faz tempo que você não vai na minha casa! Você sumiu de lá, o que aconteceu?" Então eles gostam e isso quer dizer... isso eu acho bom, porque é sinal de que a gente não atrapalha, né? Porque eu até brinco com o pessoal lá: "Será que o povo não enjoa, né? Todo mês a gente está lá. Todo mês a gente está lá enchendo o saco". E aí quando você escuta uma dessa, de um munícipe, você fala: "Que bom que eu não encho o saco. A pessoa sentiu minha falta". (risos) Tem uma família na área que eu faço, que eles me recebem tão bem na casa deles que toda vez que eu passo na rua eu tenho que passar e falar um 'oi'. Porque se eu não passo... uma vez por mês eu passo para fazer a visita do posto, mas toda vez que eu passo na rua lá, fazendo visitas em outras casas, eu tenho que passar, tenho que cumprimentar, eu tenho que falar um pouquinho lá com eles. Porque se eu não faço isso, eles vão lá no posto depois e falam: "É! Passou lá em frente de casa, só cumprimentou e não parou para falar com a gente!" E aí eu até brinco: "Mas, se depender de você, eu vou visitar você toda a semana, não é?". Eu falo isso com o senhor, que mora nessa casa. E ele fala: "Mas, por que não? Por que você não pode passar lá toda semana? Tem algum problema?" E dá risada, né? Mas eles cobram, né? E eu acho isso bem bacana, porque você percebe que não enche o saco.

Por outro lado, Fernanda aponta que “*tem família que a gente esquece de perguntar*”, dada a proximidade que desenvolvem com as pessoas, no dia a dia; “*aquela família que vai sempre no posto, que se cuida, é saudável. Você vai na casa e pergunta se está tudo bem. Você mesmo acaba marcando, porque você sabe que a família é tão saudável que você vai ficar prolongando*”. Por outro lado, procura dirigir a atenção para “*àquelas famílias que você sabe que são tão problemáticas que, toda vez que você for lá, vão ter assunto para te falar*”. Mas conclui que, de qualquer forma, “*a gente sempre está acompanhando*”.

Como Fernanda, que parecia estar rouca, começa a tossir muito ao final da entrevista, decidimos encerrá-la. Como últimas palavras, Fernanda faz uma síntese:

É um trabalho gratificante. Um trabalho difícil, porém, gratificante. O que eu quero dizer que não é um trabalho fácil, pelo fato de você ter que andar debaixo de sol, fazer visita. Isso é uma parte difícil, você ter que sair todo dia, às vezes debaixo de sol muito forte. Porque a gente bate perna no sol pelo bairro. Essa é a parte difícil. Só que é gratificante quando você vê isso, você vê o carinho das pessoas com você. Quando você bate numa casa e a pessoa te trata bem. Quando você vê que você ajudou aquela família que, depois do trabalho, aquela família ficou melhor, aquela adolescente tirou as dúvidas dela. Isso que é gratificante. Mas a parte difícil que eu te falei é essa, você bater perna o dia todo e andar debaixo do sol. Era bem mais cômodo ficar dentro do posto...

Com o gravador já desligado e em clima de despedida, Fernanda me pergunta se a entrevista foi boa e, quando eu lhe devolvo a pergunta, ela diz: “*Nossa! Acho que nunca falei assim do meu trabalho com ninguém! Agora até deu vontade de trabalhar mais*”, mergulhando em seguida em uma síntese de tudo o que foi dito, como se quisesse digerir, degustar melhor. Então, sua feição muda para um tom mais grave e ela reconta a história da adolescente cujo irmão está preso após quebrar as coisas dentro de casa. Ela se comove e conta como está envolvida com essa adolescente, ressalta sofrer junto a ela. Diz ver semelhanças entre o sofrimento dessa adolescente e a sua vida, embora o enredo das histórias seja diferente. Fala que já ouviu essa menina contar seus sonhos e, agora, contar os sonhos despedaçados. Se emociona. Fica para mim a questão: Quanto se envolver?

Pensativa, ela responde que não sabe ao certo, e conta estar muito envolvida e comovida. Quase como uma confissão conta que ajudou essa adolescente a arrecadar fraldas para o filho e pensou em comprar presentes para o menino. Mas conta que hesitou, na dúvida se “*isso já não seria demais*”. Assim, Fernanda retoma o sentido de “gratificação do trabalho” e “dificuldade do trabalho”, expressando que se vincular também dói.

Termina o encontro rindo ao contar que, no dia anterior, um garoto de sua microárea veio correndo na rua só para lhe dar um beijo e um abraço bem apertado... “*Acho que vou sentir falta disso tudo*”. Explica dizendo que em breve pretende deixar o cargo de ACS para se dedicar à Psicologia como profissão.

No início da entrevista, Fernanda mostra que tenta seguir o que é previsto como trabalho do ACS, mas, ao contar as suas histórias, os encontros, desencontros e dores,

mostra que os termos usados na política para designar o sentido do trabalho do ACS não são nada claros. Assim ela vai forjando e sentindo o significado desses termos. Ser elo, acompanhar, monitorar, vão dizendo do modo como Fernanda fez-se ACS junto à população.

Por que não dizer que o modo como o elo se constitui, isto é, do monitoramento de praxe à amizade, não é o modo como Fernanda se tornou ACS? No vai e vem de sua narrativa sobre seu fazer, considero pertinente essa analogia.

Tendo em vista essas duas entrevistas, há de se considerar também a visão que elas lançam para a Psicologia, com o cotidiano do trabalho, diz de um conhecimento e da construção de um olhar que as auxiliam a significar e a se tornarem ACS, cada uma a seu modo.

Essas considerações apontam para a dificuldade de se compreender a ação do ACS pela generalidade das teorias ou pelo discurso legal. Claro que essa compreensão geral e política está em jogo em suas histórias e compreendê-las certamente ajudará a criar um campo de entendimento comum.

Vanessa

Diferentemente das demais ACSs entrevistadas, conheci Vanessa quando já estava em campo e não como início de minha caminhada pela ESF. Para melhor situar, cabe resumir como foi a trajetória entre as duas primeiras entrevistas e a entrevista com Vanessa.

Depois das entrevistas com Inácia e Fernanda, decidi aceitar o convite de ir conhecer a Unidade Básica onde trabalhavam. Nesse momento, não tinha ideia de como seria a pesquisa, nem de imediato a intenção de ter essa Unidade como campo.

Assim que entrei na unidade encontrei Inácia e Fernanda na recepção, estavam conversando com algumas pessoas, talvez munícipes, e se felicitaram em me ver. Como Fernanda estava ocupada, Inácia me guiou na apresentação da unidade e de cada um ali presente (apenas os médicos não estavam). Inácia deu tom descontraído na apresentação – apresentações são sempre desajeitadas para mim –, ela apresentou um a um, anunciando a plenos pulmões algumas características e qualidades marcantes. Lembro-me bem dos anúncios feitos por Inácia: “A Neuza, com ‘Z’, é lá do norte, veio para cá viver um grande amor e é professora de literatura; A Rebeca é quieta assim mesmo, mas muito parceira e ama futebol. Vai fazer Educação Física no ano que vem; o Diogo é o único homem do posto, muito inteligente, educador físico e vai se formar em fisioterapia; a Vanessa é ACS, mas fica na recepção, ela quem organiza toda a nossa vida...”. E assim por diante.

Fiquei surpreso em ver a diversidade de saberes ali presente. Confesso que fiquei animado em saber como esses saberes todos se fazem presentes e se misturam no cotidiano. Não podia deixar de pensar na presença do saber de formação (psicológico) nas entrevistas com Inácia e Fernanda.

Transitei pela unidade com Inácia, conversando um pouco com os agentes e me apresentando apenas como psicólogo interessado em realizar um trabalho de pesquisa junto aos ACSs. Senti-me bem recebido.

Mais para o final da tarde, Roberta, a enfermeira, chegou de uma visita e Inácia nos apresentou rapidamente, pois ela teria uma reunião com os gestores municipais.

Fiquei com vontade de voltar para conhecer mais...

(Diário de campo: 20/09/2013).

Depois dessa visita inicial, conversei ao telefone algumas vezes com Inácia sobre o funcionamento da Unidade e os trabalhos que realizavam. Fui percebendo que conhecer mais de perto o trabalho seria algo interessante para me ajudar a compreender a prática dos ACSs em seu cotidiano.

Não demorei muito a decidir... no início de outubro de 2013, fui conversar com Roberta (enfermeira responsável pela Unidade) sobre minhas intenções de acompanhar o trabalho das ACSs nas atividades que elas desenvolvem e assim construir um projeto (à época) de pesquisa mais próximo da realidade. Roberta se interessou imediatamente pela proposta, orientou-me quanto aos trâmites burocráticos necessários e disse: “vai ser bom ter gente diferente aqui”.

Prolongando a conversa, contou-me que percebe que os Agentes são a maior referência ali, maiores do que ela e a médica, pois muitos munícipes vem até a Unidade procurar os Agentes para conversar e são eles que trazem essas pessoas para as consultas e orientações. Explicou também o funcionamento da Unidade, sugerindo-me participar da reunião de equipe que acontece às quintas-feiras no final da tarde, mas que antes eu precisaria de uma autorização formal da Secretaria Municipal de Saúde.

E assim começou uma longa espera. Os trâmites burocráticos que pareciam simples não eram. Tive que protocolar o pedido duas vezes e prestar alguns esclarecimentos burocráticos, até que no dia 10 de fevereiro de 2014 consegui dar entrada para solicitar autorização formal³⁷. Nesse ínterim, mantive contato com Inácia, Fernanda e Roberta, para que essa porta aberta não se fechasse.

Depois de longa espera e muitas conversas com a coordenadora da Atenção Básica em Saúde do município e as funcionárias administrativas da Secretaria, consegui uma aprovação verbal da própria Secretária de Saúde, dizendo que já havia assinado a documentação e me autorizado a iniciar a pesquisa. Sobre a demora, ela me justificou que o protocolo só me seria entregue após passar pelo departamento jurídico da Prefeitura. Com esta anuência verbal pela Secretária de Saúde me senti autorizado e comecei a participar das atividades desse PSF em 21 de maio de 2014. A autorização formal só me foi entregue no dia 04 de setembro de 2014.

Após a anuência verbal, marquei uma nova reunião com Roberta, para combinar o início de minha frequência na Unidade. Chegando, já me foram comunicadas algumas mudanças: a saída de Diogo (ACS), da dentista e da Dra. Regina (médica da família), e a vinda da doutora Ivete, do Programa Mais Médicos. Inácia e Fernanda me disseram que a saída da Dra. Regina foi uma grande perda para a equipe, pois consideravam-na uma

³⁷ Todos os trâmites burocráticos e autorizações foram submetidos ao Comitê de Ética (CEPH) do IPUSP. A fim de preservar o sigilo da cidade, da Unidade e da equipe, consta como anexo apenas a aprovação do projeto junto ao CEPH.

excelente médica, acrescentando que esse período (cerca de três meses) sem médico foi muito ruim para todos (equipe e população).

No dia seguinte, participei da primeira reunião de equipe, quando me apresentei novamente e esclareci a pesquisa. Na semana seguinte em diante, iniciei a participação mais frequente em campo, indo uma ou duas vezes por semana e mantendo registro da minha experiência em diários de campo (discutidos no capítulo). Nesse primeiro momento, combinei com as ACSs que acompanharia o trabalho delas – o que foi recebido de bom grado.

À época, eram ACSs na Unidade: Inácia, Fernanda, Neuza, Rebeca e Vanessa. Porém, como Vanessa ficava na recepção, cobrindo a ausência de um funcionário administrativo, ela foi a última com quem tive contato mais próximo. Por conta disso, a entrevista com ela só aconteceu em 16 de abril de 2015.

Com as demais ACSs da Unidade, primeiramente acompanhei seu trabalho, saindo para visitas, nas atividades internas/burocráticas da Unidade e atividades burocráticas, e então marquei a entrevista. Quando entrevistei Vanessa, já havia entrevistado a Neuza³⁸. Rebeca, por sua vez, não quis dar entrevista, porém autorizou o uso dos diários feitos sobre o seu trabalho. Da mesma forma, aconteceu com Vanessa: antes de convidá-la para uma entrevista, acompanhei seu trabalho na recepção por três semanas, um dia por semana, em dias alternados e combinados anteriormente.

Vanessa é ACS, porém, como a Unidade não conta com um auxiliar administrativo, ela foi designada para a recepção por gostar de atribuições administrativas e burocráticas. Sobre seu trabalho, Vanessa conta: *“Eu gosto de fazer o que eu faço. É o melhor trabalho que eu já tive. Então, acho que eu sou grata a isso. Eu gosto de pessoas, de gente”*. E salienta que até tem *“interesse em arrumar um trabalho que ganhe mais, mas eu gosto!”*, porém *“Se eu tivesse ganhando mais e tivesse a opção de ficar aqui (...) eu gosto de conversar com gente, entendeu? Então, assim, eu estou feliz aqui”*.

A entrevista aconteceu na própria Unidade, na sala das ACSs, em um horário mais tranquilo. Vanessa, no início, se mostrou apreensiva e ao mesmo tempo empolgada, pois ouvira Fernanda e Neuza contar sobre a devolutiva da transcrição. Dizia que estava curiosa para “se ler”.

Retomei a temática de pesquisa, pedi o seu consentimento para participação e gravação e, então, a entrevista teve início.

³⁸ Neuza não consta entre as personagens, pois pediu para que sua entrevista não fizesse parte da pesquisa. Porém autorizou o uso dos diários que descrevem sua prática.

Meu trabalho de Agente de Saúde? Do jeito como eu faço? Meu trabalho na recepção é. O primeiro passo é recepcionar mesmo o paciente. Ele chega aqui, então a gente vai fazer... (silêncio) E agora, como é que eu ... é difícil. (...) Que nem hoje, como aconteceu, veio aquela paciente que não queria passar pelo ginecologista, o Dr. Chaves. Ela já havia passado uma vez. Eu não me lembrei da época quando ela disse que tinha feito um exame e precisava mostrar. Passou um ano e a gente não avisou ela do exame. Então é o que eu tentei explicar para ela, que não é obrigação minha ligar para todos os pacientes para avisar que têm exame aqui. Porque é muita gente. É muito mais fácil para uma pessoa só ir atrás do exame dela do que para nós ir atrás do exame de todo mundo. De fato, ela não gostou muito. Mas, acho que a gente tem que sempre procurar a ajudar: deu uma alteração do exame dela e ela não queria passar com o ginecologista daqui. (...) Então, o que eu fiz, eu sei que tem outro ginecologista na rede, só que às vezes eles não gostam de atender quem não é da área. Mas é direito também do paciente, se tem outro especialista, passar. É direito dela. Lógico que a gente não sai por aí dizendo isso para todo mundo porque senão vai sobrecarregar as outras Unidades. Por isso que a gente tem que ver certinho e se colocar no lugar da pessoa. Ela não pode ficar sem ver o exame dela... Eu poderia ter marcado já direto com a clínica, para depois prorrogar, para depois ela ir para o ginecologista. Aí eu tive que me preocupar com a pessoa para agilizar. É isso que eu procuro fazer.

Vanessa abre sua fala com uma história e conclui dizendo que procura se preocupar com as pessoas. Antes que eu pudesse questioná-la sobre esta preocupação, ela explica que procura sempre “*dar o direcionamento daquilo que o paciente está necessitando da consulta. Então eu procuro ver se o paciente precisa da consulta com certa urgência*”. Diz que algo importante é

Conhecer o caso de cada paciente que chega na Unidade, porque muitos dizem: “Ah! Eu quero marcar uma consulta”. Mas aí fica para o final do mês, por exemplo. Então, a minha função como Agente de Saúde, embora não esteja visitando, nem conhecendo a casa do paciente, é me envolver com a pessoa que está vindo buscar o posto. Porque eu penso assim: se a pessoa está vindo até nós é porque ela está precisando de uma ajuda, né? A gente procura... quer dizer, o meu trabalho é esse. Eu procuro me preocupar com aquela pessoa que chega até o posto e tentar ajudar de alguma forma.

Então, retoma o exemplo dado inicialmente (da moça que queria outro ginecologista) e acrescenta que “*a gente fica no aguardo. ‘Ó, se deu tudo certo, você volta para nos avisar’*”. E então, sintetiza dizendo que o fundamental do trabalho “*é se envolver mesmo com a população e procurar ajudar da melhor forma. Porque muitos que chegam*

aqui... se a gente não dá essa abertura, eles não vão contar para a gente o que está acontecendo na realidade”. Ainda, sobre esse envolvimento, Vanessa exemplifica dizendo que

Muita gente, meninada nova procura a gente para pedir exame para gravidez, mas às vezes elas não querem falar tudo o que é. Aí a gente orienta. Isso acontece muito aqui. Aqui a gente não pode ser taxativo e burocrático. Eu sei que em muitos lugares, porque a pessoa não trouxe o cartão na hora, não marcam a consulta. Não é assim que funciona aqui. Temos que procurar ter um olhar mais cuidadoso. É o que eu penso. Vejo que é difícil e tem pouca informação. Às vezes vem de outro Estado que não funciona como aqui.

Vanessa delimita assim um eixo que retornará e percorrerá ao longo de toda a entrevista, a saber, o envolvimento e a preocupação com a equipe. Ao mesmo tempo, com a fala: “*poderíamos melhora mais? Penso que poderíamos melhorar mais ainda. Penso que sim*”; Vanessa lança outro eixo: a necessidade de melhora e a relação com a equipe. Parece-me que Vanessa vai transitando, aproximando e complementando os diferentes temas (agrupados nesses dois eixos).

Uma vez que já havia introduzido o primeiro eixo, Vanessa introduz agora o eixo das melhoras. Ela entende que essa melhora pode vir “*com palestras. Eu acho que a gente poderia fazer grupos com gestantes, mas pela dificuldade, por falta de tempo, por falta agora de funcionário*”³⁹, não está sendo possível. Mas eu acho que algumas palestras já ajudariam bastante”. Especificando, ela diz que grupos pequenos e temáticos seriam de grande ajuda para a população, por exemplo “*procurar selecionar mais as meninas que vêm atrás de preservativos, que tomam mesigyna*”⁴⁰, pois tem muita menina nova que toma mesigyna. Explicar para elas tudo bem, está se prevenindo da gravidez, mas tem outras doenças que são sexualmente transmissíveis”. Conclui dizendo que “*pode ser feito mais coisas, só que tudo depende, né? Da equipe. Estamos com a equipe bem reduzida agora, aí fica tudo mais difícil*”.

Diante da dificuldade de visualizar melhoras concretas do trabalho da equipe com a população, perguntei a Vanessa, se ela via algum modo de ela melhorar em seu trabalho na recepção. Sobre isso, ela diz que “*agora está mais tranquilo, mas vejo que no dia a*

³⁹ Sobre a falta de funcionário, cabe explicar que em meu primeiro contato com a Unidade, trabalhavam lá, constante ou periodicamente, 15 pessoas, sendo 6 ACSs. No momento da entrevista com Vanessa, a equipe contava com 8 trabalhadores, sendo que o número de ACSs caiu pela metade, sem previsão de contratação.

⁴⁰ Um tipo de anticoncepcional injetável.

dia ali é mais difícil de eu conseguir fazer mais alguma coisa por conta do tempo”, e completa dizendo:

É lógico que se eu tivesse indo nas casas eu penso que poderia levar mais informação, quando na visita. E outra, você pode observar mais coisas indo na casa. Por exemplo, quando eu fazia visita, dava para observar uma fruteira de uma casa, por exemplo. Dava para observar se a pessoa se alimenta de fruta. Se ela come. Aí já vai para mais próximo, para saber da alimentação. Por exemplo, tem muitos diabéticos que comem tudo errado. Comem muita batata e muita banana, pão, alimentos que não são indicados para eles estarem comendo. Pois viram açúcar no sangue. Agora aqui a gente já fica mais limitado. Porque aqui dependemos da informação que o paciente traz.

Assim surge o tema da informação. Para Vanessa “*informação é tudo*”, e essa informação parece vir de duas fontes: a das visitas ou da observação e do próprio município. Ela enfatiza que ter e levar informações é algo muito importante no trabalho do ACS, “*mas, primeiro de tudo, precisamos ganhar a confiança daquele paciente, para depois a gente colher alguma informação. Como já faz cinco anos que a gente está aqui, então o paciente já pegou uma certa confiança. Muitos já chegam falando, mas nem todos*”.

A expressão “*informação é tudo*”, assume, nesse momento dois significados: a informação do saber, oriundo das Ciências da Saúde, e a informação da vida cotidiana, que só é acessível pelo envolvimento. Para esclarecer cada uma delas, Vanessa conta que

Sem informação, o Seu Jorge estava comendo batata todos os dias e ele tinha diabetes muito alta, e é insulín dependente, e a mistura dele é batata. Batata cozida, batata assada, batata frita. "Mas Seu Jorge, o senhor sabia que a batata se transforma em açúcar?". "Não, não sabia". Entende? Então é a informação mesmo, pois ele deixou de comer tanta batata. Para nós que já temos a informação é uma coisa corriqueira, mas para a pessoa que é o dia a dia dela, que é a vida dela, tem muita diferença. Então é isso, porque mais informação é importante. Então é isso, porque mais informação é importante. E também eu acho que o tempo da consulta com a doutora é curto para ela passar tudo.

Vanessa parece circunscrever que algumas informações, por conta do tempo e do contato com a população, são mais disponíveis ao ACS. Para tornar mais clara sua posição, ela conta em detalhes uma situação que testemunhei quando acompanhava seu trabalho na recepção. No dia da entrevista, uma senhora que cuida do Sr. Madakoro (um

idoso), veio até a recepção pedir para marcar uma consulta com a médica, pois o Sr. Madakoro estava com diarreia.

Mas é o caso do Seu Madakoro, que ele está com aquela diarreia. Lógico que vai ter que estudar e marcar uma consulta e terá que passar tudo isso para a doutora. Mas você viu, ela falando um pouquinho mais, ela disse que ele toma chá de sene todo dia? E come farelo de aveia e aí ele acha que tem que ir no banheiro todos os dias. Sim, o correto é que nosso intestino funcione todos os dias, mas e esse chá de sene? Como ele toma? É toda hora? Ela falou diarreia, não é que ele está indo no banheiro todos os dias. Mas é diarreia. Talvez, por que ele nem se alimente direito e o que ele come, talvez, nem dê tempo de formar o bolo fecal. E aí ele já evacua. Também ele toma remédio para diabetes. Que já pode dar esse efeito da diarreia. Aí você viu, ela chegou e falou do chá, da aveia. Como você falou comigo na hora, se eu não tivesse parado para conversar, teria ficado só no “Seu Madakoro está com diarreia”, ou talvez, “ele precisa de uma consulta”. Mas, e aí, como vai ser essa consulta? O tempo necessário dessa consulta? Ele vai falar para a médica que ele toma chá de sene? Não. Você viu como começou a história do chá de sene? Porque ela tinha relatado (em outra ocasião) para mim que ele tomava ki-suco⁴¹ todo dia. Aí eu perguntei para ela: “E o ki-suco?” Aí eu perguntei preocupada com a diabetes e não com a diarreia. Mas você viu que um assunto puxa o outro? Ela disse: “O ki-suco parou, mas o chá de sene ele toma todo dia”. Você vê?

Conversando mais sobre o caso do Sr. Madakoro, Vanessa relata que ela está bastante informada sobre a condição dele porque sempre conversa com sua cuidadora, e que a ACS responsável por esse município sempre compartilha as coisas que ela observa e pensa. Nessa troca, Vanessa faz uma articulação do que seriam as duas fontes de informação (da Ciência Médica e do interesse pelo bem-estar do Sr. Madakoro). Enfatiza que a atenção adequada ao Sr. Madakoro só foi dada porque eles tinham a informação e o interesse.

Como ela trabalha muito mais com as informações que os municípios trazem, Vanessa adverte:

Nós temos a ética, mas eles não sabem dessa ética. Porque ali fora ninguém quase tem ética, né? Então o medo de eles comentarem alguma coisa com a gente e eles suspeitarem de que a gente vai sair falando por aí. (...) eu, pelo menos eu converso e acredito que as outras meninas também. Nós falamos: olha, o que você está falando aqui com a gente, só fica com a gente aqui do posto. E eu acredito que eles não têm essa visão de que o que é falado aqui sai por aí. Eu nunca escutei comentário assim. Mas, a gente nunca sabe o que eles pensam antes de conversar com a gente, né?

⁴¹ Um tipo de suco em pó com grande concentração de açúcar.

Para Vanessa, essa ética é algo que precisa estar claro para os munícipes, pois entende que isso facilitaria o acesso deles à informação e, assim, conseguir melhor direcionar a pessoa, atendê-la em suas necessidades.

Como o negócio a respeito do exame do Papanicolau, lá dentro com a Roberta (enfermeira), às vezes antes eles já desabafam com a gente na hora de... "Ai! Eu preciso fazer Papa urgente". "Por que essa urgência? Faz muitos anos que você não faz o Papa?". Aí às vezes eles comentam com a gente que está vindo um corrimento. Coisas que a gente tem que saber, porque se for alguma coisa mais grave, você tem que correr. Tem que já agendar, e falar com a enfermeira, ou com a médica. Aí, se a paciente não fala nada, aí você vai marcar para quando tem vaga, não é? Eu acho que informação é tudo com a pessoa. Na saúde, em tudo.

Vanessa conclui sua reflexão fazendo uma relação entre interesse e informação, sendo que, para ela, sem o interesse, a informação não chega. Então ela me explica que o essencial do trabalho do ACS é ser “o elo entre o posto e o paciente. Trazer os problemas da pessoa para cá, para a médica, para a enfermeira, para a equipe”, porém, no caso dela: “como eu não tenho uma microárea para eu tomar conta, então eu procuro me envolver a saber dos problemas para poder passar. Como recepção. (...) Então, mas é nesse sentido que a gente tem que se envolver. É se preocupar mais, é ter o interesse e se interessar no paciente que chega aqui”.

Depois de pedir para ela me explicar como ela se envolve, ressaltando que já havia notado que ela sempre puxa conversa com as pessoas que chegam até o balcão da Unidade, ela justifica dizendo que “é gostoso a gente se sentir importante em qualquer lugar que a gente for. Para mim, eu penso assim, as pessoas que vêm aqui são um ser humano. Então, atrás da vida daquela pessoa, tem mais pessoas”. Para clarear sua justificativa e ampliar o entendimento do sentido de envolvimento, Vanessa me conta a história

Daquela moça, a Gislaine, você viu? Eu perguntei: E como está o seu filho? Ele está estudando? Ele não veio mais aqui. Veja que eu perguntei do menino dela. E ela que ele está ficando o dia todo na escola, por causa do projeto. Ele está fazendo 12 anos e agora ele fica o dia todo. E eu falei, ai que bom, melhor na escola que na rua. Aí ela falou que sim, porque na rua não se aprende nada. Aí deu a liberdade. Porque eu perguntei do filho dela, ela tomou o interesse de contar da irmã dela que veio de Santos para cá... E pelo jeito vai ficar aqui, pois já está até trabalhando registrada. E teve problema, mas que está

tentando vindo para cá. Aí é gostoso, porque você dá essa abertura e a pessoa vai conversar. Aí não vai ficar mais fácil para ela, quando a irmã dela precisar do posto. Ela vinha falar: “Vamos lá porque eu já conversei lá”. “Ah! Está com problema de saúde? Eu já falei que você está morando aqui”. Numa próxima vez eu já falo para ela sobre o cadastro. Porque como ela se abriu hoje e falou da irmã e dos problemas, na hora eu nem lembrei que tinha que fazer o cadastro. Se você fosse ver, eu já deveria ter falado isso para ela, mas como ela nem sabe se a irmã vai ficar ou não. Na próxima vez eu já vou falar isso para ela: “Ó Gi, se a sua irmã for ficar, você traz os dados dela para a gente fazer o cadastro”. (...) Aí ela já explicou para mim que a irmã dela é usuária de drogas lá em Santos, que ela é homossexual. Que ela está tentando vir para cá para abandonar os amigos lá, para tentar uma nova vida aqui. Recomeçar a vida dela. É difícil, né? Como você vai falar isso para uma pessoa que você mal conhece? É porque ela sente confiança na gente.

Explicando como ela consegue essa confiança e aproximação com os munícipes, Vanessa fala que “você vai perguntando para saber, para ver como é o dia a dia daquela pessoa, se a pessoa precisa de alguma ajuda. Então é isso, eu faço isso daí porque é... é gostoso a gente ser lembrado”, mas também “é uma abertura que você dá para a pessoa vir conversar. É isso que eu penso. Porque eu vejo que é difícil de a pessoa chegar e se abrir com um estranho assim”.

O motivo para se manter aberta e interessada é que “a pessoa não esteja no extremo para chegar a contar para a gente. É bom a gente tentar ter esse olhar voltado para a pessoa. Perceber que ela está diferente, sabe? Chegar na pessoa e tentar ajudar ela. Ajudar antes que o pior possa acontecer. Que já fique mais grave”. Vanessa entende que a informação também se faz importante aí, como no caso do Seu Jorge e as batatas, pois muitas vezes os munícipes não sabem o que pode lhes estar fazendo mal, ou o que pode lhes fazer mal.

Curioso, pergunto para saber como Vanessa construiu esse vínculo com os munícipes estando na recepção. Ela responde, primeiro brevemente: “Então, até isso eu estava pensando. É o dia a dia, né, Pedro?”. Depois conta:

Porque a equipe que estava aqui ficou muito tempo. Ficou mais tempo que a gente está. Ficou uns oito anos. Principalmente a recepção. Ficou bastante tempo a mocinha ali. Então, como o nosso foi concurso e elas acharam que foram tiradas daqui. Infelizmente o concurso foi aberto para todo mundo, mas elas não conseguiram entrar e a gente veio. Então, demorou para criar um pouco esse vínculo. Acho que uns dois ou três anos. Porque a pessoa tinha receio de que fosse mudar. O que a Prefeitura ia fazer, trocando os Agentes de Saúde? O que eu percebi foi isso daí, foi de uns dois anos e meio para cá que o negócio

melhorou bastante. E principalmente neste mês que eu percebi isso, quando a gente falou que não estava agendando consulta, por a doutora estar de férias e as pessoas não brigavam. Elas: Ah! Então tudo bem! Quando ela volta? Não sei se você percebeu isso quando você estava aqui. Antes não. “Tá louco! Não tem médico!”. Sabe, assim? E não precisava, porque a médica da época atendia normal. Então, acho que agora o pessoal já pegou mais confiança na gente. (...) E é gostoso quando você fala para a pessoa: “Volta na semana que vem, que já vai voltar a agendar”, e a pessoa: “Ah! Tudo bem, então eu volto”. Sabe? Se não tem jeito, a pessoa também entende.

Então, Vanessa conta um exemplo para ampliar sua expressão:

Que nem, teve um caso que não tinha jeito, que tinha urgência e a pessoa precisava de atendimento. Aí precisava do encaminhamento para o ortopedista. A pessoa vinha e já estava com o raio x e tudo, só faltava o encaminhamento da médica. Aí a gente ligou lá no outro posto para a gente conversar e aí foi agendado, ela passou lá. Mas aí, é assim... Pelo menos a gente tem que procurar saber da pessoa: “Dá para esperar?” Porque boa parte é para renovar receita de medicamento. Aí a gente estava mandando tudo para a secretaria, até hoje chegou o malote da secretaria com as receitas. A pessoa não vai ficar sem remédio. Mas se a pessoa disser: “Olha! Eu estou precisando mesmo de médico. O que eu posso estar fazendo?” Aí a gente indicava quem ela podia procurar. Liga e encontra alguém. Até aquela médica cubana do outro posto ter voltado, a gente estava encaminhando para o coordenador [do atendimento médico] para ele direcionar. Teve paciente nosso que foi atendido do outro lado da cidade, que foi onde ele conseguiu o atendimento. Então é isso.

Ela conclui dizendo que “*tem que tentar entender o problema: Por que a pessoa veio até a Unidade?*”. Esse “tentar entender” parece ser o que faz a ponte entre a informação e o interesse pelo bem-estar dos munícipes.

Nesse ensejo do conhecimento do problema do munícipe para encontrar encaminhamentos, Vanessa, articula os dois eixos (do envolvimento e das melhorias e da relação com a equipe). Ela diz: “*agora quando a doutora chegar, a gente vai ter que conversar um pouquinho mais a respeito dos exames, pelo que eu tenho percebido... Pode falar sobre isso?*”. Notei que falou com receio. Entendi seu receio, pois, como veremos no próximo capítulo, no momento em que entrevistei Vanessa, a equipe passava por turbulências em função de alguns desentendimentos quanto aos processos de trabalho.

Continuando, Vanessa conta que “*na questão do encaminhamento, vai ter que mudar alguma coisinha porque o paciente está saindo com muita papelada. Muita coisa. A hora que sai da consulta. E aí eles estão se embananando um pouco, mesmo que a gente explique*”. Ela explica que “*tem paciente, por exemplo, que não sabe ler. E a gente*

tem que segurar os papéis... Eu procuro segurar os papéis aqui para a pessoa não misturar. Então, o que é que... eu vou propor para a doutora. Não que ela não deva encaminhar... nossa, é difícil, entende?”. Assim, Vanessa introduz a relação entre as melhorias necessárias e o envolvimento e interesse para com os munícipes.

Depois de um momento de silêncio reflexivo, Vanessa conta uma história:

Por exemplo, um caso de hérnia. Ela fez um encaminhamento para uma senhora muito humilde de mais de 70 anos. Aí ela deu o encaminhamento e deu os exames de sangue, aí a pessoa foi, a filha dela foi marcar no CEM⁴². E aí voltou para cá. “Como que está relatando que ela tem uma hérnia? Onde que está falando que a senhora tem uma hérnia?” Qual que é o protocolo? Precisa de ultrassom, Pedro. Não é só exames de sangue. Então, vou procurar [propor] o quê? Vamos encaminhar? Vamos encaminhar! A pessoa precisa ir para o médico especialista? Sim! Mas depois que todos os exames estiverem com a pessoa. Porque senão vai ficar difícil. Se ela sai com todos os papéis... Sai com encaminhamento, sai com pedido de exame de sangue, sai com pedido de exame, de ultrassom, raio x. Aí a pessoa não faz porque a máquina tá quebrada ou porque... algum motivo. Aí ela está com o encaminhamento lá, ela sabe que ela tem que ir, mas sem ter o laudo do exame fica difícil!

Apesar de salientar que “é o correto”, Vanessa diz que tem receio de ofender ao propor essa mudança, “*Porque é difícil, a gente não é médico, a gente não sabe da urgência. Cada caso é um caso. (...) Porque é lógico que se o médico está encaminhando é porque precisa ir. Mas como é protocolo, né?! (...) Precisa do exame para poder encaminhar*”. Por outro lado, mostra seu receio ao dizer que “*eu sou Agente de Saúde, não sei até quando que eu posso expor tanto assim, porque... Não sei como ela vai ver isso. Porque questionar a forma de trabalho é complicado*”.

Depois de mais uma breve pausa, Vanessa começa a desenvolver o argumento que sustenta sua proposição: “*Porque está voltando paciente, o paciente perde o pedido de exame e aí só fica com o encaminhamento... Porque na cabeça dele o que é importante é passar no médico. E eles não entendem... E aí vai no médico sem exame, sem nada*”. Também, ela conta que entende “*que a médica, o que que ela quer? Ela já quer, assim, que o paciente saia satisfeito, com o problema dele resolvido com ela. Entendeu? ‘Ah não, eu consigo o encaminhamento...’*”. Mas também, “*por mais que ela está vendo o que realmente precisa, fica aquela coisa toda jogada: ‘Ah, eu tenho exame tal dia, meu médico é tal dia e não está pronto o exame...’*”.

⁴² Centro de Especialidades Médicas.

Vanessa aprofunda seu argumento com base em dois pontos: “*porque dependendo de quem está lá [no CEM] agendando, se está com encaminhamento... Eles agendam! Está com o encaminhamento é porque, teoricamente, você já está com todos os exames*”. Do contrário, segundo ela, se a pessoa não está com os exames

o médico não atende. Não tem como, Pedro! Vamos supor o cardiologista, a pessoa vai para o cardio. Está bom, está com arritmia lá no encaminhamento. Mas ele vai para o cardio e ele vai fazer um novo eletro lá no dia. Só que ele precisa dos exames de sangue que contenham a creatinina, a ureia. Tem o protocolo de sangue e precisa do raio x do tórax para ver a parte do coração. Então, se a pessoa não leva o mínimo não vai adiantar. Então, precisa, entendeu? Ter certinho...

Outro argumento que Vanessa levanta, baseando-se na sua experiência é:

(...) é uma forma do paciente também demonstrar interesse, entende? No sentido de realmente... “Eu vou fazer os exames, mas eu vou passar com a clínica, a clínica vai estar vendo os meus exames e aí ela vai ver se é necessário me encaminhar”. Então, quer dizer, antes do especialista ver os exames vai ser verificado pela clínica. Então eu vou ter uma certa preocupação maior, não vou? Porque a médica também viu meus exames e ela me encaminhou... Diferente de você já sair com tudo e sem a médica ver. Embora que ela tenha a parte médica dela que ela deva encaminhar, mas acho que até para o paciente. Ele vai se sentir até mais seguro em querer correr atrás do problema dele. (...) Vai se sentir mais cuidado, porque aí com o paciente com todos os exames na mão, o que ele vai fazer?! “Ah, eu preciso correr, eu preciso passar no consultório, eu vou tentar um encaixe!”. Não é? E até para o paciente... eu me sentiria mais importante! Assim: “Ah, não, olha, realmente eu vou passar no gastro, mas a clínica já viu meu ultrassom...”, por exemplo, “ela falou que eu tenho gordura no fígado, eu já estou com o meu tratamento, mais ou menos, mas mesmo assim ela me encaminhou pra um especialista, mas ela viu!”. Muda muito, Pedro!

Aprofundando os argumentos e olhando para o contexto, Vanessa faz uma comparação entre a médica atual (Ivete) e a médica anterior (Regina) que, segundo ela, todos (munícipes e equipe) gostavam muito.

Na época da Dra. Regina (médica anterior), ela fazia isso. Disso que eu tenho lembrança, olha que eu percebo agora é que está faltando isso. Esse retorno do paciente com o exame, não aquele paciente hipertenso, diabético, que a gente já sabe que é rotina, mas esses exames de outro especialista. O que eu estou sentindo falta não é só do encaminhamento em si, que pesa, mas dessa parte da pessoa se sentir... que foi visto o exame dela, que o médico está vendo, está avaliando...

Está tratando até dar o tempo da consulta dela com o especialista. Depois ela vai passar no especialista, porque em muitos casos que aconteciam na época da Dra. Regina, principalmente, na parte do ortopedista, é que ela já estava com tramadol⁴³, por exemplo, para manipular, e aí chegava lá no especialista: “Olha, realmente, o seu tratamento é esse, chequei seus exames e você vai continuar com o tratamento que a Dra. Regina deu. É esse mesmo tratamento”. Então, aí o especialista explicava, mas, realmente, estava certo o tratamento, tipo assim. E agora? Só não sei se para a população está fazendo muita diferença esse jeito de trabalhar. Então, Pedro, eu não sei agora a respeito da Ivete, do jeito como eu estou falando com você, ela tem essa metodologia dela de já entregar... Então, eu não senti isso ainda! Gostaria de estar voltando a sentir isso, entendeu?”

Ela conclui sua argumentação dizendo que a mudança, se implementada, “*vai chocar um pouco a população que está acostumada a sair com tudo. Só que, não sei, a gente vai ter que conversar a respeito disso*”.

Finaliza falando da possibilidade de concretizar sua proposta. Vanessa não sabe se “*vai ser tranquilo, tudo vai depender de como vai ser falado, acho que tudo é rodeado pelo diálogo*”. Então, introduz outro tema de melhoria: “*Por isso que é importante as reuniões, acho que até deveriam ser diárias as reuniões para, tipo, nem se for uma coisinha rápida de meia hora, mas: ‘Olha, fulano, aconteceu isso aqui...’.* Para o negócio andar! Para todo mundo se envolver com os casos que estão acontecendo na Unidade”.

As reuniões, assim como os encaminhamentos, serviriam para manter a continuidade do cuidado e do vínculo. Para Vanessa, retomando a temática da informação, uma equipe bem articulada e informada poderá oferecer melhor cuidado à população, pois estarão mais próximos um do outro. Para ela, essa questão dos encaminhamentos parece ser um ponto emblemático para operar essa proximidade.

Ainda sobre a continuidade do trabalho, Vanessa relata:

Porque quando a gente tinha o medicamento na Unidade, então a gente tinha esse retorno do paciente. Ele ia no especialista, vamos supor, aí ele vinha atrás para saber se tinha o remédio aqui. Mas aí você via: “Oh, ele foi, tá indo atrás!”. Só que como agora não tem mais medicamento aqui, tudo o que vai lá para o CEM a gente não sabe nem se foi. E agora a gente só descobre como estão as coisas se a pessoa vem contar. Ou se vem numa outra consulta que eu pego e leio lá no prontuário: “Ah, encaminhou para o cirurgião”. E aí, você pergunta: “E aí, deu certo a sua consulta?”, eu geralmente faço isso daí. Para quebrar aquele gelo, para a pessoa se sentir mais à vontade no posto.

⁴³ Um analgésico (medicamento).

Mas então, aí a gente nem tem mais contato, porque aí a gente nem sabe o que que deu no exame. Já saiu com o pedido e tudo. E legal, é até legal para ter no prontuário! Muitos vêm, depois que voltam, que já faz o tratamento da diabetes ou da hipertensão, da tireoide, o que for, aí volta e traz depois para doutora marcar o que que deu. Mas muitos não! Muitos nem lembram mais de exame, deixa lá!

Nesse mesmo ensejo, Vanessa: “*nesse interesse do cuidado! É uma ideia que eu tive agora, sabe? Eu já tinha pensado nisso de olhar o prontuário, eu acho legal de ter essa ideia. É uma ideia...*”. Então ela explica:

Tipo, até eu estava pensando se um dia eu voltar para a rua, trabalhar como Agente de Saúde, que que eu estava pensando em fazer? Eu vou ver quem eu vou fazer visita hoje, a família ou a rua, sabe o que é legal do Agente fazer? Dar uma olhadinha no prontuário e ver as últimas anotações, né? Se informar antes de chegar na casa da pessoa! Porque é do nosso interesse saber como que aquela família está. Mas às vezes a pessoa não está em casa, mas é isso: “Outro dia sua mãe foi lá no médico, passou no posto, estava vendo lá, mas e aí, deu certo a consulta dela com o cardiologista? Você sabe se ela foi?”. No sentido de mostrar interesse. Aí a pessoa vai falar assim: “Ah, nem sabia que a minha mãe tinha consulta”, vamos supor um filho adolescente, “Ah, mas então você fala para ela que eu passei aqui e aí você fala assim para ela que eu perguntei se ela foi na consulta, que aí eu vou querer saber na próxima visita”. Quando eu chegar na minha casa, eu como munícipe, meu filho chega e fala: “Olha, mãe, a moça do posto veio aqui”, “Nossa! Ela perguntou da minha consulta? Então ela sabe?”. (...) “Ela teve um interesse!”. Mas isso é o trabalho do Agente de Saúde? Eu creio que sim. Porque você está criando um elo, a gente não tem que criar esse elo? Para a pessoa se abrir para a gente prevenir doença, uma epidemia talvez? A gente não sabe. Para isso tem que se envolver, ir atrás da informação, perguntar. Qualquer informação que a pessoa possa dar a respeito da saúde. Então, essa informação é para a gente poder cuidar melhor, entendeu? Que vem a informação para a gente poder conseguir cuidar de algo. Para poder também... É criar esse vínculo para também futuramente. Tem muita gente que não consegue nem chegar na Unidade, né? Por preconceito, às vezes, medo que o vizinho saiba do problema familiar que ela teve na casa dela. Então, pelo menos você criando esse vínculo, a pessoa vai conseguir chegar até aqui.

Finalizando a entrevista, Vanessa faz um balanço e diz que, entre o trabalho que é realizado, as possíveis melhorias que prefigura, “*está dando um bom resultado, até hoje*”. Justifica dizendo:

O que eu percebo é que o pessoal fica bem à vontade de estar conversando com a gente... Fico feliz quando alguém vem contar algo pra mim, mesmo que é uma notícia triste. Mas só pelo fato da pessoa

vir contar para você, porque tem coisa que eu não contaria, se fosse eu... É uma pessoa que você não conhece direito. Que bom que eles têm esses olhos, que a gente é da área da Saúde. Às vezes no supermercado a pessoa vem atrás de você, mas é gostoso. Para mim é bom. Gostaria talvez de poder fazer mais, no sentido de estar bem todo dia, estar com um sorriso, porque você receber a pessoa com um sorriso é outra coisa. Um sorriso muda o dia de uma pessoa. A gente vai conseguindo, mas é difícil.

Vanessa faz transparecer aspectos importantes de serem considerados ao se pensar a Atenção Básica à Saúde e a Estratégia Saúde da Família. O mais evidente deles, a meu ver, é que o interesse pela vida comunitária não é inerente à política, uma vez que demanda esforço e vontade. Isso se dá a ver pela insistência de Vanessa em afirmar a importância de “se interessar pela pessoa”, de “buscar entender para ajudar”, de “se envolver”, criar e manter o vínculo.

Claro que muitos questionamentos sobre o modo como Vanessa cuida, orienta e encaminha os munícipes podem ser levantados e discutidos, mas entendo que ela se esforça em comunicar que, por mais complexo que seja o trabalho, manter uma relação de interesse e cuidado é fundamental.

Além disso, Vanessa me faz pensar, principalmente em suas propostas de melhoria da médica e da equipe, que a vontade de ajudar, guiada pelo interesse e pela informação, que Vanessa se esforça em demonstrar, não são exatamente competências técnicas. Ela mostra, pelos exemplos e histórias que contou, que tanto o saber formalizado quanto as técnicas de cuidado à saúde dele oriundo podem ser potencializados quando praticados numa relação interessada e cuidadosa.

Na relação com a equipe, Vanessa deixa entender que o ACS está hierarquicamente abaixo dos profissionais com saber e função especializados, como o médico e a enfermeira. Porém, não se furta de pensar e se colocar a propor mudanças, sob a égide de que o ACS, pelo vínculo e interesse, tem consigo também um potente meio de ação e intervenção em Saúde. As informações sobre a vida das pessoas, como ela entende, são também um saber primoroso na atenção à saúde. Saber sem o qual o conhecimento enciclopédico da saúde tem, para ela, efetividade questionável.

III – O CENÁRIO

O sentido da política é a liberdade

(Hannah Arendt – *A dignidade da política*)

Depois do contato com as narrativas das ACSs e na medida em que acompanhava de perto o trabalho dessa equipe de Saúde da Família (eSF), fui me apropriando do contexto maior sob o qual suas falas e experiências brotavam e se dirigiam: as políticas públicas de saúde, a ESF e a especificidade do trabalho do ACS. Horizonte para onde, de onde e com o qual as personagens e eu constantemente dialogávamos indiretamente. Por meio do modo como me aproximava das falas das ACSs e, assim, conseguia tecer *um* modo de compreensão de alguns acontecimentos testemunhados em campo (capítulo IV), desenvolvia os estudos temáticos da PNAB e da ESF. Assim, a perspectiva pela qual esses estudos foram aqui abordados e organizados harmonizam-se com o enredo narrado no próximo capítulo. Porém, a dificuldade de narrar essas duas atividades juntas, impôs a condição dessa divisão entre o estudo da política e a imersão e compreensão *in loco* da singularidade dessa equipe.

Neste capítulo, então, apresento um pouco da construção da Política Nacional de Atenção Básica, e da Estratégia Saúde da Família que, em sua orientação atual, exercem força e presença no fazer cotidiano dos ACSs. Em seguida, no próximo capítulo, narro as minhas incursões em campo e o modo como esse cenário nacional se singulariza nas ações, escolhas, interpretações e histórias das ACSs e dessa equipe.

Como já mencionado, iniciei esta pesquisa como um novato tanto na Saúde Pública, quanto na ESF e na PNAB. Conto aqui, então, um pouco do que fui estudando e conhecendo dessa nossa estrutura/organização social e de algumas discussões que a circundam. Mas também, a julgar pelo teor das entrevistas e dos acontecimentos testemunhados em campo, entendo que a PNAB e a ESF, tal como descrita nos textos oficiais, são de complexa apreensão, pois surgem de uma exigida e necessária generalização para se construir uma política pública e dela padecem. Em qualquer texto oficial que se olhe – e todos os citados e consultados são assim –, há a predominância da linguagem objetiva e pouco definida, o que exige dos diversos atores, como mostram nossas personagens, a interpretação contextual. Olhando para as diversas instâncias (do

próprio Governo Federal, gestores estaduais e municipais, de cada Agente de Saúde, da população e muitas outras), evidencia-se a multiplicidade de interpretações que nem sempre caminham na mesma direção.

Essas constatações, como serão explicitadas em seguida, ajudaram-me a tomar outra decisão nesta história. Ora, sendo as políticas de saúde polissêmicas em muitos aspectos, alguns cruciais como “ser o elo”, a tarefa de encontrar possibilidades de ação do psicólogo (disciplina também diversa-dispersa⁴⁴) é exequível por meio da singularidade de determinados ACSs (Inácia, Fernanda, Vanessa e outros, como veremos), em seu contexto de pertencimento, e da singularidade de um psicólogo-pesquisador.

Portanto, para este momento, esforço-me para dar a ver essa complexidade perene dos textos oficiais, resguardando a liberdade interpretativa de todos os atores já mencionados. Ao mesmo tempo que possa iluminar um pouco mais o horizonte e o pano de fundo com base no qual Inácia, Fernanda e Vanessa (me) falam.

⁴⁴ No sentido discutido por Figueiredo (1993 e 2003).

A Estratégia Saúde da Família

Para melhor compreender a Estratégia Saúde da Família (ESF), é preciso deixar claro duas considerações fundamentais. Primeira: ela faz parte do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS é o “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (BRASIL, 1990, art. 4º). Sendo uma política universal, isto é, que visa a assegurar o direito constitucional e inalienável à saúde (desde sua constituição, seu planejamento, seus serviços, ações, insumos e derivados), ele materializa o dever do Estado disposto no artigo 2º da Lei 8.080 de 1990⁴⁵. Essa materialização é fruto do envolvimento de profissionais de Saúde, membros de movimentos sociais ligados à saúde direta ou indiretamente e organizações da sociedade civil, que se deu concomitante ao processo de democratização do país dos anos 1980 e início dos anos 1990 (PAIM *et al.*, 2011). Dessa maneira, a implantação do SUS se deu à semelhança dos mesmos processos, entraves, discussões e resistências que o movimento de democratização e de construção do “novo” Estado brasileiro. Essa complexidade do SUS se faz presente até os dias de hoje e é alvo da maioria dos estudos e discussões acerca de sua realidade, sua implementação e sua história.

Segunda: a ESF é uma política de Atenção Primária à Saúde (APS) que no Brasil recebe o nome de Atenção Básica à Saúde (ABS). A APS, como é mais conhecida mundialmente, caracteriza-se como um conjunto de ações, valores, princípios e estruturas, estabelecidos por países que participam das diversas entidades internacionais (como a Organização Mundial da Saúde), que se preocupa com o primeiro contato da população com os serviços, instituições e ações em saúde (OPAS, 2011).

São ações da APS a promoção, a prevenção, a recuperação, a proteção, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde individual e coletiva, operada por instituições públicas e privadas. Essas ações se fundamentam nos valores de

⁴⁵ A saber: “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990, Art. 2º).

“O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1990, Art. 2º, § 1º).

“O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade” (BRASIL, 1990, Art. 2º, § 2º).

direito à saúde, da solidariedade entre os homens e da equidade, e também nos princípios de responsabilidade governamental pelo direito à saúde, pela sustentabilidade, intersectorialidade e participação social e democrática. Esses valores e princípios articulados dão origem aos elementos basais e estruturais da APS, a saber: a garantia de primeiro acesso aos sistemas de saúde, a integralidade, a coordenação das ações, a orientação familiar e comunitária e a competência cultural no cuidado e atenção à saúde (OPAS, 2010).

A APS, como movimento mundial organizado, tem sua origem no relatório da Conferência Internacional de Alma-Ata⁴⁶ (1978) e seu subsequente impacto nas organizações dos sistemas de diversos países e blocos político-econômicos. No caso da América Latina, a conferência de Alma-Ata promoveu a abertura de agendas da APS na Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), dada a preocupação nacional e internacional com o alto custo e a elitização do acesso à saúde (majoritariamente médico-hospitalar); o que culminou e incentivou movimentos e iniciativas nacionais, como a Reforma Sanitária, a Constituinte de 1988 e as Conferências Nacionais de Saúde que antecederam e fundamentaram a criação do SUS. Abrindo assim o solo político para a construção paulatina da atual Política Nacional de Atenção Básica à Saúde (PNAB). (AGUIAR, 1998; ANDRADE, BARRETO, BEZERRA e SILVA, 2012; RODRIGUES, 2013).

O que hoje é conhecido como Estratégia Saúde da Família, uma Política de Estado que organiza, define e orienta parte das ações, investimentos e gerenciamento da PNAB, tem suas raízes e desenvolvimento concomitantes à construção do SUS, sendo igualmente responsável por garantir o direito de acesso à saúde (BRASIL, 2006:2012).

Atualmente, a nossa PNAB está regulamentada pela portaria 2.488/2011 do Ministério da Saúde e tem como princípios fundamentais a atenção integral e contínua à saúde, a democratização e participação no cuidado e gestão das ações de saúde; orienta-se pelas necessidades territoriais desveladas com base no vínculo e contato contínuo com

⁴⁶ A Conferência de Alma-Ata, ou Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, tem especial importância por ser o primeiro documento que estabelece internacionalmente o consenso de que a atenção primária à saúde deve constituir “a função central e o foco principal, quanto ao desenvolvimento social e econômico global da comunidade” (OMS/UNICEF, 1979, item VI), e que esses cuidados *devem ser levados* às comunidades, vilas e famílias, isto é, o mais próximo o possível do local de pertencimento e permanência das pessoas. Além disso, é na Alma-Ata que a figura de um Agente de Saúde aparece pela primeira vez em documentos oficiais, embora eles já sejam mencionados na criação dos distritos de saúde na década de 1920 nos EUA e na Europa. A importância desse documento também é atestada por Campos *et al.* (2008) e por Andrade, Barreto, Bezerra e Silva (2012).

a população; e tem como imperativo ético que toda demanda, necessidade ou sofrimento deve ser acolhido (BRASIL, 2012).

Essa Política também prevê que a implantação das ações da Atenção Básica à Saúde (ABS) deve almejar alto grau de descentralização e capilaridade, estando o mais próximo possível da vida das pessoas, adotando a unidade familiar e domiciliar como a referência principal do cuidado à saúde. Na medida em que se insere, acompanha e intervém na vida comunitária, garantindo o acesso à saúde, a ABS seria a principal articuladora da Rede de Atenção à Saúde (RAS), garantindo assim a concretização dos princípios do SUS.

Por conta disso, a PNAB (BRASIL, 2012) orienta-se e fundamenta-se na: territorialização das ações de saúde; acessibilidade contínua e resolutividade; corresponsabilização do cuidado à saúde, por meio da participação; longitudinalidade e intersetorialidade na promoção, prevenção e recuperação da saúde.

Sendo esse o cenário da presente história, cabe retomar um pouco da história da construção desse pano de fundo a fim de iluminar uma perspectiva do sentido. Segundo Andrade, Barreto, Bezerra e Silva (2012), no Brasil, essa trajetória se inicia em meados dos anos 1980, com programas institucionais locais, para atender a demandas específicas como o combate à desnutrição e mortalidade infantil no Ceará⁴⁷. Segundo Andrade (1998), esses programas pretendiam estabelecer o médico da família como um profissional que, pela atenção contínua, conseguiria melhor atenção e orientação à saúde de populações pobres, dada a condição precária de habitação, saneamento, alimentação e acesso ao sistema estruturado de Saúde. Mais tarde, esse programa contou com a ajuda de enfermeiros, técnicos e pessoas da comunidade interessadas em ajudar. Os resultados positivos e o baixo custo dessa ação chamaram a atenção de outros gestores estaduais que, segundo a autora, começaram a reproduzir a experiência em outras localidades.

Nessa mesma toada, o relato de Antônio Carlile H. Lavor (2010), testemunha ocular e um dos articuladores da experiência com ACS no Ceará, contribui para esse percurso histórico ao destacar que, após o êxito das primeiras experiências com as chamadas auxiliares de saúde no combate à mortalidade infantil nas cidades satélites do

⁴⁷ Ainda que a experiência no Ceará não seja a única nesse sentido, os autores afirmam que foi ela que inspirou a criação do PACS e depois do PSF. Entre outras experiências e iniciativas parecidas e concomitantes temos a proposta “Em Defesa da Vida”, de Campinas/SP, ligada ao Movimento da Reforma Sanitária; a “Ação Programática em Saúde”, ligada ao Departamento de Medicina Preventiva da USP (ANDRADE, BEZERRA e BARRETO, 2005) e também o Programa Médico da Família, de Niterói/RJ, com estrutura semelhante ao programa homônimo cubano (RODRIGUES, 2013).

Distrito Federal, houve a necessidade de atentar para o Nordeste brasileiro, recordista em morte neonatal. A naturalidade cearense de Lator e a falta de meios em levar seu saber e fazer da saúde das famílias e crianças do interior do Ceará foram os grandes motivadores para eleger esse Estado como plano piloto de uma ação coordenada e seletiva em Saúde. Para tanto, foram contratadas seis mil mulheres “entre as mais pobres” (p. 18), dispostas a combater a mortalidade infantil no Estado. Essas mulheres foram, então, nomeadas como Agentes de Saúde. No ano de 1987, quando aconteceu a efetiva ação dessas mulheres, o índice de morte de crianças nos primeiros dias de vida caiu a níveis jamais vistos na região.

A ampliação dessa experiência deu origem, já nos anos 1990, ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Rodrigues (2013) ressalta a inventividade do PACS ao prever, em suas ações, a inclusão de serviços não médicos no planejamento e ações em Saúde. Esse planejamento passou a se dar de forma mais próxima às necessidades da população-alvo, cabendo ao médico a atenção ambulatorial em domicílio e em cooperação com outros atores. Conforme defende Starfield (2002), a proximidade com a família e a vida comunitária garante uma rede de informações complexas que auxilia os profissionais e atores da Saúde na precisão do diagnóstico, o que permite o desenvolvimento de intervenções mais bem-sucedidas. Além disso, na medida em que as ações da APS/ABS colocam a família como co-autora do cuidado, cria-se uma ética de co-responsabilidade e participação democrática melhorando exponencialmente a condição global da vida.

Em 1991, segundo Andrade, Barreto, Bezerra e Silva (2012), com a exigência e grande mobilização para a consolidação do SUS e inúmeras pressões internacionais para a criação de uma ação nacional de combate às doenças infectocontagiosas básicas (especialmente da infância e da gestação), o PACS ganhou visibilidade e destaque nacional. A profícua ampliação do PACS em outros Estados do Nordeste e em áreas de grande vulnerabilidade do território nacional trouxe à tona a necessidade de integração dessa iniciativa a um programa nacional de atenção básica, dando origem, em 1994, ao Programa de Saúde da Família (PSF). Como plano de ação nacional, o PSF pretendia (re)organizar a atenção à saúde em cumprimento às exigências e princípios do SUS. Essa mudança, do PACS para a iniciativa nacional que é o PSF, se fez necessária, pois o PACS foi considerado uma política seletiva, isto é, uma ação que tinha como objetivo a atenção à especificidade de uma determinada necessidade de cuidado à saúde, mais presente em

algumas regiões do país. Com o PSF, a riqueza do PACS é almejada e projetada como ação universal, isto é, que atenda às necessidades básicas de saúde de toda a população.

Corroborando com a discussão, a memorialista e testemunha da criação da ESF Heloísa Machado de Souza (2010) conta que “o Saúde da Família apresenta trajetória exemplar de um programa que nasceu focalizado e se tornou uma estratégia estruturante de uma Política Nacional de Atenção Básica que tem contribuído significativamente para a consolidação do nosso Sistema Único de Saúde” (p. 34). A testemunha também revela que a implementação do PACS/PSF não só tinha como alvo o aumento da resolutividade das ações da saúde, mas ao mesmo tempo, por meio dos resultados positivos do PACS, fundamentou-se um projeto de mudança da organização, investimentos e planejamento das ações de saúde em âmbito nacional.

Essa virada começou a se consolidar só mais tarde, em 1996 e 97, com a publicação da Norma Operacional Básica do SUS (NOB/96) e da portaria GM/MS nº 1.882/97 (MS, 1997), que criaram o Piso de Atenção Básica (PAB), dando maior consolidação e regularidade dos serviços básicos de Saúde (incluindo o PSF), pois garantiu-se repasse direto e automático de verba para os municípios que assumissem a implantação do PSF e demais serviços básicos de Saúde (BODSTEIN, 2002). Segundo esse autor, tal portaria e norma operacional ao mesmo tempo que garantiram orçamento anual fixo para as ações da ABS, foram uma estratégia do Governo Federal para tornar atraente aos municípios a implantação do PSF e do PACS. Nessa mesma medida, como forma de seduzir os gestores municipais a assumir o gerenciamento e a ampliação das ações básicas em saúde, especialmente do PSF, a portaria GM/MS nº 1.329/99, previu um incentivo financeiro adicional por equipe, por ano, para os municípios que ampliem sua área de cobertura das ações do PSF/PACS.

Segundo Viana e Dal Poz (2005), a criação, a implementação e a disseminação de ações como o PACS e o PSF operaram uma mudança no modo de financiamento das ações de saúde, que antes tomava por base o cálculo-procedimento, isto é, o custeio das ações de saúde eram planejadas e previstas com base na quantidade de procedimentos realizados. Com essa portaria e norma operacional, houve mudança de sistema de repasse de verba pública, agora contínuo, superando a exclusividade da lógica de remuneração por produção de resultados quantificáveis.

Para Andrade, Barreto, Bezerra e Silva (2012), esses investimentos e essa estrutura financeira criados pelo PSF/PACS serviram para garantir a disseminação rápida

desses programas em todo o território nacional⁴⁸, sendo coerente com o princípio de universalidade de acesso à saúde do SUS. Também inovaram no que tange às Políticas de Saúde do País, ao incentivar a autonomia municipal no gerenciamento das ações e recursos. Por outro lado, Bodestein (2002) questiona essa rápida expansão da ABS como programas modulares, pois padece da homogeneização e da verticalidade – comum em muitas (se não todas) Políticas de Saúde do País –, uma vez que tanto o PACS quanto o PSF tiveram origem em experiências no Nordeste brasileiro, território com características epidemiológicas, demográficas, socioeconômicas e de acesso à Saúde dispares dos demais Estados brasileiros. O autor comenta que, no Sudeste, com a chegada do PSF/PACS, a questão da especificidade da ação desses programas foi (e talvez ainda seja) enigmática, pois as prioridades dessa política nem sempre foram/são condizentes com as necessidades locais. Assim, o autor deixa transparecer que o problema da verticalidade desses programas pode comprometer sua efetividade ou engessar a atenção à saúde em processos e investimentos não condizentes com as necessidades.

Por outro lado, Souza (2010), ao lembrar das incertezas presentes na construção e ampliação tanto do PACS quanto do PSF, defende que:

Talvez este tenha sido um dos aspectos mais importantes para o avanço do PSF: uma proposta que começa de forma bastante inacabada, permitindo que muitos fossem contribuindo na reorientação de sua trajetória. E acredito que a ESF continua assim, como um cristal precioso, em constante lapidação. (...) O momento de elaboração da Norma Operacional Básica de 1996 (NOB-SUS/96) foi compreendido como oportunidade ímpar para criar condições que impulsionassem o PSF para esse novo caminho. Em seu texto legal, essa Norma inseriu um capítulo que trazia as bases para um novo modelo de atenção e instituiu o Piso de Atenção Básica (PAB), introduzindo a modalidade de financiamento per capita e os incentivos financeiros aos Programas Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde. Mais tarde, percebendo a dificuldade de expansão da Saúde da Família nas grandes cidades, introduziram-se incentivos diferenciados por porte populacional (p. 33).

Diante da potencialidade de estar em constante lapidação e do problema da verticalidade que deram origem a outros tantos problemas e potencialidades da ampliação

⁴⁸ Segundo dados do Ministério da Saúde, no final de 1998, o PSF cobria 20% da população com suas 2.054 equipes de Saúde da Família em atividade. Dez anos depois, em 2008, já eram 28.669 equipes atendendo quase 50% da população.

(Disponível em: http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php). Acesso em: 17 de dez. 2016).

da abrangência do PSF/PACS e, visando a coordenar e normatizar as ações da Atenção Básica em Saúde, cria-se, em 2000, o Departamento da Atenção Básica (DAB). Sob o comando da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e influência, pressão e incentivo do Banco Mundial (BIRD), em 2001, o Ministério da Saúde, via DAB, implementou o Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (Proesf), uma ação que visou à implantação do PSF nos municípios com mais de 100 mil habitantes, a elevação da qualidade dos processos de trabalho e o aumento da efetividade das ações. Para a efetivação, o Proesf previu sete anos de investimento sistemático na estruturação de equipes de Saúde da Família, a fim de ampliar a abrangência, a descentralização e a atenção. Além disso, o Proesf investe na ampliação de cuidados às questões específicas de saúde, principalmente à saúde da mulher, da gestante e da infância (MS, 2003).

Com essa crescente estrutura, os resultados positivos e a popularidade, evidencia-se também a exigência de intensificação do monitoramento, da fiscalização e da normatização dos municípios inscritos no PSF/PACS; surge a necessidade de unificar as ações que deveriam abranger todo o território nacional. Essa unificação operou a criação de mecanismos burocráticos específicos de fiscalização e avaliação do PSF/PACS, no intuito de garantir a qualidade dos serviços prestados, bem como fiscalizar, orientar e punir irregularidades. Bodestein (2002) reflete que a ampliação do aparato burocrático ao mesmo tempo que fez garantir a concretização do planejamento nacional, contribuiu para o aumento da verticalização das ações. O que sugere a redução do potencial democrático e incentivo desses programas ao mesmo tempo em que ampliou o espectro de ação em âmbito nacional.

Nessa mesma direção, Scarcelli e Junqueira (2011), ao atestarem a verticalidade assumida pela expansão do PSF/PACS desde a NOB/96, questionam se esse sistema de financiamento e bonificação não submeteria os municípios a priorizar os programas e modelos ministeriais de atenção à saúde, reduzindo sua autonomia e inventividade na construção de ações em saúde mais condizentes com as necessidades. Ademais, há de se questionar se a primazia do PACS no PSF, para muitos desses municípios, não acaba se tornando uma política compensatória que, a depender do planejamento e gestão, pode ser insipiente em médio e longo prazo.

Nessa toada, em 2006 a portaria GM/MS nº 648/2006 aprova a Política Nacional de Atenção Básica e revê as diretrizes, estrutura, organização e gestão do PSF/PACS, dando a esses programas o estatuto de Política de Estado, transformando-os em Estratégia Saúde da Família. Também nessa esteira, as portarias GM/MS 399 e 699 de 2006, que

delimitam o Pacto pela Saúde, preveem que a Estratégia Saúde da Família seja o centro ordenador de toda a PNAB. Com a consequente ampliação da PNAB e ESF, em 2011, a portaria nº 2.488/2011 atualiza o PNAB, integrando-o como porta de entrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS), garantindo que todo cidadão tenha acesso aos recursos de atenção à saúde de todos os níveis disponíveis no município, na região e no estado.

Segundo as orientações atuais da PNAB, a ESF é uma estratégia que visa à reorganização, à expansão, à qualificação e à consolidação dos princípios da Atenção Básica. Tem como meta a criação de processos de trabalho, a educação permanente, a ampliação da resolutividade e do impacto das ações de saúde em indivíduos e coletividades, bem como propiciar uma ótima relação custo-efetividade (BRASIL, 2012).

Para atingir essas metas, estruturam-se as equipes de Saúde da Família (eSF), sendo minimamente compostas por “médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde” (BRASIL, 2012, p. 55). Há ainda a possibilidade de outros profissionais comporem as atividades de uma eSF, como profissionais dentistas e auxiliares, médicos especialistas (ginecologista, pediatra, geriatra etc.) a depender da necessidade do território. Cada eSF é responsável por uma população de três a quatro mil pessoas (cerca de mil famílias) e tem por dever oferecer acompanhamento, monitoramento e atenção mensal à saúde de todas as pessoas em seu território (BRASIL, 2012).

Tal como percebi em meu contato com a eSF da qual Inácia, Fernanda e Vanessa pertencem e na leitura dos textos oficiais, consigo entrever dois eixos norteadores nas ações da PNAB organizadas pela ESF: a atenção às necessidades tanto específicas quanto gerais do território; e a articulação e implantação de frentes de trabalho, programas e ações dos Governos Federal, Estadual e Municipal.

Sobre a atenção às necessidades específicas do território, podem formar-se em cada eSF frentes de trabalho específicas como, por exemplo, equipes de consultório de rua, para atender às pessoas em situação de rua, a contratação parcial ou integral de geriatra ou pediatra em territórios com grande população infantil ou idosa respectivamente (BRASIL, 2012). Ademais, conforme apontam Andrade, Bezerra e Barreto (2005), os esforços e as ações na implementação de uma política nacional de ABS (como a atual PNAB) são ainda inacabados e devem ser caracterizados como processo de constante evolução, pois não se pode esperar uniformidade de uma política pública que tenha em seu cerne a atenção à diversidade das necessidades populacionais levando em

conta sua especificidade histórica, cultural e econômica. Nesse sentido, apontam os autores, há inúmeros desafios a serem enfrentados, mas o principal deles é a participação democrática de gestores, profissionais e população.

Diante do grande desafio revelado pela implantação da ESF e visando ao apoio às equipes que compõem esse programa, em 2008, seguindo a Portaria GM/MS nº 154, surgem os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)⁴⁹, com o objetivo de dar apoio matricial⁵⁰ e contribuir para o aumento da resolutividade e a efetivação da coordenação integrada do cuidado na Atenção Primária à Saúde. Na sua missão, são considerados: *o conhecimento* de demandas específicas das regiões apoiadas, visando a organizar a oferta de serviços com base na necessidade da população; *a gestão das equipes*, que podem ser compostas por profissionais de diversas especialidades, gerenciando a inserção de profissionais necessários para a coprodução da saúde frente às necessidades; *a coordenação do cuidado*, visando à responsabilização pela saúde, considerando o usuário como sujeito de seu contexto; e *a formação continuada* dos diversos profissionais que atuam na ESF, por meio de discussão e intervenção multi e interdisciplinares. Não constituindo uma porta de entrada para os serviços de Saúde, os NASFs devem atuar na direção da promoção integral junto às equipes de Saúde da Família, apoiando-as para que possam incrementar não só sua ação e resolutividade, mas também a qualidade do cuidado, as ações de promoção de saúde e o acompanhamento e monitoramento da saúde em seus diversos aspectos. (BRASIL, 2009 e 2012).

Toda a organização dos NASFs é entendida como um possível caminho para a consolidação das Diretrizes Nacionais de Saúde Pública no que se refere à Atenção Básica. Para tanto, como é muitas vezes referido nos Cadernos da Atenção Básica, o objetivo do NASF é operar no trânsito entre a entrada no sistema de Saúde, via ABS/ESF, e os demais níveis e equipamentos de atenção, quando necessário (BRASIL, 2009 e 2012).

⁴⁹ Segundo o Anexo I da Portaria 256/SAS/MS/2013, poderão compor a equipe do NASF, a depender das necessidades de cada território de abrangência e do tipo de trabalho: médico acupunturista, assistente social, educador físico na saúde, farmacêutico, fonoaudiólogo, médico ginecologista, médico obstetra, médico homeopata, médico pediatria, psicólogo clínico, médico psiquiatra, médico geriatra, médico clínico, médico do trabalho, médico veterinário, nutricionista, terapeuta ocupacional, sanitarista e educador social.

⁵⁰ Apoio matricial é uma estratégia de organização do trabalho e cuidado em saúde com base na articulação e cooperação das diversas equipes que atuam em um determinado território (CAMPOS & DOMITI, 2007). Embora existam casos de núcleos que congregam alguns municípios. Por outro lado, em municípios que não contam com Núcleos, muitas vezes, o apoio matricial é feito pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), pela coordenação de Atenção Básica, pela secretaria ou, ainda, indiretamente, isto é, pela boa vontade dos coordenadores e trabalhadores de Unidade Básicas e Unidades de Saúde da Família.

Segundo Souza (2010), a criação dos NASFs se fez necessária, pois o desenvolvimento e ampliação da ABS no Brasil, via ESF, acabou por distanciar a ABS dos demais níveis e segmentos de Atenção à Saúde. Nesse sentido, a criação do NASF também foi uma ação inédita no País que tentou garantir a conexão entre a ABS e o restante do sistema de Saúde.

Para dar a devida atenção à diversidade da demanda que o NASF é responsável, a PNAB discrimina dois tipos de NASF, o NASF 1 e o NASF 2, numerados segundo a complexidade e a necessidade de atenção maior ou menor. Prevê-se também que cada equipe do NASF seja composta por profissionais contratados para atender às necessidades dos territórios cobertos pelas eSF que o NASF dará apoio. Orienta-se que cada NASF 1 seja responsável por oito a quinze eSFs (entre 30 e 60 mil pessoas) e três a sete eSFs para o NASF 2 (entre 10 e 30 mil pessoas) (BRASIL, 2012).

Tendo esclarecida a estrutura da ESF, com os núcleos de apoio articulando as ações da SF com os outros níveis do sistema de Saúde, torna-se importante discutir alguns indicadores de eficiência, ou “força da atenção primária”, como nomeado por Starfield (2002) ao pesquisar o impacto da APS em 12 países industrializados. A autora, como conclusão do estudo publicado em 1994, defende que “os países com uma orientação mais forte para atenção primária, na verdade, possuem maior probabilidade de ter melhores níveis de saúde e custos mais baixos” (STARFIELD, 2002, p. 34). Diante dessa constatação, a autora desenvolveu um sistema de avaliação, investigação e orientação para a implantação da APS para os países interessados. Esse sistema se divide em seis características que as ações da APS e cinco características do sistema de Saúde e devem ter para resultar numa APS forte.

As características importantes para um forte sistema de Saúde, segundo a autora, são: a descentralização e capilaridade dos serviços e instalações de saúde; o tipo de médico designado para a atenção primária e a presença de discussão e formação para a APS nos cursos de medicina; o número de médicos na APS em relação aos demais especialistas; e a extensão e cobertura dos serviços de saúde no território nacional (STARFIELD, 2002).

Em relação à APS, são características fortes: a quantidade de pessoas que busca a APS como primeiro atendimento à saúde em relação aos outros níveis de atenção; a proximidade do vínculo entre o médico da APS e a população; a orientação comunitária, isto é, proximidade entre equipe da APS e a população; a resolutividade da APS sem

recorrer aos outros níveis de atenção e o grau de coordenação entre a APS e os outros níveis de atenção (STARFIELD, 2002).

Fundamentada nessa pesquisa, a autora defende que o avanço tecnológico das Ciências da Saúde de nada vale se não há uma melhora nas condições cotidianas da vida, o que torna a Saúde uma questão política, para além de um campo de saber específico. Nesse sentido, é possível afirmar que a PNAB não é só uma resolutiva de problemas de saúde, mas também uma via de desenvolvimento social e de concretização dos direitos constitucionais do País.

É preciso destacar o impacto da PNAB, desde a sua criação até o presente momento. A Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD) de 2008 elaborada pela DAB em parceria com o IBGE, permite comparar estatisticamente a expansão e a abrangência da PNAB conforme o número de domicílios, famílias e pessoas cadastradas. Segundo essas fontes, em 2008, a ESF abrangia 56% da população do País, prestando serviço a aproximadamente 105 milhões de pessoas (MALTA *et al.*, 2016). Outra fonte importante é a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), organizada anualmente pelo Ministério da Saúde, segundo a qual hoje a cobertura das eSF impactaria pouco mais de 60% da população, abrangendo, em suas ações, aproximadamente 123 milhões de pessoas. Atualmente estão cadastradas no sistema do Ministério da Saúde 48.577 equipes de Saúde da Família, das quais 40.067 estão em atividade em 5.382 municípios do país⁵¹.

Apesar do grande avanço na implantação da ESF no país expresso nos números ministeriais, Andrade, Barreto, Bezerra e Silva (2012) discutem que há dificuldades da ação efetiva da PNAB que se ligam à alta complexidade do perfil epidemiológico da população em tamanha extensão nacional, o que torna muitas das ações fragmentadas e segmentadas; e à diversidade de experiências e interpretação na implantação da ESF, o que dificulta a gestão, a coordenação, a avaliação e o planejamento desta ação no âmbito nacional. Os autores defendem a urgência na efetivação e no cumprimento das diretrizes e princípios da RAS a fim de lidar com esses limites e lacunas das ações da ESF e dos demais níveis de atenção. Ainda que:

Em resumo, para se compreender o modelo de atenção inaugurado pela ESF no Brasil, deve-se inicialmente estar consciente de que a ESF de uma comunidade específica é uma ESF distinta das demais, com suas próprias prioridades de ação, potencialidades e limitações. Em outras

51

Disponível

em:

<http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: 19 de dez. 2016.

palavras, a ESF encontrada nas mais diversas comunidades brasileiras é o resultado do processo de adaptação local do modelo de atenção primária familiar proposto e primariamente financiado pelo Governo Federal. A nosso ver, essa diversidade de experiência da ESF nas cidades brasileiras é especialmente resultante da variedade do tempo de implementação, capacitação dos profissionais, compromisso dos gestores, estabilidade de financiamento e do nível de empoderamento comunitário. (ANDRADE, BARRETO, BEZERRA e SILVA; 2012; p. 871).

Toda a história da construção da ESF, sua ampliação das ações-resolutivas, da responsabilidade e compromisso, na medida em que preserva (ou tenta preservar) algumas características das experiências piloto, distancia-se dela. Assim, expõe sua peculiar complexidade: ser uma ação orquestrada em todo o território nacional que tem por princípio se moldar às necessidades populacionais, culturais, econômicas, políticas e administrativas do território de abrangência. Esse paradoxo se faz presente na narrativa das ACSs, quer seja na dualidade protocolo-preocupação de Vanessa, nas constantes tentativas de Inácia em não ficar só na política e nas queixas em relação ao trabalho burocrático da Fernanda. Por outro lado, e ao mesmo tempo, as delimitações e deliberações verticais são desencadeadoras de importantes acontecimentos, como quando as ACSs contam que a estrutura da função ACS dá o primeiro pontapé para a aproximação com a comunidade, ou quando elas se referem ao treinamento e ao “ser o elo”, ou ao conhecimento adquirido em campanhas ministeriais, como o combate à hanseníase, diabetes e hipertensão, entre outros.

Como orientação vertical em uma política nacional, a ESF parece exercer força para iniciar uma série de processos e experiências de cuidado que, ao se desdobram em vínculo comunitário e conhecimento do território, constituem horizonte argumentativo contra a orientação vertical dada a sua inerente generalidade.

Como veremos a seguir, o ator fundamental para operar essa característica da ESF é o Agente Comunitário de Saúde. Atentando, então, para o foco da presente história, torna-se necessário um olhar mais apurado sobre esse Agente, figura central na efetivação da ESF, base da PNAB.

O Agente Comunitário de Saúde

Conforma já discutido, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) é um personagem que surge das iniciativas de descentralização e capilarização dos serviços de Saúde por meio da presença, participação e vínculo desses serviços com a comunidade. Assim, o surgimento do PACS no Brasil é considerado a origem do PSF e depois da ESF, base da PNAB (SILVA e DALMASO, 2006; SOUSA, 2010; ANDRADE, BARRETO, BEZERRA e SILVA, 2012; e RODRIGUES, 2013).

Nunes *et al.* (2002) e Schmidt e Neves (2010), refletem sobre a complexidade do cotidiano e da prática do ACS, que desempenha não apenas o cuidado ao corpo (biológico), cumprindo a extensão da atenção médica e a ponte entre o sistema de Saúde e a população, mas também a atenção existencial, o que constitui a característica bidirecional, política e polifônica da identidade desse profissional. O que seria isso?

Como já apontado, a criação da figura do Agente Comunitário de Saúde teve origem no início dos anos 1980-90, por experiências preliminares que levaram à criação, em 1991, do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Visando à integração dessa iniciativa a um Programa Nacional de Atenção Básica e atendendo a outras necessidades e discussões na Saúde Pública, criou-se em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF) como ação prioritária para (re)organizar a atenção à saúde em cumprimento às exigências e necessidades de integralidade e descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS). Na época, nos preâmbulos da criação da atual PNAB, em 1997⁵², o cargo de Agente Comunitário de Saúde foi criado como forma de garantir que as Unidades de Atenção Básica atuassem pela aproximação e imersão na comunidade. Assim, o ACS passa a ser o ator da ESF que faz o vínculo entre a população e toda a rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012).

Como sustentam Silva e Dalmaso (2006), a viabilização da política de saúde requeria a atenção para o cuidado ampliado à saúde familiar/domiciliar, visando não só ao tratamento da saúde nos equipamentos, mas também à assistência à vida comunitária como forma de prevenção, monitoramento e promoção de saúde. Essas necessidades são

⁵² Mais detalhadamente, a Portaria 1.886/97 (MS), aprovou as normas e diretrizes do PACS como integrante do PSF. Em 1999, o decreto 3.189 fixou as diretrizes para o exercício dos ACSs. Em 2002, pela lei 10.507, foi criado oficialmente o cargo de ACS em todo o território nacional, vinculando esse profissional exclusivamente ao SUS. Essa lei foi revogada pela lei 11.350/06, que institui o cargo de ACS e regulamenta seu exercício profissional. Com base em denúncias, discussões parlamentares e sindicais, em 2014, com a lei 12.994 o piso salarial e o plano de carreira do ACS foram estipulados e vigoram desde então.

instituídas como atribuições da Estratégia Saúde da Família, que inverte a lógica de funcionamento do sistema de Saúde, no intuito de torná-lo presente no cotidiano da população. Essa estratégia tem, como linha de frente, por seu contato, participação e pertencimento à vida comunitária, os Agentes Comunitários de Saúde, sendo sua atribuição:

- I - a utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sócio-cultural da comunidade;
- II - a promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva;
- III - o registro, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde;
- IV - o estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;
- V - a realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família; e
- VI - a participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor de saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida. (BRASIL, 2006, Art. 3º).

Ademais, a atual PNAB estipula que cabe ao ACS:

- I - Trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;
- II - Cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;
- III - Orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- IV - Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- V - Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de uma visita/família/mês;
- VI - Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;
- VII - Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, por exemplo, combate à dengue, malária, leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco; e
- VIII - Estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde,

bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa-Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo governo federal, estadual e municipal, de acordo com o planejamento da equipe. É permitido ao ACS desenvolver outras atividades nas Unidades Básicas de Saúde, desde que vinculadas às atribuições acima. (BRASIL, 2012, p. 48-50).

Isso mostra que, além de fazer a ponte entre o sistema de saúde e a comunidade, o ACS é responsável pela apreensão, compreensão e registro de aspectos amplos da vida em comunidade, o que o torna uma peça central da abrangência da Atenção Básica e ampliada à saúde; mas também exige formação e competência na execução dessas tarefas. Refletindo sobre a concepção de saúde que embasa a PNAB/ESF e a importância dessas ações, não consigo evitar a perplexidade e o questionamento sobre como esses Agentes são treinados? Como fazem? Como eles articulam os saberes especializados da equipe com a vida na comunidade?

Sobre essa temática, Nunes *et al.* (2002) refletem que o treinamento desses Agentes deve abranger tanto conhecimentos técnicos e pedagógicos, sem invadir as atribuições de outros profissionais de Saúde, quanto habilidades pessoais em lidar com a vida comunitária da qual participa – o que raramente acontece –, deixando esse Agente no “fogo cruzado”, dado seu caráter bidirecional.

Ainda, para Silva e Dalmaso (2006), há a necessidade de esse treinamento garantir o perfil e a identidade sócio-ocupacional do ACS, pois são pessoas que, além de trabalhar com questões específicas da saúde e do SUS, tem com primeira orientação de trabalho a criação e a manutenção de vínculos comunitários na integração de uma mobilização pública e instituída de saúde. Porém a capacitação que muitas vezes é proposta visa somente a atividades estritamente técnicas e assistenciais da Saúde, não abrangendo a complexidade da vida comunitária que, nos locais onde as eSFs atuam, muitas vezes é marcada por grande desigualdade social e ausência de direitos. Essas questões, refletem as autoras, estão além das competências comumente encontradas na formação dos profissionais de Saúde, deixando a atuação dos ACSs depender do senso comum e de outros recursos comunitários e familiares, quando existentes.

Pupin e Cardoso (2008 e 2011) e Pupin-Andrade (2013), no intuito de descrever e discutir o processo de trabalho e a identidade do ACS em cidades do interior do Estado de São Paulo, mostram que a inexistência (ou, quando há, a precariedade) de formação ou preparação e as constantes solicitações técnico-burocráticas contribuem para a

submissão dos Agentes ao saber e fazer de outros profissionais de Saúde, estabelecendo forte e nociva hierarquia na participação do ACS nas ações de saúde; restringindo a atuação dos ACSs às tarefas burocráticas (de preenchimento do SIAB⁵³, por exemplo) ou como auxiliares das atividades restritivas de outros profissionais (com formação específica). Para os autores, assim como também foi apontado por Fernanda e Inácia, o confinamento do ACS nessas atividades apaga seu potencial e sua especificidade na atenção às necessidades de saúde e no trabalho em Saúde com a população. Por outro lado, a experiência de Vanessa parece mostrar que mesmo “confinada” na recepção e responsável pelo trabalho burocrático da Unidade, é possível encontrar meio de contribuir para a criação e manutenção do vínculo. De uma maneira ou de outra, a voz das ACSs-personagens é uníssona ao defender que o modo de trabalho foi desenvolvido no amadurecimento da experiência e não em formação específica.

Para Pupin-Andrade (2013), a ausência de formação específica e necessária para o ACS contribui para sua subvalorização, denunciando a incompreensão das diretrizes, princípios, valores e estruturas da PNAB/ESF. Essa incompreensão se desdobra no subaproveitamento do ACS nas ações básicas de Saúde e nas dificuldades de tornar a função mais atraente, dados os baixos salários que, apesar dos esforços do governo federal, muitos municípios praticam. Ainda, pesquisas apontam que a incompreensão de gestores municipais impacta diretamente em entraves para o planejamento e execução da Atenção Básica à Saúde (ESCOREL *et al.*, 2007; SULTI *et al.*, 2015). Os autores, também ressaltam que, em muitos municípios estudados, a contratação e o treinamento (quando existente) de ACSs se dá tão somente para cumprir as exigências normativas da política e não como parte integrante do planejamento da ABS. Nesse mesmo sentido, em especial a pesquisa de Sulti *et al.* (2015), defende a primazia de modelos de gestão participativa e democrática na ABS para fazer ecoar a co-responsabilidade do cuidado à saúde, princípio da ESF.

Por outro lado, a centralidade e a importância do trabalho do ACS são defendidas por Campos *et al.* (2008), ao argumentam que a especificidade da ESF no Brasil, isto é, uma estratégia de atenção primária, que tem como foco a unidade familiar/domiciliar e de atuação comunitária em território, parece garantir uma atenção mínima à Saúde em regiões onde há ausência ou desinteresse de médicos na APS, nas chamadas “unidades sem médicos”.

⁵³ Sistema de Informação da Atenção Básica.

O reconhecimento desse ator também aparece em uma pesquisa organizada pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) para integrar as discussões do Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP). Baseada num ciclo de discussões presenciais e questionários virtuais, essa pesquisa visou a mapear a atuação do psicólogo na Atenção Básica à Saúde, suas conquistas, dificuldades, dilemas e conflitos (CFP, 2011). O relatório-manual produzido torna evidente a dificuldade de se estabelecer a unicidade do fazer do psicólogo na PNAB, pois além de voltar sua atenção para a especificidade da população atendida – que se torna numerosa nos NASFs – e para a discussão inter e multidisciplinar, característica dessa política, está sendo chamado a orientar e coordenar ações cada vez mais complexas em Saúde. Ademais, somam-se a esse cenário nacional, as características culturais de cada região e microrregião revelando a multiplicidade e a complexidade dessas ações em Saúde, bem como grande desafio à formação, ao saber e fazer do psicólogo. Em outras palavras, a proposta da ESF, em seus princípios estruturantes, desafia a segurança das práticas tradicionais dos psicólogos, lançando-os a questionar, (re)inventar e até a abandonar formas e modalidades já consagradas de intervenção. Nas tentativas de responder a esse desafio, são frequentes os relatos de psicólogos que recorrem aos ACSs como parceiros, interlocutores e auxiliares das práticas⁵⁴, dado o seu lugar na vida comunitária, almejando a construção de um olhar sobre as ações comunitárias em Saúde.

A narrativa de Lavor (2010) contribui para a defesa da importância dos ACSs ao argumentar que a queda dos níveis de mortalidade infantil no Nordeste, à época do estágio-piloto que deu origem ao PACS, só foi possível com o vínculo, a criatividade e a mobilização comunitária das ACSs ao incentivar as mães e puérperas a “vacinar as crianças e estimular o aleitamento materno, a higiene e o uso do soro oral” (p. 19). Para além disso, o autor conta que as ações dos ACSs fizeram reduzir a ocupação de leitos hospitalares na região e aumentar o planejamento familiar. Essas constatações sustentam a defesa de Lavor à Saúde da Família como ação fundamental para o desenvolvimento social, juntamente com a superação da inflação, a escolarização e os planos previdenciários e de seguridade social.

⁵⁴ Embora não tenha encontrado estudo sistematizado que tenha esta parceria psicólogo-ACS como foco. Em pesquisa feita em dois indexadores de publicações científicas (Scielo.org e Biblioteca Virtual e Saúde) de amplo espectro, dos 41 estudos encontrados, somente no artigo de Schmidt e Neves (2010) foi possível identificar a participação direta do ACS na construção das ações em Saúde com psicólogos. Os descritores utilizados foram: ‘Agente Comunitário de Saúde’ e (AND) ‘Psicologia’ e variações’ (psicologia aplicada; atuação do psicólogo; e prática psicológica, conforme sugerem as terminologias dessas mesmas bases).

Ainda, concordando com a posição de Inácia, Fernanda e Vanessa, Lavor (2010) reflete, em sua memorização, que

(...) a criatividade do ACS na mobilização das famílias para a promoção da saúde não está no cumprimento mecânico de suas tarefas, mas no compromisso com o trabalho que o desafia. Este é facilitado pela sua convivência com as famílias que acompanha, com as quais compartilha a mesma cultura e as mesmas dificuldades. (...) Os agentes comunitários de saúde não devem seguir protocolos fixos, necessitam criar formas novas de ação para alcançar os seus objetivos. Enfrentam diferentes tipos de problemas: culturais, religiosos, educativos, econômicos. (LAVOR, 2010, p. 19).

E conclui enfatizando que “a formação dos ACS é tão importante para a Estratégia Saúde da Família quanto o é a especialização dos demais profissionais para o atendimento na unidade de saúde” (p. 19), pois “à medida que se acumulam os conhecimentos das causas e da evolução das doenças, crescem as possibilidades da promoção da saúde e aumenta a importância do ACS” (p. 20).

Todo esse cenário já trazido pelas personagens esclarece que muito do que falam os textos oficiais, estudos, pesquisas, documentos etc., de certa forma já está presente na, muitas vezes inaudita, experiência cotidiana do ACS. Se a ESF e o ACS (na idealização) têm por princípio aproximar, articular e moldar as ações do SUS às peculiaridades e necessidades do território, cabe perguntar: E as histórias? Afinal, com o Sr. Madakoro, com Elisa, com Gislaine e muitas outras histórias, Inácia, Fernanda e Vanessa contam como foram se tornando ACSs e como são ACSs. Afinal, não é delas, por elas e com elas que as ações da ESF devem ocorrer?

A presença marcante da singularidade da experiência comunitária na fala das ACSs não indicaria que ser-ACS, talvez mais do que uma função ou papel social, torna-se um modo-de-ser? Para mim é claro que as histórias contadas por elas se tornam sua própria história, vivida, contada e aqui escrita por suas ações, decisões, argumentos, gostos, desgostos, alegrias, lágrimas... Essa constatação me ajudou a tomar outra decisão na pesquisa: as possibilidades de ação do psicólogo junto aos ACSs só me serão abertas e elucidadas com a apreensão do modo-de-ser dessas ACSs, que pertencem a essa ESF, que atua nesse território. Como isso me aconteceu? Pelo encantamento e pelo estranhamento.

IV – ENREDO: DO ENCANTAMENTO AO ESTRANHAMENTO

Para que a escrita seja legível,
é preciso dispor os instrumentos,
exercitar a mão,
conhecer todos os caracteres.
Mas para começar a dizer
alguma coisa que valha a pena,
é preciso conhecer todos os sentidos
de todos os caracteres,
e ter experimentado em si próprio
todos esses sentidos,
e ter observado no mundo
e no transmundo
todos os resultados dessas experiências.

(Cecília Meireles – *Para que a escrita seja legível*)

A singularidade e a profusão dos modos-de-ser ACS revelados nas entrevistas formaram contraponto com o discurso e estrutura geral (e também vertical) da PNAB e da ESF. Entre um e outro há, ao mesmo tempo, um campo de tensão e um espaço onde a prática e as histórias reais dos munícipes são contadas ficam aos cuidados das agentes. Como a história que segue mostra, esse campo de tensão ora afunila o espaço e o aperta, chegando a impedir as atividades basilares do ACS, ora o alarga, afrouxando os horizontes e permitindo tanto o risco quanto o novo saber pelo fazer. Assim continua a história.

Depois de dar entrada nos trâmites burocráticos e enquanto aguardava a resposta, coloquei-me a estudar e conhecer as Políticas de Saúde que orientam a atividade do ACS (capítulo III), pois queria entender melhor como foi construída a ideia desse Agente e da Saúde da Família. Quanto mais lia, mais ficava encantado, admirado. O contato com Inácia e Fernanda (não conhecia Vanessa ainda) tornou-se uma experiência de descoberta e de admiração que motivou e fundamentou meu estudo e conhecimento das Políticas.

Passada a fase da espera, com a anuência para a execução da pesquisa na Unidade, voltei a marcar uma conversa com a coordenadora da Unidade e com a equipe, a fim de compreender melhor o trabalho e pensar como poderia começar. Tendo trajetória de estudos em fenomenologia existencial e já vivenciado as possíveis apropriações desse movimento filosófico nas Ciências Humanas e na Psicologia, desde o início do meu

trabalho em campo, meu intento foi, na medida do possível, deixar um pouco de lado as minhas pretensões apriorísticas e mergulhar no cotidiano para, por meio dele, ver emergir questões e orientações efetivas para o trabalho. Para tanto, precisaria da ajuda e parceria de toda a equipe. Também me incomodava o fato de não ter uma necessidade clara de pesquisa na instituição, pois, a julgar pelo teor das entrevistas, a Unidade funcionava muito bem. Até esse momento, a necessidade de conhecer e me aproximar melhor dessa Unidade era minha, fruto do meu encantamento nas entrevistas iniciais. Felizmente minha proposta foi muito bem recebida pela equipe, que ficou curiosa em saber, afinal, o que eles tinham ou faziam para chamar a atenção de uma pesquisa de doutorado.

Este capítulo, então, é uma narrativa minha construída no contato com a equipe no período entre maio de 2014 e dezembro de 2015, quando acompanhei, primeiramente, o trabalho da equipe e depois sua vida, seu cotidiano e sua história. Essas minhas incursões, na tentativa de conhecer e participar da história dessa equipe, foram registradas em diário de campo composto por 58 relatos. Esses relatos eram, no início, diários, pois escrevia um relato para cada dia que passava com a equipe, mas com o passar do tempo, espasei mais os registros e reflexões, fazendo-os apenas quando algo me tocava ou chamava a atenção. Esses diários foram escritos como narrativas e têm como objetivo e forma: descrever aspectos relevantes da prática, da ação e da estrutura do que havia testemunhado; refletir e registrar, como forma de apropriação e esclarecimento, o modo como eu fui afetado pelos e nos acontecimentos em campo; e ser um momento de articulação entre o que estava vivendo em campo, os diversos estudos que fazia e as possibilidades de construção da pesquisa orientada pela questão inicial.

Trata-se, se assim posso colocar, de recontar o meu testemunho em relação à trajetória dessa equipe que tanto me encantou (e encanta), mas que, pelo enredo e acontecimentos, gerou incontáveis estranhamentos que motivam e orientam esta história-alegoria.

A tarefa de recontar uma história, com base no diário de campo, impõe uma problemática peculiar a esse tipo de pesquisa: a temporalidade (WEBER, 2009). Segundo a autora, essa problemática está implicada na natureza do uso de diários de campo em pesquisa, em que há a coincidência entre o autor que escreveu o diário e o autor da pesquisa. Como não é possível supor que o pesquisador se mantenha o mesmo ao longo de todo o tempo entre o acontecimento testemunhado, o registro e a utilização do registro na pesquisa, tornam-se necessários alguns cuidados. Por exemplo, as narrativas são compostas por textos e trechos de diversas naturezas: descrições, reflexões e implicações

minhas; articulações teóricas possíveis; reflexões de pesquisa; entre outras. Em algumas narrativas o texto é tomado pela incerteza dos desdobramentos de alguma intervenção que realizei ou acontecimento que testemunhei. Porém, no momento atual, quando retomo essas narrativas e busco nelas elementos para a construção desta história, já tenho conhecimento desses desdobramentos. Esse conhecimento atual opera como critério norteador interpretativo dessas narrativas.

Em vista disso, para a realização do presente capítulo, entendi que as orientações de Favret-Saada (2005) e Weber (2009) ajudaram. O que na prática significa que os diários foram citados, em sua maioria, de modo descritivo. As reflexões pessoais (íntimas, como nomeiam as autoras) e as articulações, com vistas a entrever os caminhos possíveis de pesquisa, atuaram nos bastidores desse enredo, auxiliando como pistas compreensivo-interpretativas na tarefa de (re)organizar o diário segundo o interesse vigente da história. Dessa maneira, essas duas dimensões (o íntimo e as articulações possíveis de pesquisa) foram, em sua maioria, suprimidas do presente capítulo, sendo citadas, conforme o caso, com as devidas demarcações e ressalvas. Esse cuidado com o uso do material também se fez necessário tanto pelos limites impostos por uma autoanálise, quanto para garantir que tenha um distanciamento mínimo e necessário para a escrita desta história.

Também, na tarefa de (re)organizar o diário, o texto escrito à época foi citado integralmente, sendo submetido a correções ortográficas pertinentes. Nessa revisão, como forma de diferenciar os diferentes momentos, do acontecimento ao registro, até a utilização do diário no presente texto, foram feitas alterações no tempo verbal dos registros originais. Tenho por hábito narrar os acontecimentos por mim testemunhados em tempo presente, o que se torna problemático na utilização dessas narrativas escritas no presente texto. Em função disso, alterei o tempo verbal dos registros originais para os tempos do passado. Isso implica que, no texto que segue, quando faço referência ao acontecimento e ao seu registro, utilizo o pretérito perfeito, imperfeito, mais que perfeito e futuro do pretérito. Quando compreendo, articulo ou interpreto essas narrativas no intuito da realização desta história, utilizo o presente.

Do encantamento ao estranhamento é, então, uma reorganização de 23 relatos selecionados tanto pelo seu teor expressivo, quanto pelo consentimento da equipe de sua pertinência para a pesquisa. Esses relatos foram escolhidos a fim de elucidar o modo como minha participação nas atividades e história constituiu o solo necessário à abertura do diálogo como possibilidade de ação do psicólogo junto aos ACSs pela contação de

histórias. Para tanto, houve um esforço compreensivo-interpretativo⁵⁵ a fim de destacar nexos de continuidade e proximidade do diário ao longo desse período. Em alguns momentos, há distância temporal entre um diário e outro, mas que serão conectados pelo lugar e pelo escopo com o qual testemunhei e participei das atividades e da história da equipe. Ou então, aproximados pela interpretação hodierna dessas narrativas. Por exemplo, ao explicitar a complexidade dos modos de cuidar, foram utilizados fragmentos do diário de 2014 e 2015. Embora cronologicamente separados, a aproximação foi feita pela presença da questão dos modos de cuidar nos registros. Nesse sentido, o texto intitulado “Modos de cuidar” é o reconhecimento e a tecitura de nexos de sentido presente nesses momentos distintos. Assim, a distância e as retomadas das questões estão indicadas nos comentários de cada registro ou fragmento, bem como outros esclarecimentos.

Decidi manter a ordem cronológica das narrativas iniciais, dada a sua importância ao mostrar como fui tomando pé e participando da equipe, constituindo um lugar comum de entendimento e como se desenharam as questões dos modos de cuidado e do desânimo da equipe.

Para a segunda parte do capítulo as narrativas foram agrupadas por temas, a saber: os modos de cuidar, o trabalho burocrático, o desânimo e a des-esperança. Por último, descrevo os conflitos na equipe como desdobramentos do trabalho burocrático e do desânimo e, ao final, destaco o momento de abertura para a conversação, quando consigo visualizar mais claramente a fio condutor da história.

Ciente da importância da ordem cronológica do todo do diário, que possibilita visualizar o vai e vem dos acontecimentos, os inúmeros rascunhos, as tentativas de compreensão e interpretação, os ensaios de ação, exponho a seguir um resumo das narrativas utilizadas organizados conforme a data do acontecimento testemunhado.

Na manhã da minha primeira ida a campo, no dia 21 de maio de 2014, acompanhei as visitas domiciliares com Neuza (ACS) e, na mesma tarde, conversei com ela sobre as visitas que testemunhei. Nessa conversa, surgiram inúmeras questões e ainda mais encantamentos frente ao trabalho do ACS. No dia seguinte, combinei de entrevistar Neuza sobre o seu trabalho como ACS. Apesar da riqueza da entrevista, Neuza solicitou que eu não a incluísse na pesquisa, pois contou sua história pessoal e não gostaria que ela, apesar do sigilo garantido, se tornasse pública. Por outro lado, consentiu que tanto o meu relato

⁵⁵ Aqui seguindo a orientação de Gadamer (2014), fundamentado em Heidegger, que defende a impossibilidade de separação entre compreensão e interpretação.

sobre o seu trabalho, quanto os trechos da entrevista em que discutimos as visitas realizadas no dia anterior fossem utilizados na pesquisa.

No segundo registro, do dia 23 de maio de 2014, narro a minha participação na reunião de equipe em que me reapresentei e apresentei formalmente a pesquisa, em seus objetivos provisórios e intenções. Tive por finalidade conseguir o consentimento e participação da equipe, bem como sua participação. Além disso, nessa mesma reunião, pude testemunhar o surgimento de uma questão para a equipe: o trabalho burocrático. Esse foi o ensejo do próximo registro, do dia 3 de junho de 2014, intitulado “O trabalho burocrático: Um pedido de ajuda?”, em que narrei o trabalho das ACSs no preenchimento das planilhas de fechamento do mês, quando a questão da burocracia apareceu com grande vigor. Nesse mesmo dia, minha conversa com Roberta, coordenadora da Unidade, revelou um possível pedido de ajuda frente ao crescente desânimo da equipe. A questão burocrática desapareceu, então, nos diários seguintes – reaparecendo só mais tarde em setembro do mesmo ano –, o que me leva a crer que seu surgimento foi motivado pelo evento do fechamento.

No dia 17 de julho de 2014, narrei as visitas que fiz com Inácia em sua microárea (e na dos colegas). Assim como fiz com Neuza, no período da tarde, conversei com Inácia sobre as visitas que fizemos para melhor compreendê-la(s), evento que disparou questionamentos quanto aos modos de cuidado das ACSs para com a população, já presentes nas visitas com Neuza; também, passei a estranhar o meu trabalho e lugar como pesquisador. Esse estranhamento se intensificou no diário da semana seguinte, no dia 22 de julho, quando me vi completamente sem lugar na Unidade e na equipe, como um estrangeiro. Esse desalojamento me convocou a buscar um lugar e a explorar possibilidades de ser-estar nessa Unidade e equipe. Em uma dessas tentativas, o contato com a população fez emergir ainda outras questões sobre o trabalho dos ACSs e também do psicólogo junto aos ACSs.

No registro do dia 07 de agosto de 2014, conto como acabei por encontrar, nessas conversas com os munícipes, maior clareza da questão dos modos de cuidar tacitamente observados nas visitas. Partindo dessa elucidação, os registros dos dias 14 e 28 de agosto e 4 de setembro de 2014, as visitas com Rebeca, Inácia e Neuza (juntas, no dia 28) e Fernanda, respectivamente, contribuem para maior exploração da questão dos modos de cuidado junto às ACSs. Nesses dias comecei a participar mais das visitas, deixando o lugar de expectador – embora ainda me sentindo estrangeiro na equipe e na Unidade. As

conversas com as ACSs, após cada dia de visita narrado, ampliaram e deram profundidade à questão dos modos possíveis de cuidar.

Após um período de campanhas, em que as ACSs estavam envolvidas com atividades específicas e diferentes da rotina de trabalho, em 25 de setembro de 2014, o surgimento de uma nova atividade burocrática, o e-SUS, pareceu fazer emergir o desânimo da equipe de forma mais contundente, agora explícita e coletivamente declarada na reunião. Frente ao cansaço e desesperança expressos, propus uma investigação para melhor compreender o que este desânimo dizia. Nas semanas seguintes (registros dos dias 02, 23 e 30 de outubro de 2014), acompanhei Inácia, Neuza e Fernanda nas primeiras experiências de preenchimento dos cadastros do e-SUS, o que pareceu reafirmar o desânimo da equipe, dessa vez, tematizado pela perda de sentido do trabalho do ACS em meio ao aumento da atividade burocrática. Ao mesmo tempo, as reuniões de equipe do final do dia pareceram se focar em encontrar um meio de lidar com o desânimo. Surgiram, então, como possíveis causas do desânimo, segundo a equipe, a inscrição da Unidade no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ⁵⁶); a saída da médica, a Dra. Regina; as atividades repetitivas no trabalho; e a mudança de relacionamento com a gestão municipal. Nesses diários, a impossibilidade de encontrar uma saída efetiva fez aumentar meu desalocamento na equipe, bem como deixou claro que o desânimo estava se tornando, aos poucos, desespero.

Essas possíveis causas do desânimo só me ficaram mais claras ao testemunhar “o aconchego do saber médico”, título da narrativa de 7 de novembro de 2014, quando acompanhei uma campanha de combate ao tracoma, parte do Programa Saúde na Escola (PSE). Em seguida, no diário no diário do dia 27 de novembro, a “repetição da vida do bairro” me chamou a atenção para outra característica do desânimo: a questão da repetição e continuidade do trabalho na Saúde da Família.

Entre a chegada de dezembro de 2014 e o início do ano de 2015, houve uma epidemia de dengue no município, o que deslocou quase todos os ACSs para as campanhas de controle e combate ao vetor. Os prazos apertados e as cobranças ministeriais para a conclusão do cadastro do e-SUS obrigaram a gestão municipal a convocar o chamado “Mutirão do e-SUS”. Assim, a Unidade ficou vazia de ACSs e as

⁵⁶ O PMAQ é uma estratégia de gestão criada em 2011 pelo Governo Federal com o objetivo de incentivar os gestores municipais e as Unidades da Saúde da Família a investirem em ações inovadoras, na qualidade do acesso e na resolutividade das ações da Atenção Básica. O programa prevê remuneração por bonificação para os municípios e Unidades que atingirem boas pontuações. (Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/cidadao_pmaq.php>. Acesso em: 28 de dez. 2016).

minhas idas até lá foram mais espaçadas e pontuais. No despontar de março de 2015, as ACSs retornaram e com elas retomei as visitas com mais frequência. Nessa passagem de 2014 para 2015, Rebeca pediu exoneração, por ter sido aprovada em um concurso no mesmo município para um cargo específico para a sua formação (Educação Física). O retorno foi turbulento, pois pareceu estar tudo muito diferente. As visitas de rotina não mais aconteciam, a Unidade pareceu esvaziada, a população distante e o tom das conversas era sempre baixo e sussurrante. Um silêncio pesado tomou lugar onde antes, apesar do desânimo, havia riso e conversas descontraídas sobre quase todo assunto que se possa imaginar. Em 18 de março de 2015, então, me foi revelado um grande desentendimento na equipe que, a meu ver, foi somado ao desânimo e à perda de sentido no trabalho. Na semana seguinte, em 25 de março de 2015, todas as conversas que tive na Unidade versaram sobre o mesmo tema: os planos para sair da equipe. Seja por transferência, seja por exoneração. Esse clima conflituoso confirmou (somente no dia 1º de abril de 2015) o des-espero da equipe (e meu também) ao mesmo tempo que fez surgir uma proposta de união pela segregação voluntária de algumas pessoas, que se entendiam como possíveis causadoras do mal-estar. Nesse ínterim, na tentativa de entender o que houve, percebi-me investindo na mediação e conciliação (em vão) do conflito. As minhas tentativas de lidar com a situação, pensando eu ter um lugar privilegiado por “não ser da equipe” e não estar tão envolvido, foram em vão e fui tomado também pelo des-espero e desânimo.

Esses acontecimentos me fizeram atentar para a Vanessa, a única na Unidade que não tinha planos de sair da equipe e a única que parecia tentar levantar o ânimo dos colegas. Como já vinha acompanhando seu trabalho na recepção e reconhecendo seus esforços em manter a população próxima, no dia 16 de abril de 2015, fiz a entrevista com ela e, no dia 23, consegui compreender outro sentido de uma expressão que ela e outras ACSs frequentemente usam no trabalho: “Informação é tudo!”.

Pouco depois disso, por conta dos problemas todos, Neuza e Gabriela pediram transferência para outras Unidades e a equipe parou. Sua atividade se restringiu às obrigações internas da Unidade. Esse período foi marcado por sucessivos adoecimentos e afastamentos de membros da equipe, principalmente da coordenadora Roberta. Apesar de continuar indo na Unidade, não escrevi diários e questionei, à época, o sentido deles. Por outro lado, aproveitei esse ensejo para me ocupar com algumas devolutivas dos diários que havia escrito para a equipe, a fim de conseguir seu consentimento e, quem sabe, alguma luz.

Esse período de latência, por fim, se mostrou como um esperar e esquecer necessário para que algo possa surgir e, quem sabe, reencontrar um sentido. É o que os diários dos dias 4, 11 e 30 de novembro e 10 de dezembro de 2015 mostram, quando a aleatoriedade de um acidente de uma criança no bairro e as novas devolutivas das entrevistas fizeram ressurgir a luz do sentido do trabalho. O entendimento do impacto desse acidente e a leitura das entrevistas pelos ACSs abriu em nós a possibilidade de reencontrar o sentido do trabalho pelo resgate da história da equipe. Surgiu, então, a importância da pesquisa, por manter registrada, nos diários e entrevistas, os fatos e as ações da equipe e por torná-los disponíveis à consulta, à rememoração e ao diálogo. Assim, a retomada das entrevistas e posteriormente a retomada dos diários fez emergir uma possibilidade de ação pela conversação.

Primeiras incursões

Compõem este momento, em ordem cronológica, as narrativas intituladas: “Visitas com Neuza”, de 21 de maio de 2014; “Apresentação da pesquisa”, de 23 de maio de 2014; “O trabalho burocrático: Um pedido de ajuda?”, de 3 de junho de 2014; e “Visitas com Inácia”, de 17 de julho de 2014.

Visitas com Neuza

(Diário de campo: 21/05/2014)

Hoje cheguei bem cedo à Unidade, que estava cheia de pessoas. A equipe atarefada... entra e sai de gente das salas de pré-consulta e consulta: era dia de sangue [coleta de sangue para exames]. Esgueirando-me pelos apertados, porém lotados, corredores, dirigi-me para a sala das ACSs tentando encontrar algum rosto mais desocupado para ter alguma conversa. Na verdade, senti-me atrapalhando e queria ter algo para fazer. Talvez me diluir na massa.

Um alento! A sala dos ACSs estava cheia deles! Todos me cumprimentaram com sorriso no rosto e palavras de bom afeto, pediram desculpas pela correria e bagunça e anunciaram o café que estava para sair. Deixei minha mochila enfiada em um canto, para não atrapalhar o trânsito constante pelos apertados vãos entre as mesas e fui pedir um copo de água. Conheci Silvana, a auxiliar de serviços que me orientou e deixou à vontade para me servir de água e café. Inácia me disse que havia conversado com os agentes sobre a minha vinda e intenção de acompanhar as visitas. Anunciou que neste dia eu sairia para as visitas com Neuza, pois as demais agentes ficariam na unidade ajudando nas atividades da coleta de sangue.

Neuza tomou a palavra pedindo para eu esperar um pouco mais, pois não compensava sair antes das nove horas no inverno, “as pessoas não atendem por conta do frio”, completou. E estava mesmo frio.

Sentado na sala das ACSs acompanhando o trabalho com os olhos, testemunhei o ritual de saída: separar as fichas de Visita Domiciliar, colocar boné, arrumar o cabelo, conferir o crachá e a caneta, passar protetor solar, beber água, ir ao banheiro e sair. Nesse ínterim, Neuza me contou que não gostava de usar o protetor solar cedido pela

prefeitura, pois havia manchado toda a sua pele e seu rosto, mas, como não tinha dinheiro para comprar um protetor melhor... “é melhor do que nada!”, disse. Não pude deixar de reparar que seu rosto estava marcado com manchas de sol bem aparentes.

Saímos rua afora, mas antes de nos aventurar nas casas dos munícipes, uma pausa para Neuza fumar um cigarro – parte do ritual? Enquanto fumava, Neuza puxou conversa, perguntando de onde eu conhecia Inácia e Fernanda, quis saber também de onde surgiu meu interesse em estudar os ACSs, o que respondi de bom grado.

Na minha vez de perguntar, respeitando a cordialidade da conversa, quis saber como ela havia se tornado ACS.

Neuza disse que veio a ser agente por acaso, pois estava desempregada e cansada de trabalhar em comércio e limpeza. Prestara o concurso às cegas e “foi pegando o jeito do trabalho”, pois “o treinamento que eles dão é para nada”, mal ensinam-na a preencher papel. Fazer visitas e conversar com as pessoas ela aprendeu com a vida, perguntando e sendo curiosa.

Sedento de curiosidade perguntei sobre sua formação. Ao que ela respondeu amistosamente que se formou em letras para agradar seu pai, por quem tem muito apreço, mas que nunca chegou a trabalhar como professora e que nem gostava de ler. Neuza disse ser uma pessoa simples que gosta de amar.

Já caminhando pelo bairro, ela me explicou o itinerário da jornada, perguntando se eu precisava que ela fosse em algum tipo de casa. Eu respondi “você quem manda. Gostaria de conhecer o seu trabalho”. Acordou comigo que ela precisaria passar na casa de duas munícipes e depois iríamos em “casos” que queria que eu visse.

Nos dirigindo à casa da Dona Cícera, Neuza contou que ela é uma senhora bem idosa que vive sozinha e é cuidada pela vizinha. Os filhos e a família moravam longe e pouco vinham visitá-la, exceto uma neta que sempre que pode aparecia e passava as tardes com ela.

Antes de chamar a senhora, Neuza chamou a vizinha e perguntou se a Dona Cícera já estava acordada, tendo a resposta afirmativa, ela entrou e bateu na porta. Dona Cícera, uma senhora miúda e toda encapotada de blusas e cachecóis atendeu e nos convidou para entrar. Ela logo perguntou quem eu era e, antes que eu me apresentasse, Neuza o fez por mim: “esse é o Pedro, ele é pesquisador e está fazendo um trabalho com os Agentes Comunitários”. Agradei, confirmei, mas fiquei a me perguntar: como deveria me apresentar? Psicólogo ou pesquisador?

Logo no início da conversa, Neuza levou uma bronca de Cícera por não ter cumprido com sua promessa de visita na semana passada. Cícera se disse chateada, pois pediu para sua cuidadora comprar pão e mortadela para recebe-la. Entre justificativas, novas promessas e perguntas sobre algumas dores que Cícera vinha sentindo, a visita aconteceu em clima de grande intimidade. Parecia que Neuza era parente de Cícera, parente próxima. “Próxima mesmo”, pensei ao final da conversa, quando Neuza pediu o RG de Cícera, para ir até a farmácia buscar sua medicação.

Antes de sair, Neuza trancou o portão e jogou a chave para dentro da casa, perto da porta. Cícera, com muita dificuldade e com o auxílio de um cabo de vassoura, arrastou a chave para dentro. Por estar debilitada em sua locomoção e não conseguir descer com segurança o degrau de entrada de sua casa, Cícera improvisou um jeito de receber as visitas que tanto gostava.

Só eu parecia espantado ali?

“Ih! Todo mundo aqui já me conhece. Todo mês eu vou na farmácia buscar remédio para a Dona Cícera”. Foi a resposta que Neuza me deu quando perguntei sobre essa prática de pegar remédio para a munícipe. “Se eu não for pegar, ninguém vai”.

Sim, só eu estava espantado.

As demais visitas foram mais rápidas, mais quatro no total, que se resumiram a atualizar informações sobre questões mais pontuais. Um munícipe havia operado a perna e estava se recuperando. Neuza quis passar para perguntar como estavam as coisas; em outra casa, a filha que se divorciara do marido veio residir com a mãe, trouxe com ela um bebê. Realizamos o cadastro. Em outra casa, uma senhora que também morava sozinha estava se recuperando do “amarelão”⁵⁷. Dizia que estava bem agora e já não tinha mais vontade de comer tijolo⁵⁸. Esta visita seguiu e findou em tom animado, com Neuza dando várias receitas para enriquecer a comida com ferro⁵⁹ (couve no feijão, suco de limão com couve, brócolis, carne vermelha etc.). Na última visita, um senhor que disse não precisar do SUS por ter convênio foi advertido por Neuza quanto à sua medicação para controle de pressão. Neuza lhe disse: “mas por que o senhor paga por esse medicamento se ele é dado de graça pela rede? O SUS não é para pobre, é para todos... pois vá lá no postinho que você pega o remédio de graça”. O senhor não gostou da fala de Neuza e resmungou algo em tom de deboche.

⁵⁷ Nome popular dado à ancilostomíase (CID-10: B76).

⁵⁸ Sintoma comum do “amarelão”.

⁵⁹ A anemia é um dos principais agravantes do “amarelão”.

Como saímos mais tarde e nos demoramos na casa de Cícera, já era tempo de voltar ao posto, pois começariam os revezamentos para o horário de almoço.

Na parte da tarde sentei com Neuza e conversei sobre as visitas. Para ela o sentido do agente comunitário de saúde é estar com a população e não no posto. O trabalho que ela aprendeu a fazer perguntando, aprendendo, com a vida, foi estruturado em “ir até a casa do munícipe, ouvir o problema, trazer para o posto, discutir e levar a solução”. Para ela, a principal qualidade que um ACS deve ter é ser confiável e passar segurança para o munícipe. Essa confiança foi construída com muita conversa sincera, dar muita informação e se comprometer. “Quando eu digo que vou fazer eu tenho que fazer, por que senão eles não vão confiar no meu trabalho”.

Não foi à toa que pouco apareço neste diário... somente narrei os fatos. Confesso que fiquei quase imobilizado nas conversas. Não vi abertura, ou me coloquei como mero espectador. Ou ambos. O que poderia ter feito?

Na conversa do dia seguinte a essa visita, Neuza me contou um pouco de como compreende e organiza seu trabalho na Unidade. A primeira coisa que ela me falou foi de sua dificuldade em ficar na recepção, por se sentir demasiadamente desorganizada e alheia às questões burocráticas. Em função disso, ela fez um acordo com a equipe de assumir duas microáreas, já que apenas três das seis estavam cobertas pelos ACSs. Em troca, Neuza não participaria do rodízio da recepção, principalmente durante as férias de Vanessa. “Na recepção eu não fico! Eu não tive treinamento para isso. Ela [Vanessa] nasceu para isso. Ela trabalha muito bem e eu tiro o chapéu para ela. Mas, o meu trabalho é rua. Lá eu me dou super bem”, concluiu. Então conversamos sobre as visitas que fizemos no dia anterior.

De início, Neuza retomou o meu espanto na visita à Dona Cícera e esclareceu que “a maioria dos munícipes que eu visito hoje, eles confiam muito no meu trabalho e olha que eu sou leiga viu. Eu não sou uma expert, só que eu não leio muito, eu não vou mentir para você que eu sou a bilã⁶⁰. Eu não sou de ficar lendo muito, só sou curiosa”. Salientou que essa “confiança e segurança que eles sentem”, veio de três fontes: “a conversa, a verdade, a informação”. Para explicar-me essas fontes, ela recorreu à visita à Dona Cícera como exemplo, enfatizando o dever em cumprir o que fora prometido: pegar a medicação e levar a ela. Concluiu que, “então, você vai fazendo isso e eles vão confiando em você.

⁶⁰ Segundo Neuza, “bilã” é uma expressão nordestina que nomeia qualidade de pessoa esforçada, sábia e esperta.

A gente só pode confiar em uma pessoa a partir do momento que você tem provas, não é?”. Também contou que essa confiança se estabeleceu pela preocupação que demonstrava aos munícipes com ações e atitudes. Como exemplo, ela contou que “tinha família que eu sabia do problema e ia visitar eles três, quatro, cinco vezes na semana. Você, vê? Eles sentiam que podiam confiar e contar comigo”.

Além da confiança, Neuza observou que, em alguns casos, *“você sabe mais da vida dos munícipes do que das famílias. É como se fosse sua família aquilo ali. Você faz parte da família. Eles encontram um apoio em você”*. Ressaltou que, para ela, isso é muito importante, pois ela também não tem referências na cidade, uma vez que toda a sua família mora no Nordeste. Concluiu acentuando: *“bom, você viu lá a Dona Cícera, né? Você viu a alegria dela quando me viu. Com muita gente é assim”*.

Especificamente sobre a Dona Cícera, Neuza contou: *“eu tenho que ir lá, ver como é que ela está. É uma obrigação minha. Porque é uma munícipe que não pode vir no posto. Ela não tem como ir andando”*. E completou enfatizando. *“Então eu tenho a obrigação de visitá-la. Duas, três vezes ao mês. Toda semana. Quantas vezes for necessário. Não é que eu vou lá obrigada, entendeu? É minha obrigação”*. Neuza explicou, então, que as visitas à Dona Cícera cumprem diversos objetivos e necessidades: *“Para fazer companhia. Para saber como é que ela está, né? Chego lá, pergunto pelo remédio dela. Se está tudo em ordem. Ontem eu fui lá e peguei a receita porque ela pegou os remédios e veio faltando um remédio dela”*. E contou que a confiança vem justamente dessa preocupação, por exemplo *“hoje eu levei o remédio dela no horário combinado, que eu combinei com ela no outro dia”*. Concluiu justificando: *“porque ela não pode ficar sem medicação. É uma pessoa que requer medicação contínua”*.

Neuza sintetizou o trabalho que faz com os munícipes, como Dona Cícera, como *“amor, ter amor”*. Enfatiza *“eu amo o que eu faço. Faço com muito gosto”*.

Olhando agora para a entrevista e para a narrativa das minhas andanças com Neuza, me chama a atenção a intensidade com a qual Neuza faz seu trabalho, como cuida da população. Ela age com grande intensidade e afeto ao longo de toda a visita, mesmo quando advertiu o senhor para utilizar a medicação para pressão dada pelo SUS. Seria essa intensidade o amor de que Neuza falou? Essa intensidade de Neuza, que também vi em Inácia, Fernanda e Vanessa só fez aumentar meu interesse pelo trabalho do ACS, pois elas parecem propor e cuidar da saúde de um modo diverso do que estou acostumado, em minha experiência como psicólogo e nos serviços de Saúde que recorri quando precisei.

Ao mesmo tempo, também tomado por essas minhas experiências anteriores, questiono-me sobre as implicações de tamanho envolvimento no cuidado. Será que não é demais? Será que o trabalho de Neuza está tomado pela caridade, em que ela se incumbiu de ações que cabiam aos próprios munícipes, afastando-os do cuidado de si? Como seria possível compreender o sentido desse modo de cuidar?

Esses questionamentos me levaram, à época, a optar por conhecer melhor e de perto o trabalho das ACSs, de todas elas. Mas, para isso, precisaria que elas aceitassem a minha participação, bem como discutir comigo o modo como entendem o próprio fazer. Decidi marcar, já para a próxima semana, uma apresentação da pesquisa para todos. Por sugestão de Roberta (coordenadora da Unidade), a reunião de equipe seria um bom espaço para tal.

Apresentação da pesquisa

(Diário de campo: 23/05/2014)

Cheguei ao PSF com antecedência e fiquei conversando com Inácia (...). Enquanto conversamos, atentei ao movimento das pessoas na unidade: alguns ACSs ali dispersos, outros fazendo alguns trabalhos burocráticos, mas tudo em um ritmo pausado e vagaroso. A tarde estava quente e silenciosa, como aqueles inícios de tarde em que o tédio e certa sonolência e preguiça insistem em aparecer com o sol que se amarela lentamente ao avançar janela abaixo. Uma peculiar nostalgia.

Alguns poucos munícipes entravam para pedir informações, outros para atualizar cadastro, mas um de cada vez... nunca dois ao mesmo tempo. Uma munícipe entrou e perguntou sobre alguns exames que o filho fizera. Enquanto Fernanda (ACS) checava o sistema, Rebeca pegou uma pasta, sentou-se em um dos bancos da recepção e contemplou atenta e lentamente uma folha com um quadro. Quando Rebeca terminou a consulta, virou lentamente para a munícipe e perguntou: “Qual a sua rua?”. A munícipe respondeu e a ACS correu o dedo lentamente procurando um código. Disse: “Achei. Pode deixar que eu anoto no prontuário”. Elas se despediram, Rebeca levantou, procurou a pasta no arquivo, anotou e devolveu a pasta na gaveta. Voltou a sentar-se e contemplar o tempo passando.

A médica cubana (Ivete)⁶¹ e a coordenadora (Roberta) chegaram com ar mais apressado. Roberta (enfermeira) perguntou em tom acelerado se eu queria um pouco do cansaço dela. Quando lhe ofereci a conversa, ela completou dizendo que às 16h (horário do posto fechar) estava custando a chegar.

Chegando à reunião, sentei-me e fiquei aguardando minha vez de falar. Roberta e as ACSs discutiram as coberturas das férias das ACSs que entrariam em férias. Reprogramaram a agenda de trabalho das atividades do posto (coleta de sangue, preenchimento de dados no sistema, visitas, escala da recepção etc.). Debateram as possibilidades de dias e horários durante esse período de rodízio de férias. Fiquei observando lembrando de comentários anteriores: “ninguém gosta de ficar na recepção a não ser a Vanessa” (que é uma das ACSs que entraria em férias). Feito isso, começaram a reprogramar a agenda do trabalho da médica (que não estava presente na

⁶¹ Do Programa Mais Médicos, do Governo Federal.

reunião), uma vez que ela não mais iria ao posto às quintas, por ser este seu dia livre⁶². Fizemos o planejamento separando entre períodos matutino e vespertino. Tomamos decisões do tipo: “agendaremos 15 consultas nesta manhã ao invés de 10”, “na terça, ela pode atender os idosos e os hipertensos juntos, cinco de cada. Tem muitos idosos que são hipertensos, então podemos fazer assim”. Percebi que onde alocar o dia de Portas Abertas é algo importante. Roberta me explicou que o dia de portas abertas é quando o posto (quer dizer, a médica) recebe a população para consultas sem agendamento prévio, o que ajudava a levantar problemas de saúde. Porém, segundo ela, muitos municípios utilizavam esse dia para adiantar consultas, mostrar exames, pegar atestados de trabalho etc. Por isso havia a manobra para não deixar o Portas Abertas às sextas ou junto aos dias de consulta do ginecologista ou coleta de sangue.

Achei muito estranho todo esse planejamento a respeito das atividades da médica ser feito sem sua presença, pois embora toda a equipe auxiliasse o trabalho todo, nesta agenda em pauta a centralidade era o trabalho da médica. Ainda mais que, depois da reunião, vi que a médica permanecera na unidade.

Também, enquanto falavam, ficava pensando como e o que diria para me apresentar. Não queria direcionar minha posição com explicações do que já sabia, mas me colocando a querer saber deles como trabalhavam.

Então, Roberta perguntou se alguém queria colocar mais alguma coisa, já olhando para o relógio. Pedi a palavra e ela exclamou: “Ah é! Já tinha esquecido”. Apresentei-me novamente e disse algumas poucas palavras sobre o meu trabalho/pesquisa e como entendia a minha primeira atividade de pesquisa: conhecer o trabalho das ACSs desta equipe, primeiramente acompanhando sua rotina. Pedi, então, a colaboração das ACSs. Justifiquei essa primeira atividade dizendo que uma coisa é o que foi prescrito como atribuição do ACS, mas o que e como ele acontece é muito variável. Sustentei essa minha fala citando minhas conversas com alguns dos ACSs ali presentes. Comentei sobre o demorado processo de autorização da minha estada lá pela SMS (Secretaria Municipal de Saúde) como justificativa da minha demora desde os contatos iniciais.

Tendo acordado essas informações e intenções iniciais, apressadamente, Roberta chamou a palavra e mostrou uma apresentação de slides em papel da época da contratação das ACSs, em 2010. Disse se tratar da explicação acerca das atribuições do

⁶² Pelo que entendi, aos médicos cubanos foi dado um dia na semana para que estudassem e aprimorassem seus conhecimentos na língua portuguesa.

trabalho dos ACSs. Leu cada um dos itens pausadamente, destacando o que era uma diretriz do Ministério da Saúde (MS) e o que era diretriz municipal. Depois pediu enfaticamente para que, diante das manifestações do sindicato, as ACSs que não concordassem com as atribuições que lhes foram passadas, encaminhassem as reclamações para a coordenadora da Atenção Básica. Justificou dizendo que ela, enquanto coordenadora da unidade, nada poderia fazer quanto a isso. Salientou que se o sindicato conseguir a ação (fiquei pensando que ação seria essa? – talvez algum ajuste nas atribuições, pois o clima ficou tenso. Sabia que essas ACSs faziam trabalhos, por exemplo, administrativos, que estavam além de suas atribuições. Pelo visto deveria haver mais questionamentos), eles (SMS) iriam ajustar o trabalho. A equipe se manifestou, contra argumentou fazendo críticas ao trabalho burocrático e administrativo que não lhes cabia e a discussão se ampliou rumo aos questionamentos acerca da contratação de vinte e tantos auxiliares administrativos pela SMS. Percebi a esperança de eles virem suprir a falta desses profissionais na unidade. Roberta endossou essa perspectiva dizendo que no dia anterior a SMS solicitara a ela o relatório do quadro de funcionários. O entendimento do grupo pareceu ir no sentido de que esse relatório poderia ser um mapeamento das necessidades de cada unidade para planejar a atribuição desses auxiliares administrativos.

Roberta concluiu a discussão (e também a reunião) dizendo que eles silenciosamente estavam querendo consertar o erro que eles vinham cometendo.

Primeiramente, cabe um esclarecimento: a questão das atribuições levantada na reunião refere-se a uma mobilização do sindicato dos trabalhadores da Saúde do município a fim de averiguar desvio de função nos cargos públicos. Depois dessa reunião, as ACSs me contaram que o sindicato constatou que boa parte do trabalho burocrático e de auxílio ao agendamento de exames e coleta de sangue não fora acordado como função do ACS, tampouco lhes caberia à competência, pois não tiveram nenhum treinamento específico para isso. Desse modo, houve mobilização da categoria no município para essa regularização que, até o presente momento, não findou.

Tal como a equipe pareceu acreditar, a contratação de um auxiliar administrativo solucionaria parte dessas reivindicações, uma vez que a maioria dos problemas se concentrava em tarefas burocráticas mais intensas (cadastros, organização das fichas e pastas, controle de estoque, patrimônio etc.). Até o momento, não houve tal contratação.

Como Fernanda, Inácia, Neuza e principalmente Vanessa apontam nas entrevistas, essas tarefas, fora do escopo oficial de ação do ACS, acabam por distanciá-las do trabalho com a população. Tal relato mostra que, nessa reunião, parece haver consenso das ACSs quanto ao prejuízo dessas tarefas para a população. Por outro lado, a ênfase dada por Roberta (coordenadora) foi uma resposta às mobilizações das ACSs da Unidade para com ela. Roberta parece acreditar que esse não é um problema para ela resolver, uma vez que também recebe ordens de suas superiores (Coordenadora da Atenção Básica e Secretária de Saúde).

Por outro lado, a atenção burocrática dada por Rebeca à munícipe parece, em meu entendimento, reforçar de algum modo o vínculo de confiança, uma vez que tanto as questões da vida cotidiana quanto as burocráticas seriam tratadas com as ACSs. Na reunião, por outro lado, essa questão da burocracia aparece sob a forma dos protocolos de organização do serviço. Pelo teor da reunião, que também está presente na entrevista, é possível afirmar que, no entendimento da equipe, esses protocolos parecem ter força o suficiente para verticalizar a organização do trabalho da equipe, deixando a singularidade e as relações entre cada um num segundo plano, quer seja na discussão da agenda médica, sem sua presença, quer seja nas atribuições dos ACSs. Olhando pela perspectiva da ausência da médica no planejamento de sua agenda, essa padronização pelo protocolo aparece como se ela não precisasse, de fato, estar presente na reunião, pois agenda é agenda e ela teria de cumprir de um jeito ou de outro, o dia não importa, já que estará na Unidade quadro dias por semana, oito horas por dia. O mesmo vale para as ACSs. Uma outra perspectiva é o trabalho de Vanessa, pois independentemente de Vanessa ter desenvolvido um modo de cuidar dos munícipes estando na recepção, o argumento expresso na reunião é o de que, burocraticamente, ali não é lugar de ACS.

Quanto à apresentação da pesquisa, a minha deixa de entrada, acompanhada pelo “esquecimento” de Roberta faz reafirmar o meu incômodo no momento de a Unidade não ter um pedido ou questão clara/específica para tratar comigo. Senti-me como alguém de fora, que quer conhecer o trabalho e ir embora. Ainda que a atenção da equipe e a curiosidade que demonstram ao longo da reunião e depois dela, com as expressões de boas-vindas, mostram-me o contrário, o incômodo permaneceu. O que será que ele diz? Essa dualidade sustentou a minha disposição ao escrever o diário e também a vontade de deixar as “coisas da pesquisa” mais claras, embora sem saber como.

O trabalho burocrático: Um pedido de ajuda?

(Diário de campo: 03/06/2014)

Chegando, fui bem recebido por Vanessa e Andréia⁶³ que estavam na recepção. A unidade estava vazia de munícipes, mas, mesmo assim, as pessoas pareciam atarefadas. Tentando me localizar, perguntei o óbvio: onde estavam todos? Vanessa disse-me que estavam na sala do fundo (onde os ACSs ficam) fazendo o fechamento do mês. Ao entrar, vi pessoas concentradas e com as cabeças enfiadas em papéis. Fernanda estava no computador inserindo os dados das planilhas de visitas e trabalho no sistema. Inácia e Neuza estavam sentadas com as planilhas escrevendo números e olhando seus cadernos. Rebeca, ao fundo organizava sua mesa. O movimento era assim: Fernanda inseria os dados no computador e vez por outra perguntava alguma coisa para a ACS que havia feito os registros. “São oito hipertensos na sua região, Inácia?” “No dia quinze foram onze visitas, Neuza?”. Números e outros dados epidemiológicos. Apesar da boa recepção senti-me desconfortável, mas não recusei o convite a sentar e participar – embora sem saber como.

Sentado entre Neuza e Inácia, conversava com elas, principalmente com Inácia que me explicou a função de planilha por planilha, bem como o modo como cada uma ali organizava o próprio trabalho. Entendi os cadernos, onde cada uma anota as atividades que faziam ao longo dos dias, para no final (nesse fechamento) passarem os dados para as planilhas e das planilhas para o sistema, pelo computador. Umas mais organizadas, com anotações sistemáticas, outras mais mnemônicas. Eram notáveis as diferenças. Inácia e Fernanda continuaram a conversa, reclamando do excesso de burocracia, dos papéis e programas que são obrigadas a participar. Com isso, as visitas ficavam prejudicadas e não conseguiam atingir a meta mensal do PSF (uma visita a cada família de cada microárea a cada 30 dias). Inácia continuou falando sobre o novo sistema, o chamado e-SUS, que exigiria grande trabalho das ACSs para o preenchimento das fichas domiciliares e individuais de todas as famílias ali cobertas. As ACSs queixaram-se, de modo geral, dessas exigências burocráticas, entendendo-as como

⁶³ Técnica de Enfermagem da unidade.

tarefismo, que muitas vezes as impedia de fazer um trabalho diferenciado com a população.

Antes que eu pudesse perguntar qual seria esse outro trabalho que elas gostariam de fazer, Inácia contou a história de uma senhora que, em função de uma intervenção médica no intestino, precisou ficar com uma bolsa de colostomia. Inácia contou que sempre vinham caixas e caixas de bolsas para que a equipe deste PSF pudesse dar continuidade ao tratamento. Mas, desconfiada com a extensão do tratamento e sem ter clareza das diretrizes pós-operatórias, decidiu investigar. Como a munícipe e sua família pouco sabiam sobre o quadro, Inácia decidira conversar com um amigo médico para buscar maiores esclarecimentos. Ela enfatizou a reação quase furiosa deste médico ao saber da situação da munícipe. Por fim, Inácia, com idas e vindas aos hospitais e ambulatorios de especialidades da cidade, conseguiu chamar a atenção necessária para esta senhora. Reconhecido o erro ela foi encaminhada para a remoção do acesso intestinal que, segundo registro, já estava ali há quatro anos. Inácia concluiu dizendo que “com tanto papel, tanto número e tanta meta não é possível fazer um acompanhamento desses, por exemplo”.

De um modo geral as ACSs ali presentes concordaram ser desanimador ter que dar conta de todas essas coletas de informações, que sempre são colocadas como prioridade e, ao mesmo tempo, serem cobradas pelo serviço que elas deveriam fazer (visitas, acompanhamento, vínculo etc.). Enfatizaram não haver tempo suficiente durante a jornada de trabalho para dar conta de todas essas atribuições. Diante disso, fiquei me perguntando: Como entendiam de fato o trabalho burocrático?

Então a conversa voltou-se para a falta de profissionais. Como esta unidade não conta com todos os ACSs, nem com um auxiliar administrativo, as ACSs se desdobravam para compensar essa falta. Com a sobrecarga e as cobranças, as ACSs falaram, inúmeras vezes, em deixar o trabalho de ACS e dar atenção para outros projetos de vida, outras possibilidades de trabalho. Mas lamentaram, pois gostam do trabalho, enfatizando que todas essas exigências eram as grandes desmotivadoras. Quando comentei que o clima ali era diferente de quando fizera as entrevistas com elas e por época da primeira visita a essa unidade, há aproximadamente um ano, Inácia e Fernanda lamentaram e falaram da falta de reconhecimento do trabalho que elas realizam ser o causador de tal mudança.

O desânimo assim transbordou e eu, continuamente, me senti atrapalhando, pois todas ali pareciam ter pressa em terminar o relatório para não expirar o prazo e, por isso, a conversa que dispúnhamos foi uma distração. Toda essa correria me fez

questionar inúmeras vezes: como seria possível eu conhecer o trabalho delas sem atrapalhar o trabalho? Assim, fiquei em silêncio sempre que elas interrompiam uma fala para voltar-se para as planilhas e números; ou quando sentia nos olhares que a conversa estava longa.

Outro momento marcante foi quando sentei para conversar com Roberta, coordenadora da unidade. Ali, o mesmo desânimo apareceu. O aumento do volume de trabalho burocrático e a redução do trabalho específico de sua formação (enfermagem). Mais evidente ficou quando ela falou: “por exemplo, a gente sempre enfeitou o postinho para os eventos como a copa, festa junina. Neste ano eu falei para as meninas que se elas quisessem enfeitar o postinho para a copa já era por conta delas”. Quando refleti a ela a diferença que via no período que estive ali pela primeira vez e agora, enfatizando o enfeite do postinho como um cuidado, Roberta respondeu salientando que antes faziam isso por gosto não por obrigação, mas hoje já não levantava pela manhã com vontade de vir trabalhar. Assumiu parte do desânimo que assola a unidade, pois não mais acompanha o trabalho das ACSs como antes (antes lia e discutia os relatórios diários, orientava a lida com as famílias que necessitavam de mais atenção, fazia estudos com as ACSs etc.). Concluiu dizendo que seu desânimo, como líder, tem desencadeado o desânimo da equipe.

Curioso que mesmo me sentindo inútil e atrapalhando, todos ali agradeceram a minha atenção. Teria sido isso um pedido de ajuda? Em quais termos?

Lembro-me de que nesse dia cheguei à Unidade esperando fazer visitas com alguma ACS. Por conta disso, demorei para entender que o trabalho burocrático também tem papel (importante) no trabalho dos ACSs, dada a intensidade das reclamações e dos protestos contra esse tipo de trabalho. Nesse sentido, a conversa com Inácia, sobre a história da senhora com a bolsa de colostomia parece ser emblemática desse descontentamento. Ela parece expressar que as ACSs preferem e acham mais importante o trabalho direto com a população ao trabalho burocrático, que elas entendem como “obrigações externas” e tarefismo. Em outra perspectiva, o peso da obrigação aparece na fala de Roberta de modo ampliado, pois todo o trabalho burocrático do posto tornou todo o trabalho uma desestimulante obrigação.

A questão das atribuições, principalmente burocráticas, que fora enunciada nas entrevistas, nas visitas com Neuza e na reunião de apresentação da pesquisa, aparece no relato com mais vigor. Eu diria em pleno vigor. O que ela diz? Como ela compõe e se faz

presente na organização do trabalho? Parece que, tanto para os ACSs quanto para Roberta, há a divisão entre trabalho burocrático (obrigação) e o trabalho com a população (gosto), quase como se um não tivesse relação com o outro. E tem? Quer dizer, para elas, tem? Para Roberta essa divisão parece não existir, já que expressou não ter mais gosto no trabalho.

Outro ponto que chama a atenção no diário é o meu senso de estar atrapalhando com as conversas e perguntas e, em contrapartida, o agradecimento da equipe pela conversa. Como as pessoas com quem conversei entenderam as conversas a ponto de me agradecer? Cabe questionar se, às vezes, “atrapalhar” é preciso?

Como veremos, depois desse dia, a dualidade burocracia-cuidado perde seu vigor, mas nunca desaparece completamente. Aliás, ela nunca desapareceu completamente, basta considerar falas das entrevistadas como, por exemplo “*A rotina que a prefeitura exige e que as normas do ACS têm nos sufocado. Entende? A gente tenta fugir um pouco disso*” (Inácia); “*Eu vejo uma dificuldade no nosso trabalho: o fato de a gente ter que ajudar dentro do posto*” (Fernanda); e “*Aqui a gente não pode ser taxativo e burocrático*” (Vanessa). Embora essas atividades burocráticas relatadas em tal registro façam parte da atribuição dos ACSs, essa equipe parece insistir em mostrar sua falta de sentido.

Por fim, como veremos adiante, esse diário contém uma espécie de resumo ou síntese de muito do que virá: a intensificação do trabalho burocrático; o modo como os ACSs cuidam da população; a falta de reconhecimento da gestão que, junto à intensificação do trabalho burocrático, desperta o desejo de sair. Mesmo a questão da conversa desprestigiada por mim levantada, aparecerá, ao final deste capítulo, como um dos diferenciais do trabalho do ACS em relação aos demais profissionais.

Depois desse dia, começou o rodízio de férias da equipe, aquela que fora combinada na reunião de apresentação da equipe. Por conta disso, as ACSs se concentraram nas atividades de dentro da Unidade e por mais de um mês foram realizadas poucas visitas. Nesse ínterim, procurei conhecer os dados mais objetivos do território e da Unidade, como quantidade de munícipes, dados epidemiológicos, a história da Unidade etc. Vale observar que as conversas informais com a equipe foram bem proveitosas, pois aos poucos ia me sentindo menos intruso. Quando as visitas voltaram a fazer parte da rotina da equipe, aventurei-me com Inácia.

Visitas com Inácia

(Diário de campo: 17/07/2014)

Logo que entrei na unidade, notei que o clima fresco desta manhã ficou adornado com ausências. A unidade estava vazia. Vazia de munícipes, vazia de funcionários. Chegando à sala das ACSs, perguntei onde estavam todos e a resposta foi: férias e outras ausências: Vanessa, Neuza, Gabriela e Roberta (enfermeira) não estavam na unidade. Um retornando das férias, outras saindo. Pareceu que a população resolveu colaborar, pois com tantos funcionários fora ficaria difícil fazer todas as atividades da unidade. Antes de expressar meus pensamentos, Inácia, já adiantou que no dia seguinte Vanessa já voltaria, outras duas funcionárias voltariam na semana próxima.

Perguntei como eles faziam quando, por exemplo, a enfermeira (coordenadora) entrava em férias, uma vez que ela cuida de grande parte da administração da unidade. Mesmo as ACSs, pois na ausência delas, as microáreas ficam descobertas. Inácia me respondeu que uma vai ajudando a falta da outra, mesmo a delimitação das microáreas não são delimitações estritas. “Como veremos hoje”, disse, pois planejava fazer algumas visitas às pessoas de sua microárea, mas também de outras.

Após o café, nos preparamos para sair. Apesar de frio, o sol estava forte e Inácia começou a passar protetor solar, reclamando de ter que comprar seu protetor, pois os enviados pelo governo estavam causando manchas na pele (como referiu Neuza). Sua fala me chamou novamente a atenção para o ritual que precede as saídas para as visitas. Café, água, protetor, fichas na pasta e rua.

Descemos pela parte mais baixa do bairro, caminhando pelas vielas, indo em direção à área verde que margeia o território. Com a volta às aulas por conta do fim da copa, o bairro estava mais silencioso, não vi crianças e adolescentes brincando na rua, soltando pipa etc. As ruas vazias com poucos carros passando indicavam o retorno da rotina letiva. Enquanto caminhávamos, Inácia foi me lembrando da Dona Rita, aquela senhora que sofrera com a bolsa de colostomia⁶⁴. Detalhou que depois de diagnosticada com um câncer no intestino, submeteu-se a uma cirurgia local para a retirada de um pequeno segmento do intestino grosso. Após o procedimento fora colocada uma bolsa de colostomia. Assim, semanalmente as ACSs e a enfermeira iam até a casa da Dona Rita

⁶⁴ Ver diário “O trabalho burocrático: Um pedido de ajuda?”, do dia 03/06/2014.

para fazer a troca e a limpeza da bolsa. Certa vez, ouvindo as histórias dos munícipes, Inácia atentou para a história do tratamento da Dona Rita, que já estava com a bolsa há três ou quatro anos. Espantada e preocupada com o longo tempo, Inácia decidiu saber se não havia nada de errado. Após pesquisas na internet sua dúvida aumentou e resolveu perguntar a um velho amigo médico, que também achou estranha tal recomendação por tanto tempo. Nessa conversa, Inácia pegou o contato de um cirurgião que lhe poderia lhe dar maiores informações. Conversando com esse segundo médico e após fazer o levantamento da ficha médica de Dona Rita “surtiu a verdade!”. Dona Rita deveria ter ficado com a bolsa por 3 meses “no máximo!!!”, enfatizou. Sendo que o hospital responsável deveria ter entrado em contato para avaliar e retirar a bolsa se fosse necessário. Inácia e esse médico empenharam-se na remoção da bolsa. Esta retomada foi necessária para Inácia me esclarecer o objetivo da visita: ver como estão as coisas, agora que soubera que Dona Rita já havia tido alta e estava morando sozinha novamente.

Chegamos à casa de Dona Rita, uma portinhola ao lado de um bar, que escondia duas outras casas pequenas amontoadas ao fundo. Dona Rita estava varrendo o corredor externo e vez por outra mudava algumas roupas e caixas de roupas de lugar. Chamamos algumas vezes até que Rita notou nossa presença e veio sorridente atender, já nos cumprimentando e dando as boas-vindas.

Rita disse estar muito feliz agora, pois conseguiu sair da casa de seus filhos. Apesar da idade, Rita disse preferir ficar só, pois não se dava muito bem com os genros e noras e gostava de ter seu canto e fazer suas coisas do seu jeito e no seu tempo. Convidou-nos a entrar para mostrar sua nova casa, uma construção simples, recém-reformada, cheirando a reboco fresco. Um único cômodo onde a pequena cozinha, logo na entrada, era demarcada por uma mureta com uma estreita passagem que dava acesso ao quarto e banheiro. Sob o fogão, uma panela com feijão de molho em água para facilitar o cozimento e outras duas panelas vazias que expressavam a intenção do almoço. No canto estavam empilhadas algumas caixas com roupas, panelas, copos e outros materiais domésticos. Na parede acima da cabeceira da cama, algumas fotografias coladas: imagens de Jesus Cristo, de Santos, familiares e crianças. Rita se desculpou pela bagunça, justificando que ainda levaria um tempo até terminar de arrumar tudo. Também se desculpou por não ter tido tempo de preparar um café para nos receber, então adiantou o convite para o almoço.

Inácia fez algumas perguntas sobre a condição de saúde de Dona Rita e indagou sobre a cirurgia e a recuperação, até a retirada dos pontos. Dando graças a Jesus, Rita

respondeu que teve muita ajuda dos vizinhos que lhe deram carona sem cobrar nada para as idas e vindas ao hospital. Rita terminou dizendo ser muito grata pelo que Inácia e o médico fizeram, ajudando-a com a retirada da bolsa.

Antes de nos despedir, num pulo, Inácia perguntou à munícipe sobre sua TV, que ficara ligada ao longo de toda a visita, mas sem imagem nem som. Enquanto Inácia mexia em vão atrás do aparelho em busca de alguma melhora, Rita contou que a antena quebrara na mudança e não tinha dinheiro, no momento, para comprar outra. “Então fica assim”, concluiu. Desistindo da empreitada, Inácia recuou dizendo ter uma antena sobrando em sua casa, que pensava em doar ou jogar fora, mas que poderia trazê-la na próxima semana. Quase que por educação Dona Rita recusou, mas seus olhos não negaram sua necessidade. Inácia insistiu e enfatizou que não lhe será custoso, justificando: “assim você pode assistir sua missa”. Despedimo-nos em meio a agradecimentos e muitos convites para almoçar e voltar.

Rua acima, perguntei a Inácia sobre o seu trabalho tendo como base a história de Dona Rita. Inácia detalhou mais as coisas que precisou fazer para conseguir a cirurgia, desde ir inúmeras vezes ao hospital pedir cópia do prontuário, que já estava arquivado, constando como alta; os contatos com os médicos e em especial com esse cirurgião que a ajudou nesse processo e se prontificou a fazer a remoção da bolsa o mais rápido o possível; até aquele momento. Concluiu dizendo que nos relatórios da SMS constava que havia municípios com bolsas de colostomia na região e o MS junto ao município enviavam as bolsas e todos os insumos para a troca, mas ninguém questionou o sentido do procedimento. “Quantas histórias como a da Dona Rita não existem por aí e ninguém sabe?”, questionou Inácia. “Se não fosse esse trabalho dos ACSs e a boa vontade desse médico, provavelmente Dona Rita estaria com a bolsa até hoje”, concluiu.

Caminhamos em silêncio até a próxima residência. A cada passo, eu não parava de pensar nas questões que Inácia levantou: seria responsabilidade de quem monitorar a retirada da bolsa? Do hospital? Negligência? Ou será que fora informado a Dona Rita sobre o tempo até a retirada da bolsa e ela ou seus familiares deixaram passar? Não conseguia deixar de notar a simplicidade de Dona Rita e os evidentes conflitos familiares. Também, o modo como Inácia se prontificou a doar sua antena me saltou aos olhos. Caridade?

Antes de chegar na próxima residência prevista para as visitas desta manhã, Inácia conversou de longe com uma munícipe, perguntando sobre sua convalescença e

sobre dores na perna. Quando teve resposta positiva, agradeceu e desejou um passar bem.

Desde a calçada até por detrás dos muros da casa seguinte, se destacaram o verde e o colorido das plantas. Quando entramos, me impressionei como toda a passagem do portão até a casa era sombreada por diversos tipos de plantas: samambaias, bromélias, orquídeas etc. Fomos recebidos com alto falatório e aos gritos de pressa e despedida. Entendi que uma das filhas da senhora que ali mora veio para fazer-lhe o almoço e estava atrasada para ir trabalhar. Enquanto aguardávamos, um rapaz chegou até o portão com uma moto, também as apressando com a buzina, mas parou para me perguntar firmemente: e você, quem é!? Respondi meu nome e completei que estava acompanhando Inácia nas visitas, pelo PSF. Ele ergueu a sobrancelha resolutamente enquanto seu olhar se amenizou.

Quando o casal jovem saiu, pareceu que tudo voltou ao seu lugar. Sentados no sofá da sala, enquanto a missa era rezada pela TV, Inácia me apresentou (como pesquisador de ACSs [?]) e perguntou a Maria sobre sua saúde, sobre sua família e entre uma pergunta e outra me adiantava o relato da história de Maria, me dizendo sobre seu feito ao construir todo o jardim, os canteiros internos e na calçada. Inácia orientou Maria a retornar à consulta médica, pois agora havia médico na unidade. Depois, ambas contaram a história do sabiá que sempre cantava quando ouvia a voz de Inácia. Numa época passada de males e internações de Maria, Inácia ajudara a cuidar dos pássaros e do jardim. Assim, um dos sabiás identificava o cuidado pela voz de Inácia. Enquanto contavam, notei um sabiá cantando alegremente ao fundo. Como despedida Maria pediu um abraço de Inácia.

Retornando à unidade, conversei com Inácia sobre a visita e ela me contou um pouco mais da história de cada uma das pessoas que encontramos em nossa saída. Contou também que a Dona Rita não pertencia à sua microárea, mas que se vinculou à município por conta da “história da bolsa” e desde então passou a visitá-la. Disse que tem a intensão de fazê-lo mensalmente.

Nossa conversa foi interrompida pelo horário de almoço de Inácia e depois não tornei a encontrá-la.

Assim como espantei-me com Neuza, ao se dispor a buscar remédios para a município em posse de seus documentos pessoais, espantei-me com Inácia ao oferecer sua antena para Rita e por cuidar do jardim e dos pássaros de Maria. Embora sejam situações

e histórias bem diferentes, cabe questionar: Como Inácia e Neuza entendem esse modo de se dispor a fazer as coisas? Lembrando de Fernanda, ao contar que se envolveu com aquela adolescente que teve filho e que questionou se não estava passando dos limites, fico me perguntando: Haveria um limite? Até onde eles vão ou podem ir? Como estabelecem essa medida?

Partindo da fala de Neuza de que “o treinamento que eles dão é para nada” e das muitas conversas que tive com elas, estariam as ACSs indicando que existe uma complexidade do trabalho que não fora sequer considerada nesses treinamentos? Por exemplo: O que e como fazer quando a situação precária na qual um munícipe ou família vive convoca tamanho envolvimento? Nessas situações, até onde pode ir o trabalho de um ACS?

Nessas visitas que acompanhei, entrei na casa dessas pessoas, conheci as famílias, suas histórias, *en passant*, mas conheci. Senti o cheiro do almoço sendo preparado, a textura do sofá, contemplei os altares ocultos, privados, que mesclavam imagens de santos, velas coloridas e oferendas de diversos tipos. Diante de tudo isso, estava (e estou) perplexo. Tão perplexo que mal conseguia dizer alguma coisa ou conversar com os munícipes, assumindo a precária e oxímora condição de observador-participante. Considero que meu silêncio mostra que estava sendo afetado⁶⁵. Isto é, estava sendo tomado por aquilo que testemunhara de tal forma que me faltavam palavras, pois o vigor dos acontecimentos apresentava-me a um horizonte ainda sem inteligibilidade ou discursividade conhecida – e precisava conhecê-la!

Talvez ligado a isso, o modo como Neuza e Inácia me apresentaram para os munícipes me incomodou, mas sem que eu conseguisse propor algum outro modo. Pesquisador? Pesquisador de ACSs? Como será que eles entendiam meu lugar ali?

Essa questão se intensificou quando, na semana seguinte, em 22 de julho de 2014, por conta de um atraso meu, quando cheguei à Unidade, as ACSs com quem havia combinado de acompanhar as visitas (meu grande interesse do momento) já haviam saído e a recepção estava abarrotada de gente em silêncio. Com muita gente entrando e saindo, o que deixou a equipe bem ocupada e eu sem saber onde ficar. Por conta disso, não me receberam de forma muito amistosa. Lembro-me de ter andado umas duas vezes até o fundo da Unidade em busca de algum refúgio. Sempre que conseguia alguma conversa curta com a equipe, eles faziam referência a Inácia e a Fernanda como resposta, o que me

⁶⁵ No sentido colocado por Favret-Saada (2005).

causou grande inquietação. Em minhas reflexões pessoais desse dia, tal inquietação foi expressa da seguinte forma:

*Fico pensando que para as pessoas da equipe a minha presença ali está ligada a Inácia e a Fernanda, pois já nos conhecemos. Para as pessoas da equipe uma ova. Para mim também. Agora é claro para mim que sempre senti amparo na presença delas, pois já a conheço de longa data. Inácia e Fernanda não estavam lá e eu fiquei completamente perdido e sem saber o que fazer*⁶⁶. (Reflexões de 22/07/2014, intituladas “Sem lugar”).

Foi um choque! Do atraso, que culminou na perda do tempo de saída das ACSs para visita, a recepção lotada, a equipe ocupada e eu vagando sem lugar. “(...) *Buscando me situar, fui para a recepção e comecei a observar (...)*”⁶⁷. Porém, minha presença ali pareceu também incomodar os munícipes, pois muitas “(...) *pessoas que estavam ali se entreolhavam e me olhavam curiosamente. (...)*”. A minha errância na recepção e na Unidade pareceu atizar a curiosidade dos munícipes que ali estavam, pois certamente eles atentaram para meu entrar e sair da “área restrita” da Unidade. Quando tiveram a oportunidade, “(...) *alguns quebravam o silêncio e me intimidavam quando perguntavam se eu estava esperando a médica atender. Poderia muito bem dizer que não, que estava ali observando e puxar assunto, conversar, ou qualquer outra coisa. Mas toda a situação me intimidou de tal forma que respondia com um seco: não... e todos voltavam para o silêncio*”.

Nitidamente intimidado por todo o desamparo da situação, sentei na recepção, talvez para “me diluir na massa”⁶⁸. O susto do choque só passou quando “(...) *Fernanda chegou e, talvez percebendo o meu desamparo, começou a conversar comigo entre uma atividade e outra, me explicando que às terças-feiras a manhã é dos médicos, pois acontece ao mesmo tempo o “portas abertas*”⁶⁹, *coleta de sangue e as consultas com o ginecologista*”. Apeguei-me à explicação de Fernanda com todas as forças, o que

⁶⁶ Os trechos em itálico são retirados das reflexões desse dia. Cabe ressaltar que os relatos que escrevia e que compõem o diário de campo foram recheados por reflexões pessoais. Essas foram, em parte, omitidas dessa narrativa – embora as tenha levado em conta –, pois foi necessário considerar que essas reflexões tinham como condição a imprevisibilidade dos acontecimentos e suas implicações. Por outro lado, agora, a perspectiva é outra, pois não só já conheço os desdobramentos dos acontecimentos, mas tenho intenções outras na redação. Sobre essa questão, recomendo a leitura de Favret-Saada (2005) e Weber (2009).

⁶⁷ Os trechos aqui destacados em itálico são citações do registro do mesmo dia.

⁶⁸ Ver diário “Visitas com Neuza”.

⁶⁹ O “portas abertas” é o nome que a Unidade deu para o dia da semana que a médica da Unidade atende sem agendamento prévio, uma espécie de pronto atendimento (15 pacientes são atendidos no período da manhã, por ordem de chegada). Essa é uma exigência da Secretaria Municipal de Saúde.

funcionou, pois me acalmei e consegui manter conversas com os munícipes, já que a equipe estava por demais atarefada.

Já um pouco mais calmo, puxo conversa com uma senhora que veio acompanhar o neto ao médico. Ela me conta que ele está com pressão alta demais e é jovem demais (26 anos) para isso. Relaciona o tipo de vida que o neto leva à hipertensão: muito trabalho, farra: “O menino não sossega”. Ela conta angustiada que sempre recomenda a ele ir com calma, ser uma pessoa calma, mas ele não a ouve. “É muito nervoso, agitado, explosivo”, completa. Refleti a ela a tentativa de entender o que se passa com o neto para tentar ajudá-lo. Ela diz: “é por isso que eu trouxe ele [aqui]”. Agradece e se despede para entrar para a consulta. (Reflexões de 22/07/2014, intituladas “Sem lugar”).

Volto a observar, agora menos incomodado. Volto também para minha atitude (talvez postura, também) de pesquisador, atentando para o que está acontecendo, mas observando, distante, sem muito me aproximar.

(...) atentando para o trabalho das ACSs na recepção, notei que, por exemplo, Fernanda estava na recepção no final da manhã, recebendo um e outro munícipe que chegavam quando, de repente, risos e brincadeiras. Fernanda recebe uma senhora com notável intimidade. Depois que conversei com ela sobre isso, confirmei o que suspeitava: era munícipe de sua microárea. Dá para saber quem é da microárea de quem pelo modo como elas recebem as pessoas: Fernanda brinca, faz piadas e fala alto; Inácia é afetuosa, abraça, pergunta da família, dos animais – sempre pergunta dos animais; Rebeca fala informalmente, de um jeito bem mais descontraído e coloquial, usa gírias. Notei, com isso, também, que a unidade é um lugar de elo, claro! Os munícipes chegam para marcar uma consulta e a conversa se estende por quase meia hora. Conversa boa, novidades, tragédias, atualizações de outras conversas etc. Há também, aqueles que passam só para conversar. Alguns chegaram até a porta e anunciaram: “Nossa! Está cheio hoje! Deixa, eu volto mais tarde”. (Reflexões de 22/07/2014, intituladas “Sem lugar”).

Apesar de ter considerado interessante a observação da recepção, esse diário me mostrou que mantinha a atitude de pesquisador-observador. Embora quisesse me misturar e me enturmar mais com a equipe, não só não sabia como fazê-lo, como parecia estar confortável a distância. Essa perspectiva fica evidente no modo como inicio e termino o diário: “*Hoje o dia foi péssimo...*”; e também, na síntese que faço, ao final:

Exceto a breve conversa com Fernanda e algumas falas curtas com Inácia, a equipe não me dirigiu a palavra durante quase todo o dia, mesmo nos momentos em que o movimento não estava intenso. O dia

foi pesado e me deixou pensativo. Fiquei me perguntando muitas vezes: qual é o meu lugar ali? A necessidade que Roberta levantou nunca mais foi discutida. Nenhuma das questões levantadas foram discutidas, não na minha presença. A vida ali parece insistir em seguir. São mesmo necessidades? Talvez esse meu incômodo esteja me dizendo que mesmo que haja necessidades, eu não seja uma possibilidade de discussão ou de resolução. Deveria ser?

Olhando agora, é admirável a proximidade que cada ACS tem com os munícipes de sua microárea. Aprendi naquele dia que esse é um caminho para ocupar um lugar de pertença na equipe: aproximar-me e construir vínculo com eles, tal como me contaram que constroem. No mesmo dia percebi que não só nutria grandes expectativas quanto ao trabalho, mas que não seria possível conhecer a realidade desses Agentes e dessa equipe sem grande trabalho afetivo na lida com os estranhamentos.

Junto com o encantamento que sentia (e sinto) pelo trabalho do ACS, as questões e os estranhamentos foram se acumulando mais e mais. O que me impôs a tarefa de compreendê-los e, para tal, precisaria da participação ativa de meus interlocutores, pois diziam do modo como entendiam e interpretavam seu fazer e seu saber nesse cenário (a ESF) e nesse território. Depois de algum tempo imerso no cotidiano dessa equipe, na medida em que ia me aproximando das pessoas, comecei a notar que alguns temas e questões se repetiam. Tentei, então, promover discussões e diálogos sobre o modo como sentia, entendia e questionava o trabalho dos ACSs, no intuito de elucidar a pertinência dessas questões levantadas. Como resultado desse trabalho, que está diluído ao longo de todo o diário de campo, concordamos (a equipe e eu) que os temas principais, que mereceriam maior destaque, seriam: os modos de cuidado; e o trabalho burocrático; e o desânimo. Pela força do acontecimento, acrescentei a temática dos conflitos, em nosso entendimento, ligados à intensificação do trabalho burocrático.

Modos de cuidar

Compõem este momento fragmentos de relatos que abordam os diferentes modos como as ACSs cuidam da população. O objetivo aqui, então, é explicitar como a pertinência da questão dos modos de cuidar foi se dando a ver em sua complexidade e profundidade. Para tanto, recorri a cinco “causos” testemunhados e às conversas deles decorrentes.

Antes de prosseguir, cabe ressaltar que a questão dos modos de cuidar já me havia sido apresentada desde as entrevistas e, ainda com outra intensidade, nas visitas que acompanhei com Neuza e Inácia. Torna-se, então, necessário dar algumas indicações dos critérios que utilizei para nomear um conjunto de ações, falas, gestos e atitudes de modo de cuidado. Ao longo da pesquisa, essa nomenclatura apareceu de diversas formas. A primeira delas foi “cuidado à saúde”, mas, por testemunhar que o modo como as ACSs cuidam não abrange somente questões ligadas ao campo da Saúde, ou a um saber específico, cunhei a expressão “cuidado com a população” e variações (cuidado com a comunidade, com os munícipes etc.). Com tal nomenclatura, pretendi abrir o escopo tanto das ações e práticas quanto da presença (e pertença) dos ACSs na comunidade, porém, ela ainda não compreendia seus discursos e teorizações⁷⁰. Por isso, fez-se necessário recorrer a uma nomenclatura ainda mais ampla: o termo “cuidado” foi utilizado sem adjetivações, fazendo referência ao modo-de-ser das ACSs em cada situação⁷¹, o que inclui o contexto da ESF, a relação com a equipe, a história de cada ACS, o modo como compreende, interpreta e expressa seu trabalho, os projetos (o que está construindo com seu fazer e como cada ACS está se construindo em seu fazer), e âmbitos de sentido que conectam tudo isso. Desse modo, a noção de cuidado aqui empregada aproxima-se da concepção de Ayres (2004 e 2007) sobre o cuidado nas práticas em Saúde.

A primeira constatação da importância dessa temática, para além das entrevistas, veio no dia 7 de agosto de 2014 quando, após acompanhar o árduo trabalho da equipe numa manhã de coleta de sangue, um senhor entrou na recepção e pediu para aferir a

⁷⁰ Teorizações no sentido etimológico do termo, isto é, do grego *theōrein*, olhar para, contemplar, considerar ou tecer considerações sobre o que se viu (MERRIAM-WEBSTER, 1998). Nas palavras de Heidegger (2010, p. 46), “a *theoría* se torna a consideração respeitosa do desvelamento do vigente em sua vigência”.

⁷¹ Nesse sentido, torna-se possível considerar que o trabalho burocrático é também um modo possível de cuidado, como, por exemplo, Vanessa ressaltou em sua entrevista.

pressão. Depois de ter sido orientado a esperar, as técnicas de enfermagem prepararam o equipamento e o senhor se dirigiu aos bancos da recepção.

Inácia e eu estávamos sentados ali por perto, conversando sobre o trabalho na coleta de sangue e a expressão de cansaço do senhor chamou a nossa atenção. Já conhecido de Inácia, ela perguntou se estava tudo bem com o senhor. Ao que ele respondeu que achava que estava com a pressão alta. Quase que desconversando, a ACS encerrou a conversa com um “é bom ter cuidado”. Mas o senhor continuou dizendo que acabara de receber a notícia de que sua mãe, que mora bem longe (não me lembro a cidade), estava doente e que o médico dissera: “ela pode morrer!”. Proferidas essas palavras e tentando segurar o choro e a aflição, esse senhor contou que não teria dinheiro para ir vê-la tão cedo.

Sentando-se ao nosso lado, ele disse que já fazia um tempo que notara que sua mãe não estava bem, pois estava um pouco mais “sentida” que o normal, como se ela estivesse se despedindo. Completou dizendo que, segundo seu irmão, ela já estava doente há alguns meses e não quisera contar nada a ninguém. Neste momento os olhos do senhor encheram de lágrima e o silêncio do pesar se espalhou.

Depois de entreolhar Inácia, perguntei sobre a enfermidade da mãe do senhor, e o que o médico havia dito, mas o senhor não se lembrou e disse confuso: “deve ser alguma coisa com os pulmões”. E mais silêncio... silêncio pesado.

Então Inácia rompeu o silêncio dizendo ao senhor que no final iria dar tudo certo, que ele conseguiria dar um jeito de visitar sua mãe, que ela se recuperaria e ficaria bem. Concluiu dizendo que iria rezar pela mãe dele e por ele. O senhor agradeceu e momentos depois se dirigiu à sala de pré-consulta.

Inácia e eu conversamos, então, sobre o pesar que o senhor sentiu e como o clima ficou difícil depois de vê-lo marejar os olhos quando, ao final, perguntei: “você acha mesmo que vai ficar tudo bem?” Ela se esquivou e titubeou a responder, mas “é o que podemos fazer”, concluiu. Explicou que não sabendo o que a mãe dele tinha, não havia o que fazer ou dizer a ele, então tentou acalmá-lo. Argumentei que ele parecia mesmo abalado com a notícia e com o prognóstico dos médicos e que talvez deveríamos ter conversado sobre sua aflição. Pensativa, Inácia respondeu ser difícil fazer alguma coisa nestes casos. Justifiquei o meu argumento descrevendo como a comoção e o desespero desse senhor diante da situação nos mobilizou e comoveu. Passamos, então a conversar sobre a dificuldade de lidar com essas tragédias, com o inevitável. Inácia disse ser este

um “ponto” importante do trabalho, pois sempre se deparam com situações assim. (Diário de campo: 07/08/2014).

O diário mostra que o encontro acontece sem qualquer aviso ou anúncio. De repente fomos solicitados a partilhar a aflição desse senhor e, talvez pelo lugar que ocupamos, convocados a lidar com ela. Inicialmente, lembro que a minha reação diante da conduta de Inácia foi considerá-la imprudente ao ter afirmado ao senhor que tudo ficaria bem, pois sua aflição dizia o contrário. Em minha perspectiva, o meu julgamento se baseava no apego desse senhor ao prognóstico do médico anunciando a iminência da morte. Olhando agora, entendo que Inácia pareceu estar preocupada com a mãe distante e eu com o senhor à nossa frente. Talvez isso se deva à fugacidade do encontro, como defendeu Inácia, mas, apesar disso, traz a questão das perspectivas, quer dizer, atentando para a questão de saúde da distante senhora enferma, nada pode ser feito efetivamente, logo, acalmar os ânimos e rezar fazem sentido. De outro lado, estando preocupado com o senhor, cuja mãe enferma está distante e pouco compreende da condição de saúde, a lida seria outra. Como Inácia conhecia esse senhor, teria ela entendido que nesse momento o acalmaria e depois poderia “ficar de olho”, caso alguma coisa mais grave acontecesse? Ou, até, como já fez em alguns casos, entraria em contato com a família ou com o médico para ter informações mais precisas do quadro clínico da mãe e, então, passar para o senhor? No momento não pude discutir essas questões específicas com Inácia, pois logo depois da conversa com esse senhor ela saiu para o almoço e demorei a encontrá-la novamente.

Em outra situação, a fugacidade do encontro e a temática da morte apareceram com outro teor. Aconteceu no dia 28 de agosto de 2014, quando saí para acompanhar as visitas de Neuza e Inácia, juntas. Enquanto Neuza visitava um rapaz acamado, Inácia me convidou para uma visita de rotina em uma casa com muitas crianças.

Inácia entrou na casa sem anúncio e já foi cumprimentando as crianças com grande afeto. Abraços, brincadeiras, beijos. Uma senhora com avental sujo de cenoura ralada veio curiosa ver quem conversava com suas filhas e felicitou Inácia em igual tom de brincadeiras. Entre uma brincadeira e outra, da história de uma boneca a mirabolantes perguntas infantis, a visita aconteceu com Inácia sentada em uma baixa banquetta na garagem, quase no chão e rodeada pelas quatro crianças da casa. Inácia sempre se empolga quando há crianças nas famílias visitadas. Crianças e animais, aliás. Já estávamos concluindo o preenchimento da ficha de visita, quando, da porta da sala,

saiu uma senhora já idosa, cuja feição impôs silêncio. Seus ombros arcados expressavam grande pesar, o que seus olhos fundos o confirmavam sem desatino. Era a mãe da munícipe residente, que estava passando uns dias em sua casa para não ficar sozinha enquanto seu filho estava internado.

Como Inácia conhecia a senhora e o rapaz adoecido, pois sempre iam à Unidade, a conversa se ampliou para o adoecimento do rapaz. Diante das perguntas iniciais de Inácia sobre o caso do rapaz, a senhora continuou afirmando “Ninguém sabe!”, pois o estado de seu filho era ainda enigmático. “Mas, quem está tratando dele?”, questionou Inácia... “O Dr. Marcos é ótimo!”, respondeu a ACS ao ouvir a resposta telegráfica da senhora. “Então deve ser no coração, pois o Dr. Marcos é cardiologista e um ótimo cirurgião”. Não! Respondeu a senhora com a cabeça. “Ninguém sabe. Ele sentiu muita dor no peito um dia, na estrada, e foi socorrido. Desde então tem tido desmaios frequentes e dores no corpo todo. Já fizeram um monte de exames e ninguém acha nada. Eu sei que ele não está bem, não”, respondeu a senhora.

Inácia tentou acalmá-la dizendo que em pouco tempo os médicos encontrariam o que estava acontecendo e ele seria curado. Enfatizou mais uma vez a competência do Dr. Marcos. Mas a senhora pareceu não acreditar e apertou as mãos. Nesse momento notei que ela segurava um terço entre os dedos. Titubeante, incerto e inseguro, perguntei a ela se ela temia que o filho dela piorasse ou morresse. Inácia espantou-se com minha pergunta arregalando os olhos, mas participou da conversa em parceria. A senhora respirou fundo, apertou o terço mais uma vez e disse que rezava o dia todo para que isso não acontecesse, mas não conseguia suportar tamanha incerteza e aflição. “Eu sei que ele não está bem!”, frisou algumas vezes. Inácia perguntou, então, como estavam sendo os cuidados com o rapaz e a senhora disse que isso estava sendo muito fácil. Fácil!? Diante do nosso espanto, ela explicou que apesar de seu sofrimento e aflição, seu filho mantinha o mesmo bom humor de sempre, a vontade de viver e a fé em Deus. Disse, sorridente que, mesmo com dores fortes, ele continuava a fazer piada com tudo e dava risada de tudo e de todos.

Depois de um breve silêncio, a senhora, parecendo menos tensa, falou que estava mais preocupada do que seu filho e que deveria seguir o conselho de seu filho de não se preocupar, pois estava tudo nas mãos de Deus, mesmo a morte era a vontade Dele. “Então, tem que aceitar, não é?”, disse ela resoluta. “É difícil, mas tem que aceitar”, repetiu, agradeceu, despediu-se e entrou.

Enquanto caminhamos pela rua para encontrar Neuza, conversamos, Inácia e eu, sobre a aflição que a senhora sentia e a dificuldade da situação de não se saber o que alguém querido tem ou qual será o destino. Então, Inácia diz: “Ainda bem que você veio hoje!”. Tentando entender essa afirmação, Inácia explicou que foi interessante abordar a questão da morte do filho de forma direta, pois, já que o filho está inacessível, podíamos cuidar da mãe e “acalmá-la melhor”.

(Diário de campo: 28/08/2014 – Visitas com Inácia e Neuza).

Por meio desse relato, é possível entender que a chegada da senhora marca uma mudança brusca no tom da visita. Os risos se silenciam, Inácia, a moça residente e eu nos calamos, apesar de as crianças continuarem a brincar umas com as outras. Chamados a contemplar a expressão da senhora que se aproximou, a conversa inicia mais ou menos como uma visita de rotina. Inácia assume, como sempre, e faz as perguntas corriqueiras quando descobre alguém no território que está com alguma enfermidade mais grave. Até porque isso precisava constar nos relatórios de fechamento do mês. A senhora, com respostas telegráficas parece insistir em fazer mostrar sua aflição – não só conseguiu pois mais tarde estávamos todos aflitos. Inácia, ao tentar acalmá-la – talvez na mesma perspectiva que o senhor da recepção –, deu a deixa para minha intervenção (titubeante, incerto e inseguro). Então apresento outro caminho para a conversa: encarar a aflição, e o tom muda mais uma vez. Olhando para o titubear, é possível entender algumas coisas: a incerteza de como a conversa se desenrolaria, dada a fragilidade que a senhora expressava com sua presença; a preocupação com o momento adequado para tal investida; e a insegurança minha, pois foi a primeira vez que me coloquei de tal forma nas visitas e, por isso, não tive certeza se poderia ou deveria.

Já imersos na conversa, a pergunta de Inácia pelo modo como a senhora cuida do rapaz traz outra mudança do tom da conversa. O bom humor do rapaz e sua fé em Deus parecem ter dado à senhora algum apoio em sua aflição.

Gentilmente, Inácia me acompanhou e entrou na conversa comigo. Ao final, agradeceu a intervenção e então aparecem outras divergências de entendimento (e de perspectiva), pois não intervi com a finalidade de acalmar a senhora, mas de falar “daquilo que precisava ser falado”. Já Inácia tentou acalmá-la. Na conversa final, Inácia diz compreender ser esse caminho (encarar a aflição) uma possibilidade para “acalmá-la melhor”. Fico me perguntando, qual seria o sentido, para Inácia, de tentar acalmá-la? Faz sentido perguntar qual caminho é o mais proveitoso? Pode-se manter ambos? Afinal,

olhando agora, vejo uma terceira intenção, tácita, embora de alguma forma declarada: a da senhora. Para que ela se aproximou e se engajou em sofrida conversa?

Essa visita me mostrou que, por mais certo que esteja em meus pressupostos, entendimentos, interpretações, é preciso ter cautela para não sobrepor meu modo de cuidar ao modo de cuidar das ACSs. Se o fizer, estarei indo na intenção contrária do objetivo de compreender o sentido do cuidado tal como elas compreendem. Por outro lado, penso que a minha intervenção possibilitou marcar as diferenças entre Inácia e eu, situação que deixou as respectivas especificidades ficarem mais claras.

Outra perspectiva do cuidado surgiu nas visitas com Rebeca, no dia 14 de agosto de 2014. Ao longo de todo esse primeiro trimestre na Unidade, pouco conversei com Rebeca, por ela ser muito tímida. Apesar da timidez, nesse dia, Rebeca disse ao me cumprimentar: *“Quando você vai para as visitas comigo?”*.

O dia estava bem frio e Rebeca pareceu ter ficado mais tímida depois que saímos da Unidade. Ela andou rápido pela manhã fria em silêncio. Só me dirigiu a palavra quando parávamos para um carro passar, momentos em que me contou brevemente sobre sua microárea. Na segunda casa que visitamos, (...) *Rebeca cumprimentou o senhor que estava sentado num banco de madeira em frente ao portão e perguntou sobre a Regina. Ele nos convidou para entrar e foi chamá-la. No quintal, duas coisas me chamaram a atenção: a quantidade de entulho de construção amontoada pelos cantos; e a quantidade de orquídeas penduradas. Orquídeas de todos os tamanhos, idades e cores. Flores, botões e folhagens verdes, quase todas impecáveis. Muito bem cuidadas.*

O senhor retornou com Regina e Rebeca começou a conversar com ela. Sentindo-me meio sem espaço na conversa entre elas, que pareciam bem íntimas, o senhor (Vitor) se apresentou e me convidou para mostrar-me suas orquídeas. Talvez tenha percebido meu espanto ao entrar. “Você gosta de orquídeas?”, ele perguntou e, antes que pudesse responder, ele começou a contar como cuida de cada uma delas, como as adquiriu, como tirou muda de uma para fazer outra, explicando uma espécie de árvore genealógica das orquídeas.

Quando ressaltiei a beleza do cuidado dele, Vitor se cala e percebi tristeza em seu olhar. Depois de um breve constrangimento, o convidei a falar e ele contou que perdera a esposa há pouco mais de um ano. Como ambos amavam as orquídeas, continuou cuidando delas apesar da intensificação da bebedeira. Ainda abalado pela perda de sua amada, Vitor contou que desde o velório tem ido semanalmente à igreja, satisfazendo o desejo de sua falecida esposa, mas que, também, tem bebido muito. Diz que sua vida era

isso: beber e cuidar das orquídeas. Explicou-me que nunca foi um homem muito religioso e que preferia trabalhar a rezar, mas que sua esposa gostava muito dos cultos e sempre insistiu para ele ir com ela, o que ele nem sempre fez. Agora, com a insistente ausência de sua esposa, ele buscou alento em Cristo, mas concluiu que sentia uma saudade que sente “nem o Cristo consegue curar”.

Perguntei se as orquídeas o consolavam e ele disse que não, que talvez nada o faça. Mas que as orquídeas o ajudavam a ocupar a cabeça, já que, estava aposentado e não queria mais trabalhar desde a morte de sua esposa. Quando Rebeca encerrou a conversa com Regina, Vitor recompôs-se tentando disfarçar e disse que Rebeca, por algumas vezes, o ajudava com as orquídeas. “E eu já falei para o senhor plantar orquídeas por toda a rua”, respondeu Rebeca. O senhor sorriu aliviado e nos acompanhou até a rua. Quando saímos da casa, notei que havia uma orquídea recém amarrada na árvore da frente da casa.

Na conversa sobre esta visita, Rebeca contou que em nenhum momento desde a morte da esposa de Vitor tentou impedi-lo de beber, apesar de ter sido orientada para tal. Por outro lado, procurou conversar com ele, ouvir suas dores e incentivá-lo com as orquídeas. (Diário de campo: 14/08/2014 – Visitas com Rebeca).

Recontando o diário, depois de ficar sem lugar na conversa entre Rebeca e Regina, o senhor me convidou para falar de si por meio das orquídeas. Após reconhecer a beleza e seu feito, Vitor expressou, pela tristeza em sua face, um pouco do sentido vivo que o movia: a saudade incurável. Diante disso, o cuidado intenso com as orquídeas e o hábito de beber aparecem como desdobramentos desse desolado sofrimento. Quando Rebeca chegou à nossa conversa, ela confirmou e incentivou o senhor a expandir o cuidado com as orquídeas, dando a entender que isso fará bem a ele, e o senhor sorriu aliviado. Na conversa sobre essa visita, Rebeca contou que fora orientada a estimular o senhor a largar a bebida, mas não o fez. Optando por outro caminho: conversar, ouvir suas dores e incentivá-lo a cuidar das orquídeas.

Diante dessa cena, fico pensando se Rebeca não teria entendido que beber, assim como cuidar das orquídeas, é um modo como Vitor estava cuidando de si e lidando com seu tormento? Rebeca teria entendido que beber e cultivar as orquídeas seriam um modo possível de Vitor cuidar de si mais próprio do que o modo de cuidado que fora instruída a proporcionar? Que grande responsabilidade assumiu ao fazê-lo. Nessa perspectiva,

entre o cuidado de si e o cuidado por outros, Rebeca parece ter escolhido incentivar Vitor a cuidar de si do seu modo. Isso também não é uma forma de cuidar?

Para mim, parece claro que beber e cultivar orquídeas não são modos de cuidar generalizáveis. Mas foram, em hipótese, sendo interpretados como cuidado na medida em que Rebeca se apropriou da história de Vitor e, talvez, tenha acompanhado seu sofrimento no momento da morte de sua esposa. É possível que, por compreender e ter testemunhado tal tragédia, Rebeca tenha apreendido que beber e cultivar seriam modos eficientes de Vitor conduzir sua vida adiante. Essas possibilidades apontam para a especificidade hermenêutica do cuidado⁷², pois seu sentido é talhado pela e na história que o sustenta e dá origem.

Fernanda, também mostrou que “ser elo” e “ficar de olho” são um modo possível de cuidado. No dia 4 de setembro de 2014, dia de visita com Fernanda, passamos pela casa de seis munícipes para visitas de rotina, conferência de receituário, medicação e muita conversa. Fernanda mostrou familiaridade ímpar no bairro. Andou pelas ruas de sua microárea como quem mora ali. Cumprimentou as pessoas não com um simples “oi, tudo bem?”, mas com intimidade: “*E fulano, melhorou?*”, “*Sabe que estava pensando em você! Como foi o seu casamento na semana retrasada? Depois eu passo lá para a gente conversar*”, “*Oi, Dona Ivone! A sua neta melhorou? Está ganhando peso? Bem que eu vi ela outro dia com a sua filha e ela parecia estar mais cheinha! Ainda bem, né?*”, e assim por diante. A recíproca dos munícipes foi verdadeira. Fernanda me contou que gosta de muitas pessoas desse bairro, pelo trabalho de ACS e por ter crescido ali. Lembrou-me que quando começou a trabalhar ali, já conhecia muitos moradores e, os que não conhecia, passava a conhecer e a tratar da mesma forma. Também explicou que aproveitava o conhecimento do bairro e das pessoas para “*se interessar pela saúde [delas]*”, pois assim se mantém como referência caso as pessoas precisem de alguma coisa.

Tudo estava muito tranquilo, quando, na última casa que visitamos, já próximo ao horário de almoço, tivemos o objetivo de realizar (...) *um cadastro, pois a munícipe havia ido até a unidade pedir a transferência de sua ficha de um bairro distante. Chegando na casa, fomos atendidos por um rapaz de bermudas que nos dirigiu a palavra sem qualquer hospitalidade. Sua esposa, interveio e gentilmente nos convidou a entrar. Caminhamos pelo corredor lateral da casa da frente, em direção à edícula onde morava o casal. Uma construção simples, sem acabamento, com uma única porta e um minúsculo vitró*

⁷² A hermenêutica do cuidado à saúde será discutida adiante, no capítulo VI. Tanto o modo de minha compreensão aqui quanto a discussão posterior se fundam na hermenêutica da saúde de Gadamer (2009).

basculante. A casa era um único cômodo com chão de terra batida e um banheiro, este com algum acabamento. No cômodo principal, um sofá-cama dividia o espaço com uma pequena mesa de dois lugares e um fogareiro de duas bocas. Havia um guarda-roupa velho e sem portas onde amontoavam-se as roupas do casal. As dele do lado direito e as dela do esquerdo. Ao lado da porta, um tanque de lavar roupas com algumas panelas dentro. A moça entrou, pegou uma pasta azul e se sentou numa banqueta improvisada em frente à porta, enquanto o rapaz ficou em pé, atrás dela, encostado no batente. A visita seguiu em clima tenso e ambíguo. Enquanto a moça foi simpática e comunicativa, o rapaz ficou o tempo todo ao lado dela com cara fechada. Fernanda tentou descontraí-lo com alguns comentários jocosos, que até deram certo. O rapaz chegou a falar uma coisa ou outra. Eu fiquei em silêncio e apreensivo. Ela fez o cadastro da família e conferiu sua caderneta de saúde da mulher, que estava impecavelmente em ordem. A moça mantinha o resultado dos últimos exames, papéis de receituário e consultas na pasta azul, tudo organizado por tipo e data. Fernanda a parabenizou pelo cuidado com esses “papéis” e se apresentou formalmente como ACS responsável por essa residência, explicando que faria visitas esporádicas para ver como as coisas estavam e que, caso eles precisassem, poderiam procurá-la no postinho. Também, orientou a moça quanto as consultas com o ginecologista, a fim de investigar a causa da dificuldade em engravidar. Quando estávamos para sair, notei que no canto do terreno, atrás de onde eu estava, havia uma grande motocicleta parcialmente coberta com um lençol e, em uma caixa com um monte de peças de moto e ferramentas ao lado. O rapaz de bermuda então, saltou à minha frente, cobriu a moto toda e nos intimou a sair da casa, o que fizemos sem pensar duas vezes. Já no portão, sua esposa se desculpou e disse que ele estava com “uns problemas”, por isso estava nervoso e impaciente.

Conversando sobre a tensão da visita, Fernanda lamentou ao contar algumas experiências anteriores, expressando sua preocupação quando encontra uma casa como essa, pois, segundo ela, nitidamente esse rapaz estava envolvido com alguma coisa ruim, como assalto, tráfico ou coisa assim, e não demoraria a ser preso. Levantou a hipótese de que a moto, provavelmente, estaria envolvida em alguma atividade ilegal do rapaz, por isso seu susto e hostilidade (Os tais problemas que a esposa se referiu?). Fernanda pareceu ficar preocupada com a moça, chegando a mencionar que se ela não sofreu, sofreria agressões dele. Disse também que essa moça procurou o posto, pois não conseguia engravidar e afirmou que futuramente seria mais uma mãe com marido preso, o que acontecia muito no bairro. Fernanda contou que ali os homens que estavam

envolvidos com crimes tinham muitas mulheres e muitos filhos. Mantinham e falavam sobre isso como uma espécie de orgulho ou status. Conclui dizendo que ficaria de olho e tentaria fazer uma visita quando o rapaz não estivesse em casa, para ver se conseguia saber mais alguma coisa. (Diário de campo: 04/09/2014).

Nas visitas com Fernanda, a primeira coisa que chama a atenção é que o modo como ela atua vai além de sua obrigação como ACS, pois mantém relação íntima com o bairro e munícipes, por terem uma história comum.

Na casa do casal, o que chama a atenção, logo ao entrarmos na casa, é a condição precária da casa e a impecável pasta e organização da pasta da moça com exames e panfletos de saúde da mulher. Daria para dizer que essa impecabilidade seria o modo como a moça cuidava do seu desejo de engravidar? Seria a simpatividade da moça outro modo? Na conversa, outra ambiguidade se apresenta: a moça simpática e o rapaz rude. A moça conversou e tentou fazer com que nos sentíssemos bem-vindos; o rapaz, o contrário. Fernanda tentou se aliar à moça, com comentários de bom humor, talvez tentando um diplomático acordo de paz. O clima se amenizou, embora ainda tenso.

A tensão cujas raízes eram misteriosas, mostrou suas prováveis causas quando enxergamos a motocicleta e o rapaz nos expulsou. Diante disso, tecemos hipóteses de a moto ter sido roubada e o rapaz a ter escondido em sua casa por algum motivo. Lembro-me de ter comentado com Fernanda que se não fosse a reação do rapaz, jamais teríamos suspeitado da motocicleta. Quer dizer, a atitude do rapaz deflagrou a hipotetização do crime. Imergindo nessa hipótese, Fernanda contou sobre outras famílias que conhece no território e prevê um destino trágico. Ao final, comentou que é também característica dessas famílias, homens com muitas mulheres e filhos. Fernanda estaria sugerindo que a tensão do rapaz também estava ligada à dificuldade do casal de engravidar e assim não conseguir manter certo orgulho e *status*? Independentemente das respostas, o que fica claro é que essa interpretação que fizemos da sequência dos fatos, e que pode ser equivocada, fundamentou nossa preocupação e o “ficar de olho” de Fernanda, no sentido de deflagrar uma investigação como cuidado.

A última cena que gostaria de mostrar para explicitar a complexidade dos modos de cuidar aconteceu na recepção da Unidade, no dia em que havia combinado a entrevista com a Vanessa. Como a entrevista só ocorreu no final da tarde, passei o dia com ela, acompanhando seu trabalho, conversando e participando. Nesse dia, desde cedo, o movimento foi tranquilo, apesar das consultas do dia. No período da tarde, também

tranquila, Vanessa atendia os munícipes que chegavam e orientava a entrada para as consultas vespertinas – que nesse dia funcionavam com hora marcada.

Um homem de aparência sisuda e irritada entrou hoje mesmo na unidade. Entrou já reclamando, reivindicando e culpando, em alto tom de voz, seja-lá-quem-for por erros na marcação de seu exame. Vanessa, pacientemente pediu para o homem esperar enquanto verificaria o que poderia ter acontecido e lá ficou o homem impaciente e agitado no balcão. Bufava e agitava as mãos. Não entendi bem qual era o problema, dado o tumulto. Depois de checar alguns papéis, Vanessa disse que ele deveria esperar para conversar com a médica, para verificar algumas coisas em seu encaminhamento. Com relutância e mais alguns xingamentos, o homem consentiu. Entre uma atividade e outra da recepção, Vanessa notou que o homem sisudo e impaciente, ainda no balcão, tinha tatuado um nome em seu braço, um nome de grafia peculiar (Rahyane). Ela então perguntou empolgada: “Você é o pai da Rahyane? Ela está bem? Ela cresceu bastante, não é?”. E prosseguiu contando como ela conheceu e acompanhou a garotinha desde antes de nascer e quando era bebê. Como num milagre, o homem mudou a feição, pôs-se a sorrir e falar do quanto ele gosta e faz tudo pela filha. Pegou sua carteira e mostrou as diversas fotos da filha que carrega consigo para quando sentir saudade. Quando foi chamado, entrou para consulta sorrindo e agradeceu a atenção ao sair. Comentando com Vanessa, ela me disse: “Você vê? Informação é tudo! Já pensou o jeito que esse homem ia entrar para falar com a médica?”. (Diário de campo: 23/04/2015).

Olhando agora o diário, vemos que, imbuído pela indigência, o homem entra na recepção da Unidade atacando, culpando, xingando. Vanessa tenta acalmá-lo dizendo que tentará ver o que pode ter acontecido de errado, não se eximindo da responsabilidade pela investigação. Um pouco a contragosto, o homem consente, o que contribui para a situação se amenizar, afinal, o homem fora, ao menos parcialmente, acolhido em suas reivindicações. O destino parece enviar um sinal que Vanessa capta bem. Então a mágica acontece: imbuída da “informação”, Vanessa evoca o vínculo comunitário e faz dissolver a impessoalidade inicial. O homem sisudo, talvez por pensar que as pessoas que xingara daquela Unidade também tinham cuidado e cuidavam de sua filha, transforma-se em pai zeloso e comprometido. E a fúria pelo erro na marcação dos exames? Pode até ser que o erro teria persistido e até fosse irreversível, mas tudo pode se dar em outra tonalidade.

É possível considerar que Vanessa arriscou alto ao mencionar a filha do homem sisudo. Por outro lado, há de se pensar que: se o homem tatuou o nome da filha em seu

braço, um mínimo de apreço por ela ele tem ou teve. O que espanta é a habilidade de Vanessa em perceber e agir num curto espaço de tempo. Ela acolheu o senhor, orientou, distendeu-se, como quem estrategicamente ganha tempo (?), observou os detalhes, agiu e a situação se amenizou. Tiro certo. Muito além de uma competência técnica, Vanessa mostrou seu saber de ofício.

É preciso considerar que, nesse caso, o cuidado não se deu só para com os munícipes, como nas outras situações aqui contadas. Quando Vanessa intervém evocando o vínculo comunitário e transformando a situação, ela melhora as condições de trabalho da médica que o atendeu. Ademais, nesse caso especificamente, o cuidado não estava ligado a uma “questão da saúde” propriamente dita, ainda que envolvesse exames e médicos. Foi uma atenção comunitária.

Talvez a primeira e central questão que precise ser feita aqui é: Como essas ACSs compreendem (prática em) Saúde? Embora tenha circunscrito os modos de cuidado de forma abrangente, todas as situações estão acomodadas e acontecem em um contexto específico das práticas em Saúde, o que exige, além da ação e da prática, o exercício hermenêutico de compreender saúde por meio do compreender a si mesmo no e pelo fazer⁷³. De forma geral, os casos aqui contados e escolhidos dão a ver que o modo de cuidado das ACSs parece ter sido constituído na e pela experiência. As situações mostram que elas constantemente transitam entre o conhecimento que acumularam do território, das famílias, do vínculo; as próprias experiências e história; e as diferentes perspectivas de saberes e ação. Esse transitar culmina numa decisão-posicionamento das ACSs em forma de ação, quer seja como acolher, como acalmar ou como incentivar ou dar suporte.

Os casos também parecem apontar que uma (não a única) direção a seguir para se compreender o sentido de saúde para essas Agentes perpassa pelo acalmar. A repetição das tentativas de acalmar os munícipes parece ser um modo peculiar comum – reforçando que os casos aqui contados são emblemáticos. Mas cada uma ao seu modo, isto é, quer seja pela informação, quer seja pelo vínculo, pela segurança e confiança ou pelo interesse, essas Agentes parecem compreender que saúde tem a ver com tranquilidade.

Emblemático também é o segundo caso contado, quando proponho, em meio às tentativas de tranquilizar a situação da ACS, encarar a aflição. Diante dessa minha proposição, há uma abertura para outro modo de tranquilizar, isto é, por meio do reconhecimento do outro tal como se apresenta.

⁷³ Aqui também fazendo referência a Gadamer (2009).

Esse ensejo também abre outra possibilidade de questionamento: Será que essa minha proposição e participação também não seriam outras possibilidades de cuidado, indo além do modo como cada ACS já cuidava e, talvez, propondo algo novo? Teria a minha presença contribuído para o saber de ofício dessas Agentes? Seria essa uma possibilidade de ação do psicólogo junto às ACSs? Penso que ainda não temos elementos para responder tais questões.

Como já anunciado, a compreensão do fazer das ACSs perpassa também a relação delas (e da equipe como um todo) com o trabalho burocrático que, desde o início de sua manifestação, aparece atrelado a uma força desmotivadora. Cabe, então, percorrer as situações, os casos, em que esse fenômeno apareceu com vigor a fim de explicitar sua complexidade e profundidade.

O trabalho burocrático, o desânimo e a des-esperança.

A questão do trabalho burocrático já foi anunciada por Neuza, na reunião de apresentação da pesquisa e no fechamento do mês. Antes ainda, ela apareceu com intensidade na entrevista com Inácia, com um pouco menos de intensidade na fala de Fernanda e de modo presente, mas não necessariamente como um problema, na entrevista com Vanessa. Essas insistentes aparições da questão do trabalho burocrático já são, por si só, indicadoras de sua importância. Mas, ao testemunhar, como no fechamento do mês, a reaparição desse fenômeno após o início das atividades do e-SUS, a questão do trabalho burocrático mostrou-se com outra vitalidade e em amplo espectro.

Já o desânimo, também já anunciado e percebido por mim ao iniciar o campo de pesquisa (em maio de 2014), foi se enraizando no trabalho burocrático e prosperando até as rupturas e conflitos na equipe.

Ao longo da minha participação em campo, o trabalho burocrático e o desânimo apareceram, inicialmente, como coisas distintas, porém ligadas. Na medida em que houve um aumento da carga burocrática de trabalho pelas exigências do e-SUS e outras tantas exigências feitas pela SMS, essas duas questões passaram a se mostrar como quase idênticas. Desse modo, o texto que segue foi organizado no intuito de explicitar como o trabalho burocrático baliza os modos de ser ACS e a relação da equipe. Para tanto, inicio com fragmentos do diário em que acompanho as primeiras experiências do trabalho com o e-SUS. Em seguida, reúno fragmentos de algumas reuniões de equipe nas quais o desânimo apareceu nítida e coletivamente disseminado, o que impôs à equipe e a mim a necessidade de uma investigação na tentativa de compreendê-lo e lidar com ele. Nesse ínterim, os fragmentos mostram que algumas possíveis e prováveis causas foram levantadas, mas as tentativas de ações foram malogradas.

Com as mudanças no cenário municipal e na equipe na virada do ano, os conflitos que surgiram revelaram a íntima relação entre o trabalho burocrático e o desânimo, ao mesmo tempo que nos lançou na des-esperança. Por fim, depois de um período de necessário esquecimento que ajudou a abaixar os ânimos do conflito e, talvez, a elaborá-lo, surgiu, pelo desdobramento de uma eventualidade, um possível caminho.

O e-SUS já havia aparecido na entrevista com Neuza, em maio de 2014, um dia após ter acompanhado as visitas com ela. Quando narrou o modo como compreende e valoriza seu trabalho, Neuza trouxe sua preocupação:

Agora, o que é que vai acontecer? Como vai ter toda essa mudança no nosso trabalho, né? Que vão implantar esse sistema aí, né? Esse programa do e-SUS. Eu não vou ter condições de visitar todas as famílias que tenho. Porque vai sobrecarregar o meu trabalho e eu não dou conta. Porque o trabalho vai ser mais difícil cadastrar todo mundo e visitar, entendeu? Eu não vou dar conta! (Entrevista com Neuza, 22/05/2014).

Depois disso, o e-SUS apareceu como “algo que poderia acontecer”, apenas como um assombro, mas sem tanto impacto. Até que no dia 25 de setembro de 2014, enquanto caminhava pelo bairro em companhia de Inácia, que fazia suas visitas de rotina, recebi a notícia de que houve uma reunião de treinamento para o preenchimento dos formulários do e-SUS. Detalhando essa reunião, Inácia contou que foram comunicadas as datas e prazos para o cumprimento da meta: cadastrar todas as famílias e indivíduos dos territórios cobertos pela Saúde da Família. Inácia desconfiou de que o prazo era curto para o trabalho estando a equipe desfalcada de ACSs, porém não pareceu preocupada.

No final desse mesmo dia, (...) *na reunião [na unidade], fiquei em silêncio acompanhando as instruções que Roberta passava à equipe e a atualização das notícias sobre a implantação do e-SUS no município. Ao ouvir a confirmação do novo sistema, tanto ela quanto a equipe pareciam carregar pedras sobre morros. Praguejavam e maldiziam o trabalho com grande pesar. Tomei a liberdade (e coragem), quando tive a deixa (perguntaram o que eu achava disso tudo) de dizer sobre diferença do ânimo da equipe entre o início de meu trabalho lá e agora. Demarquei com exemplos a minha percepção de que a equipe parecia estar se abatendo pouco a pouco, o que estava se intensificando com a chegada do e-SUS. Todos confirmaram e deram suas versões de como sentem o crescente desânimo. Entre as falas, duas me marcaram muito: a de Rebeca ao ironizar “Desânimo? Toma e-SUS. Agora a gente não é mais ACS, agora a gente é e-SUS e só e-SUS”; e a de Roberta (enfermeira) ao assumir publicamente a culpa pelo desânimo, no mesmo sentido em que assumira para mim em uma das primeiras visitas à unidade⁷⁴, isto é, por sentir-se desanimada, como líder, estava desanimando a equipe. Como uma confissão, as palavras de Roberta disseminaram o silêncio.*

Antes de terminar a reunião apontei a necessidade de olharmos para esse desânimo, o que foi recebido com bom grado e pareceu elevar os ânimos da equipe.

⁷⁴ Aqui, estou me referindo ao diário de campo do dia 3 de junho de 2014, intitulado “O trabalho burocrático: Um pedido de ajuda?”.

Esperança? Enquanto saíamos, ouvi Vanessa dizer para Neuza: “é bom termos um psicólogo com a gente, não é?”. Antes pesquisador de ACS, agora psicólogo.

Ser reconhecido como psicólogo, e não como pesquisador, nesse contexto, parece apontar para alguns caminhos de compreensão desse fragmento. O mais imediato é que, ao apontar a minha percepção sobre a intensificação do desânimo, a equipe passou a discuti-lo coletivamente, o que até então não havia acontecido. Essa apropriação do grupo traz manifestações também inéditas: Rebeca, que nunca havia falado nas reuniões, se pronunciou com intensidade; e Roberta (enfermeira), que assumiu a responsabilidade, como líder, pelo desânimo, também publicamente. Ao final, a minha proposta de “olharmos” para esse desânimo pareceu soar como esperança, já que os ânimos se elevaram. Será que me nomearam como psicólogo, pois sentiram, de alguma forma, que estavam sendo cuidados? Estaria eu ocupando o lugar de quem cuida da equipe?

Entre a semana do dia 25/09 e a primeira semana de outubro, em conversa com Inácia, recebi a notícia de que os formulários de cadastramento do e-SUS haviam chegado à Unidade e que a preparação para o trabalho já começara. *“Quando vier para cá, a gente te mostra como é”*, concluiu Inácia. (Diário de campo: 25/09/2014).

No diário do dia 2 de outubro, conto que cheguei à Unidade bem cedo e, durante o café, as ACSs me mostraram as fichas do e-SUS e me adiantaram os comentários sobre essa nova atividade que estavam transitando pela equipe: *“umas perguntaram se eu sabia o que eram ‘práticas integrativas’. Tomar algum chá em vez de remédio? Sugeriram como jocosa resposta. “Com que cara eu vou perguntar a orientação sexual das pessoas? Já pensou?’, questionou Fernanda também com bom humor”*. Apesar da jocosidade dos comentários, a tonalidade preocupada também apareceu: *“Fernanda falou, agora indignada, sobre a obrigatoriedade de o cadastro individual só ser preenchido na presença da pessoa, que deve estar com o cartão do SUS e a cédula de identidade ou documento oficial em mãos. ‘Eu conheço meus munícipes, a maioria não vai ter fácil isso em mãos’, argumentou Fernanda”*.

Neuza, com a curiosidade e a simplicidade que lhes são próprias, *“pediu para que eu lhe explicasse a diferença entre sexualidade e gênero, pois ‘nem o rapaz lá [do treinamento] soube dizer direito o que é isso’”*.

Nesse mesmo dia e nas semanas seguintes a essa conversa, participei das primeiras experiências de preenchimento do cadastro do e-SUS. A fim de deixar clara as questões que foram suscitadas por essa atividade, apresento e discuto dois fragmentos do diário

escolhidos por seu caráter emblemático. No primeiro, do dia 2 de outubro de 2014, acompanhei Inácia e Neuza no cadastramento dos munícipes de uma rua da microárea de Inácia. No segundo, na semana seguinte, acompanhei Fernanda.

Na primeira situação, a obrigatoriedade do cadastro de todos os munícipes nos obrigou a bater em uma casa que, segundo Inácia, sempre estava vazia, pois todos que moravam ali trabalhavam e tinham convênio, por isso, há tempo não chamava ou visitava.

(...) Inácia e Neuza, após baterem palmas em frente à residência, já disseram “aqui nunca tem ninguém”, mas para nosso espanto, o portão abriu e um rapaz jovem com feição pálida e profundas olheiras nos atendeu. Como falava com dificuldade e parecia estar com dor, Neuza foi direta ao perguntar: “Você está bem, moço? Você não parece bem não!”. O rapaz disse ter acabado de acordar, mas que estava bem. Nos apresentamos e Inácia explicou brevemente sobre o e-SUS e perguntou se ele desejaria fazer o cadastro. Tendo a afirmativa, começamos a preencher o questionário. Quando chegou na pergunta “tem ou teve problemas nos rins?”, o rapaz contou que fizera transplante de rim há pouco mais de três semanas e que a recuperação estava sendo bem difícil. Como trabalha e tem convênio, as ACSs nunca o encontraram em casa, tampouco souberam da cirurgia.

Detalhando seu quadro, o rapaz contou que começou a ter crises renais há pouco cerca de um ano e o quadro evoluiu muito rápido até o transplante. Disse estar apreensivo com a recuperação, mesmo tendo sido alertado sobre as dificuldades e a necessidade dos intensos e regrados cuidados. Inácia perguntou detalhes da cirurgia, principalmente o nome do médico... anotou no canto do formulário que estava preenchendo. Então o rapaz, como quem cai em si, perguntou: “Vocês são de onde, mesmo?”. Não, ele não sabia da existência da unidade no bairro, tampouco dessa ação no SUS (a ESF). Evidenciou sua laicidade ao perguntar quanto custava e quem poderia procurar o serviço. Conforme fomos explicando, ele foi ficando interessado e animado com a descoberta da existência do SUS “tão perto”.

Preocupados com a condição do rapaz, encurtamos a conversa para que ele pudesse voltar ao repouso. Inácia, exibindo-lhe a planilha preenchida do e-SUS, disse ao rapaz que entraria em contato para marcar uma visita, para ver sua medicação, pois alguns remédios que estava tomando eram distribuídos gratuitamente pelo município. O rapaz esboçou um sorriso enquanto afirmou ser muito bom saber do PSF, pois morava sozinho e poderia precisar de alguma ajuda.

Saindo, Inácia contou que conhecia o médico e que conversaria com ele, para saber mais detalhes do quadro desse rapaz. Discutindo com ela sobre isso, ela concluiu: “como aqui na cidade não tem uma rede na saúde, a gente acaba fazendo a rede do nosso jeito”. (Diário de campo: 02/10/2014 – Visitas com Inácia e Neuza).

A atividade do cadastramento das famílias no novo sistema não só promoveu esse encontro inédito, deixando explícito que o conhecimento das famílias “que não atendem” precisava ser revisto. Mas também que somente a pergunta pelas enfermidades renais fez com que o rapaz revelasse a sua história. Talvez, numa visita domiciliar de rotina, tomados pelo conhecimento prévio de que as pessoas ali tinham convênio, a conversa se encerrasse no “está tudo bem” do rapaz. A diversidade das questões do formulário parece trazer outros âmbitos de conversa, abrindo caminhos diversos para o estabelecimento de vínculo comunitário e de cuidado. Toda a reclamação sobre o e-SUS não poderia estar fundamentada, em parte, em certa acomodação dos ACSs em seu modo de ser? Seria essa proposta tão nociva assim?

Na segunda situação, (...) *Fernanda e eu fomos recebidos por Dona Maria [já a conhecia de outras visitas com a Fernanda], que cordialmente nos convidou a entrar. Sentamos na mureta de seu quintal, sob uma jabuticabeira florida, onde Fernanda e eu explicamos sobre o novo sistema, o e-SUS. Após preencher o cadastro individual de Dona Maria sem muitas dificuldades, Fernanda solicitou a presença de José, marido de Maria, dos seus dois filhos, das noras e dos documentos de seu neto a fim de preencher a ficha individual de cada um deles. “Você quer que eu chame todo mundo aqui?”, perguntou Dona Maria espantada e imediatamente comunicou que José estava indisposto, com dor nas costas, o Joaquim, seu filho, estava trabalhando, sua nora, esposa de Joaquim fora ao mercado e os demais também não estavam. Deixou a entender que era difícil reunir todos naquele momento. A munícipe se dispôs a fornecer os dados de todos, mas, caso isso não fosse permitido, propôs voltarmos em outra hora ou dia. Convencida pelos argumentos de Dona Maria, e talvez optando pelo mais rápido, Fernanda aceitou que ela mesma cedesse a informação para o cadastro. Cada ficha foi um caso: “E hipertensão arterial, o Joaquim tem?”, perguntou Fernanda. “Th, menina! Esse aí teve um piripaque quando perdeu o emprego, você lembra? Um susto. Mas também, aquele chefe dele era um canalha...”, respondeu Maria ao introduzir a lembrança de toda a saga do antigo emprego de Joaquim, desde as desavenças com o chefe, enfatizando a*

crueledade da demissão e o decorrente adoecimento, que tinha como um dos sintomas a hipertensão.

Terminado o preenchimento das fichas individuais, começamos a preencher a ficha domiciliar/familiar do e-SUS. Neste momento, o Seu José se aproximou e tomou parte na conversa – sim, já era conversa: “Vocês moram aqui desde quando?”, perguntou Fernanda. “Desde junho de 92”, respondeu José. “Imagina, foi em 99 que a gente veio para cá”, retrucou Maria. “Quê 99 o quê? O Joaquim tinha 5 anos quando mudamos para cá. Lembra que ele caiu daqui [apontando a parede de um dos cômodos], quando a gente ergueu essa parede?”, retrucou José. “Não foi dessa parede que ele caiu, foi da outra casa, lá no Jardim Palmeiras”, retrucou Maria... e o embate se delongou. Ficamos olhando a discussão dos dois por algum tempo, até que Fernanda disse: “vou colocar 92 a lápis, depois a gente vê certinho e eu passo a caneta”, para tentar acabar com a discussão.

Quando saímos, já era 11:45 da manhã e tínhamos ido em apenas três das 134 famílias restantes⁷⁵. (Diário de campo: 09/10/2014).

Uma possível compreensão desse diário é que o elo comunitário tal como Fernanda mantém com os munícipes de sua microárea fez com que o preenchimento de dados objetivos se tornasse contação ou recontação de histórias. Muitas histórias novas apareceram, confessou-me Fernanda ao contar de outras casas em que fizera o cadastramento. Mas a demora em cada uma das casas que passamos nos preocupou. Além disso, a dificuldade de reunir as pessoas em torno da atividade trouxe complicadores à fidedignidade da tarefa. Tomando como exemplo o cadastro da família de Dona Maria, como é possível saber se os dados por ela fornecidos sobre os filhos, noras e neto eram verdadeiros? Essa questão traz implicações sérias quanto à presteza do e-SUS, uma vez que o intento é reunir um banco de informações que poderá ser usado em intervenções individuais e coletivas. Um formulário preenchido às pressas ou em condições precárias poderia conduzir a equívocos futuros? O cadastro dessa família pareceu deflagrar essa questão, cuja eticidade vai na contramão da pressa exigida pelo município.

Diante disso, é possível fazer uma conta rápida. No ritmo em que o trabalho estava acontecendo, isto é, o preenchimento de três a cinco cadastros completos (individuais e

⁷⁵ Aqui cabe ressaltar que, nesse dia, iniciamos as visitas de cadastro às 9h da manhã. A equipe havia combinado de preencher as fichas no período da manhã e conferi-las e registrá-las no sistema no período da tarde por causa do sol escaldante de outubro.

domiciliares/familiares) por dia. Cada ACS levaria entre quatro e cinco meses para concluir o cadastramento de sua microárea. Já que outras exigências do trabalho os impediam de sair todos os dias para essa tarefa e considerando que não mais fariam as visitas de rotina ou os acompanhamentos sistemáticos das famílias com alguma necessidade extraordinária. Findadas as microáreas cobertas, os ACSs assumiriam, numa espécie de mutirão, as três microáreas descobertas, o que levaria mais quatro ou cinco meses, trabalhando no mesmo ritmo. Ou seja, em pouco menos de um ano, o cadastro estaria completo, só precisando ser atualizado. Porém, o prazo que a SMS deu era de pouco mais de três meses, sob ameaças de punição, segundo a equipe.

Pareceu ser consenso dos ACSs que o ideal era cadastrar as famílias enquanto realizavam as visitas de rotina e, assim, reduzir o risco de preencher informações equivocadas pela pressa. Contribuí com essa discussão dizendo que poderiam aproveitar as potencialidades do instrumento, o que foi bem recebido pelos ACSs. Apesar disso, continuei a notar que havia crescente repulsa não só ao instrumento, mas por toda atividade burocrática verticalmente imposta. O sentido dessa constatação só me ficou mais claro nas reuniões que aconteciam no final das tardes, após as saídas para o e-SUS.

No dia 9 de outubro de 2014, (...) *No final da tarde fomos para a reunião a pedido de Roberta (enfermeira). De início, ela confirmou que o prazo para a conclusão do e-SUS era 22 de dezembro [de 2014], antes do recesso do final do ano. Essa notícia atingiu a equipe como uma rasteira, principalmente as ACSs. Todas argumentaram a impossibilidade de cumprir tal prazo, dada a demora para preenchimento dos cadastros. Roberta disse que a gestão municipal foi inflexível diante dos pedidos de extensão do prazo por ela e demais enfermeiras da SF. [Roberta] Disse que teriam que dar um jeito, pois ela e as demais enfermeiras foram, na reunião, ameaçadas com punições às equipes que não cumprissem o prazo. “A ordem foi: se virem!”, concluiu Roberta. Então, um fúnebre silêncio se instaurou em tom de constrangimento. Quebrei o silêncio com um simples: “e mais desânimo”. “É isso aí, Pedro, do jeito que eles falaram, parecia que a gente era um bando de vagabundo que não quer trabalhar”, respondeu Roberta. “Parece que a gente não vale nada, que o que a gente faz aqui não vale de nada”, completou Fernanda. “Não importa se você ajuda alguém, só importa se os números estão cadastrados. Só o papel importa”, lamentou Inácia. Mais silêncio.*

Roberta então tomou a palavra e fez uma retrospectiva de como a relação das unidades com a gestão mudou nos últimos anos. Exemplificou que antes suas solicitações, como coordenadora, eram atendidas ou minimamente acolhidas e debatidas. “Agora eles

simplesmente ignoram ou respondem 'não' logo de cara”, *concluiu. Andréia completou dizendo que eles dizem estar sempre sem dinheiro, mas que ela sabe que isso não é verdade, pois vem dinheiro do PMAQ. Tomando o gancho do PMAQ, Roberta disse, como numa clareza epifânica: “Acho que foi aí que tudo começou!”. Contou que no final de 2011 insistira para a equipe, que trabalhava muito bem, consentir na inscrição da unidade no PMAQ. Em 2012, “foi uma correria só”, mas conseguiram mandar toda a documentação no prazo e que foram contemplados com a avaliação ‘regular’. “Não era o que a gente esperava, mas já estava bom”, completou Fernanda. Roberta esclareceu, então, que “foi aí que a gestão passou a perna na gente”, pois o dinheiro que viria para a unidade nunca chegou e, desde então, tanto a secretária, quanto a coordenadora da Atenção Básica se distanciaram e a relação mudou, assumindo caráter estritamente hierárquico.*

Roberta lamentou e pediu desculpas por ter enfiado a equipe “nessa fria”. Depois de a equipe acolher o remorso de Roberta, Vanessa completou dizendo que quando soube que o dinheiro não viria sentiu grande frustração, pois a equipe passara dias fazendo planos para usar o dinheiro. Pensaram em muitas coisas: computadores, ar condicionado nas salas de consulta, material para trabalhar com os munícipes, fazer palestras, grupos. “Isso que desanimou! Depois disso, eu comecei a fazer o mínimo. Só aquilo que era obrigatório eu fazer”, comentou Fernanda.

Havíamos encontrado o início do desânimo e alguns de seus desdobramentos, pois refletimos que, com o PMAQ no município, houve aumento do trabalho burocrático. A equipe concordou que antes o trabalho burocrático era penoso, mas não do modo como passou a ser depois do PMAQ. Também, consegui situar junto à equipe a mudança que percebera entre a primeira visita e as entrevistas iniciais (com Inácia e Fernanda) [em 2013] e maio deste ano [2014], quando iniciei a pesquisa de campo na unidade. A negativa derradeira do repasse de verba do PMAQ veio no início de 2014. (Diário de campo: 09/10/2014).

Esse diário mostra que, cumprindo o prometido, começamos a compreender melhor o desânimo que assolou a Unidade. Também, é possível compreender a repulsa e a grande e crescente revelia ao trabalho burocrático: ele parece estar ligado à “frustração” que a equipe sentiu ao serem privados da bonificação do PMAQ (uma atividade extremamente burocrática, segundo eles). É possível compreender também que a equipe se inscreveu no PMAQ, integrou a burocracia em seu processo de trabalho, não teve a

contrapartida (financeira) e ainda ganhou a animosidade da gestão municipal. Ou seja, lidar com a burocracia seria reviver esse capítulo da história da equipe?

No momento do diário, com o e-SUS, as cobranças ainda mais irredutíveis e ameaçadoras parecem intensificar o desânimo que crescia. Se a frustração do PMAQ era coisa do passado, que ficara guardada no silêncio da equipe, nessa reunião, isso foi revivido e conectado à situação atual, o que permitiu a expressão e partilha da equipe.

Em minha compreensão, o desânimo não tinha só relação com o PMAQ e a “rasteira” da gestão na equipe. Havia outros elementos que, para mim, estavam claros. Um deles dizia respeito à relação da equipe com a médica, ou melhor, com as médicas. Uma vez que, desde as entrevistas com Inácia e Fernanda e também nas primeiras visitas, notara que a antiga médica da Unidade, a Dra. Regina, era uma pessoa muito querida por todos. Sendo constantemente elogiada, com a chegada da nova médica, a Dra. Ivete, surgiram comparações entre elas.

Tento abordar essa questão da relação da equipe com as médicas, como parte da “investigação” na busca do sentido do desânimo crescente no dia 23 de outubro de 2014, quando, na (...) reunião, após os informes acerca do andamento do e-SUS, as ACSs começaram a reclamar dos problemas da sobrecarga do trabalho. A falta de reconhecimento por parte da gestão apareceu novamente, mas de modo mais breve e atenuado. O foco desta vez foi um (suposto) erro de prescrição da médica para com um munícipe, o que gerou transtornos desnecessários. Por mais que Roberta (enfermeira) esclarecesse que estava averiguando o ocorrido, a equipe seguiu elencando uma série de “erros” (assim o entendiam) que essa médica cometera em seu modo de atender a população. Logo apareceu a comparação com a médica anterior, muito querida por todos. Tomei a palavra e perguntei como sentiam a diferença entre as médicas e, enquanto me contavam, entendi que estavam me mostrando quem era a médica boa e a médica ruim. Tentei compreender quais eram efetivamente as diferenças. “O trato com as pessoas”, foi o que me responderam. Regina, a médica anterior, era atenciosa, conversava muito com os munícipes e todos a adoravam. Ivete, a médica atual, não. Regina era competente, pois tinha grande experiência em diversos trabalhos (e me contaram um a um), Ivete não. Cheguei a imaginar que desconheciam suas experiências. Fiquei com essa impressão.

Em meio aos acontecimentos narrados, as datas e épocas me ficaram confusas. Então perguntei quando Regina havia deixado o posto e quando Ivete havia assumido.

Regina saíra no início de março de 2014 e Ivete chegou no início de maio do mesmo ano, um pouco antes de eu começar a frequentar regularmente a unidade.

Curioso foi que o grupo identificou esse período entre a saída de Regina e a chegada de Ivete como o início dessa onda de desânimo. Quando cheguei, em maio, tudo já estava diferente, desanimado. Perguntei se havia relação. Responderam-me que não. O desânimo tinha sua raiz muito bem conhecida: o não reconhecimento do trabalho pela Secretaria de Saúde. E voltaram a falar de como era legal e gostoso estar na unidade quando a Dra. Regina estava por lá. Agora, com a Ivete, não.

A fala de Inácia [na entrevista] sobre o papel do ACS me deu uma pista do que estava dando errado: “nosso papel é fazer a ponte entre a população e o médico!” Médico? Conhecendo o predomínio do saber médico nos serviços de saúde e o decorrente empoderamento desse profissional, entendi que ali estavam comunicando uma espécie de luto. Se antes organizavam sua prática em torno do trabalho de Regina (médica), com sua saída algo se perdeu. Esse não era todo o motivo do desânimo, mas ficou-me claro que ali estavam associando, mesmo que implicitamente, o desânimo com o trabalho à saída da médica “boa”. Isso se confirmou no momento em que me falaram: “a gente estava esperando uma Dra. Regina, mas não veio. Igual a ela não existe”. A grande expectativa que todos guardavam com a chegada da Dra. Ivete... não foi atendida.

Comuniquei a minha impressão... Rebateram negativamente: “O desânimo é daqui para fora”. Expliquei, tentando justificar minha impressão, mas, desta vez, para dar melhor sustentação, retomei algumas falas deles. E mais uma negativa, sob mesma justificativa. Para eles, o desânimo nada tinha a ver com a presença ou ausência de uma médica ou outra.

Senti-me impotente. Aquilo que me fez sentido foi negado. Estava eu equivocado? Confesso que duvidei de minha interpretação, mas [escrevendo agora], sinto que ela ainda faz sentido. (...) Não me lembrei bem do modo como falara, talvez tenha sido teórico demais... Ou será que simplesmente não fez sentido para eles? Será que enxergavam as coisas de outro modo, talvez com outros elementos que não me foram claros? Pode ser... (Diário de campo: 23/10/2014).

Como já dito na metodologia, logo no início do diário, ao narrar a reunião, as queixas dos “erros” da médica e os ânimos que eles levantaram parecem jogar para segundo plano o desânimo em função do e-SUS. Essa situação “nova” se apresenta como tema da reunião. Eu observo e questiono para saber mais sobre essas queixas e,

percebendo as comparações que surgem entre as médicas, tento me situar no tempo, tento organizar. Com a demarcação do antes e do depois, a expressão de Inácia na entrevista me deu o solo necessário para eu sustentar a minha interpretação da relação entre a presença da antiga médica e o desânimo. “Comuniquei minha impressão” e insisti em dar explicações após a primeira negativa. O teor dessa impressão-interpretação diz respeito à minha intenção inicial: compreender o sentido do desânimo. Após a sistemática refutação, ao fim do diário, senti-me impotente e sem rumo, sem saber ao certo o que houve.

O que esse estar perdido e essa impotência revelam? São várias as possibilidades de interpretação. A primeira e talvez a mais evidente refere-se à frustração da minha intenção inicial de esclarecer as possíveis origens do desânimo. Essa quebra foi se efetivando ao longo da narrativa; ela se inicia com o surgimento de uma pauta inesperada (queixa sobre a médica) e se agrava com as repetidas refutações da minha interpretação. Ao final, fico numa espécie de encruzilhada, entre a revisão do sentido da minha interpretação, a aceitação da interpretação da equipe e a suspeita de certos elementos ocultos que, talvez, se revelados, poderiam conduzir-me a outras interpretações, mais acertadas.

Depois dessa reunião, insisti em sustentar a minha interpretação sobre a relação entre a equipe e as médicas estar ligada ao desânimo, o que acabou por se confirmar em algumas conversas individuais, mas não do mesmo modo. Principalmente Inácia e Vanessa (vide entrevista) me disseram que não sentem tanta confiança no trabalho de Ivete, o que dificultou o seu fazer como ACS, porém, segundo as ACSs, a situação estava tão adversa que essa questão já não tinha mais tanta importância (seriam esses os elementos ocultos?).

É importante destacar que, é comum em investigações em que o pesquisador se propõe a participar do cotidiano dos “sujeitos”, que as divergências entre os pressupostos do pesquisador e as interpretações e compreensões dos sujeitos deem novos contornos e rumos à investigação⁷⁶. Em uma breve retomada desde o surgimento do e-SUS na história da equipe, por exemplo, são muitos os momentos em que houve divergência de perspectiva entre a minha leitura e compreensão do trabalho burocrático e o da equipe. Por exemplo, na primeira experiência com o uso desse instrumento, considerei sua potencialidade de sustentar bons trabalhos às ACSs. Porém, as ACSs não viam da mesma forma, não a todo momento. Só fui descobrir um possível caminho para a compreensão

⁷⁶ Sobre isso, ver Favret-Saada (2005) e Schmidt (2006), por exemplo.

da repulsa do instrumento mais tarde, com a revelação do sentido do PMAQ na história da equipe. Agora, com a médica, a mesma coisa. As divergências parecem compor e demarcar perspectivas diferentes de interpretação que não necessariamente são infundadas, mas tendem a ser mais ou menos aceitas, na medida em que se aproximam e se inserem no modo como apreenderam os acontecimentos que compõem a história das pessoas envolvidas⁷⁷. A atenção a essas reviravoltas em embates interpretativos pode ser um caminho fecundo para o desvelamento e a apreensão do sentido dos acontecimentos na história ao mesmo tempo que pode demarcar e tornar as diferenças claras. A explicitação do sentido é, por si só, a abertura de outras possibilidades de apropriação da história e do sentido dos acontecimentos⁷⁸.

A próxima reunião, do dia 30 de outubro, apesar de curta, serviu para elaborarmos uma espécie de síntese de nossa “investigação” sobre o sentido do desânimo. Depois de transitar e recontar os diversos assuntos das reuniões anteriores e Roberta ter enfatizado diversas vezes que o desânimo é geral e assola as demais Unidades do município (uma epidemia?). *O resumo foi o seguinte: a insatisfação começou com o não repasse da verba do PMAQ e o decorrente aumento das tarefas burocráticas, agora revividas no e-SUS; a recusa do prefeito em ajustar os salários baixos e desfalcados com o piso nacional; e a mudança da gestão, agora carrasca com uma secretária de saúde perseguidora (segundo a equipe)*⁷⁹. Retomando todos esses problemas, Inácia foi bem enfática ao dizer: “Agora parece que vai abrir concurso para contratar novos ACSs e eu vou falar para você: quem vier falar que vai prestar, eu vou falar ‘Não faça! Você vai acabar com a sua vida’”. *Então cobraram de mim uma solução, mas nada consegui dizer. A reunião terminou em pesado silêncio.* (Diário de campo: 30/10/2014).

Tomando o centro do diário como a expressão de Inácia, ela tornou público como sentiu toda a transformação que vinha acontecendo com ela (e também da equipe?). Nela, Inácia deixa claro o desgosto em ser ACS, bem diferente de sua fala apaixonada pelo

⁷⁷ A esse respeito, ver o quarto e quinto capítulos da segunda sessão de *Ser e tempo* (HEIDEGGER, 1927: 2012). Nesses capítulos, Heidegger sustenta filosoficamente que toda compreensão, interpretação e discurso se constituem e se fundamentam naquilo que historicamente (própria e imprópria ao mesmo tempo) cada intérprete se ocupa.

⁷⁸ Ver, por exemplo, Critelli (2012 e 2016).

⁷⁹ Como exemplo da “crueldade” da gestão de saúde, as ACSs relataram duas situações nesse dia: “Inácia contou que seu atestado para acompanhar sua mãe ao médico [oncologista e sessões de quimioterapia] fora debochadamente recusado. ‘Ela virou para mim e falou que era melhor eu economizar, pois meu salário viria pequeno no próximo mês’, indignou-se Inácia. Fernanda disse que fora descontada em quatorze minutos no último mês. Também indignada expressou ‘Por tudo que já fiz por esse posto, nem por isso... 14 minutos é um absurdo’”. (Diário de campo: 30/10/2014).

trabalho expressa na entrevista. Onde antes havia admiração e engajamento, agora o trabalho ameaçava “acabar com a vida”. Ao olhar para toda a trajetória percorrida na pesquisa, nesses 18 meses, a mudança fica nítida não só em Inácia, mas em toda a equipe, principalmente nas ACSs.

Em meu entendimento, essas mudanças não eram só uma mudança no discurso. O peso da expressão de Inácia e a concordância de todos desvelam o modo como a equipe passou a sentir e entender o próprio fazer: como um crescente desânimo, margeando (talvez) a total falta de esperança. Isso fica claro se olharmos para o terceiro dia de campo, em que o pedido de Roberta e as queixas da intensificação do trabalho burocrático da equipe e o cansaço e o desânimo no trabalho, de lá para cá, só se tornaram cada vez mais intensos e explícitos. Ao final, diante de todos os entraves, a situação urgia por ações mais efetivas e certeiras, porém as tentativas, embora pequenas⁸⁰, malograram uma a uma. Diante disso, também fui tomado pelo desânimo, o que me fez questionar o sentido de toda a atividade de pesquisa.

Na primeira semana de novembro fui chamado a participar de uma atividade diferente das que costumava participar (e também não relacionada ao e-SUS). A atividade do Programa Saúde na Escola (PSE) mostrou um possível caminho outro de compreensão do desânimo.

No dia 7 de novembro de 2014 fui visitado por um estranho espanto. “*Hoje o dia foi estranho*”, expressei no diário como palavras iniciais. Esse dia (...) *foi tranquilo, talvez o mais tranquilo de todos os dias que fui no PSF. Mas essa tranquilidade me incomodou profundamente. Só depois, no ônibus voltando para casa, penso ter conseguido compreender o que senti. Vou recontar o que aconteceu, como forma de dar voz a esse incômodo.*

Logo que cheguei, fui convidado para acompanhar um dia de PSE (Programa Saúde na Escola⁸¹), pois uma equipe de combate a doenças negligenciáveis viera de um município vizinho para fazer um mutirão de diagnóstico, prevenção e tratamento de tracoma. Pelo que entendi, tracoma é um tipo de bactéria que se aloja nos olhos, cujos sintomas são facilmente confundidos com conjuntivite (por isso negligenciável). É

⁸⁰ Por exemplo, nessa mesma época, tentamos organizar uma caminhada com os munícipes, a fim de ter uma atividade diferente, mas não deu certo.

⁸¹ O PSE é uma política intersetorial, articulada principalmente entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, que visa a promover ações de cuidado, formação e planejamento integrais à população por meio da articulação dos profissionais, equipamentos e serviços de Saúde e Educação. O PSE é uma das ações que concretiza os princípios da RAS e das demais redes intersetoriais. (Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pse.php>>. Acesso em: 07 de jan. 2017).

altamente contagioso e pode ter sérios agravos e reincidências se não for devidamente tratado.

Compareci e ajudei. Enquanto os médicos e enfermeiros examinavam os alunos, eu e as ACSs ajudávamos a organizar a entrada e a saída. Foram encontrados seis casos entre os alunos. Estes foram imediatamente medicados, tendo a equipe do mutirão entrado em contato com as equipes de saúde da família da região para fazer o monitoramento. Em alguns casos, os pais foram chamados no mesmo dia para receber instruções e informações do tratamento. Um dos pais também estava infectado e também foi imediatamente medicado e orientado. Em pouco mais de quatro horas, quase toda a escola fora examinada, diagnosticada e tratada. Saí pensando: isso que é ação de saúde. Eficiente e resolutive. Mas, na volta, me incomodei... Claro! As práticas resolutivas são muito aconchegantes. Identifica-se a doença, a causa do problema, cura-se e cuida-se para que ele não volte. Assim a vida segue.

Inácia, Neuza e Rebeca, que também estavam nesse dia, concordaram comigo. Igualmente admiraram a intervenção. O desânimo havia desaparecido.

Algo no meu incômodo me mostrou que esse aconchego é perigoso... não sei o quê. (Diário de campo: 07/11/2014).

Obviamente não estou contestando a importância da ação, afinal, o combate ao tracoma é uma iniciativa importante e necessária. Mas, dentro da atual conjuntura, o aconchego é uma forma de nomear pelo sentir que a resolutividade (como uma qualidade das ações) é estimada por todos nós ali – e por mim também. Todas as ACSs, sem exceção, sempre que me contavam sobre a época, antes do desânimo ou apesar dele, em que conseguiam trabalhar com louvor e orgulho, citavam como exemplo ações resolutivas. Não só ações de cura ou recuperação, mas também resolutivas por seu caráter de um “encaminhar para”, como uma espécie de fechamento. Isso pode ser uma das características da ação que se perdeu com a intensificação da atividade burocrática e a prioridade do cadastramento do e-SUS? Lembrando da expressão de Rebeca, na reunião de anúncio do e-SUS como prática vindoura, ao enfatizar que “agora a gente é e-SUS”, poderia afirmar que não viam sentido nesse instrumento, pois não percebiam resolutividade nele?

Por outro lado, o incômodo frente ao aconchego pode significar que a atual situação da equipe (e minha) é de estar, justamente, imersa na falta ou perda de sentido do trabalho, o que inviabiliza qualquer resolutividade. O aconchego sentido na campanha

do tracoma se mostrou como uma superação momentânea dessa condição – importante, sem dúvidas – e o incômodo para o retorno a ela? Quer dizer, esse incômodo pelo aconchego mostrou o estar-cansado-da-falta-de-sentido da equipe, pois a ação resolutiva dessa campanha do PSE fez desaparecer o desânimo.

É preciso também notar que essa experiência no PSE trouxe um teor novo ao diário – e à investigação –, pois a via pela qual constituí alguma inteligibilidade da situação foi pelo meu próprio sentir, o modo como me encontrei na situação e após ela. Sentindo-me aconchegado e depois incomodado pelo aconchego na campanha do tracoma, pude questionar e interpretar. Esse modo de conhecer (e agir) pelo encontrar-se⁸² pareceu ser um modo fecundo e diverso para conduzir a investigação⁸³ sobre o sentido do desânimo.

Outro exemplo que reforça essa constatação do conhecer pelo encontrar-se é uma anotação que fiz no diário em referência ao dia 27 de novembro de 2014. Nela conto como (...) *a unidade estava vazia e tudo estava meio parado. Saí para fazer visitas⁸⁴, primeiro com Neuza e depois com Inácia e ambas reclamaram do marasmo. E tudo pareceu mesmo parado. Bom, não é sobre as visitas que quero falar neste diário... acho que já me acostumei com elas. Quero falar da volta.*

Depois que o PSF fechou, como tenho feito este semestre, caminhei até o ponto de ônibus. Esperei, esperei e esperei. O ônibus das 16:15 estava atrasado. Esperei mais e na espera algo me veio: uma mulher descendo a rua, empurrando um carrinho de bebê vermelho. Dentro uma menininha que se divertia ao cumprimentar todas as pessoas. Estranho? Não... ela já passou nos outros dias... no mesmo horário. Olha! Lá vem aquele corcel velho do eletricista com as coisas e ferramentas todas amontoadas no banco de traz. Lá vem ele de novo... Nas outras semanas ele também passou. E aqueles adolescentes descendo a rua e brincando aos tapas uns com os outros? Também... toda semana eles estão aí... e pontualmente no mesmo horário. E lá vem o funcionário da empresa de transporte da cidade subindo vagarosamente a rua enquanto outros dois descem de moto. Tenho certeza que se encontraram e se cumprimentaram no mesmo ponto da rua que o fizeram nas outras semanas.

⁸² Aqui fazendo alusão ao encontrar-se (*Befindlichkeit*) de Heidegger (1927:2012, § 29), como já exposto na Metodologia.

⁸³ Refiro-me às cartografias, tal como exposto na Metodologia.

⁸⁴ Leia-se: cadastros do e-SUS.

De repente a vida no bairro se mostrou em uma terrível repetição... Pareceu que estávamos naquele filme O feitiço do tempo. Pareceu que comecei a sentir a repetição que as ACSs sentiam e que agora vejo que os moradores deste bairro vivem.

Lembrei-me de que fiz essa discussão algumas vezes com as ACSs sobre isso: a repetição do trabalho. Lembrei-me das ACSs comentando as formas que inventam para lidar com isso. Valia tudo, piadas, brincadeiras, apelidos aos munícipes etc.

A repetição do trabalho estaria ligada à monotonia do bairro?

Como o trabalho da ACS está ligado à vida do bairro? Tão radicalmente assim?
(Diário de campo: 27/11/2014).

Se olharmos para toda a história da PNAB, da ESF e as experiências que deram origem ao ACS, pode-se pensar que não é novidade alguma a constatação de que o trabalho deles e da equipe estivesse ligado ao bairro e ao modo como a população vive no território de abrangência. Essa ligação apareceu em diversos momentos desta história, desde a entrevista com a Inácia e, mais explicitamente na entrevista com a Fernanda, ao justificar o gosto pelo trabalho às características do bairro. Mas também com Vanessa, Neuza e nos relatos aqui apresentados. A novidade que me surge aqui é que esse elo seja uma espécie de modulação⁸⁵, ou seja, constitutivo do modo como a equipe se sente equipe, e não apenas um balizador de ações e práticas estrategicamente elaboradas.

Ou seja, essa Unidade faz parte desse bairro e sua singularidade e sua história só podem ser devidamente compreendidas na e pela imersão na vida do bairro. Por outro lado, as mudanças no modo como a Gestão Municipal lida com a ESF e o trabalho das equipes, e mesmo as orientações gerais (e genéricas até certo ponto) da PNAB, parecem ter igual força constitutiva (vide o e-SUS, pelo bem ou pelo mal). A equipe, e eu me incluo agora, parecemos estar em constante negociação e diálogo, entre a população, as histórias por ela contadas e testemunhadas e o cenário meso e macropolítico.

Unindo essas duas experiências de me encontrar no bairro e na ação, consigo visualizar uma conexão fundamental: a ligação do sentido de ser ACS ao território, à Gestão e ao Sistema de Saúde, e ao modo como comumente se compreende ações em Saúde, isto é, pela sua resolutividade.

⁸⁵ No sentido etimológico, “modulação” tem origem no latim *modulus*, pequena ou justa medida. Oriundo de *modus* e *mos* (latim), medida, extensão, ritmo, jeito ou maneira. *Modus* está na origem da palavra inglesa *mood*, humor, ânimo ou estado de ânimo (NASCENTES, 1955; MERRIAM-WEBSTER, 1998; CUNHA, 2010).

Conflitos e des-esperança

O ano de 2014 terminou com o clima bem pesado na Unidade. As saídas para o cadastramento do e-SUS passaram a ser encaradas como grande martírio pela equipe. Nessa época, as ACSs me contavam que a esperança de ver aquela Unidade como viam antes diminuía à medida que a pilha de fichas do e-SUS aumentava. O cuidado, as intervenções e os acompanhamentos aos munícipes estavam se tornando cada vez mais raros. Estavam todos abatidos. As reuniões já não mais chamavam atenção e sequer aconteciam.

No início do ano de 2015 eclodiu uma epidemia de dengue no município e Inácia e Neuza foram convocadas para o mutirão de combate ao vetor, junto aos agentes de endemias. No final de janeiro, com os prazos ministeriais já estourados para a finalização do cadastramento do e-SUS no sistema, a prefeitura também organiza o “Mutirão do e-SUS”, com direito a chamadas na rádio, convocando os munícipes a fazer o novo cadastro. Uma estratégia agressiva em vários sentidos, de um lado mobilizaram-se ACSs de diversas regiões para fazer um pente-fino e realizar o cadastro da população. Por outro, as ACSs foram instruídas a dizer que os munícipes que se recusassem a fazer o cadastro poderiam ter o direito de acesso à Saúde negado no município.

Por conta disso, a Unidade ficou vazia de ACSs (exceto Vanessa que permanecia na recepção e também realizava cadastros do e-SUS dos munícipes que procuravam a Unidade e ainda não tinham sido cadastrados). Essa situação se estendeu até março de 2015, quando as ACSs retornaram e também quando voltei a ir periodicamente à Unidade. Nessa passagem de 2014 para 2015, Rebeca pediu exoneração, por ter sido aprovada em um concurso, no mesmo município para um cargo específico para sua formação (Educação Física).

Nesse novo retorno, como no primeiro (quando comecei o campo de pesquisa), percebi que o clima estava diferente. O bom humor e conversas intensas e alegres, principalmente durante o café da manhã, fora silenciado. Antes, apesar do desânimo, a equipe mantinha um singular bom humor. Nesse retorno, as pessoas tomavam café da manhã solitárias e as conversas aconteceram em tom de confissão. Mesmo a presença dos munícipes na Unidade, antes intensa, havia caído. Em algumas tardes que fiquei na

Unidade, nenhum munícipe chegou até o balcão. As pessoas que passavam na Unidade para bater papo praticamente desapareceram.

Logo que comecei a tentar a me informar o que havia acontecido, foram me sendo revelados conflitos na equipe. Discussões e brigas, mesmo que pontuais, como disseram, estavam acontecendo. ACSs que tinham uma relação próxima tiveram desentendimentos. Uma pessoa da equipe estava isolada, pois havia se desentendido com todos... e outras tantas brigas⁸⁶. Se antes a equipe dizia refugiar-se da crise na boa relação que mantinha, nesse retorno, isso pareceu ruir.

No cenário político, houve reação dos trabalhadores da Saúde, principalmente dos ACSs, quanto à dureza da Gestão. Articulados pelo sindicato da cidade, os ACSs e alguns outros profissionais da Saúde entraram em greve no dia 25 de março de 2015, permanecendo paralisados por 18 dias, até que fecharam acordo com a Gestão Municipal pela correção dos salários, contratação de profissionais concursados e criação de redes de Atenção à Saúde, principalmente à Saúde Mental.

O conflito foi-me sendo desvelado aos poucos ao longo das semanas de março de 2015. Já no dia 4, havia notado o clima tenso na equipe, os murmúrios e sussurros, como já relatado. No dia 18, (...) *entre uma conversa e outra com a equipe nesta tarde, notei que há muito não se falava dos problemas dos municípios e, vez por outra, os comentários, alguns críticos, outros ofensivos, se voltavam quase que exclusivamente para a própria equipe. (Como havia notado na reunião do dia 04/03/2015). Mais uma vez, não soube me portar diante das sentenças de acusação feitas em baixo tom de voz (para ninguém ouvir). Fiquei incomodado e com medo de me comprometer sem saber. Não tinha certeza se a equipe estava dividida em lados, panelas ou polos. Vi que começavam se atacar em murmúrios e não queria tomar partido ingenuamente. Não tive clareza sobre qual a configuração desse mal-estar que percebi. Por outro lado, entendi que havia um incômodo que precisava ser expresso – e considero isso importante. A situação estava tensa.* (Diário de campo: 18/03/2015).

Nesse mesmo dia, presenciei uma cena que deu a ver o motivo do conflito. Porém, a pedido da equipe, limito-me a dizer que o conflito se deu pela sobrecarga de trabalho, especialmente daqueles que foram distribuídos aos ACSs pela falta de funcionários e pelo trabalho burocrático (com especial atenção ao e-SUS).

⁸⁶ A pedido da equipe, mantive anonimato dos conflitos. Por isso me refiro a ele apenas em linhas gerais.

Tentei algumas intervenções no dia, dialogando e suscitando outros pontos de vista sobre o conflito, na intenção de acalmar os ânimos, mas foi em vão. (...) *Saindo da sala das ACSs, passei na sala da Roberta para solicitar mais um encontro com o grupo, pensava ser boa a hora para, quem sabe, compreender o que estava acontecendo. Mas a resposta dela veio em boa dose de agressão e descrédito. Disse que eu poderia fazer a reunião, mas que ela provavelmente não estaria presente, pois já imaginava as pessoas lavando a roupa suja e ninguém resolvendo nada. Enfatizou estar farta de ficar mediando conflitos e diferenças. Perguntei, de pronto, o que na visão dela resolveria. “Reposição dos funcionários e cada um trabalhar como deve”, disse-me no mesmo tom agressivo.*

Respondi, após breve pausa: “E você sabe que isso não vai acontecer tão cedo, não é? E então?”. Ela silenciou por um momento, mas reiterou dizendo que se eu quisesse fazer a reunião ela autoriza, mas que não estará presente. (Diário de campo: 18/03/2015).

Interessante notar nesse diário que, até o final de 2014, com reuniões frequentes, combinávamos em conjunto a pertinência ou não da reunião nos dias em que ia para a Unidade. Nesse dia, talvez sensibilizado pelo conflito, fui pedir “autorização” a Roberta para a realização da reunião. Não consigo me lembrar porque fiz isso, mas arrisco uma compreensão: dada a dissolução do coletivo, apostara na liderança de Roberta para uma possível união. Essa interpretação se funda em dois momentos, no final de 2014 quando, na ausência de Roberta, a equipe ficou em dúvida se poderia se reunir ou não (uma vez que a Unidade se fecha para a reunião de equipe). Mesmo tendo autorizado previamente, a dúvida permanecia. Na situação relatada no diário, pareço ter confiado que, reunidos, talvez, algo pudesse acontecer que encaminhasse o conflito.

A resposta de Roberta expressa seu descrédito numa possível resolutividade das reuniões e evoca o dever pelo trabalho, tanto da Gestão quanto da equipe, como meio de resolução do conflito. Assim, reitera o possível motivo do conflito: trabalhar como se deve.

A minha resposta ao seu posicionamento traz à tona a toada dos acontecimentos, ou seja, a paulatina perda de sentido do trabalho e, em decorrência disso, do gosto pelo trabalho, bem como a mudança na relação com a Gestão Municipal, o que tornava sua esperança (contratação e dever pelo trabalho) efêmera, quase utópica. Em resposta, Roberta autoriza a reunião, mas “pula fora”.

No dia 24 de março, tentei em vão contato com Roberta para conversar mais sobre nossa rápida conversa da semana anterior. Com a greve anunciada, a Unidade ficaria quase vazia, mas, apesar disso, resolvi ir à Unidade no dia 24 e 25 de março.

Nesses dois dias, com os ânimos um pouco mais calmos, consegui conversar com quase toda a equipe, um de cada vez, pois só assim era possível. Consegui ter um panorama de como entendiam o “estado das coisas” na Unidade, no município e, conseqüentemente, no trabalho. *Agora, olhando para tudo o que tem acontecido e para como se tem lidado com esses acontecimentos, fica claro para mim que estavam cansados, exaustos e sem esperanças. Acho que percebemos já fora anunciado que a ajuda não vem, de lugar nenhum...* (Diário de campo: 25/03/2015).

Diante dessa “morte anunciada” que (talvez) fundamentou o des-espero da equipe, contatei uma maneira de lidar com a situação: “Eu nem quero saber! Estou torcendo para sair minha transferência para o posto perto de casa”, *disse Andréia. Gabriela estava torcendo para ser aprovada em concurso que prestou para atuar em sua outra formação (Bacharel em Direito). Fernanda me confirmara sua já antiga pretensão de deixar de ser ACS para trabalhar com outras coisas, mesmo que não seja como psicóloga. O jeito como estavam encontrando para lidar com a tensão era olhar e sonhar para a esperança que estava para além dos muros?* (Diário de campo: 25/03/2015).

Mais tarde soube que Roberta, Neuza e Andréia tinham oficializado o pedido de transferência para outras Unidades e que aguardavam a anuência da Secretaria. Não sei se por causa ou coincidência, mas nesses dias a população também não apareceu e por um bom tempo *não ouvi falar da vida do bairro na unidade.* (Diário de campo: 25/03/2015).

No final desse (longo) dia, Vanessa expressou, também em particular, que sentia o momento de retomar as reuniões, voltar a discutir casos, sair para as ruas, enfim, tentar reanimar (ou reviver) a equipe e o trabalho. Disse lamentar todo o conflito, mas preferiu lutar pela “melhora” da equipe... *curioso é que, até onde eu sei, ela é a única que não quer sair dali.*

Nesse dia, duas coisas em especial me chamaram a atenção: a primeira delas é a predominância das conversas individuais (a dissolução do grupo?), em que todos da equipe me revelaram suas perspectivas do conflito “em segredo”. A impossibilidade e a recusa por encontros grupais, demarcam a falência do grupo? Sobre isso, anotei no diário:

Vejo a esperança se esvair. Estava cada um por si. O trabalho coletivo ou o trabalho com a comunidade que ali acontecia desapareceu e virou pó. Lembro-me de uma discussão da disciplina da Prof^a Ianni [Scarcelli]⁸⁷, que dizia que, às vezes, a dissolução do grupo é uma forma de enfrentamento da crise vivida pelo próprio grupo. Esperança? (Anotação de diário de campo: 25/03/2015).

A segunda foi a fidelidade de Vanessa, por meio da qual comecei a atentar e a participar do modo como Vanessa compreende e organiza seu trabalho na recepção, o que culminou no preâmbulo da entrevista (vide capítulo II e “Modos de cuidar”, neste capítulo).

Na semana seguinte, no dia 1º de abril, havia combinado de entrevistar Vanessa, mas o tumulto causado pela suspeita de HIV de uma munícipe muito querida por todos tomou todo o espaço e os ânimos do dia. Tendo o resultado negativo, Fernanda, Roberta e Vanessa, que estavam mais envolvidas diretamente, respiraram aliviadas.

Por algumas vezes, nesse dia, enquanto aguardávamos a munícipe chegar para fazer o teste rápido, Fernanda e Vanessa solicitaram minhas habilidades como psicólogo para “acalmar” a munícipe e as pessoas envolvidas, caso o resultado fosse positivo. Sem saber muito o que fazer, decidi explicitar que o vínculo e a preocupação que tinham com a munícipe seria o mais eficiente calmante – o que concordaram. Colocando-me à par da situação, Roberta contou sobre “mais essa” atribuição da Unidade: realizar teste rápido de HIV e sífilis, acolher e orientar os possíveis resultados positivos em ambulatório especializado.

Então, Roberta me narrou que, na semana anterior (última semana de março de 2015), havia acolhido e notificado um resultado positivo de HIV, o que levou o munícipe a tentar suicídio e provocou grande fúria da família “*que deu barraco na recepção*”. Concluiu com um relato sobre como ela tem deixado a desejar por conta da sobrecarga e de todo o trabalho (burocrático) atrasado. *Diante da insuficiência de seu trabalho (e da unidade, pois Roberta falava por todos), questionei o que ela poderia ter feito ou o que ela via que deixou a desejar.*

Em resposta, ela descreveu suas atribuições, dando a entender que não conseguia administrar a unidade e coordenar os trabalhos em saúde ao mesmo tempo. Sustentou sua posição de que o certo era dispor de duas Enfermeiras, sendo uma gestora e outra

⁸⁷ Disciplina “Psicologia Social e Políticas Públicas de Saúde”, oferecida pela Prof^a. Dra. Ianni R. Scarcelli no Departamento de Psicologia Social e do Trabalho (PST) do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, que cursei no primeiro semestre de 2013.

responsável pela equipe de enfermagem e ações em saúde. Disse mais uma vez que se sentia falha como líder da equipe e que isso que aconteceu com esse munícipe só ressaltou ainda mais essa falha.

Assim, expôs mais uma vez o seu incômodo, mas agora enfatizou o agravo. “Que agravo?”, disse dos desentendimentos e das tensões. [Roberta] via que todos estavam sobrecarregados e [disse que] não sabia mais o que fazer. Completei... “E também não vê esperança de melhora!”.

O tom da conversa ficou grave... Mais um pedido: “se você puder fazer alguma coisa, eu dou carta branca”. Roberta me disse que já não sabia mesmo o que fazer e toda proposta estava soando como ameaça e reclamação. Partilhei a preocupação.

Roberta disse que talvez a equipe precisasse de um espaço para decidir e se posicionar para tentar “sair dessa crise”, um espaço sem ela, para que se sentissem mais livres para propor e fazer algo para melhorar.

Retomei, mais uma vez: Mas você vê possibilidades?

“Eu não! Mas quem sabe alguém faz algo ou decidimos juntos que realmente não há nada a fazer”, disse pensativa. Fiquei também pensativo sobre a proposta... Mas disse que iria propor. (Diário de campo: 01/04/2015).

Como narra o diário, passado (um pouco) o furor do conflito, a situação e a preocupação com a munícipe parecem ter trazido a questão do cuidado de volta à pauta da equipe (ao menos para Fernanda, Vanessa e Roberta). O clima (um pouco mais) amistoso que se instalou, possibilitou a conversa sobre os limites do trabalho, o que fez ressurgir a questão da sobrecarga de trabalho em detrimento do cuidado, que, nesse dia, apareceram tematizados na perspectiva de Roberta de a Unidade funcionar com duas enfermeiras. Essa perspectiva indica tanto o desejo pelo alívio da carga de trabalho, na ideia de “dividir o fardo”, quanto a dualidade entre trabalho administrativo-burocrático e cuidado.

Essa abertura de Roberta para conversar comigo novamente parece ter se dado pela gravidade da “falha” na atenção dada ao munícipe que descobrira ser portador do vírus HIV e na aflição do possível resultado positivo da munícipe querida. Nesse ensejo, Roberta reconhece a sobrecarga de todos e a vincula aos desentendimentos e tensões da equipe, bem como à dissolução do coletivo da Unidade.

Estaria Roberta reconhecendo que a sobrecarga da equipe também poderia ter consequências desastrosas para a população? A toada da história sugere que sim, pois

desde a intensificação do trabalho burocrático e a decorrente tensão, as histórias de cuidado desapareceram dos corredores e do café da manhã da Unidade.

Então mais um pedido se materializa direta e explicitamente: *“se você puder fazer alguma coisa, eu dou carta branca”*. Ainda descrente com esse pedido, pareço considerar que Roberta ou faz mea-culpa ou delega a mim a lida com a “crise” da equipe, ou ambos. Quando, em resposta, indago sobre sua perspectiva e esperança, talvez para ter certeza da “encomenda”, ela responde pensativa, dando a ver uma possibilidade de reconstrução do grupo: *“Mas quem sabe alguém faz algo ou decidimos juntos que realmente não há nada a fazer”*.

Ou alguém faz algo, quer dizer, talvez esperando alguma ideia ou invenção oriunda do grupo ou de qualquer outro lugar, assumida e conduzida por alguém em socorro; ou o próprio grupo decidiria o desfecho da crise. De um jeito ou de outro, sairiam da crise, pois em ambas as possibilidades as certezas estariam postas: Ou a do caminho a seguir ou a da imobilidade, já que não há nada a se fazer. Existiriam outros caminhos?

De fato, tentei sem sucesso reunir a equipe na ausência de Roberta, mas o máximo que consegui foram algumas conversas aos pares. Essas tentativas foram acompanhando alguns afastamentos da equipe. Roberta mesmo se afastara em licença-prêmio e depois em licença-saúde, pois adoecera ao retornar.

Neuza fora contemplada com a transferência e deixou a Unidade. Depois, Gabriela. Então Silvana. A equipe que, na primeira visita, contava com 13 pessoas, agora estava com seis, sendo que uma, a coordenadora, estava afastada. O trabalho parou. Completamente, parou. Não fizeram visitas, tampouco as atividades do e-SUS. Os esforços se concentraram nos atendimentos médicos que, em sua maioria, aconteciam na parte da manhã. Pareceu-me que a equipe estava optando pelo “não há nada o que fazer”.

Nesse ínterim, intensifiquei meus estudos a fim de escrever para o exame de qualificação. Ao fazê-lo, surgiu uma interessante ideia: devolver para a equipe, especialmente aos Agentes, o que relatara em meus diários. Primeiramente essa ideia teve origem no pavor que senti de ter cometido equívocos de leitura, uma vez que grande parte da tese então projetada teria como pano de fundo o trabalho deles. A banca de qualificação⁸⁸, confirmou essa suposição e ofereceu outro caminho: devolver os diários para interpretar com eles o seu sentido e significado.

⁸⁸ Fizeram parte da banca de qualificação a Prof^a. Dra. Barbara Eleonora Bezerra Cabral (UNIVASF) e a Prof^a. Dra. Yara Maria de Carvalho (EEFE-USP). Banca realizada no dia 5 de setembro de 2015.

Os meses de setembro e outubro foram dedicados a organizar, digitar e sistematizar o diário de campo a fim de selecionar aqueles que seriam, em meu entendimento, mais interessantes para iniciar essas devolutivas. Queria encontrar os registros que mostrassem o modo como a Unidade era antes da crise a fim de, pelas diferenças, rever o caminho até aquele momento⁸⁹. Nesse vai e vem de meus registros de pesquisa me deparei com as transcrições das entrevistas de Inácia e Fernanda, feitas em maio e agosto de 2013, respectivamente. Decidi, então, iniciar com uma nova devolutiva das entrevistas às ACSs, a fim de fazer sentir, pela própria voz capturada na transcrição, o passado e o presente.

⁸⁹ No mesmo sentido de “ir para trás como modo autêntico de ir adiante”, de Gendlin (1978-79), também presente em Morato (2009). Isto é, a retomada do passado é uma maneira de se compreender o modo como tacitamente compreendemos todas as coisas e projetamos o futuro, num movimento de sentido. Nesse vai e vem para ir adiante é como acontece, segundo Morato (2009), a apropriação do sentido da experiência ou, como ela nomeou, uma aprendizagem significativa.

Um caminho possível

Apesar de ser meu aniversário (04/11/2015), e estar prestes a receber visitas em minha casa, decidi ir ao campo, pois queria entregar a transcrição de Inácia e Fernanda, para dar início à retomada da história delas na equipe.

Logo que entrei na Unidade, fui recebido por Inácia com alegria: “*Pedro! Que surpresa boa! Estava pensando em você. Quase que te ligo nessa semana!*”, “*É mesmo? E por que não ligou?*”, respondi me ajeitando para a conversa que viria. “*É que nessa semana eu me senti uma verdadeira Agente de Saúde*”, explicou Inácia.

Então Inácia contou sobre sua longa luta para acompanhar e prestar cuidado a um garoto que havia se acidentado (fratura de fêmur) e precisava de cuidados intensos. Tudo começou quando ela e a enfermeira foram em uma visita à família do garoto para refazer os curativos, passar orientações, marcar consultas etc.

Inácia foi enfática ao descrever a precariedade como as pessoas ali viviam junto ao garoto e outras crianças. Espaço apertado, sujo, com lixo e restos de comida amontoados, abafado, com mal cheiro. E, nisso tudo, o garoto queixava-se de dores, não à toa, contou Inácia, pois não estava sendo medicado nem cuidado: “antibiótico, analgésico, anti-inflamatório, banho, nada! Não sei como ele estava aguentando”.

Nesta visita, contou Inácia, depois de se recuperar do choque da primeira impressão, ela e a enfermeira agendaram uma visita da médica da unidade, bem como orientaram a família sobre as condições de higiene, a medicação necessária para que não houvesse agravos à saúde do garoto. Também, Inácia encarregou-se de entrar em contato com o Serviço Social da cidade para que alguma outra intervenção fosse realizada, uma vez que muito do modo como a família vivia era justificado com falta de dinheiro, emprego etc. (Diário de campo: 04/11/2015).

Inácia concluiu dizendo que fazia questão de acompanhar a médica e a assistente social na visita, pois estava preocupada com o garoto. Aproveitando esse ensejo, saudei Inácia por ter revivido seu espírito de ACS e comentei que a situação parecia propícia para lhe entregar (...) a transcrição da entrevista que me dera em meados de 2013 e perguntar se ela se lembrava do conteúdo daquela entrevista. Com sua negativa, eu disse que na entrevista ela se mostrava muito parecida com a Inácia que se sente uma verdadeira Agente de Saúde. Ela pegou o manuscrito, folheou, respirou fundo e disse “Nossa! Foi em 2013! Quanta coisa mudou de lá para cá”.

Sugeri que uma conversa sobre a entrevista seria interessante, principalmente agora que ela havia se re-encontrado como Agente de Saúde. “Sim! Acho que estou precisando... quer conversar agora? Quero ler com carinho antes, pode ser?”.

Na semana seguinte, em 11 de novembro, data marcada para nossa conversa sobre a entrevista, encontrei com Inácia que logo me deu um novo capítulo da história do garoto: *Tentou fazer o contato telefônico naquele mesmo dia [04/11] e só com muito custo conseguiu falar com uma Assistente Social (AS). Marcaram de fazer uma visita juntas para a família e depois Inácia passaria mais detalhes sobre a condição do garoto e da família. Mas a AS não apareceu e Inácia fez a visita sozinha. “Quando eu vi que ninguém tinha feito nada naquela casa... foi difícil” [pelo que entendi, em 05/11], enfatizou. E o garoto continuava com dor e também se queixava de fome.*

Inácia disse ter seguido para conseguir repassar as orientações à família e explicar mais uma vez a gravidade da situação e o risco de agravos que ali pairava. Contou que no mesmo dia da visita, já de volta à unidade, Inácia tentou mais uma vez contato com a AS, mas só conseguiu um retorno no dia seguinte [06/11], depois de muito custo, espera e longas ligações.

Só na semana seguinte [09/11], uma AS começou a acompanhar a família, mas a situação se agravou, pois, a família insistiu em continuar a cuidar do garoto do modo como já fazia. Vibrante, Inácia contou que, temendo mais agravos ao garoto, começou uma “verdadeira campanha” para que ele fosse novamente internado e ficasse sob cuidado hospitalar até que saísse de risco. E foi mais briga: “Quando me vi, estava gritando lá no hospital porque não queriam aceitar o garoto”, disse Inácia ainda vibrante.

A ACS concluiu dizendo que o garoto foi internado e que o acompanhamento da família continuou, pois, outras crianças viviam na casa e corriam riscos.

“Ali eu me senti Agente de Saúde de verdade. Viva!”, proferiu Inácia empolgada e completou dizendo que é isso que ela mais gostava no trabalho, não do modo como tem sido (apontou para uma pilha de formulários preenchidos do e-SUS que estava aguardando ser revisada e digitada no sistema).

Com a transcrição em mãos, (...) toda rabiscada e anotada no rodapé, Inácia me interpelou: *“Nossa! Como é estranho ler uma transcrição e se reconhecer nela depois de tanto tempo”⁹⁰. Inácia iniciou a conversa esclarecendo alguns pontos e passagens de sua história, mostrando detalhes que ficaram subentendidos no seu relato. Depois comentou*

⁹⁰ Havia gravado a conversa de devolutiva, porém, por uma falha fatal no gravador, perdi o arquivo. Então registrei a devolutiva em forma de diário e mostrei para Inácia, a fim de conseguir sua anuência.

uma a uma as histórias que me contou na entrevista, das pessoas que ajudou, das que não ajudou e sofreu. Ao contar, Inácia falava alto e gesticulava como quem revê imagens não mais vistas há um bom tempo, com palavras da memória. Concluiu dizendo que já viveu muita coisa e que tem pensado muito em uma questão que lhe fiz há algum tempo sobre a possível impossibilidade de o PSF ajudar todo mundo. “Não me lembro, juro, de ter feito esta questão a ela. Enfim”.

Então Inácia disse: “Estou aprendendo isso agora, como no meu TCC: há sofrimentos que são inevitáveis”. E fez silêncio. “Mas e esse garoto que você ajudou?”, respondi ao seu silêncio.

Mais silêncio.

Então contei-lhe a história do rapaz que jogava estrelas-do-mar de volta ao mar para tentar salvá-las. Mas que, depois de ser interpelado por um passante que afirmou a inutilidade de sua empreitada, pois não conseguiria salvar todas as estrelas da praia, tampouco teria garantia de salvar as que estava devolvendo ao mar, disse: “Ao menos essas eu tentei salvar”.

Inácia, com os olhos cheios de lágrimas, disse: “acho que eu estava precisando disso”. (Devolutiva com Inácia: 11/11/2015).

Iniciando uma possível compreensão desse encontro pelo fim, isto é, afinal o que dizem as lágrimas de Inácia? Mais especificamente o que ela disse estar precisando? O diário conta que, talvez por um advento do acaso, o garoto se acidentou e necessitou de cuidados intensos de Inácia, que tem um “quê” com crianças e animais, como ela mesma diz. Na atenção a esse garoto e sua família, ela revive seu modo de ser ACS e sua empolgação parece fazer desaparecer o desânimo, passando a se sentir “uma verdadeira ACS”. Além disso, o modo vibrante e empolgado como Inácia fala do caso, expresso no diário, confirma esse reencontro.

Aproveitando o momento oportuno, entrego-lhe a transcrição. O esquecimento de Inácia parece anunciar que esse encontro com o passado, capturado na entrevista, teria um gosto de rememoração, afinal “muita coisa mudou de lá para cá”. Inácia anuncia, então, pela primeira vez no diário, a sua necessidade (de se reencontrar com o passado? Consigo mesma como ACS?).

Na semana seguinte, Inácia conta radiante o caso e todos os desdobramentos, as parcerias e até um “barraco” que deu no hospital em defesa do bem-estar do menino acidentado. Este momento da narrativa sustenta a demarcação da quebra entre passado e

presente: o que gostava e o modo como tem sido, isto é, quando tomava a frente no cuidado aos municípios e as atividades burocráticas como do e-SUS. Essa comparação também parece demarcar o que ela gosta de fazer e o contrário.

Entrando na tarefa da devolutiva, as anotações e grifos na transcrição anunciam a prometida “leitura com carinho”. Então, mais uma evidência da quebra com o passado, ao recontar os causos, um a um. Afinal, para Inácia, foi estranho “se ler e se reconhecer depois de tanto tempo”. Na conclusão da tarefa, como uma espécie de síntese, Inácia diz ter pensado sobre a inevitabilidade do sofrimento e na sua impossibilidade de, em alguns casos, ajudar. Estaria ela falando do garoto acidentado? O silêncio que sucede sua fala pode indicar que não só tem pensado, mas, talvez, esteja sentindo a impossibilidade.

Quando lhe ofereço a parábola com a mesma temática, mas com um ensinamento (todos não podemos ajudar, mas alguns, sim), Inácia se comove e afirma: “acho que estava precisando disso”. Teria o choro de Inácia relação com a história da equipe e, por consequência, a sua própria história? Ao oferecer a parábola, tive a intenção de reconhecer o modo de Inácia ser ACS expresso na entrevista: aquela que ajuda as estrelas do mar. Foi isso que ela entendeu?

A devolutiva com Fernanda só foi possível no dia 30 de novembro de 2015. Antes de iniciarmos a conversa, Fernanda disse ter gostado de “se ler” novamente e que ficou chateada, pois a transcrição lhe mostrara que desde 2013 nutria planos de deixar o trabalho de ACS e dedicar-se ao trabalho como psicóloga. Plano que até o momento carrega consigo.

“Eu, lendo aqui a entrevista, eu vejo que realmente o ACS perdeu a identidade”, iniciou Fernanda, já na entrevista de devolutiva⁹¹. *“Quer dizer assim, a gente não faz mais tudo isso que a gente fazia, né? As visitas, há muito tempo a gente não faz. Hoje a gente trabalha só dentro do posto”,* esclareceu.

Entrando um pouco mais na conversa sobre a perda de identidade e de como se sentia em relação a isso, Fernanda disse:

(...) como eu falo aqui (na entrevista), porque o que era legal era visitar, era você ver as visitas, acompanhar as famílias, estar próximo. Hoje eu vejo assim que o Agente de Saúde virou tapa buraco na prefeitura, não é? Aonde... por exemplo, precisou do e-SUS? Vamos chamar os Agentes para fazer o e-SUS. Precisa de gente para trabalhar na Endemias? Chama os Agentes. Está faltando funcionário no administrativo? Chama os Agentes. Então, eu vejo que perdeu a

⁹¹ Tal entrevista sim, gravada, transcrita e devolvida.

identidade neste sentido. Visita mesmo, eu não faço mais. Tem muito tempo que ninguém aqui faz visitas. Aquela visita específica mesmo, de todo mês ir lá visitar a família, a gente não faz mais.

Detalhou que até fazem visitas “*assim, quando é caso de emergência, como o Matheus⁹²*”. Folheando a transcrição, ela mostrou, ao falar das puérperas, que “*quando nascia uma criança a gente ia na casa visitar, ver se precisava de orientação, ver como estão as coisas. Até isso parou. Tem criança que nasceu aqui [no território] que a gente foi ficar sabendo quando estava com seis meses*”.

Ressaltou novamente que não mais faziam essas visitas às puérperas, dado o desfalque da equipe, mas

(...) agora com esse caso do Zika, essa doença que está vindo pelo Aedes Aegypti, eles estão exigindo... Exigindo assim, na última reunião, eles falaram com a gente que agora, para toda criança que nascer, a gente tem que fazer visita. Para orientar a mãe, para ver como a criança nasceu. Se a criança nasceu com o tamanho normal da cabeça. Mas isso por causa emergencial, por conta da microcefalia⁹³. Mas, nada mais além disso. E eu nem sei se vai dar, porque agora com esse negócio de digitar o e-SUS também. Porque agora, eu não sei se comentaram com você, a gente voltou com o e-SUS. A gente agora tem que digitar o e-SUS, lançar as coisas no e-SUS. Porque a prefeitura está correndo atrás e mais uma vez sobrou para a gente. E a reclamação que, pelo menos da minha parte, que eu vejo é que a prefeitura só vai colocando mais serviço, mais serviço, mais serviço. Só que contratar mais funcionário não contrata. Só vai jogando serviço. E sempre para o ACS.

Reforçou assim, o sentido de ser tapa-buraco, isto é, quer seja na convocação emergencial de combate e levantamento de casos de microcefalia associada ao Zika vírus, quer seja nas já mencionadas tarefas burocráticas do e-SUS, quem assume é o ACS. Concluiu dizendo que, apesar das mudanças desde a época da entrevista, “*em questão de como eu gosto do trabalho em si, continua a mesma coisa, Pedro. Eu gostava do que eu fazia. Eu falo fazia, porque eu não faço mais*”.

Então recontou a “*decadência*” tanto da equipe quanto do trabalho do ACS que, segundo Fernanda, tudo aconteceu porque “*foi diminuindo o trabalho específico do*

⁹² Matheus é o nome (fictício) do garoto que se acidentou e que estava sendo acompanhado por Inácia.

⁹³ Em 28/11/2015 o Ministério da Saúde anunciou oficialmente a relação entre o aumento de casos de microcefalia e a epidemia de Zika (vírus transmitido pelo mosquito *Aedes Aegypti*). Diante desse anúncio, muitas localidades começaram esforços para detectar e contabilizar a incidência de microcefalia em bebês recém-nascidos. (Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/21014-ministerio-da-saude-confirma-relacao-entre-virus-zika-e-microcefalia>>. Acesso em: 13 de jan. 2017).

Agente, mas o serviço do posto foi aumentando cada vez mais”, e explicou que, antes, mesmo com a saída do Diogo e, depois, da Rebeca, “a gente ainda revezava, se fulano e fulano iam para a rua, então fulano ajudava no posto. Um ia fazer o e-SUS, o outro fazia visita. Agora não tem como. Se eu sair e deixar a Inácia com a Vanessa aqui, já não dá conta do tanto de trabalho”.

Fernanda contou que, com os afastamentos sucessivos de Roberta, a saída de Neuza, de Gabriela e de Silvana, “*sobra muito trabalho aqui [no posto] para os ACSs*”.

Então, diante da sobrecarga, Fernanda retornou ao assunto, já presente na entrevista, de sua vontade de sair, mas de outro jeito.

Eu gosto do que eu fazia, mas eu estou numa fase agora que eu quero sair. Não desse jeito que falei na entrevista. Sentir saudade eu já sinto, desse trabalho que eu conto aqui (na entrevista), eu já sinto, porque não faço mais. Eu falo novamente, eu aprendi muito aqui. Eu acho que... vamos retomar aqui [folheando a transcrição]. Aqui! Vamos dizer assim: posso até sentir saudade de tudo, do pessoal, do clima do serviço, porque a gente sempre teve um clima bom aqui, apesar do arranca-rabo. Eu quero sair porque chegou num ponto, realmente, da parte lá de cima mesmo, né? Da parte da gestão municipal, que não dá valor para a gente, que vai cansando, que só vai jogando serviço e a gente não é valorizado. Então, isso vai desanimando e isso (vontade de sair) cresceu mais por causa disso. Porque o que me cansa nisso tudo, do jeito que é o Agente de Saúde aqui, é sem o reconhecimento eles jogam a gente para tudo quanto é lugar. Porque, o que eu percebo, Pedro, na minha opinião é que, infelizmente, eles não dão valor para o trabalho do Agente. Porque sempre acontece assim: eles, qualquer coisa, mandam a gente parar o que estamos fazendo para fazer o que eles querem. Isso quer dizer o quê? Que para eles nosso trabalho não é importante. É isso.

Como exemplo recente (à época da devolutiva), Fernanda contou:

Por exemplo, a última reunião que a gente teve sobre o Zika e dengue já me desanimou, porque a pessoa que deu a palestra, nossa, uma arrogância e chegou lá na frente já dizendo: “Porque, viu Agentes, se a gente precisar, vocês vão para o arrastão sim! Vocês vão fazer isso porque é obrigação sua”, entendeu? Aquela arrogância, como falando: vocês têm que ir aonde a gente mandar. Eu saí daquela reunião com essa sensação de que eles não estão nem aí. Ou a gente faz o que eles mandam ou a gente pede para sair. Então, eu saí de lá bem “p” da vida. Isso me desanimou.

Explorando mais o modo como ela via a relação com a Gestão, ela disse: “*E eu percebo assim, em relação à gestão, que eles fingem que está tudo bem*”. Sendo mais explícita, “*É assim: faz de conta que eles estão fazendo as visitas certinho e vamos*

continuar. Porque eles sabem que a gente não está mais fazendo visitas, que a gente não está conseguindo fazer o nosso trabalho porque está com pouco Agente”. E concluiu sendo bem enfática: “Eu percebo isso, é uma crítica minha. Está na cara, para mim, que eles não fazem tanta questão do nosso trabalho”. Justificando sua conclusão, Fernanda deu um exemplo:

Por exemplo, o relatório de VD [Visita Domiciliar] não tem mais, porque as visitas não estão sendo feitas. Mas, enfim, a quantidade de visitas tem que ser feita, porque é lá de cima (MS). Eu não estou atingindo essa quantidade porque não estou fazendo e eu coloco lá. Mas, também, ninguém está cobrando essa meta não. A gente não está fazendo e eles não estão cobrando. É por isso que eu vejo que já lavaram as mãos. É bem isso, ninguém faz e ninguém cobra. É isso que eu falei, o serviço, para eles, não é importante.

Em tom desconfiado, quase acusatório, Fernanda questionou: “Agora, o que é que eles estão mandando lá para o Ministério [da Saúde]? Isso eu não sei. Eu só sei que a gente aqui não manda relatório e vai continuando desse jeito”.

E concluiu essa temática da entrevista retornando ao início: “É essa crise que eu tenho, como eu disse, eu acho que perdeu a identidade do trabalho. Eu não me considero mais como uma Agente Comunitária de Saúde aqui dentro. Eu não sei o que eu sou aqui dentro”.

Então Fernanda folhou mais algumas páginas da entrevista, comentou brevemente sobre algumas pessoas nela citadas, como a Gislaine e aquela mãe adolescente por quem nutriu grande afeto. Essa deixa trouxe à tona a questão do elo com a comunidade.

Isso acabou! Acabou! Agora eu encontro essas pessoas na rua e elas perguntam: “Nossa! Vocês não fazem mais visita não?”. Mas diz para mim, fazer visita que jeito? E saiba que eu falo. Dependendo de quem é a pessoa... se é alguém que eu já tenho mais contato, eu falo: “Fazer visita que jeito? A gente está desfalcado”. E a própria população já sabe. Então, esse vínculo mais próximo, esse vínculo aí, perdeu. Esse vínculo se perdeu. Hoje, assim, é mais um “oi” quando você passa, cumprimenta, a pessoa te reconhece. Faz tanto tempo que eu não passo na casa das pessoas, que algumas pessoas me veem na rua e perguntam se eu estou trabalhando no posto ainda. “Porque eu não te vi mais na rua”.

Fernanda observou em seguida: “olha aqui, na maior parte da entrevista, eu falo de ser o vínculo. Porque é isso que eu gostava, de visitar, de entrar nas casas e conversar com as pessoas. Eu gostava disso que eu não faço mais”. Então, apontou para uma parte

da entrevista e comentou *“Como eu vou falando aqui, vê? ‘Trabalhar além da saúde’, a escuta, a amizade com a população, estar sempre...”*, falou enquanto foleava a transcrição. *“E acho que até criticam a gente aí fora, porque, né? Sumiram daqui, não apareceram mais, não devem estar nem aí. Chega até a ser mancada. Mas só quem está aqui dentro sabe da realidade que está aqui”*.

Então aproximou a desvalorização e as cobranças da gestão, as perdas, a vontade de sair e o gosto pelo que perdera.

A gestão cobra, cobra e cobra, mas ninguém vem aqui passar um dia para saber como é que é. E ninguém nunca veio mesmo. Eles só sabem cobrar. Eles não sabem da rotina, do quanto é corrido, do quanto é complicado fazer tudo o que eles mandam, do tanto de gente que entra e sai daqui. Isso só daqui do posto, você imagina na rua. Mas eles continuam, quer dizer, enquanto a gente está “dando conta”, por que contratar mais? Assim, dando conta... o trabalho do Agente em si, não. Mas do serviço de dentro do posto, desses que a prefeitura pede para a gente, a gente dá. É ordem, a gente tem que dar (conta). Do nosso serviço de ACS, do que era para ser, não estamos dando conta. O que era para ser, não é mais. Aí é isso, a saudade, munícipe que nunca mais viu. Isso não volta mais. Por isso que eu acho que já deu.

Então fomos interrompidos: *“Olha! Que visita boa! Não sabia que você vinha hoje”*, saudou-me Inácia. Então Fernanda a convidou para participar, dizendo sobre o que estávamos discutindo: *“eu estava falando para o Pedro que a gente perdeu as coisas do Agente de Saúde, né Inácia? Há muito tempo. Nossa profissão já perdeu a identidade”*.

Perdeu porque, que nem eu falei para ele, agora, olha aí [apontando para a pilha de formulários do e-SUS para ser digitada no sistema]. Perdeu também, como no caso do Matheus, por exemplo. Agora, eu ia lá hoje, antes de almoçar, para ver como é que ele está. Mas também, se eu chegar lá e ver ele morrendo, também não vai adiantar nada porque falta vontade de alguém fazer alguma coisa. É complicado. Não adianta nada! Ninguém faz nada! Você recorre a um, recorre a outro. (Inácia).

Fernanda completou dizendo que *“Ninguém liga. Ninguém leva para frente. Você liga na prefeitura fala do problema do menino, explica que é urgente e eles falam: ‘já vou ver, bem’, e ninguém vê nada”*. *“Nem responder e-mail o povo responde. Será que a AS respondeu o último e-mail que a gente mandou?”*, completou e perguntou Inácia. Tendo a resposta negativa de Fernanda, Inácia continuou:

Mas, está assim: a situação toda piorou. Piorou porque aumentou mais uma criança lá. A filha que é casada e mora fora de lá tem uma bebê recém-nascida e o menino mais velho fica na creche o dia todo. Só que a bebê recém-nascida tem que ficar o tempo todo com a mãe, e não tem condições de ficar lá por causa da sujeira, da imundice. Para o menino menor, de três anos, irmão do Matheus, já era ruim, imagine agora com a bebê recém-nascida? Então, a coisa está lá que eu nem sei. Você chega lá e a mulher está vivendo num mundo de irrealidade. Para ela está tudo bem, está tudo perfeito. Ela fala que o Matheus come que nem um leão, só que quando eu vou embora, à tarde, eu passo lá em frente da casa e ele está sempre lá sentado na cama dele, olhando pela janela. E ela fala que está andando, que ele está tomando banho sozinho, que está brincando. Só que toda vez que eu passo lá, não importa a hora, ele está lá sentado na cama olhando pela janela. O menino tem algum problema difícil, ele não fala direito as coisas. Ele sofreu dor quando ele saiu do hospital, só que ele não sabe expressar o que ele está sentindo, é essa que é a verdade. Já pensou você suportar dia após dia a dor cirúrgica? Mas eu cansei de falar. A AS foi lá e pos pressão, jogou um monte de coisa fora, ameaçou, mas nunca mais voltou. Do que adianta? Eu que tive que ir lá [na casa] e ficar ligando [na Secretaria de Promoção Social], que você já sabe a história. Está tudo do mesmo jeito. Como é que você faz? É muito complicado. (Inácia).

Então Fernanda completou: *“E na prefeitura ninguém responde nem e-mail sobre o caso, mas ficam jogando o menino de um lado para outro. Ninguém quer cuidar do caso. Mas é aquilo que você estava falando para mim. Tem gente que não tem como ajudar”*. Inácia concordou, mas enfatizou seu pesar, por serem crianças.

Nossa conversa foi interrompida pelo fechamento da Unidade. Na saída, Roberta reuniu a equipe e disse que recebera ordens da Secretaria para parar a digitação do e-SUS, pois o sistema iria mudar e perderiam os dados já digitados. Inácia e Fernanda, furiosas com a notícia, dizem em uníssono: *“Você vê! Eles não estão nem aí para a gente”*.

Assim como na devolutiva com Inácia, Fernanda parece utilizar da transcrição para reconstituir a sua história e a da Unidade, dando ênfase às perdas. Apesar do gosto pelo trabalho na comunidade (as visitas, a conversa, o vínculo etc.), Fernanda pensa, depois de tudo o que viveu, em sair. Mas esse desejo de sair aparece de forma diferente, não só como um importante período de aprendizagem, como declarara na entrevista, mas também por já estar farta de tamanha desvalorização do seu trabalho pela Gestão Municipal.

Curioso notar que, para Inácia, a melhor parte do trabalho é ajudar as pessoas e, para Fernanda, é o contato constante e os bate-papos com a população. Teria a devolutiva da transcrição, nesse momento, contribuído para o reconhecimento do modo-de-ser de cada uma delas? Ao se reencontrarem com sua história na transcrição e, com isso,

revisitando o lapso temporal entre a entrevista e o momento dessa devolutiva, elas estariam se reencontrando como ACSs, cada uma ao seu modo?

A participação de Inácia, ao final da devolutiva, contribui para destacar ainda mais a especificidade de seu modo de ser, como aquela ACS que tenta ajudar, vai atrás do que precisa ser feito. Porém, a dificuldade da história acompanhada, sobre a qual “ninguém faz nada”, fez apagar a vibração do reencontro de Inácia com seu “sentir uma verdadeira ACS”. Também, a última fala de Fernanda mostra que a temática da impossibilidade de ajudar algumas pessoas era agora assunto comum.

No dia 10 de dezembro de 2015 fiz também uma nova devolutiva com Vanessa. Como a diferença temporal entre a entrevista e essa devolutiva não era tão grande (quase nove meses), a devolutiva foi curta, pois em vários momentos Vanessa se remeteu à primeira devolutiva da transcrição⁹⁴ (logo após a entrevista). Apesar disso, Vanessa reafirmou que foi legal “se ler” novamente.

“*Então, o que mudou?*”, iniciou Vanessa ao explicar que poderíamos conversar sobre as mudanças entre a primeira devolutiva e essa. “*Mudou que eu acho agora que o ACS tem sim uma importância. Ele tem a informação que, vamos ver, a médica não tem. Você entende?*”, continuou Vanessa afirmando a importância da informação, tal como entende, do ACS no cuidado aos munícipes. “*Porque eu vejo que a Dra. se preocupa, trabalha, mas não é a mesma preocupação que a gente aqui tem. A gente conhece eles Pedro. Isso é diferente*”. Ela explicou a diferença retomando um exemplo:

Que nem aquele moço que veio aqui, lembra? Aquele que a gente até conversou, o pai da Rahyane⁹⁵. Se eu não conhecesse a menina, a mãe, a avó, a tia, aquele moço tinha quebrado tudo lá dentro. E sabe que depois ele ainda voltou. Estava passando com a menina e veio cumprimentar e dizer que deu tudo certo e que conseguiu marcar o exame que tinha dado o erro.

Olhando para esse exemplo, Vanessa disse que “*a médica não tem tempo de saber tudo isso*”, para justificar tanto a diferença da informação que os ACSs têm e que o médico tem. Como diferença, estaria o tempo do trabalho, uma vez que as consultas médicas são mais curtas e focais; Vanessa se permitia ao bate-papo com os munícipes

⁹⁴ A conversa da primeira devolutiva com Vanessa, assim como com Inácia, Fernanda e Neuza, foi incorporada na apresentação das personagens (capítulo I). Essa primeira devolutiva teve como objetivo rever a fala transcrita e, se fosse o caso, fazer ajustes de conteúdo e de sentido. Como aconteceu em quase todas as entrevistas, mudar ou suprimir trechos, assuntos ou expressões que não deveriam aparecer na versão pública das entrevistas foi necessário.

⁹⁵ Ver diário de campo: 23/04/2015 – subcapítulo “Modos de cuidado”.

que chegam até o balcão. Esse bate-papo, segundo ela, é o modo como o ACS adquire essa informação privilegiada.

Percorrendo a entrevista, Vanessa reafirmou muito do que já havia dito, dando ênfase a se preocupar com os munícipes, pois eles devem se sentir importantes, e, principalmente ao sorriso. Sobre as melhoras, ela diz que não chegou a propor à médica a mudança no modo de encaminhamento, mas disse que a médica mudou e que agora estava bem melhor. Também comentou sobre o conflito que aconteceu, mas ficou aliviada por ele ter passado. Encerrou a devolutiva dizendo: *“uma mudança também que teve é que eu estou gostando mais do meu trabalho. Agora eu acho ele mais importante”*.

Apesar do pequeno intervalo de tempo entre a entrevista e esta devolutiva, Vanessa também tomou proveito ao “se ler” nos registros da pesquisa. Assim como Inácia e Fernanda demonstraram reafirmar seu modo-de-ser ACS por meio do contato com o material escrito, Vanessa o fez e conferiu maior importância ao seu trabalho na recepção. Outra questão que merece destaque é a especificidade da informação que Vanessa diz ter como ACS, pois, diferentemente do saber especializado do médico, o ACS, por conseguir flunar pela vida comunitária, consegue estabelecer o vínculo e com ele o conhecimento necessário para melhorar, na visão dela, inclusive a atuação médica. Vanessa, ao reafirmar seu modo de ser, apropriou-se da especificidade de seu trabalho na recepção, agora entendendo-o como “mais importante”.

Depois dessas devolutivas, já havia me dado por satisfeito, pois já tinha um bom material para a construção da tese. Assim, no início de janeiro de 2016, informei à Unidade que espaçaria mais as visitas, pois me dedicaria à escritura do trabalho, porém, continuaria o contato para o que eles precisassem e, por fim, retornaria para dar devolutivas do trabalho final escrito.

Ao iniciar a organização de todo o material de campo – digitar os diários, separar os textos, estabelecer cronologia dos acontecimentos, a fim de começar a tecitura da tese –, me deparei com alguns diários enigmáticos, cuja compreensão e interpretação eram delicadas. Então, decidi levá-los, um de cada vez, para as pessoas neles citados, e conversar sobre. Tinha esperança de que a conversa me ajudaria a encontrar o melhor caminho para interpretá-lo tornando, assim, o trabalho menos individual e mais coletivo

(qualidade importante da equipe e do trabalho do ACS). O primeiro diário que levei foi um fragmento das visitas com Inácia⁹⁶.

Estavam na sala dos ACSs, Inácia e Fernanda, depois Vanessa se juntou a nós. Para o meu espanto, depois de ler alguns trechos que me eram enigmáticos na minha própria escrita, uma intrincada conversa se iniciou entre a equipe. Discutiam a realidade do bairro, os munícipes citados no diário, os modos como cada um entende o que seria o trabalho “mais certo” a se fazer.

Fiquei tão absorvido com tamanho envolvimento na conversa dos que estavam presentes que tive dificuldade em separar qual a posição de cada um. Para minha infelicidade, não tive, no momento, a ideia de gravar a conversa para ter, ao menos, uma pista mais clara e objetiva do que acontecera.

Ao final dessa conversação em torno do diário, já passada a hora da Unidade fechar, as ACSs perguntaram se não existiam mais diários como esse, ou mesmo diários do que acontecia em outras Unidades e, se possível, em outras cidades. Vanessa disse: *“Você já deve ter percebido que a gente gosta de contar e ouvir caso”*. Então, combinei com eles que levaria diários para discutirmos.

Assim surgiram as conversações, como última decisão de pesquisa.

⁹⁶ Ver subcapítulo “Visitas com Inácia”, construído em torno do diário de 17 de julho de 2014.

V – CONVERSA(ÇÃO)

Há tantos diálogos

Diálogo com o ser amado

o semelhante
o diferente
o indiferente
o oposto
o adversário
o surdo-mudo
o possesso
o irracional
o vegetal
o mineral
o inominado

Diálogo consigo mesmo

com a noite
os astros
os mortos
as ideias
o sonho
o passado
o mais que futuro

Escolhe teu diálogo

e

tua melhor palavra

ou

teu melhor silêncio.

Mesmo no silêncio e com o silêncio
dialogamos.

(Carlos Drummond de Andrade - *O constante diálogo*)

Enquanto a equipe estava atarefada com a digitação do e-SUS no sistema, aproveitei para organizar previamente todo o material dos diários. Nesse momento, quando se iniciaram essas conversas, ainda não havia elegido os diários mais importantes e expressivos de todo o meu registro, embora já tivesse algumas suspeitas.

De tudo o que tinha, isto é, das narrativas da minha experiência com as ACSs, das minhas reflexões pessoais, das reflexões temáticas ou teóricas, busquei escolher, como textos iniciais para serem disparadores das reuniões, aqueles cujo teor se repetia e se mostrava intenso ainda na equipe. Pensei que esses temas e acontecimentos renderiam boa conversa, assim como na primeira experiência (não gravada). Isso significa que a proposta, o pontapé inicial, da conversa foi meu na maioria das vezes.

Ao todo foram seis conversas gravadas, entre 7 de abril e 2 de junho de 2016, das quais quatro compõem o atual capítulo. Elas foram escolhidas pelo seu teor expressivo e pelo envolvimento da equipe na conversa. Tive como critério de escolha a participação das ACSs, uma vez que os diários dizem, em grande parte, do seu trabalho.

Para propor essas conversas, encontrei um guia (metodológico) pouco comum: Homero. Os Cantos VII ao IX da *Odisseia* contam como um estranho que chegou à ilha dos feáceos foi recebido pela filha do rei, Nausícaa, e encorajado a se apresentar e pedir abrigo no palácio de Alcínoo (rei dos feáceos). Alcínoo, curioso e repleto de bondade, acolheu o estranho com um banquete e convidou Demódoco, um cego Aedo (bardo), a animar a festa. Demódoco, cuja voz era de beleza incomparável, ao cantar os feitos de Odisseu na Guerra de Troia, provocou o pranto do estranho. Ao final do banquete, Alcínoo, que estava sentado ao lado do estranho e notara seu pranto recluso em seu manto, interrogou o estranho: “Fala por que choras (...) acaso também morreu, diante de Troia, parente teu, nobre, um genro ou sogro? (...) ou um varão companheiro, sabedor do que apraz, nobre?” (HOMERO, 2014, Canto VIII, p. 278). Em resposta, o estranho lhe disse que seu nome era Odisseu.

Tendo sido reconhecido por Alcínoo, Odisseu contou-lhe sua história: a glória do triunfo sobre Troia despertara a fúria dos deuses que lançaram Odisseu, juntamente com sua tripulação, ao submundo e ao esquecimento, tentando impedi-los de voltar para casa. Com muito custo e com muitas mortes, depois de um longo período, Odisseu conseguiu retornar ao mundo dos mortais, mas como indigente e quase desesperançado de ver sua esposa e filho, até que fora recolhido pelos feáceos.

Em minha interpretação, e também na interpretação de Arendt (2009), as lágrimas de Odisseu, vertidas ao ouvir seus feitos por outrem, abriram o caminho para ele contar sua própria história e, assim, restituir seu lugar entre os homens e voltar para casa. Da mesma forma, a contação pública dos feitos de alguém foi a possibilidade primeira de a humanidade transformar um acontecimento humano fugaz em história (ARENDT, 2009).

Sem tamanha pretensão, na tentativa de entender e encontrar caminhos para lidar com o desânimo da equipe, e seguindo a pista do encontro de janeiro de 2016, quis contar-lhes, principalmente às ACSs, suas próprias histórias por mim testemunhadas e sobre elas conversar.

Assim como fiz nas entrevistas, as transcrições das falas em sua própria ordem é quem darão a toada do presente capítulo. A mim, coube organizar e selecionar os pontos

mais enfáticos, como alguém que reconta uma história sob o seu próprio ponto de vista, como faz um bardo ou um narrador.

A narrativa, que durante tanto tempo floresceu num meio de artesão – no campo, no mar e na cidade –, é ela própria, num certo sentido, uma forma artesanal de comunicação. Ela não está interessada em transmitir o “puro em-si” da coisa narrada como uma informação ou um relatório. Ela mergulha a coisa na vida do narrador para em seguida retirá-la dele. Assim se imprime na narrativa a marca do narrador, como a mão do oleiro na argila do vaso. (BENJAMIN, 1936:1994, p. 205).

Por esse mesmo motivo, decidi manter a última conversa em seu inteiro teor (transcrito), como forma de cumprir o desfecho da presente história. Assim como no enredo, dividi as conversas em duas temáticas: sobre os modos de cuidar; e o trabalho burocrático. A última conversa, por abrir outras possibilidades para a equipe, recebeu o título “sobre repetição e continuidade”. Sendo esses os últimos adereços da presente história-alegoria, cada uma dessas conversas guiará a minha compreensão e (uma) interpretação possíveis apresentadas no próximo capítulo, abrindo para uma metáfora.

Antes de seguir, cabe mencionar que nesse ínterim houve algumas mudanças na equipe. Com a saída de Gabriela e de Silvana, no final de 2015, em março e abril de 2016, vieram, respectivamente, Marcos (técnico em enfermagem) e Cristina (auxiliar de serviços gerais) para substituí-los em suas funções. Eles, assim como todos da equipe, foram convidados a participar das conversas e se fazem presentes nas transcrições.

Sobre os modos de cuidar

No dia 7 de abril de 2016, na primeira dessas reuniões de contação de caso, estavam presentes Vanessa, Andréia, Fernanda e Cristina⁹⁷. Dando início a essa conversa, li dois fragmentos do diário. O primeiro, em que narro a visita de Neuza à Dona Cícera (diário de campo: 21/05/2014) e aquela conversa que Inácia e eu tivemos com um senhor que estava preocupado com o grave adoecimento da mãe que estava longe (diário de campo: 07/08/2014). Ao final da leitura, perguntei: O que vocês me dizem? Vamos conversar?

Fernanda: Ai, Pedro, vou falar sinceramente o que eu senti ouvindo você. Eu senti saudade. Saudade das visitas principalmente, porque faz quanto tempo que a gente não faz isso? A Vanessa, eu nem imagino...

Vanessa: Eu fiz visita só no comecinho...

Fernanda: Porque eu nunca mais fiz uma visita assim, desse jeito.

Cristina: Faz tanto tempo que você não faz visita (Vanessa)?

Vanessa: Faz. Foi só no comecinho, por uns meses só. Porque a Ana Clara (antiga recepcionista) ficou o quê? Seis meses aqui depois que a gente entrou? Eu fiquei espantada te ouvindo, até imaginei que era outra cidade. Eu fiquei imaginando a pessoa esperando a ACS com pão com mortadela. Porque eu nunca ouvi a Neuza falar disso. Foi até emocionante.

Fernanda: Eu senti saudade. Porque isso que era gostoso, você ir visitar e ter essa relação. Isso que era gostoso.

Vanessa: Deve ser. Eu, Pedro, se vier alguém para ficar ali na administração, eu volto para a visita. Porque não é ruim. Eu acho que o nosso trabalho é importante...

Fernanda: (interrompendo) E o do Vassoura (referindo-se ao munícipe do segundo trecho lido), neste dia eu lembro bem, porque o Vassoura chorou e eu fiquei preocupada também. Eu vi que neste dia ele chorava sentido, né?

Vanessa: Eu lembro desse dia, mas não lembro dele chorando.

Assim teve início nossa primeira conversa. Nesse início, cada um deu esclarecimentos de detalhes das histórias narradas segundo outras perspectivas e,

⁹⁷ O dia desse encontro foi o segundo dia de trabalho da Cristina na Unidade. A pedido nosso, ela aceitou participar, com relutância, e permaneceu quase todo encontro observando a conversa atentamente.

também, trouxeram curiosidades. Contaram por que chamam de “Vassoura” o senhor que chorou na recepção: pois ele vende vassouras pelo bairro e sempre está com seu carro cheio delas. Ainda, como seu sotaque nordestino é bem marcado, demoraram a entender seu nome nos primeiros encontros, então criaram secretamente o apelido entre a equipe.

Vanessa: Mas, voltando. Pedro, achei legal o diário, você fez certinho. A gente consegue visualizar cada detalhe e lembrar.

Fernanda: E faz tempo, não? Faz o quê?

Pedro: Quase dois anos que escrevi esses diários.

Vanessa: Porque eu acho que o nosso trabalho é mais ou menos por aí. Tem que ser assim mesmo.

Pedro: Por aí como?

O reconhecimento de minhas habilidades de contar história trouxe a toada da memória. Transformada em discurso, cada um contou a sua perspectiva de cada um dos acontecimentos. Então se focaram na atuação das ACSs em cada situação.

Vanessa: É verdade, porque se o médico disse que a situação dela (mãe do Vassoura) é complicada e que é grave, é meio complicado dizer que vai ficar tudo bem. Será que a gente deveria trazer mais a pessoa para a realidade?

Fernanda: É bem difícil isso. Que nem a Dona Cícera, ela também já pediu para eu ir buscar remédio e eu acho isso errado, porque eu, no caso, antes da Neuza pegar essa micro, quem visitava a Dona Cícera era eu. Eu não ia buscar o remédio na farmácia, mesmo eu sabendo que ela não conseguia. E ela pedia. Eu dizia para ela: Eu aviso sua neta e ela vai. Tanto que era o que eu fazia, quando eu chegava aqui no posto eu passava a mão no telefone e ligava para a filha dela: “Oh! Sua avó está precisando de remédio, vai lá buscar!”. Ou então, ó... a única coisa que eu levava para ela lá era receita. A Dra. fazia aqui e eu levava. Agora, medicação, já cheguei a pegar e dar bronca na neta dela, de pegar no pé mesmo, de mandar ir buscar a medicação. Mas eu não pegava para ela.

Vanessa: Eu acho bem complicado. Porque, eu penso assim: cada ACS que cuida da área, né? Fica difícil questionar e saber se está fazendo certo. A Fer cuidou de um jeito, a Neuza de outro, como você vai questionar? Cada um... você viu, não viu? Mas também vejo que é bonito, que é uma ajuda para a pessoa que está

precisando. É digno! Vamos por assim. Só que, você falando agora, Jú, acho errado. Porque tem a família, ela tem família aqui no bairro. Se ela não tivesse... mas ela está se virando, porque ela tem a cuidadora dela que ela paga para cuidar.

Fernanda: Mas só agora ela tem.

Vanessa: Mas agora ela tem. Quer dizer que a gente também tem que colocar, quando a gente conhece a família, colocar a família a par do assunto. Porque a neta mora ali pertinho, na rua de trás.

Andréia: E ainda que a Dona Cícera é lúcida, ela só tem problema de locomoção e de visão, mas ela é lúcida.

A conversa transita entre o juízo do modo como os colegas conduziram cada situação e uma reflexão sobre os modos possíveis de ser ACS, como num movimento de ampliação do singular para o geral. Algumas falas como “você falando agora” indicam o tom de novidade que a conversa trouxe a esse assunto.

Vanessa: Então, de dois anos para cá, a coisa mudou um pouco. Porque antigamente, nessa época, quando a gente entrou a gente queria ajudar e fazer tudo para a pessoa. Só que, com o decorrer do tempo que você não pode falar não. E se você fala, pronto. E eu vejo que eles ainda confundem um pouco o nosso trabalho. E eu acho que a gente mudou muito, não mudou?

Fernanda: É que nem hoje. Hoje, um exemplo. Hoje aconteceu um fato bem interessante de manhã. Desse negócio de cada ACS ter o seu jeito. A Dona Flor, de hoje cedo. A Dona Flor veio aqui e falou assim: “Ah! Eu estou precisando de remédio. Você pede para a Dra.?” Está bom! A gente pediu para a Dra. fazer a receita. Ela precisava de remédio para dormir, o tal do Clonazepam. Aí ela falou assim: “Que horas que eu posso vir buscar?”. E eu disse para ela vir depois do almoço. Aí ela virou para mim e falou assim: “Você não pode levar lá para mim?”, e eu falei que não poderia, pois não teria como sair daqui depois do almoço. Aí ela virou para mim e disse: “Aquela mocinha que fazia visita na minha casa não vai voltar mais?”. Por quê? Por que a Renatinha (ACS que já saiu da unidade) levava as coisas para ela, entendeu?

Andréia: Principalmente porque ela tem filho que mora com ela, ela anda, não tem problema nenhum com isso.

Vanessa: Talvez se fosse no início, quando a gente deu aquela ... né? Mas agora... Então, quer dizer, a pessoa acaba ficando mal acostumada, porque eles podem fazer isso. Talvez se desde o início a gente já tivesse entrado. Naquela época (no início), a gente já teria levado para a Dona Flor, não é? E dito: “Ah! Coitada da Dona Flor”. Porque a gente tinha essa mania de “coitado”, mas aí você vai aprendendo com as pessoas e estando aqui...

A ampliação iniciada, tomou aqui forma e trouxe outros exemplos que ajudaram a situar historicamente os diários. Como se dissessem: naquela época, em 2014, ainda agíamos assim; agora é diferente.

Vanessa: Acho que a gente, agora, está podendo analisar como um agente de saúde que entrou ontem e que está assim, e agora que a gente já tem experiência. Aí pensar: O que é melhor de ser feito? E escolher.

Fernanda: Eu acho que nesse tempo eu fui aprendendo uma certa malícia do povo. A gente sabe de bater o olho, quem folga, que realmente precisa de ajuda, quem realmente...

Na rememoração iniciada, as ACSs parecem ter tornado evidente a aprendizagem pela experiência ao longo desse tempo. Com essa experiência adquirida, foi possível ir dando outras formas ao trabalho. Como exemplo, contaram sobre o modo como organizavam a agenda da médica:

Vanessa: Tinham uns seis dias com vagas e a gente tinha guardado para depois do dia 20, Pedro, para você entender. Porque, como a Dra. voltou, lotou a agenda. E quando abre a agenda vem gente marcando para dois, três da mesma casa. Num dia ela atende dez pela manhã e dez à tarde. Faça as contas? Três pacientes que vem marcar já lota a manhã. E mais três à tarde. Então a gente segurou um pouco na última semana, porque muita gente marca no início do mês e não aparece. Porque, o que é que a gente faz? A gente não fala para a pessoa que não está agendando. A gente olha a pessoa, não é Déia (Andréia)? A pessoa está sempre aqui? A pessoa não está aqui? É uma pessoa que você sabe que trabalha ou não? Que está com problema? Porque a gente já conhece e às vezes

já sabe que o problema da pessoa ela pode vir no Portas Abertas. Só que a gente...

Fernanda: Assim a gente consegue deixar a coisa mais organizada, mais justa.

Vanessa: Só que um dia, a Roberta (enfermeira), não sabia que a gente fazia assim e ouviu a gente dizer que não estava marcando e pedindo para a pessoa vir no Portas Abertas. E ela chegou e falou: “Mas, como assim não está marcando? Tem vaga!”.

Fernanda: Nossa! Ela pegou a agenda, olhou e perguntou: “Por que vocês não estão marcando? Tem vaga aqui! Tem vaga aqui! E aqui!”.

Vanessa: Essa bronca foi uma coisa que não pode acontecer aqui com a gente. Porque a gente estava tentando segurar a agenda.

Essa experiência adquirida não é algo evidente, talvez só faça sentido para as ACSs. Assim, como não foi comunicada, levou ao mal entendimento e à represália da enfermeira. Diante disso, Vanessa refletiu:

Vanessa: Então, até que ponto é bom a gente conhecer os pacientes? Até que ponto não é bom a gente conhecer? Porque a gente está fazendo acepção de pessoas? Não! “Tem vaga então marca!”. Como eu falei para a Fer ontem, na hora da raiva, eu falei: “Então vamos abrir e marcar todo mundo até lotar a agenda”.

Eles justificaram sua decisão de “segurar a agenda”, também para evitar os escândalos que alguns munícipes – que a equipe já conhece bem – dão na recepção quando algum pedido é negado. Sobre isso, cada um contou e lembrou brevemente um munícipe que já fez isso.

Vanessa: É! É esse contato que a gente tem, mesmo não fazendo mais tantas visitas com os munícipes. A gente já criou esse contato. Porque eu vejo que aqui a gente tem o interesse, por quê? Porque a gente quer ajudar, a gente não quer ninguém reclamando, a gente quer o bem das pessoas aqui.

Fernanda: A gente quer ajudar, mas por que a gente fica brava na hora? Com a grosseria! Eu acho que a gente tem que ensinar eles que eles não precisam ser grossos. A gente quer ajudar.

Dando detalhes, Vanessa contou: “*aí quando chega alguém assim na recepção. ‘Nossa! Mas por que você está assim tão preocupado? É muito urgente o do senhor?’*”; então questionou: “*Nossa! Será que eu sou muito xereta com os pacientes?*”. Fernanda, lhe deu outra perspectiva: “*Xereta não. A gente pergunta*”. Então Vanessa refletiu “*Porque a gente sempre pergunta, conversa: ‘Você trabalha? E a família? E a vida?’*”. Não! *Eu acho que a gente não é xereta, porque a gente tem que perguntar mesmo*”. Andréia complementou: “*Eu acho que não! Não acho que a gente é xereta. A gente tem que perguntar. Porque aqui, com certeza, é o PSF que a gente mais pergunta da vida da pessoa para trabalhar, nos outros, não estão nem aí*”.

A fala de Andréia abriu ensejo para a comparação, via sua experiência, do modo de atendimento aos munícipes nessa e em outras Unidades. A técnica de enfermagem contou que, quando foi cobrir folga dos outros técnicos em outras Unidades, notou a discrepância no modo de trabalho, principalmente dos ACSs. Destacou a singularidade da Unidade: “*Nossa! Quando eu vou cobrir férias de outras técnicas, em outros postos, eu vejo, em nenhum tem essa atenção que a gente dá aqui.*” (Andréia).

Nessas histórias, surgiu o “causo” da Dona Maria que, por ter um restaurante perto da Unidade, “*Ela sempre vinha e ficava ali sentada conversando com a gente. Chorava as pitangas, contava das histórias*” (Vanessa). Eu mesmo já conversei com ela inúmeras vezes. Dona Maria sempre dizia que passar ali é um alento para as misérias de sua vida e que a conversa com as Agentes (e comigo) a ajudavam a suportar as tragédias que viveu.

Quando Vanessa concluía ao dizer “*Você está vendo, como a gente conhece...*”, Cristina interrompeu dizendo: “*Mas eu conheço um outro lado dela que vocês não conhecem*”. Cristina, por morar no bairro há alguns anos e já ter trabalhado como faxineira em muitas casas das redondezas, também conhecia a vida comunitária. Depois dessa fala, ela contou alguns problemas que Dona Maria já causou no bairro e que foi testemunha de sua má-fé⁹⁸.

Vanessa: Mas é isso. Quando você trabalha com a comunidade, aparecem também esses problemas da comunidade.

Cristina: É! Eu que não daria para ser ACS aqui nesse bairro, porque já tem muita história e muito problema e não ia dar para eu entrar na casa das pessoas. Na micro da Inácia, por exemplo, moram a mãe e o irmão do assassino do meu

⁹⁸ Os detalhes dessa história foram suprimidos a pedido de Cristina.

irmão, por causa de rolo. Eu não piso lá nem morta e quando vem aqui eu preciso respirar fundo e lembrar que aqui é meu trabalho, que eu preciso ser profissional. Então eu finjo que nem vi.

Depois de uma pausa em silêncio, Fernanda: É uma coisa que a gente vai percebendo quando a gente conhece as pessoas. Ninguém é 100% bom.

Vanessa e Cristina: Com certeza.

Fernanda: Eu já acho que se a gente acha que alguém é bom, é porque a gente não conhece direito.

Vanessa: Nossa, Jú, eu me acho uma pessoa boa. Eu tento não fazer mal para ninguém, então eu sou boa, não é?

Fernanda: É, Van, você é.

Cristina: Até com a Maria, eu sei desses rolos, mas eu também sei de muita gente que ela ajudou. Mas deu esse rolo.

Vanessa: Acho que é muito difícil da gente julgar. Aqui, ainda mais. Aqui a gente escuta e deixa o julgamento um pouco de lado.

E o encontro terminou, pois já havia dado o horário de a Unidade fechar.

Depois dessa conversa, as ACSs pediram para que eu levasse ainda outros causos (fragmentos/narrativas) para que pudessem conversar sobre. Vanessa ressaltou a importância dessas conversas para entenderem melhor o trabalho e propôs um nome para as reuniões: reuniões de contação de causos.

Nas semanas seguintes, por conta da volta das atividades do e-SUS e das capacitações que precisaram fazer, não conseguimos nos reunir. Porém, esse ensejo foi propício para que escolhesse o tema da segunda reunião: o trabalho burocrático.

Sobre o trabalho burocrático

No dia 5 de maio de 2016, chegando na Unidade para nossa reunião de contação de caso, encontrei toda a equipe compenetrada e discutindo sobre o novo sistema de inserção dos dados do e-SUS. Estavam praticando as instruções dadas na capacitação.

Fiquei apreensivo quanto à pertinência da reunião em meio a tantas tarefas burocráticas, mas quando foi se aproximando do horário marcado, todos pararam o que estavam fazendo e já foram se mobilizando para a sala das ACSs, onde aconteceria a reunião. No caminho, curiosos, me perguntaram que caso levaria para eles.

Nessa reunião com Vanessa, Fernanda, Roberta e Marcos, li o diário de 3 de junho de 2014, intitulado “O trabalho burocrático: Um pedido de ajuda?”, suprimindo algumas das minhas reflexões para não direcionar (tanto) a conversa.

Roberta: Então, eu acho que um complementa o outro. Eu acho que precisamos sim do burocrático, entendeu? Tudo o que é do governo é baseado em números, né? Só que eu acho assim, qual é a prioridade que o município dá? A burocracia. Sempre a burocracia.

Depois de dar início à conversa, Roberta apontou que, em comparação com outros municípios em que já trabalhou, a cidade parecia ter grande apreço pela burocracia. A conversa se ampliou com a exposição dela sobre a burocracia do seu trabalho na Unidade.

Roberta: E aqui é assim, joga-se o e-SUS. Tudo bem que se exige, só que não tem só isso. Aí tem o SISCAN e o SISPRENATAL⁹⁹, que são do Governo Federal; tem o do PSF para você fazer, também do Governo e tem mais o FOX, que é do município. Então, a gente tem que fazer três cadastros para atender a pessoa, e na maioria das vezes são os mesmos dados. Então, você perde mais tempo no papel do que na atenção, durante a consulta com o paciente, entendeu? Igual quando eu abro um SIS, é uma hora. E posso falar para você, dessa uma hora é quarenta minutos preenchendo papel e vinte minutos conversando com a gestante.

⁹⁹ SISCAN e SISPRENATAL são bases de dados do Governo Federal ligados ao Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB). Neles são inseridos dados de consultas, diagnósticos e exames ligados especificamente à saúde da mulher, como câncer de mama (SISCAN) e acompanhamento pré-natal (SISPRENATAL).

Vanessa: Fora o que já passou na recepção e já deu uns quinze minutos para atualizar o FOX.

Roberta: Então! (em concordância). Eu acho que precisa sim. Na minha opinião, precisa dessa junção do burocrático com o atendimento, só que eu acho que as prioridades estão invertidas.

Depois de um breve comentário sobre a elogiosa conduta de Inácia atendendo a Dona Rita (diário narrado), a equipe me pôs a par do passo a passo para o lançamento dos dados do e-SUS nesse novo sistema. Deram a ver que a tarefa é laboriosa e demorada e que, assim como aconteceu com a coleta dos dados dos munícipes, o prazo dado é curto. “*Mas é legal [de lei], eles disseram, então a gente tem que fazer no prazo*”, expressou Fernanda contando da atitude da Gestão Municipal na capacitação.

Como decorrência dessa prioridade da atenção à tarefa burocrática, Roberta expressou o descuido para com a população: “*Eu não vou falar para você que eu sei o número total de crianças menores de dois anos da área. Porque eu não sei*”. Em resposta, Fernanda sintetizou: “*Mas aí que é engraçado, porque a gente não faz mais visitas para preencher o sistema, só que sem visita, não tem como preencher o sistema*”.

A equipe foi retomando todo o prejuízo que tiveram no contato com a população desde que o e-SUS trouxe o aumento da burocracia. Para eles, as visitas não estavam sendo feitas, pois não havia o número suficiente de funcionários, principalmente ACS e auxiliar administrativo. A prefeitura não prevê contratação, pois disse estar sem dinheiro e exige que esses dados sejam inseridos para que o município garanta o repasse de verba do Governo Federal, sem o qual não seria possível contratar mais funcionários. O círculo vicioso, então, se ampliou.

Quando a conversa começou a indicar a necessidade de se retomar as visitas pelo cuidado, Roberta interrompeu bruscamente:

Roberta: Na realidade eles não querem saber, eles querem o número! Porque é o que paga. É como você disse aí (no diário), isso foi em 2014, foi quando lançou que todos os municípios iriam usar o e-SUS. Então, desde 2014, isso já está posto e eles vão levando e levando¹⁰⁰. O que aconteceu? Chegou em janeiro agora, não mandaram verba para o município. Falaram na reunião: “não tem verba porque

¹⁰⁰ A obrigatoriedade do e-SUS e outros sistemas de informação foi anterior, com a Portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013 do Ministério da Saúde.

o PSF é mantido 50% pelo Governo Federal, 25% do município e 25% do Estado”. Então, o Federal cortou, mas cortou por quê? Porque não estava sendo alimentado o sistema. “Mas espera aí? Quantos atendimentos médicos houve nos PSF do município? Quantas coletas de Papanicolau? Quantas administrações de medicação? Quantas visitas de ACS? Não?”. Foi aí cortaram a verba e foi esse reboleio todo.

A equipe, surpresa com a informação, começou então a compreender uma série de pedidos da Gestão Municipal. O mutirão foi um deles, pois agora ficou esclarecido que a agressividade da convocação, orientação e execução do mutirão do e-SUS fora para o município não ser punido com corte de verba.

Entrando, enfim, nas atividades que deixaram de fazer para se dedicar às tarefas burocráticas, a equipe trouxe algumas situações preocupantes. Uma que se destacou foi a notificação de uma família (quase) inteira com tuberculose.

Vanessa: Para você ter uma noção, Pedro, teve aquele caso de TB¹⁰¹ que eu te falei, que a Roberta (enfermeira) estava de férias, daquele moço que o Marcos fez até uma palestra com o paciente e tudo. Então, a criança está com TB. Não adiantou nada! Você acredita? Ela contraiu o bacilo, e aí? Isso porque a gente não dava conta de ir, aí a criança já veio aqui contaminada. E agora os médicos falam que não sabem nem como tratar aquela criança, porque ela é pequenininha.

Fernanda: É, não sabem mesmo.

Roberta: Porque é raro uma criança tão pequena com TB, não tem nem medicação com dosagem própria para essa criança.

Vanessa: Aí a mãe falou que passou com a pediatra, e a pediatra mandou de volta para o hospital, e começou o empurra-empurra.

Roberta: Quer dizer, despreparo. Agora, se for ver, eles moram numa área que não tem ACS há uns cinco anos. O Marcos falou para mim, depois da visita, que o pai que estava com TB e já sabia que estava com TB estava com a criança deitada no peito dele, num quarto fechado. Dormiam junto, na mesma cama. E o cara já tinha sido diagnosticado há um tempo e ninguém orientou? Ninguém falou para a gente? Ninguém orientou? Não. Depois que eles avisaram a gente,

¹⁰¹ Uma possível sigla para a tuberculose.

parece, eles disseram, que a orientação que a Vanessa e o Marcos levaram foi a primeira.

Vanessa: E eles falaram que não sabiam que tinha que ficar separado, que não podia ficar tudo junto assim, que era contagioso.

Marcos: Por quê? Porque não havia sido orientada a família.

Roberta: Então, isso. Isso que vocês fizeram é papel do PSF, só que eles só fizeram porque aconteceu o caso, porque explodiu e veio para cá. Se a gente estivesse indo na casa certinho, isso não teria acontecido. Se eles tivessem avisado a gente quando souberam, isso não teria acontecido.

Depois de contarem outros casos, retornam a esse, como se o elegessem como emblemático:

Marcos: No caso desse paciente outro, anterior, que a gente estava falando, se tivesse uma ACS na área, podia ter sido evitado até o contágio da criança.

Fernanda: Sim! Porque se desde o começo falasse ou prestasse atenção.

Marcos: Porque daí o ACS ia perceber e falar: “Então, né? Vamos ver o que é essa tosse que não sara?”. Então, a criança hoje não precisaria estar tomando os remédios que está tomando. Porque esses remédios são fortes para crianças.

Roberta: A gente não está fazendo nem a prevenção nem a promoção da saúde. A gente está fazendo só o tratamento e quando dá.

Fernanda: Só quando explode. Por isso que eu penso que... eu acho que isso aqui virou um mini Pronto Socorro. E sem recurso.

Roberta: Um mini tudo. Um mini departamento de cadastro, porque a gente faz Cartão SUS, é um mini tudo aqui menos uma Estratégia de Saúde da Família (fala enfaticamente).

Antes que a equipe pudesse continuar a conversa na mesma toada, Roberta anunciou que saíra sua transferência para a Unidade e que, em breve, não mais lideraria a equipe. Embora todos da equipe já soubessem dessa notícia (era novidade somente para mim), a entrada nesse assunto fez a equipe recontar, uns aos outros e para mim, sua história, desde quando a equipe estava completa.

Talvez se detendo ao propósito da conversa, o maior espaço foi o do desânimo pelas atividades do e-SUS.

Roberta: Aí veio o e-SUS, e o mutirão. Aí já começou a ter os problemas na equipe.

Fernanda: Aí que desanimou de vez. Antes já não estava bom, aí com o mutirão e os pau aqui, aí que desanimou de vez.

Vanessa: Foi uma fase muito difícil essa.

Roberta: Na verdade, começou em 2012 com o PMAQ (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica).

Fernanda: É verdade, o PMAQ foi um stress danado.

Vanessa: Um stress e uma decepção.

Roberta: Assim, depois do PMAQ, eu deixei... eu deixei de ser eu. A época do PMAQ foi assim devastadora. Foi a última vez que esse PSF trabalhou assim com vontade.

Pedro: Sim, eu me lembro de que logo que eu vim acertar as questões burocráticas da pesquisa com você (Roberta), você falou isso. Que depois disso desanimou.

Roberta: Foi mesmo a última vez que a gente trabalhou com vontade, que todo mundo se ajudou e trabalhou junto em busca de um objetivo e na ansiedade desse objetivo. E esse objetivo não chegou até a gente e aí já deu aquela desanimada. Não! Aí já acabou.

Fernanda: Porque a gente tinha esperança e planos de usar a verba do PMAQ.

Roberta: E aí acabou mesmo. Aquele monte de emoções no trabalho que a gente tinha aqui em fazer as coisas.

Vanessa: Lembra que a gente ficou planejando as atividades que dava para fazer, e colocar ar condicionado aqui na sala e na sala da doutora?

Roberta: Foi uma decepção só. Porque também, até aí, todo mundo era recente de prefeitura, então estava todo mundo achando que dava para confiar na gestão.

Fernanda: E aí, com o PMAQ a gente fez muitos planos com o dinheiro.

Roberta: Foi! Porque uma parte do dinheiro pode ser passado para a unidade, mas a gente nunca fez plano para o dinheiro, a gente fez plano para o que a unidade precisava: ar condicionado, cadeira de rodas, mobília nova, bebedouro, datashow, tudo. Então, aí foi uma decepção. Então, quando a gente viu que o dinheiro não veio, que fomos idiotas, porque tiramos dinheiro do bolso para fazer os mapas, entendeu? Por que nem isso eles deram. Eles queriam que a cidade ganhasse uma nota boa, mas não deram recurso e a gente queria esse dinheiro para a unidade, então a gente tirou do bolso.

Vanessa: E até hoje a gente não viu a cor desse dinheiro.

Roberta: Porque a bonificação do PMAQ vem parte para o município e parte para a unidade. Então, aí eu tinha acesso ao extrato, entendeu? Com meu código, como eu era a chefia da equipe, eu conseguia acessar o saldo que foi repassado. Essa unidade tinha 160 mil em caixa. Isso porque recebeu nota regular. O São Benedito (outra unidade) que recebeu a nota “Bom” tinha duzentos e poucos mil em caixa. Esse dinheiro nunca foi repassado para as unidades! Nunca!

Fernanda: Mas você começou a questionar, não foi?

Roberta: Comecei a questionar! Que tinha município... Então, sabe Pedro, aí eles começaram a levar a gente até em reuniões da, como fala, lá que faz encontro da saúde aqui na região?

Pedro: A DRS (Diretoria Regional de Saúde)?

Roberta: Isso! A DRS. E aí a gente conversando com as ACSs e as enfermeiras de outro município, da zona rural, eles compraram até uma Bis (motocicleta) com o dinheiro do PMAQ para fazer as visitas nos sítios. Entendeu? Colocaram um toldo na recepção, daqueles que recolhe, porque batia sol na recepção o dia todo. Entendeu? Tudo com o dinheiro do PMAQ. Teve PSF que juntou com a cidade e comprou carro para as unidades, para fazer as visitas domiciliares. E aqui esse dinheiro, a gente não viu um real. Não deram nada.

Vanessa: Nem uma caneta! Lembro que logo que saiu o dinheiro a gente pediu caneta para a recepção e não deram nem uma caneta.

Roberta: Então quando você ia questionar, o que fizeram? Cortaram! Cortaram e disseram que eu não ia saber de mais nada. Cortaram a senha, a gente não ia mais para a DRS nessas reuniões do PMAQ. A minha vida em PSF se divide entre antes do PMAQ e depois do PMAQ. Eu fiquei doente na época, porque eu dei eu sangue por esse programa, para fazer um trabalho legal.

Fernanda: Nossa, a gente se matava! Tinha a meta, lembra? Meta de visita, meta de acamado. Cada ACS era dez por dia e tinha que cumprir.

Depois de a equipe detalhar algumas situações que compuseram o desânimo deflagrado pela frustração do PMAQ, Roberta reconheceu:

Roberta: É! E foi um choque você trazer isso. Esse relato. Você que está fazendo seu doutorado com o trabalho dos ACSs, você tem noção do que está escrito do que

é para ser o trabalho dos ACSs. Agora, aqui você está vendo como realmente acontece.

Fernanda: Eu acho que descaracterizou.

Vanessa: Descaracterizou tudo. A gente não faz mais.

Fernanda: Não faz.

Essa reunião terminou em clima de grande desânimo, com menções à falta de esperança de melhoras.

Na semana seguinte, resolvi retomar o mesmo assunto, pois de alguma forma senti que a equipe precisava continuar falando – ou eu queria ouvir outros lados, tal como testemunhara, ou as duas coisas. Assim, no dia 12 de maio de 2016, a discussão do mesmo assunto continuou com as mesmas pessoas e Cristina.

Iniciei a reunião retomando o clima como o encontro anterior terminara. Então, retomei um pouco do que fora falado: do desânimo e da falta de esperança que foram crescendo desde o PMAQ. Abri a conversa perguntando se eles ainda viam alguma coisa no trabalho que valesse a pena.

Roberta: Então... (duvidoso). Só se... não sei. A fé na humanidade eu ainda não perdi. Sei lá, talvez com uma outra gestão. Agora, a parte boa? Tem! (Enfático). Tem coisa legal no trabalho, assim, eu, agora que estou de saída eu vejo, por exemplo, como eu evolui como profissional, a mudança tanto de nós, profissionais da unidade, quanto da população. Porque, se a gente for pegar os pacientes X, de 2010 e comparar com eles em 2016, houve muita mudança para melhor. Eu acho que a população entendeu o nosso jeito de trabalhar. Respeita o nosso planejamento de serviço. Porque quando a gente entrou, lógico, estava não sei quantos anos com tais funcionário, aí mudou todo mundo. Tinha muito uma coisa de comparação, não é? Eu cheguei a fazer Boletim de Ocorrência contra município. Hoje eu nem imagino fazer isso. Então, assim, eu vejo que mudou e mudou para melhor. E assim, eu vejo também o tanto que nós profissionais nos entendemos. Teve os arranques (desentendimentos), teve as pazes, teve as celebrações. Como uma retrospectiva desses sete anos, foi bom. E eu falo bem claramente: a minha indignação é com a gestão.

Fernanda: A gestão piorou.

Vanessa: Eu também acho, assim, concordo com a Rô (de Roberta). Mas, assim, a nossa chefe estando desanimada automaticamente passa para a gente. Porque a gente espera que ela vá em busca.

Roberta: Com certeza Nossa! Do PMAQ, lembra? Eu que sentei, eu que motivei e não só, eu precisava que toda a equipe concordasse e trabalhasse no PMAQ. Então, eu motivei toda a equipe, a equipe ficou animada: “E vamos fazer! E vamos lutar!”. A gente sentava e conversava. Aí, quando eu desmotivei, eu vi que a equipe deu uma desmotivada total também, entendeu? Aí eu vi que era o básico: vinha, sentava, trabalhava, fazia o seu e tchau. Agora que vem dando uma melhoradinha também.

Fernanda: Mas eu acho assim, o diferencial do nosso posto, até comparando aqui e o resto. A gente se dá bem.

Na conversa, essa fala da Fernanda destacou “o diferencial do nosso posto”. Assim como na conversa anterior, esse diferencial foi sendo elaborado por comparações com o funcionamento de outras Unidades. Os exemplos foram muitos. Todos ali que já trabalharam em outras Unidades (exceto a Vanessa) contaram como há um elemento diferenciado na Unidade: o interesse e o zelo pelos munícipes; e o gosto por conversar e dar atenção.

Roberta: Sim, a população chegou aqui, sabendo que era a última semana minha. Teve mulher que veio correndo adiantar o Papa.

Vanessa: Mas eu acho que esses são os pontos positivos de todos esses anos.

Fernanda: Ah! E outra coisa que a gente escuta de outros pacientes que vem de outra área. Eles falam muito das diferenças.

Roberta: “Por que é que tem diferença de um posto para o outro?” (Os munícipes perguntando).

Fernanda: Eles dizem que esse posto é completamente diferente dos outros. Teve uma que chegou para mim e perguntou: “Por que é que este posto é tão diferente?” e eu falei: “Diferente? Mas, diferente como?”, e ela: “O atendimento é totalmente diferente dos outros postos”.

Vanessa: A Déia, quando vai para os outros postos cobrir férias, ela fala que lá a população não conversa com a equipe. Eles chegam e ficam sentadinhos, bonitinhos na recepção. E eu fiquei pensando: “Ué! O que é que ela quis dizer?”

Que é ruim do jeito que a gente faz?”. *Porque ela falou de um jeito que eu fiquei com um ponto de interrogação.*

Fernanda: Como é que é?

Vanessa: Porque eles chegam para a consulta e ficam sentados. Lá no Sergio Arouca o paciente chega para consulta e já senta tudo bonitinho.

A tentativa de encontrar o diferencial da Unidade parecia andar em círculos, entre um depoimento e outro, até que a presença do Marcos se fez importante. Por ele ter trabalhado muito tempo no Centro de Especialidades Médicas (CEM) da cidade, com atividades muito distintas da ESF e ser novo na equipe, iniciou outra comparação, rompendo seu quase silêncio na reunião:

Marcos: Na verdade, eu, assim, eu já trabalhei no Bento (outra unidade da SF), trabalhei um pouco no Sergio Arouca (outra unidade da SF) e estou aqui agora, mas antes passei pelo CEM.

Fernanda: (interrompendo). Marcos, isso que eu queria saber. Você que veio de fora, o que você acha do nosso atendimento aqui, comparado com os outros?

Marcos: Então, eu acho assim, se eu for comparar com o que eu vivi no CEM, assim, quando eu cheguei aqui eu achei, sinceramente, um pouco desorganizado! No CEM, eu estava acostumado com aquele negócio igual você falou agora: o paciente chegava, pegava a senha, sentava e ficava ali. Não ficava no balcão até eu chamar a senha.

Fernanda: Eu acho que só aqui a gente não faz isso.

Marcos: Então, lá no CEM, não tinha fluxo no balcão de atendimento. Só ia para o balcão quando alguém chamava.

Roberta: Não fica aquele monte de gente como fica aqui?

Marcos: Não! Lá não fica esse monte de gente conversando como fica aqui.

Fernanda: É que lá não tem a Vanessa doce e simpática. (Todos riem)

Roberta: Nossa! Hoje os ânimos estão ótimos...

Marcos: Entendeu? Só que assim, depois eu fui observando e fui entendendo que parte disso realmente é culpa da Vanessa. (Fala em tom de brincadeira). E você quer saber por quê? Agora falando sério. Porque você dá atenção!

Roberta: Isso! (Enfático). Os pacientes não vêm só para consulta.

Apesar do tom e brincadeira, Vanessa pareceu se acanhar.

Fernanda: Mas, a Van (de Vanessa), não fica assim, isso não é ruim.

Marcos: Não! Isso não é ruim, é de boa, mas é muito diferente de tudo na prefeitura.

Roberta e Fernanda: É isso que é diferente!

Marcos: Só que o que acontece? De manhã que está o fluxo maior, por exemplo, sangue (coleta) e ginecologista, tem paciente que não vem para passar em consulta, mas que, por exemplo, quer saber de exame que chegou! A Van não corta o paciente: “Dá para você aguardar que está corrido”, que é o que a maioria dos outros postos faz. A Van não, ela fala: “Ai bem! Você espera um minutinho?”, aí ela para o que está fazendo e vai lá ver o exame.

Fernanda: Mas não é só ela, eu também faço isso.

Marcos: Então, o que eu ia dizer, é um costume do posto isso daí.

Fernanda: É mesmo um costume nosso.

Vanessa: Mas isso é errado?

Roberta: Não! Não está errado.

Marcos e Fernanda: É o seu jeito, Van!

Roberta: Se você quer dar atenção assim, você dá. Eu não tenho muita paciência.

Fernanda: Cada um tem o seu jeito aqui. A Van tem uma paciência com a Dona Teodora que eu não tenho.

Marcos: Então, aqui é diferente, eu vejo, porque o povo realmente acostumou com isso daí.

Roberta: Agora, Van, para você ver, isso é uma falha? Eu vejo que nisso a pessoa já cria um vínculo com os funcionários, porque no que ela vem buscar um exame e para ali no balcão, ela já conta para a Van que o netinho dela está na casa dela, que fulano de tal da família dela morreu, que o pai da vizinha voltou a beber. Não é assim?

Vanessa: É bem assim.

Roberta: E às vezes eu estou ali na minha sala e ouço que tem cada munícipe que conta cada história que às vezes eu até fico perdida.

Demarcado o diferencial da Unidade como sendo a disponibilidade para ouvir histórias, a equipe começou a discorrer sobre as implicações desse diferencial.

Roberta: Vocês lembram da Dona Conceição, aquela que chega: “Sabe aquele rolo que eu já contei para você, do meu irmão?”.

Vanessa: Nossa! Eu não lembro.

Roberta: Exatamente! Ninguém lembra. Porque em algum momento ela deve ter contado algum rolo da família dela, do irmão dela, e íntimo. E aí ela não fala direto do assunto e a gente não sabe bem. Mas é assim, a pessoa chega e conta, entendeu? E aí na semana seguinte ela volta e continua contando. É, como eu posso falar? É a confiança que o munícipe tem no funcionário.

Marcos: Porque eu vim de um setor que é pancada. E aqui é diferente e eu estranhei no começo, por causa disso. Aqui eu nem falava muito, de tanto que eu estranhei. Até essas reuniões aqui eu estranhei, tanto que eu nem falei nada no primeiro dia que eu participei. Lá não tem nada disso.

Roberta: E também, porque aqui você vai ver o paciente de novo.

Marcos: Exatamente!

Roberta: Alguns estarão aqui três vezes na semana, às vezes, quando estão fazendo algum tratamento mais assim. Ou naquele período em que ele veio, passou em consulta, agendou os exames, vai retornar para mostrar o exame, aí a médica vai passar o tratamento e depois o paciente volta para ver como está o tratamento pelo menos uma vez. Então o quê? Em um mês no mínimo você vai ver a pessoa aqui umas três, quatro vezes.

Marcos: Eu já vi isso. E fora aquele que precisa fazer controle de pressão, controle de diabetes.

Fernanda: E fora aqueles que vem três vezes no mesmo dia para conversar.

Marcos: Exatamente!

Vanessa: E tem aquela que liga para bater papo.

Não só escutá-las, o diferencial da equipe é também acompanhar essas histórias e sugerir, pelas intervenções ou pela conversa, uma possibilidade de continuação da história em aberto. Ouvir, contar e tecer história tornou-se um modo próprio de cuidar.

Como exemplo máximo desse saber das histórias dos munícipes, a equipe contou sobre o Seu Jaime (carinhosamente chamado de James). Um senhor grande e alto que tem grande dificuldade de fala (timidez, talvez?) e que a equipe já acompanhou por um bom tempo por conta de complicações ligadas à diabetes.

Vanessa: O Seu Jaime chega e para no balcão e não fala nada para ninguém. Pedro, ele não emite nem um som, nadinha. Mas aí a gente já sabe que ele vai lá quando precisa tomar a insulina dele, só que ele não fala nada. Então, quando ele chega e para ali no balcão eu já falo: “Você espera um minutinho, Seu Jaime, que eu vou chamar a enfermeira”. E ele não fala nada. Fica lá, parado, esperando.

“A gente já sabe” foi o elemento expresso que condensa a proximidade e a participação da equipe nas histórias. Essa proximidade tornou-se, também, o modo de ser (cuidar) da equipe para consigo mesma.

Roberta: E até meu jeito aqui. Até esses dias eu estava me comparando e pensando: “Nossa! Eu me envolvo muito!”, não só com os munícipes, mas me envolvo muito com os funcionários, entendeu? Tem posto que não tem essa coisa de amizade. Lá é chefia e só, entendeu? Chega de cara fechada, vai para a sala e não tem essa acessibilidade.

Marcos: Para você ter uma ideia, no começo do mês passado eu rodei os postos para ver o negócio do e-SUS junto com a Regina. Aqui, uma coisa que eu achei muito interessante, pois aqui todo mundo tem acesso ao e-mail da unidade. Nos outros postos ninguém tem acesso ao e-mail, só o enfermeiro.

Vanessa: Verdade?

Marcos: Aí eu chegava e tinha que entrar no e-mail para pegar um formulário que foi por e-mail e... “Vocês não sabem o e-mail, gente?”, e? “A gente não sabe, é o enfermeiro que sabe do e-mail e passa as coisas para a gente”. E ele não sabia a senha do e-mail. Aí se não estava o enfermeiro lá, a gente tinha que voltar no outro dia e puta trabalho que dava. E nem podia entrar ou ligar o computador do enfermeiro. Aí eu falei: “Mas, gente do céu!”.

Roberta: E aqui já deixo tudo liberado.

Vanessa: É! Quando a gente precisa, a gente entra no e-mail.

Marcos: Aí quando eu vim trabalhar aqui eu estranhei. A Rô chegou para mim e: “Marcos, você viu que tem e-mail para você lá?”, e eu não sabia.

Roberta: É! Se o e-mail é para você, você que veja. Aqui na equipe não tem nada sigiloso. Mas sim! Aqui também já esteve assim. Quantos e quantos dias a gente não ficou tenso aqui? Por causa daquele negócio de fazer o e-SUS e ajudar no posto?

Marcos: E o quanto eu achei legal, porque assim, eu acho que isso é uma influência do próprio enfermeiro. Na verdade, o clima familiar vem...

Vanessa: Do chefe!

Fernanda: Do chefe!

Marcos: Do chefe!

Roberta: Mas eu deixo mesmo. Vocês ouviram a Fernanda gargalhando hoje de manhã?

Eu pensei: “Mas nossa! Tem dia que chega chorando e agora está aí no ‘kikiki’ ”.

E eu sei que tem chefe que já não gosta. Tanto que você (Fernanda) não ia gargalhar do jeito que você gargalhou se não tivesse liberdade.

Marcos: Eu lá trabalhando e de repente ‘kakakakakaka’ alto. E fui ver: quem estava dando risada? A Fernanda! Então, eu vejo assim. Esse clima familiar influencia muito na forma como a equipe trabalha. Até a tensão que tem aqui, quando tem é uma tensão tranquila. E é assim, eu já peguei. Eu cheguei aqui em março (2016) e a Rô estava de férias, mas eu já peguei o dia que a Rô está estressada.

Roberta: (rindo). Você já percebeu, né?

Marcos: É uma coisa impressionante! Todo mundo trabalha quieto! Ninguém fala nada.

Com esse trecho da conversa, a equipe pareceu confirmar a compreensão que Roberta tinha de ela ter desanimado a equipe com seu desânimo. Porém, foram além, em certa medida, parece que o clima de trabalho e o modo de ser têm certa *modulação* com o humor de Roberta.

Como já estava próximo do horário de fechamento, a reunião caminhou para o seu fim:

Vanessa: Por mais que a gente reclame, que a gente também está em busca de algo melhor, porque estudou isso ou aquilo e quer sair daqui. Lá a Jú, por exemplo, quer trabalhar na psicologia. Mas a gente não deixa aqui a deus-dará.

Fernanda: Porque aqui é da onde vem meu ganho, e até eu sair eu tenho que fazer o trabalho.

Vanessa: E tem hora que a gente está bem desanimado, porque lógico, tem problema.

Roberta: Eu vejo isso, por vocês que têm uma outra formação. Eu ainda estou no que eu me formei. Mas não é porque se formou em tal coisa...

Fernanda: Que vai relaxar e fazer de qualquer jeito.

Vanessa: Nossa! Já são 16:10! Tenho que ir embora!

Roberta: Nossa! Vamos! Aí a gente marca para continuar na semana que vem?

Pedro: Por mim, sim!

Vanessa: Eu acho ótimo!

Sobre repetição e continuidade

Essa reunião foi a última que realizamos, pois depois dela, a transferência de Roberta e Andréia fora efetivada, e a nova enfermeira pediu o tempo das reuniões para discutir o trabalho com a equipe. Passado esse período, até cheguei a me reunir, mas já era tempo de escrever a tese¹⁰². Esta, então, é uma história que não termina. Assim como a equipe desenvolveu um modo de cuidar pela contação e participação nas histórias dos munícipes, que de um jeito ou de outro, continuam. Eu também o faço.

Nessa reunião, do dia 2 de junho de 2016, Roberta, Inácia, Vanessa, Fernanda e Andréia discutimos a ligação do trabalho da equipe com a comunidade. Nela, iniciei entoando a narrativa que registrara em 27 de novembro de 2014. Então abri a palavra para a conversa que seguiu.

Pedro:

Hoje a Unidade estava vazia e tudo estava meio parado. Saí para fazer visitas¹⁰³, primeiro com Neuza e depois com Inácia e ambas reclamaram do marasmo. E tudo pareceu mesmo parado. Bom, não é sobre as visitas que quero falar neste diário... acho que já me acostumei com elas. Quero falar da volta.

Depois que o PSF fechou, como tenho feito este semestre, caminhei até o ponto de ônibus. Esperei, esperei e esperei. O ônibus das 16:15 estava atrasado. Esperei mais e na espera algo me veio: uma mulher descendo a rua, empurrando um carrinho de bebê vermelho. Dentro uma menininha que se divertia ao cumprimentar todas as pessoas. Estranho? Não... ela já passou nos outros dias... no mesmo horário. Olha! Lá vem aquele corcel velho do eletricitista com as coisas e ferramentas todas amontoadas no banco de traz. Lá vem ele de novo... Nas outras semanas ele também passou. E aqueles adolescentes descendo a rua e brincando aos tapas uns com os outros? Também... toda semana eles estão aí... e pontualmente no mesmo horário. E lá vem o funcionário da empresa de transporte da cidade subindo vagarosamente a rua enquanto outros dois descem de moto. Tenho certeza que se encontraram e se cumprimentaram no mesmo ponto da rua que o fizeram nas outras semanas.

¹⁰² Embora ainda mantenha contato constante com as ACSs. Tenho intenções de retornar e propor a continuação das reuniões de causos.

¹⁰³ Leia-se: cadastros do e-SUS.

De repente a vida no bairro se mostrou em uma terrível repetição... Pareceu que estávamos naquele filme “O feitiço do tempo”. Pareceu que comecei a sentir a repetição que as ACSs sentiam e que agora vejo que os moradores deste bairro vivem.

Lembrei-me que fiz essa discussão algumas vezes com as ACSs sobre isso: a repetição do trabalho. Lembrei-me das ACSs comentando as formas que inventam para lidar com isso. Valia tudo, piadas, brincadeiras, apelidos aos munícipes etc.

A repetição do trabalho estaria ligada à monotonia do bairro?

Como o trabalho da ACS está ligado à vida do bairro? Tão radicalmente assim?

Roberta: Sobre isso já foi falado uma vez, numa das reuniões nossas, com você, quando a gente falou sobre a monotonia. O que acontecia? Eu cobrava o fechamento da área, como tem que ser feito perante o ministério. Porque você tem que fechar a área e o ACS tem que fechar as 750 famílias dele no mês. Aí as meninas questionavam quando não dava o fechamento da área, até por outros serviços, mas enfim... Elas questionavam: “Mas tem muita gente, Roberta, que a gente bate e já nem nos atende ou então já coloca a cabeça para fora e fala ‘Ah! Está tudo bem!’”, você entendeu? E isso realmente é repetitivo. Todo mês o ACS passar, perguntar, conversar. Ainda na época a gente até propôs fazer uma mudança nas áreas: a ACS da micro 6 vai para a micro 5. Foi até cogitado isso daí, só que aí ao mesmo tempo discordava com o ministério que diz que o ACS tem que fazer o vínculo com a família. E aí acabou ficando nisso como está. Mas realmente, do começo, de quando elas começaram a fazer as visitas, para agora, um dos motivos de desanimar foi isso. E é assim: você bate na casa da pessoa e já é o sexto mês consecutivo e a pessoa já diz que está tudo bem. E aí você fala assim... Aí lembra quando saiu em dupla? “Ah! Vamos comigo para animar”.

Vanessa, Fernanda e Inácia: Isso, foi para animar. (Falaram ao mesmo tempo)

Roberta: Aí a Inácia vai com o Diogo¹⁰⁴, a Fernanda com a Neuza...

Vanessa: Até eles começaram a visitar junto a área para conhecer...

Roberta: Para conhecer, isso, o Diogo ia com a Inácia para conhecer os munícipes da Inácia, para ver se o pessoal recebia melhor um ACS diferente. Mas PSF é isso aí mesmo. Para você ver, a rua, o bairro, como você disse, tem tudo a mesma coisa, no mesmo horário, tudo acontecendo de novo.

¹⁰⁴ ACS que não está mais na Unidade. Conheci o Diogo quando fui conhecer a Unidade, em 2013. Quando inicie a pesquisa, ele já havia saído.

Vanessa: Isso porque agora, Pedro, a gente não tem o Leite de quarta-feira, porque antes era na segunda e na quarta e sempre aquelas mesmas pessoas.

Fernanda: Sempre!

Vanessa: Sempre, né?

Roberta: PSF, ele é isso!

Inácia: Mas até os pacientes que vem aqui, são sempre os mesmos. Sempre as mesmas queixas...

Roberta: Uma vez a gente pegou até a lista, lembra, dos top 10?

Fernanda e Vanessa: Na época da Dra. Regina (médica), nossa...

Roberta: Pegamos a agenda e listamos os 10 pacientes que passaram várias vezes no mesmo mês, você entende? Então, o PSF, ele é rotina. Eu acho que não só o PSF, mas também outros departamentos da prefeitura. Até, igual você falou do transporte. Eu sempre encontro os mesmos de bicicleta na via marginal, o mesmo caminhão da TuBase¹⁰⁵ na minha frente trancando a passagem. É assim.

Fernanda: Mas você vê que tem algumas profissões que não vivem tanto isso, por exemplo a minha mãe, ela é cobradora de ônibus. Ela fala que uma das coisas que faz com que ela não desestimore tanto é que... a EST (empresa de transporte da cidade) começou a fazer isso, porque antes, cada operador tinha uma linha e ficava só naquela. E depois eles começaram a variar motoristas e cobradores nas linhas. Claro que isso porque também tinha falcatura e eles tentaram desmontar. Então, por exemplo, minha mãe trabalhou muito tempo no Parque dos Ipês e dependendo do horário que ela estava eram sempre as mesmas pessoas no ônibus. Aí quando começou a ter muito roubo e motorista e cobrador e os dois repartiam o dinheiro, então a EST começou a fazer isso, cada semana você está num lugar. E ela fala que isso foi bom, porque a cada semana ela está num bairro e a cada semana ela trabalha com gente diferente...

Roberta: Eu acho isso legal...

Fernanda: ... então, não tem rotina.

Roberta: Eu gosto do PSF, eu que trabalhei em Pronto Socorro. Tem também os top 5 do Pronto Socorro...

Pedro: No Pronto Socorro também tem?

¹⁰⁵ Empresa de construção da cidade. Nome fictício.

Roberta: É sim, é uma vez no mês ele está lá. Só que assim, eu acho que... tudo bem que perderia um pouco a visão do PSF, porque também é gostoso as pessoas dizerem “Ah! É a enfermeira lá do posto da rua 15... é a Roberta, enfermeira do posto... a Vanessa, Inácia, lá do posto da rua 15”. Só que eu gostaria também que a Secretaria, sei lá, pelo menos uma gestão que entrasse, não sei, que rodiziasse...

Todos: que rodiziasse... (ao mesmo tempo)

Roberta: ... Não todo mundo ao mesmo tempo, mas tipo assim, que me tirasse daqui e me colocasse para ficar dois meses em tal PSF e vem outra enfermeira para ficar aqui. A Vanessa vai ficar lá no Bento (outra unidade da SF) dois meses...

Vanessa: Para conhecer assim...

Roberta: Entendeu? Para conhecer o trabalho de cada PSF, como funciona cada unidade, entende? Eu acho legal...

Pedro: Para vocês isso seria legal, mas, como ficaria o trabalho com os munícipes?

Vanessa: Isso que eu estava pensando, para o munícipe eu não sei se seria tão legal, porque ele vem aqui e já está acostumado com as pessoas daqui. Já pensou a pessoa que vem aqui fazer Papanicolau e de repente é outra enfermeira, outra ACS.

Pedro: Pois, é, quantas vezes eu já vi, quando uma de vocês entra em férias, os munícipes virem vários dias perguntar: “Quando é que fulana volta?”.

Roberta: Então! (Em concordância). E aí tem as comparações: “Mas a mocinha loirinha da recepção fazia assim”...

Andréia: E a pessoa também tem outro ritmo, outro jeito de trabalho.

Roberta: Mas ainda assim eu acho que seria interessante, porque eu como enfermeira ainda acabo saindo. Tipo, eu às vezes vou em outro posto cobrir uma colega. Agora, a Vanessa... A Fernanda já saiu algumas vezes cobrir férias, mas a Vanessa...

Vanessa: Eu nunca saí... e eu morro de curiosidade de saber como é o trabalho em outra unidade. Eu só tive uma noção naquele dia que eu fui no Oswaldo [Cruz] (outra unidade) e que eu vi o trabalho do outro posto. Mas era uma campanha e foi um dia meio diferente, não foi assim, a rotina.

Roberta: Porque rotina ela é assim. Ela acaba sendo chata, né? Então você tem que estar sempre inovando, buscando mudanças... mas para isso é aquilo que a gente já discutiu, não tem estímulo no trabalho.

Pedro: Mas eu acho que ... nesta percepção eu fico com uma questão, porque eu também tenho contato com outros PSFs e vou dar um exemplo, tem um bairro lá de Ametista¹⁰⁶, que tem uma população flutuante muito grande. Que tem gente que vem para trabalhar na cidade por causa das cerâmicas, fica dois ou três meses e vai embora. Tanto que a pilha de cadastro das ACS não vence, é gigante. Toda hora tem gente chegando e saindo do bairro, às vezes volta, e as famílias... as ACSs falam que lá não tem rotina, porque cada hora é uma pessoa diferente e como dizem que muita gente vai pingando em várias cidades que trabalham, eles contam muitas histórias, e muitas coisas. Mas também reclamam disso. E aqui não acontece isso...

Roberta: E assim, é tão próximo que se você for no Oswaldo [Cruz] (outra unidade) ali na Rua 19 (perto) é diferente. É o mesmo bairro e é diferente. Você vê a diferença na população, você vê a diferença no modo deles trabalharem, entendeu? É diferente, mas não deixa de ter uma rotina para eles também. Então eu ainda acho que seria legal dar esta ideia para uma pessoa que entrar, cabeça aberta, para rodiziar até os médicos.

Inácia: Até os médicos...

Roberta: Porque assim Pedro, a médica daqui... Eu percebo quando a gente vai em reuniões, principalmente quando é enfermeiro e médico, dá uns quebra-pau loucos. Por quê? Porque a médica que é do Bento (outra unidade da SF), que é um PSF de um bairro com poder aquisitivo melhor. Ou então do Glória (outra unidade da SF), é outra realidade. Então, quando você joga o assunto lá: “Ah! Mas vocês não vão fazer isso?”. Espera aí! Olha a realidade, entendeu? A Raquel, que é enfermeira do Glória, se eu não me engano, ela tem 8 gestantes. Eu tenho 26. Por quê? Porque o Glória é um bairro de idoso. Em compensação, ela tem trocentos acamados. Então, são realidades diferentes que eu acho que todo mundo deveria passar para aprender a trabalhar com isso...

(Os demais parecem discordar)

Roberta: Porque aí, chega na hora de fazer a reunião de planejamento, de elaborar um serviço ou um programa igual a... tipo assim, fez campanha do Papanicolau lá, como a que a gente fez, noturno, e parece que deu duas mulheres.

Fernanda: Aqui já não!

¹⁰⁶ Nome fictício de uma cidade vizinha.

Roberta: Porque lá não tem uma população jovem, sexualmente ativa. Então eu acho que deveria sim...

Vanessa: E também tem muita gente de lá que tem convênio e o convênio cobre...

Roberta: Sim! (Enfática) é isso que eu estou falando: cada PSF é uma realidade.

Vanessa: E agora, com a crise (econômica), Pedro, a gente está conhecendo gente que a gente nunca tinha visto antes, porque perdeu o emprego e perdeu o convênio ou teve que parar de pagar o convênio. A única coisa que está mudando em nossa rotina é essa, viu?

Roberta: Eu ainda acho que o município deveria ter esta visão de trocar os trabalhadores.

Vanessa: A gente tem visto uns rostinhos novos por aqui.

Roberta: “Mas você fez Papanicolau comigo ano passado? Fiz, mas não aqui, eu tinha convênio”.

Fernanda: E bastante...

Pedro: Pelo que estou entendendo, do ponto de vista do profissional, para suportar este marasmo que vocês já falaram bastante, e que as estratégias que vocês tentaram já não dão... sair em dupla, o top 10... Pensar que a gestão pode mudar as coisas pode ser uma outra estratégia?

Roberta: É! Outro dia eu até falei para a Vanessa vir comigo trocar a sonda do Marcondes, porque a Vanessa está sempre aqui na recepção. Faz o quê? Quatro ou cinco anos?

Vanessa: Seis e meio!

Roberta: Seis e meio!? Então, ela nunca tinha conhecido o Marcondes.

Vanessa: Só de nome, pelo que as meninas contam.

Fernanda: Porque ele é acamado e só quem faz a visita conhece ele. Para a Vanessa sair um pouco do balcão.

Vanessa: E nossa! Eu gostei! Sair do lado do balcão e ver...

Pedro: Sim, isso também foi uma estratégia para vocês lidarem. E isso seria bom para todo mundo?

Inácia: Então, mas aí é que está... eu estava pensando aqui. Eu não sei se para o município isso seria bom.

Fernanda: Porque se falarem que a Vanessa vai passar três meses fora, eles vão... nossa. Não quero nem ver.

Inácia: Quando ela entra em férias eles já entram em pânico...

(Todos riem e comentam ao mesmo tempo coisas relacionadas ao modo atencioso como a Vanessa trata os munícipes)

Fernanda: Mas a Roberta também! A Roberta mal comentou que vai pedir transferência para o Manacá (outra unidade da SF, nova) e eles já... A gente já está preparando eles para a saída da Roberta.

Roberta: Eu também, já estou preparando, principalmente as gestantes e as (munícipes) da saúde da mulher...

Vanessa: Mas eles já falam já... e já vêm as comparações. Quer ver, nem entrou outra enfermeira e eles já... “Ah! Mas eu não vou gostar...” E a gente fala que a outra enfermeira pode ser tão boa quanto, mas não é assim.

Roberta: (Gesticulando com as mãos como se estivesse pegando algo precioso) É isso do PSF! Isso aí é... é o PSF! Isso é o bom do PSF.

Inácia: É o vínculo que a gente tem...

Roberta: É as pessoas entrarem na tua sala e falarem: “Olha, eu estou grávida e não sei quem é o pai! O que eu faço? Me ajuda?”.

Fernanda: Isso você não fala para qualquer um. Isso você só fala para aquelas pessoas que você confia muito em falar.

Roberta: Isso que eu estou vendo agora! É chato? É chato. Mas, ao mesmo tempo, é uma coisa que você se sente: “Nossa! A pessoa está confiando em mim! Ela não contou para a mãe dela, mas veio contar para mim”.

Pedro: Assim como a Vanessa contou hoje da moça que saiu da maternidade e passou aqui antes de ir para casa, para mostrar a criança?

Vanessa: A Amanda? Então! (Em concordância) E eu tomei um susto, porque eu sabia que ela ia ter bebê, mas aí eu vi ela e falei assim: “Mas quando foi que você saiu?”, e ela disse: “Às 10 horas”. E eram 11 horas e ela estava aqui com a criança.

Fernanda: Ela foi, teve parto normal e 11h estava aqui.

Pedro: Ela veio para cá antes? Nem a família havia visto a criança?

Vanessa: Não, nem a família, Pedro. Você vê? Ela veio tão contente para mostrar a criança para a gente e a gente fica feliz, porque... E ela era uma pessoa que era difícil aqui.

Roberta: Muito! Lá na secretaria chamaram até a polícia para ela, porque ela deu barraco lá.

Fernanda: Ela era barraqueira mesmo.

Vanessa: E aí você vê, né? O que ela depositou na gente? Eu acho difícil a gente falar de pontos positivos e negativos da mesmice do trabalho.

Roberta: E que... para você ver, a área dela é uma área descoberta desde que a gente (equipe) chegou aqui.

Vanessa: Mas não é porque está descoberta, porque não tem ACS, ou porque os ACSs estão aqui fazendo outro trabalho, que ela (Amanda) está sem atenção, sem ser assistida. Isso é importante também. Porque ela vem muito para o posto.

Roberta: Sim, porque do jeito que a Vanessa recebe ela na recepção: está lá preenchendo a ficha dela, ela sempre falou da família dela. Que o irmão dela já abandonou. Que a cunhada já largou, engravidou, voltou. Que a família dela é uma zona. Quer dizer, veio, engravidou, brigou, foi embora abandonou a criança. Então quer dizer, nem sempre precisa estar indo na casa da pessoa, que às vezes é uma coisa chata, para você acompanhar a família. Entendeu?

Vanessa: Mas também, isso é de profissional para profissional, porque não é todo mundo e todo PSF que tem esse cuidado com a população. A Andréia mesmo falou que lá no Sérgio Arouca (outra unidade da SF) que o pessoal chega e senta. Ninguém conversa.

Inácia: Que nem aqui, o pessoal chega, fica conversando, as vezes uma hora e depois... só depois pede o que quer. Por isso que eu falo que a recepção daqui é como Oz¹⁰⁷, é encantada.

Andréia: Lá você que tem que perguntar o que a pessoa quer, aí eles falam: “Vim aqui medir o destro”, “Tomar insulina”, “Medir a pressão”. Lá não tem essa comunicação que tem aqui.

Roberta: Uma coisa que a gente viu aqui, é que você precisa ver bem a população que você está lidando. Que nem, para você ver, aqui, dependendo de quem... eu tenho que falar até gíria. Até gíria eu falo com eles e isso não é o meu estilo. Aí quando eu vou para um PSF diferente, eu fico meio desconcertada para conversar com as pessoas, você entendeu? Porque a pessoa, lá no Papa, senta e fica quieta, esperando. Aí você vai perguntar sobre a intimidade da pessoa, entende? Então, até isso a gente teve que saber a área e tem que conhecer as pessoas com quem ele está lidando.

¹⁰⁷ A equipe faz um trocadilho com a palavra “Oz”. Fazendo alusão tanto ao mágico de Oz quanto ao seriado Oz, que se passa em uma penitenciária de segurança máxima. No outro sentido, quando acontece alguma coisa ruim na Unidade, eles dizem: “Bem-vindo à Oz (prisão)”, por exemplo.

Pedro: Aqui vocês foram fazendo, como você disse da gíria, um trabalho que tem a ver com o bairro?

Vanessa: Aqui a gente acaba tendo um jeito de falar para eles, com eles...

Roberta: Aqui a gente tem muito de falar com um papo reto. A gente já conhece e as pessoas já conhecem a gente, então a gente fala no papo reto mesmo. Aí se eu for para outro (posto), que nem eu fui para o Glória (outra unidade) e já foi diferente.

Fernanda: Mas, como eu fiquei no Bento (outra unidade da SF), ele fica ali do Dom João VI (Bairro), um bairro vizinho daqui. Tem um local também, aqui é um posto pequeno e lá é um posto grande. Lá as pessoas não vão, por exemplo assim, elas vão por uma coisa específica só para a recepção: para marcar consulta e para pegar exame. Do resto, elas vão direto na sala da enfermeira ou dos técnicos. Lá é como se fosse um consultório particular, você chega lá, pergunta na recepção, fala que tem consulta agendada com o médico tal e senta e espera. Lá é assim também.

Roberta: No convênio você não fica lá com a secretária: “Ah! Então, a minha mãe... o meu namorado, não sei o que tem”.

Fernanda: Que eu saiba isso só acontece em PSF e nem em todos. É aqui só neste posto que isso acontece.

Vanessa: E o povo que sai de fazer o curativo e para lá para contar para a gente tudo o que aconteceu e como foi o curativo. Se for ver, não tem necessidade, mas ele quer informar, quer contar para você o que aconteceu e o que ele fez, e o curativo. Que foi o caso da mulher de hoje cedo.

Roberta: Aquela mulher foi contar?

Vanessa: Foi contar. Contou tudo. Em detalhes.

Fernanda: Porque lá no Bento eu estranhei isso, porque lá a recepção era assim: a pessoa chegava “Eu tenho consulta. Está aqui meus documentos, o cartão do SUS e sentava”. Aí você preenchia a ficha, chamava a pessoa para assinar. Ela assinava e voltava a sentar, até chegar a vez dela. Aí depois você chamava. Aí depois quando precisava de injeção, não ia na recepção, já ia direto na sala da enfermagem.

Roberta: Porque lá tem muita sala. Tem sala de triagem, sala de curativo, sala de medicamento. É um posto grande, né? Tem salas específicas.

Fernanda: Eu estranhei bastante ficar lá.

Vanessa: Também é que aqui todos nós ficamos lá na frente, né? Aqui é pequeno, e a gente fica lá. Aí para tudo lá e acaba falando com um, com outro. Aqui também, se falar um pouco mais alto já escuta, né?

Roberta: É! Tem coisa nossa aqui que a gente tem que cochichar. Quando está em consulta, eu vejo as mulheres cochichando no atendimento.

Fernanda: Que nem a Dra. Regina (antiga médica da unidade) falava: é curva de rio este posto aqui. Porque todo mundo para.

Vanessa: Não é que é curva de rio. Eles vêm, eles gostam e eles voltam.

Roberta: Eles voltam para bater papo, para trazer... a gente já ganhou presente dos munícipes. Lembram? E ela (Dra. Regina) fala isso porque ela já tinha trabalhado em outros PSFs. Ela trabalho com PSF cinco anos antes de vir para cá. E ficou cinco aqui. E ela falava: aqui é diferente.

Fernanda: Como aqui, lá no Bento, a Dra. Flávia termina as consultas e senta na recepção. Senta lá e fica batendo papo com as meninas. Bate papo com os pacientes. Lá já é uma coisa diferente. Porque aí sim os pacientes paravam, eles só paravam na recepção quando a Dra. Flávia estava lá. Aí ia lá conversar com a gente.

Vanessa: Mas eu não sei Jú, eu senti lá naquele Bento que as pessoas lá não têm liberdade como a gente tem aqui.

Fernanda: Não mesmo.

Vanessa: Não sei se aqui porque a Roberta (enfermeira) deixa a gente mais à vontade para trabalhar que a gente acaba fazendo isso, você não precisa ter medo...

Fernanda: (interrompendo). Mas é disso que eu estou falando, se você vai lá conversar, eles param.

Roberta: E aqui a gente faz muita sala para as pessoas. No privado mesmo. Que nem, vamos supor, pacientes que vão procurar a enfermagem, que vão lá na sala da enfermagem direto e vão falar só com a Andréia. E aí ele só fala tchau.

Pedro: Ou como hoje, pega pela mão e puxa... “Quero falar com você, vem cá”.

Vanessa: Eu assustei até. A menina veio e me pegou pela mão. Mas, sabe o que era? Para pedir camisinha, porque estava com vergonha de pegar ali na frente.

Roberta: Elas pedem pelo telefone, pelo WhatsApp. “Posso tirar dúvida pelo zap?”. É lógico que tem que saber separar, mas também é assim. E olhando agora, ao mesmo tempo que dei esta ideia de mudar, de rodiziar. Ao mesmo tempo descaracteriza também.

Vanessa: Isso perde.

Fernanda: Perde.

Inácia: Perde mesmo.

Vanessa: Então, e sobre o que você (Pedro) perguntou dos munícipes, sobre quando sai em dupla. Por quê? Porque daí os munícipes pensam assim, isso eu senti. Lembram quando o Diogo (ACS) entrou, que ele começou. Tinha mulher que tinha meio receio com ele. Mas depois que ele foi com uma ACS que eles conhecem, juntos, isso passou. Eles (munícipes) pensam assim: é mais um que eu conheço lá no posto, mais um que eu posso conversar.

Roberta: Aconteceu muito. Elas vinham, e muitas vezes não queriam conversar com o Diogo, elas queriam falar com uma das meninas. Então, quando ele começou a fazer com a Rebeca, com a Inácia, elas passaram a ver ele como profissional. Aí chegavam aí e só queriam o Diogo.

(Todos riem).

Vanessa: Então, isso eu não vejo como ruim para o munícipe. Como você (Pedro) fez a pergunta, né? Isso eu acho que tem a ganhar, porque é mais um profissional que ele está tendo um contato próximo.

Roberta: É, mas que mensal fica chata a visita.

Inácia e Fernanda: Fica cansativa mesmo. A coisa que tem (!) que fazer.

Roberta: E eu fico pensando nas pessoas. Às vezes você já não acordou num dia bom, não aconteceu nada de mais na sua vida e aí é assim: está tudo bem aqui.

Pedro: Parece que uma coisa é esta visita para cumprir tabela, esse tem (!) que fazer. Não tanto...

Inácia: (interrompendo) Números! Essas visitas são isso... Nem tanto pela necessidade da pessoa.

Roberta: Eu estava pensando aqui. E grupos?

Pedro: Como assim?

Roberta: Em vez de você fazer a visita, você convocar aquele quarteirão numa praça, por exemplo, e faz um grupo. Não precisa sempre ir na casa. Você vai convocar aquela pessoa daquela área, daquela rua e vamos fazer um grupo e vamos falar hoje: “O que vocês têm dúvidas? O que vocês gostariam de saber? Do que vocês estão precisando?”. E aí faz um grupo onde todo mundo troca informação, se conhece e pronto. Não poderiam ser aí, o quê? Vinte visitas? Num grupo.

Vanessa: Olha! Isso é legal. É uma estratégia... eu nunca tinha pensado nisso.

Pedro: Eu estava pensando aqui, não sei se vocês lembram, nas primeiras reuniões a Roberta falou que aqui não funciona como PSF. Dá para dizer isso agora?

Roberta: Eu falo que não funciona o PACS (Programa do Agente Comunitário da Saúde). Isso não tem funcionado, porque a gente não faz as visitas e tudo. Mas, olhando agora, a questão do vínculo com a população...

Pedro: Pelo que vocês contam, há.

Vanessa: Talvez se a gente circulasse mais, fizéssemos esses encontros (grupos) o vínculo também. Gostei da ideia, Rô.

Fernanda: Mas aí também é o que dá para fazer. O que dá para fazer? Por exemplo, eu... aqui tem pouco ACS. Eu posso pegar um pessoal da minha área e conversar?

Roberta: Pegar diabéticos e marcar um dia para passarem com a Dra., mas antes deles passarem com a Dra., fazer uma conversa. Porque receitas eles precisam mesmo. Isso pode ser dez visitas?

Pedro: Isso resolveria a questão dos números?

Roberta: E também o trabalho da orientação à população. Só que tudo isso tem que ser planejado.

Fernanda: Mas isso tem que ser planejado, porque aqui a gente está em três ACSs e a Vanessa está na recepção.

Roberta: Até dá para fazer. É só abrir um dia na agenda, conversar com a médica e fazer isso.

Vanessa: Ou mesmo sem a doutora. Por que não?

Fernanda: Sim, mas será que eles vêm? Se for só para escutar e falar?

Vanessa: É... verdade.

Roberta: Eu vejo que isso é um problema. Com o pessoal aqui, é muito na base da troca.

Vanessa: Talvez os daqui da rua e os que vêm mais aqui. Talvez eles venham, mas aqueles lá da avenida, lá de baixo... E também a gente pode tentar fazer isso, por exemplo, com as gestantes.

Roberta: Isso! Pegar e explicar. Por exemplo, pegar aquelas que estão com mais de 30 semanas. Sentar e explicar para elas a reta final, os tipos de parto. Entendeu? Tem como. Não temos folders¹⁰⁸, não temos DVD. Mas temos o bate-papo.

¹⁰⁸ Panfletos.

Vanessa: E também, aquelas que já são mães podem dar dicas para aquelas que são mães de primeira viagem.

Roberta: Isso enquanto aguardam o Chaves (Ginecologista), por exemplo.

Vanessa: Mas tem que ser um dia que não pode ser portas abertas, porque aí não vai ter lugar.

Fernanda: Mas isso tem que ser programado, aí fazer.

Roberta e Vanessa: Isso tem como fazer!

Pedro: Uma coisa que eu fiquei pensando aqui ouvindo vocês falarem, e também pelo que eu acompanhei. Uma coisa é esta estrutura do PSF das visitas, dos números, dos protocolos. Mas vocês estão dizendo que isso não quer dizer que se tenha vínculo. O vínculo também vem do modo como vocês trabalham de outros modos, que não as visitas, por exemplo. É claro que, pelo que eu vi (acompanhando o trabalho de vocês), as visitas...

Vanessa: Tem vínculo.

Fernanda: As visitas foram importantes no começo. Mas a Van mesmo, na recepção, não fazendo visitas, as pessoas adoram ela.

Vanessa: É! Isso foi sendo construído de outro jeito.

Roberta: Olhando agora. Somos referência aqui. Falou: “Ah! A Andréia é a Vanessa, a loirinha da recepção”. Tem vínculo.

Andréia: Colher sangue tem muito isso, eles já vêm falando: “Ah! Eu quero ir com a Andréia, ou com o André”. Isso tem muito. Eles já conhecem.

Vanessa: Criou-se um vínculo e nesse sentido, funciona como PSF.

Roberta: A única coisa que não funciona, vamos falar assim, é a parte de rua, dos formulários. Do que era para ser, quadradinho. Isso não funciona.

Fernanda: Nossa! Já são 16h!

Vanessa e Andréia: Nossa! Preciso ir!

Roberta: E deixa eu ver uma coisa. Eu estou saindo (sobre a transferência para outra unidade) e eu não vou mais poder participar das reuniões, porque tenho um monte de coisas, de papelada para... E este momento que a unidade está mais tranquila é quando eu consigo fazer isso. Mas vocês podem continuar se reunindo e continuar com o trabalho. Eu não consigo mais vir, porque eu tenho muito papel mesmo. Vocês entendem?

Vanessa (já em pé): Eu gosto dessas reuniões e gosto quando você traz as coisas assim para a gente ver, para a gente pensar. Porque a gente está fechada aqui nesta

realidade, como você disse, que vem o carro do eletricitista, a criança no carrinho. Então a gente está neste mundo e quando você traz. A gente quer saber o que pode fazer para melhorar e quando você traz, ajuda. Eu vejo que você quer saber da gente o que a gente pode fazer para melhorar, para a gente pensar. E eu também queria saber de você, depois, numa outra conversa, como é em outros PSF, se você tem ideias que a gente pode estar trazendo para cá, para melhorar.

Roberta: Sabe que antes, em outra gestão, existia um grupo... lembra? Eu ia lá para a DRS (Diretoria Regional de Saúde), a gente ia, acho que ia uma vez no mês. Era um encontro de enfermeiras de PSF para trocas de experiências... E falaram de fazer um encontro de Agente Comunitário também, mas aí mudou a gestão...

Vanessa: Foi lá onde você conheceu a Isadora (enfermeira de outra unidade).

Roberta: Foi! E a gente sentava e uma ou duas enfermeiras contavam experiências que tinham posto em prática naquele mês, e que deu certo. Entendeu? O que eles fizeram e que deu certo? Teve uma com diabéticos que não seguiam tratamento e que agora estavam seguindo. E havia esta troca e era... E depois parou, a secretaria daqui nunca mais falou mais nada. Não levaram mais. E eu sei que este trabalho continua na DRS, é aqui (município) que não participa mais...

Vanessa: Isso seria legal. Lembra que você (Roberta) trouxe aquele posto que fez acupuntura com as pessoas que tinham depressão, que eu achei legal.

Roberta: Tinha aquela unidade que organizou um curso de tricô e crochê um dia na semana e que eles vendiam. Tinha um que organizou dia da beleza e dava curso para as mulheres. Que tinha uma cidade, acho que em Ametista (cidade vizinha), que tinha um bairro que uma vez na semana vinha uma manicure e uma cabelereira fazer a unha das pacientes e maquia... era dia da autoestima. Era legal, porque você via isso e voltava cheia de ideias para fazer. E tudo com recurso do bairro.

Andréia: Em Topázio¹⁰⁹, que eu sei, eles fazem um monte de coisas também.

Roberta: E as pessoas ficavam felizes. Davam dicas para as diabéticas, para fazer as unhas. Mas a cidade, a secretaria não foi mais. Não levou mais.

Vanessa: E é legal de você trazer os diários, que é uma coisa que a gente nem repara mais. Já ajuda.

¹⁰⁹ Nome fictício de uma cidade vizinha.

Fernanda: Legal, por saber uma visão de fora.

Vanessa: Como eu disse, está vindo gente nova agora, que a gente não conhecia... quem sabe... e são pessoas diferentes... quem sabe...

VI – MORAL DA HISTÓRIA: UMA INTERPRETAÇÃO

Contar histórias sempre foi a arte de contá-las de novo (...) Quanto mais o ouvinte se esquece de si mesmo, mais profundamente se grava nele o que é ouvido. Quando o ritmo do trabalho se apodera dele, ele escuta as histórias de tal maneira que adquire espontaneamente o dom de narrá-las.

(Walter Benjamin – *O Narrador*)

Chegou a hora de elaborar uma interpretação e uma discussão (por que não, também, uma conversação?) mais ampla sobre a história aqui contada, a fim de abrir caminhos, indicar direções e encontrar sentido.

Reconheço em mim um estilo e gosto acadêmico, daqueles que se apraz em trazer autores diversos para uma boa conversa. Autores dos mais diversos, de Caieiro a Heidegger. Mas, apesar disso, ao longo dessa história, isto é, do Capítulo II ao V, me furtei e me segurei a trazê-los – eu sei que alguns escaparam no texto, mas ainda os entendo como necessários. Essa economia de não recorrer aos muitos autores possíveis não se deu por capricho ou autossuperação dessa minha característica. Mas porque a história e seus atores me exigiram. Logo no início das entrevistas essa exigência já me foi apresentada por Inácia em minha antecipação teórica à sua fala. Mais tarde, o estudo das políticas, ao apreender a generalidade dos discursos oficiais, trouxe à tona a necessidade de me aproximar da realidade, isto é, de um serviço que funciona ou tenta funcionar a partir dessas prerrogativas. Esse funcionamento “na prática” se mostrou, então, como um campo hermenêutico, pois, por exemplo, a depender como cada ator entende “ser o elo”, sua ação e discurso se darão de tal ou qual modo. Como se as entrevistadas e esse modo como apreendi as orientações oficiais me dissessem: ouça primeiro, vá conhecer, caminhe pelo território e só então fale a partir do que viu, de como viu.

Essa exigência se intensificou e se ampliou até virar uma decisão de pesquisa: precisava participar, entender como eles entendem e contar a história com eles. Assim tentei fazer. Tentei, pois entender o outro é imergir em um (nosso) mistério fundamental, no “saber que não se sabe” que nos constitui. Esse não-saber que todo abrir-se ao outro traz é, cotidianamente o mais distante, mas quando ele insiste em aparecer – ou nele se insiste –, torna-se o mais próximo. Como bem disse Clarice Lispector: “Eu antes tinha

querido ser os outros para conhecer o que não era eu. Entendi então que já tinha sido os outros e que isso era fácil. Minha experiência maior seria ser o outro dos outros: e o outro dos outros era eu”. (LISPECTOR, 1999 p. 23).

Depois que fizera minhas primeiras incursões e ficara encantado e estranhado, já imaginara ter “material” o suficiente para uma pesquisa. Afinal ensaiara atividades, propusera e organizara reuniões, ficara prostrado, também desanimado... já estava me dando por vencido, mas ainda envolvido e pronto para encontrar na discussão da literatura uma forma profícua de redação do trabalho final que colocasse tudo a salvo! Ledo engano, que só me revelou meus próprios *a priori*s do que seria esta pesquisa. Minha imaginação e meu projeto de tese fora despedaçado por um novo acontecimento que sugeriu outro caminho e nele me vi implicado. Eis que, não sei se por destino, necessidade ou vontade da equipe, ou por algum conhecimento tácito em mim, ou tudo isso, as lágrimas de Inácia (assim como as de Odisseu?) fizeram acender a esperança e nas conversas “sobre os feitos do passado” que seguiram possibilitaram reencontrar um sentido.

A segunda devolutiva das entrevistas e a primeira conversa (não gravada) sobre os diários me animaram a encontrar com a equipe um meio de lidar com a sobrecarga e o desânimo. Mas também mostraram a importância dos registros de pesquisa que, uma vez objetivados e devolvidos pelos olhos de outrem, abriram a boa conversa na e com a equipe.

Se antes tinha dúvidas do que e como discutiria todos os acontecimentos e entendimentos da pesquisa, com quais autores e literatura – cumprindo assim com o que se espera de um trabalho acadêmico –, agora tinha um caminho: o trabalho de campo não terminara e também não seria eu quem daria a toada e a direção da interpretação dos acontecimentos em campo; dela participaria com eles. Por isso, talvez, o meu principal papel tenha sido o de contar histórias, de contar essa história.

Também, foi em função disso que escolhi pelo sentido alegórico da história aqui narrada pode ser esclarecida. Uma vez que já ficou claro é que as conversas foram um modo de estar em campo e lidar com as questões que dele emergiram; e essas conversas foram abertas comigo recontando as histórias. O que se desenrolou foi uma abertura da história recontada para outras perspectivas de sentido, como numa alegoria. Como já dito antes, uma alegoria cumpre um modo de ver no particular uma possibilidade de extrapolação e ampliação. Por essa via, proponho o conversar (ou a conversação) como ação possível do psicólogo junto (com) os Agentes Comunitários de Saúde. Mas, antes

de defender esta ampliação, é preciso percorrer novamente e de um outro modo a história aqui contada. Com outras *conversas*, agora sim com a literatura.

Dessa forma, este capítulo é também uma conversa (não a única possível) sobre e a partir da história narrada, mas com outras pessoas. Essa conversa inicia pelos modos de cuidar, que inclui o sentido de trabalho burocrático e tem seu des-fecho na conversação como ação possível do psicólogo junto aos ACSs.

Ouvir, contar e participar das histórias: um modo de cuidar

As entrevistas e visitas que fiz com cada personagem me ajudaram a compreender o modo como cada uma entende, discursa e age em sua prática. Quer dizer, como cada ACS talhou sua singularidade a partir da própria experiência.

Inácia vai atrás, ajuda, usa seus muitos contatos para fazê-lo. Para ela, o mais importante é se misturar. Fernanda engaja-se e mantém familiaridade com os munícipes como alguém do bairro. Trata a todos com bom humor. Ela entende que ser o elo entre o posto e a comunidade significa ir além da saúde, estabelecendo amistosas relações, mas ficando de olho. Vanessa se preocupa com os munícipes e com a equipe, quer se sentir importante fazendo com que todos se sintam importantes. O faz mantendo sempre sorriso no rosto e buscando informações.

Em cada um desses modos singulares de ser-ACS há a característica comum de ir-na-direção-do-outro, o que aponta tanto para a paradoxal condição humana de sermos singulares pluralidades (ARENDT, 2010), quanto para o ontológico ser-com (HEIDEGGER, 1927: 2012 § 26). Essa condição fundamental, na atual conjunção, indica um ser/estar com outro para cuidar *como* um cuidar de ser.

Nas conversas, por exemplo, a fala de Vanessa: *“Eu fiquei espantada te ouvindo, até imaginei que era outra cidade. Eu fiquei imaginando a pessoa esperando a ACS com pão com mortadela. Porque eu nunca ouvi a Neuza falar disso. Foi até emocionante”*, após ouvir o diário sobre o modo como Neuza cuidava de Dona Cícera, mostrou que essas especificidades do modo como cada uma faz o próprio trabalho não é tão explícita, embora em muitas vezes haja um reconhecimento tácito com um *“isso é bem a cara da Fernanda”*.

Também, o diálogo que seguiu a esses trechos permitiu às ACSs transitar pelas diferenças e se reconhecer como diferentes, como ficou evidente na fala de Vanessa: *“Eu acho bem complicado. Porque, eu penso assim: cada ACS que cuida da área, né? Fica difícil questionar e saber se está fazendo certo. A Fer cuidou de um jeito, a Neuza de outro, como você vai questionar?”*; bem como no trecho do diálogo, por exemplo:

Vanessa: Mas isso é errado?

Roberta: Não! Não está errado.

Marcos e Fernanda: É o seu jeito Van!

Roberta: Se você quer dar atenção assim, você dá. Eu não tenho muita paciência.

Fernanda: Cada um tem o seu jeito aqui. A Van tem uma paciência com a Dona Teodora que eu não tenho.

Marcos: Então, aqui é diferente, eu vejo, porque o povo realmente acostumou com isso daí.

Roberta: Agora, Van, para você ver, isso é uma falha? Eu vejo que nisso a pessoa já cria um vínculo com os funcionários, porque no que ela vem buscar um exame e para ali no balcão, ela já conta para a Van que o netinho dela está na casa dela, que fulano de tal da família dela morreu, que o pai da vizinha voltou a beber. Não é assim?

Vanessa: É bem assim.

Esse reconhecimento trouxe consigo a necessidade de a equipe investigar a própria especificidade do modo de cuidar. Essa pesquisa se iniciou com a comparação entre os modos de cuidar de outras unidades a partir da experiência de quem nelas já se aventurou e teve na fala de Marcos, no segundo diálogo, o seu expoente máximo.

Essa busca pelo diferencial, pela singularidade da equipe permitiu esclarecer um modo comum como todos ali entendem seu trabalho e que abarca o modo de cada ACS: ouvir, contar e participar das histórias.

Roberta: (...) Mas é assim, a pessoa chega e conta, entendeu? E aí na semana seguinte ela volta e continua contando. É, como eu posso falar? É a confiança que o munícipe tem no funcionário.

Marcos: Porque eu vim de um setor que é pancada. E aqui é diferente e eu estranhei no começo, por causa disso. Aqui eu nem falava muito, de tanto que eu estranhei. Até essas reuniões aqui eu estranhei, tanto que eu nem falei nada no primeiro dia que eu participei. Lá não tem nada disso.

Roberta: E também, porque aqui você vai ver o paciente de novo.

Marcos: Exatamente!

Roberta: Alguns estarão aqui três vezes na semana, às vezes, quando estão fazendo algum tratamento mais assim. Ou naquele período em que ele veio, passou em consulta, agendou os exames, vai retornar para mostrar o exame, aí a médica vai passar o tratamento e depois o paciente volta para ver como está o

tratamento pelo menos uma vez. Então o que? Em um mês no mínimo você vai ver a pessoa aqui umas três, quatro vezes.

Marcos: Eu já vi isso. E fora aquele que precisa fazer controle de pressão, controle de diabetes.

Fernanda: E fora aqueles que vêm três vezes no mesmo dia para conversar.

Marcos: Exatamente!

Vanessa: E tem aquela que liga para bater papo.

Aqueles que vêm três vezes no mesmo dia para conversar e aquela que liga para bater papo mostram, pela comparação e no diálogo, a singularidade da equipe pela pluralidade.

Detendo-me primeiro na singularidade da equipe, cabe perguntar: o que esse ouvir, contar e participar das histórias tem a ver com saúde ou práticas de/em saúde? Se colocarmos um pouco de lado todos os saberes e discursos (em especial os acadêmico-científico em sua maioria) que tentam demarcar a saúde como campo de práticas; se acalmarmos o furor técnico-resolutivista; e perguntarmos pelo sentido de saúde e suas práticas, encontraremos grande mistério e dificuldade.

Para entender esse mistério, Gadamer (2009) nos dá um caminho. O autor ampara a pergunta pelo o sentido¹¹⁰ de saúde na mais antiga “questão de que cada um deve “conduzir” a sua própria vida, e deve perguntar-se como fazê-lo” (p. 120). Neste mesmo sentido, Ayres (2007 p. 44), ao propor a pergunta “você está saudável?”, aponta uma questão: “De que estariam falando aquelas pessoas que se declararam saudáveis?”. O teor das respostas indica uma situação específica, quer dizer, para o modo como alguém em um determinado momento e lugar se encontra, portanto, difícil de ser generalizada.

Essa especificidade do sentido de saúde cria um campo de tensão entre o saber enciclopédico, generalizado construído pela ciência desde a modernidade e uma condição hermenêutica peculiar. Gadamer define¹¹¹ essa condição hermenêutica peculiar como a “diferença entre o conhecimento das coisas em geral e as aplicações concretas desse

¹¹⁰ Gadamer, partilhando do mesmo horizonte filosófico de Heidegger, entende sentido (*sinn*) como um projetar da estrutura-como da interpretação, isto é, a possibilidade de a posição, visão e concepção prévias da compreensão designarem todo e qualquer interpretar como “algo como algo” (HEIDEGGER, 1927:2012).

¹¹¹ Esta definição consta na obra citada. Porém, é importante ressaltar que a hermenêutica assume papel central no pensamento gadameriano. Em sua obra *Verdade e Método*, o autor defende que toda a filosofia é hermenêutica ao mesmo tempo em que esclarece uma hermenêutica fundamental (GADAMER, 2014). Os pormenores desse percurso filosófico, porém, fogem do escopo de discussão da presente pesquisa.

conhecimento ao caso único” (GADAMER, 2009 p.119-120). No caso da presente discussão, essa tensão marca a distinção entre a arte de curar e as ciências da saúde.

A maioria das profissões da saúde de hoje, sendo herdeiras dos métodos e processos da ciência moderna, conquistaram sem dúvida grande espaço e prestígio. Mas, apesar dos avanços tecnológicos, esse campo de tensão entre ciência e prática permanece. Ele se dá a ver, por exemplo, na dupla mensagem de muitas orientações “de saúde” que recebemos cotidianamente: ao mesmo tempo em que os recursos médicos anunciam seu êxito técnico, há sempre a necessidade de avaliar caso a caso. Entre a generalidade do saber da ciência e a dramaticidade da situação singular que clama por intervenção, há um hiato que deve ser preenchido pelo profissional.

O profissional de saúde, habitando este hiato hoje, com todo nosso cenário político, como bem contam as ACSs, comumente vê-se seduzido a aplicar meios para fazer cumprir aqueles fins previamente dados pelo saber científico ou político-econômico hegemônico. “Afinal, etilismo é doença grave e se combate”, poderíamos advertir Rebeca nesse sentido¹¹². Esse modo de compreensão de prática a partir das diretrizes técnico-científicas aponta para o seu êxito técnico como qualidade primorosa (AYRES, 2001). Outra possibilidade foi o caminho que Rebeca tomou no cuidado com Vítor (o homem das orquídeas), ao incentivá-lo a cultivá-las. Neste sentido, a decisão de o cultivo de orquídeas ser o objetivo do cuidado não partiu explicitamente de um saber prévio, mas emergiu do entendimento e da participação de Rebeca na história de Vítor. Foi uma decisão de certa forma conjunta. Esse sentido de prática em saúde pertence ao âmbito da hermenêutica, como já colocado, e sua finalidade é o sucesso prático (AYRES, 2001).

De forma sintética, Ayres (2007) define êxito técnico como “a dimensão propriamente instrumental da ação - por exemplo, a relação entre o uso de um vasodilatador e a redução do risco de agravos cardiovasculares em um paciente, ou da incidência desses agravos numa população” (Ibid., p. 54). Por sua vez, por sucesso prático, entende-se a “dimensão de atribuição de valor às implicações simbólicas, relacionais e materiais dessas ações na vida cotidiana - por exemplo, o que significa na vida de um usuário ou de uma população a identidade de hipertenso” (Idem).

O entendimento da relação entre esses dois âmbitos do fazer em saúde passa pela distinção da saúde (e da doença) como objeto da ciência e da interpretação do sentido de saúde como arte de curar.

¹¹² Ver registro de 14/08/2014, no capítulo IV, no subcapítulo “Modos de cuidar”.

A saúde como objeto da ciência faz com que os seus profissionais meçam o êxito de suas práticas pelo domínio da doença (aquilo que se objetiva), se afastando da arte de curar. Pois só a doença pode ser objetivada e, portanto, controlada (GADAMER, 2009).

Objetivar, em primeira instância e no sentido usado pela ciência, significa medir e pesar, mas todo medir e pesar só pode acontecer por algo ter saído de seu velamento, isto é, ter aparecido para alguém. Por isso se diz que as ciências objetivas são positivas. Elas se ocupam em generalizar aquilo que aparece aos olhos e publicamente, medindo e pesando com sistemas de referências previamente acordados. A hegemonia da ciência deve-se ao fato de ela impor ser a objetividade mensurada e pesada a melhor forma de entendimento do real (CRITELLI, 2007).

Historicamente, desde a aliança entre medicina e ciência moderna, grande parte dos esforços das ciências da saúde foi catalogar o *aparecimento* de determinados males, tendo a alta frequência ou alta incidência como principal critério. Com o avanço da tecnologia e da ciência, foi possível identificar a regra-causal entre esses aparecimentos e fatores, microrganismos ou processos externos, ou alheios ao funcionamento do corpo. Criou-se e constantemente se aperfeiçoa, uma espécie de código interpretativo desses adoecimentos e suas possibilidades de controle e combate (GADAMER, 2009).

Se pegamos uma gripe, por exemplo, seus sintomas são muito bem conhecidos e vivenciados por grande parte da população mundial. Logo eles foram alvo da atenção científica a fim de estudar, explicar e controlar seu aparecimento e seu desaparecimento. Esse conhecimento nos orienta e nos acalma na enfermidade, pois projeta um futuro (prognóstico) com certa segurança, visto que de modo geral, uma gripe não nos aflige tanto como o fizera outrora.

As ciências da saúde delimitam, assim, um campo de saber e indicam o modo como os fenômenos desse campo *devem* ser interpretados. Nas palavras de Heidegger (1953:2010) elas se tornam disciplinas. Toda disciplina circunscreve um domínio de fenômenos e pré-determinam sua quiddidade, o que encobre a singularidade do acontecimento desses fenômenos e suas inerentes possibilidades infinitas de sentido e significado. Como consequência disso, sempre que um evento desafia a interpretação pré-posta pela disciplina, surge a necessidade de delegar seu entendimento para outra disciplina, ou criar uma especialidade ou ainda uma zona de intersecção¹¹³. Como

¹¹³ Como exemplo dessas zonas de intersecção entre as disciplinas temos os discursos multi-, inter- e trans-disciplinares. Também, as especialidades como a psicobiologia, a antropologia genética, a bioquímica etc.

exemplo disso, são constantes os empurra-empurra dos “casos problemáticos” no campo da saúde (ao menos sob certa perspectiva), ou nas discussões se o uso de drogas ilícitas é uma questão de saúde, de segurança ou de assistência social.

Pela via da disciplina, no campo da saúde, sempre que alguém se queixa de algo, traz a necessidade de se investigar e encontrar esse algo que perturba. Em rigor, todo perturbar é um aparecer, portanto, passível e objetivação. Nesse sentido, todo perturbar pode ter o caráter de doença e exige investigação. Porém, se as características próprias desse perturbar não puderem ser enquadradas nos modelos diagnósticos pré-estabelecidos, tem-se um problema (GADAMER, 2009).

O prejuízo que o encerramento das práticas de saúde nos preceitos e métodos científicos trouxe, foi um retrocesso no cuidar da saúde como uma investigação curiosa e com-prometida. Quanto mais a ciência avança, e mais suas tecnologias penetram nas práticas de saúde, maior é a negligência aos problemas humanos que não são comparáveis ou generalizáveis segundo esses padrões disciplinares preestabelecidos (AYRES, 2001 e 2004; GADAMER, 2009).

Como um exemplo disso, temos a complexidade das chamadas “doenças mentais”, pois, nelas ‘aquilo que perturba’ não tem clara referência orgânica mensurável, o que gera um constante impasse. Segundo Figueiredo (2003, 2004 e 2007), a psicologia e a psiquiatria surgiram, em parte, como disciplinas para tentar solucionar esse impasse. A falência dessa tentativa se deu, pois elas (a psicologia e a psiquiatria) também se estruturaram, no início do século XX, como disciplinas à luz das orientações dos métodos da ciência natural. Para o autor, somente quando a psicologia pôde galgar outros horizontes epistemológicos, e assim, criticar e propor outros métodos de conhecimento, a questão da saúde mental no meio acadêmico pôde trilhar outros caminhos e entendimentos. É importante ressaltar que essa mudança de compreensão da saúde mental como campo de saberes e práticas, também se deu por movimentos políticos e organizações populares, que constituem até hoje amplo *locus* de discussão, inclusive na ESF (LANCETTI; AMARANTE, 2012).

Outro exemplo disso, é o trabalho burocrático como predominância técnico-científica materializada em estrutura hierárquica. Na experiência aqui narrada, ele aparece inicialmente como aquilo que afasta as ACSs de sua prática. Embora Roberta tenha afirmado por diversas vezes que enxerga a importância da burocracia, ela não é sentida por todos. Em seguida, a intensificação da atividade burocrática faz ampliar o desgosto da equipe, gerando desânimo e brigas. O aparecimento da burocracia no cotidiano é

entendido pela equipe de duas formas: como um fazer sem sentido (prático), tanto pela distância de seus efeitos, quanto pela necessidade de sobrevivência financeira do município; e como estrutura hierárquica que, ao mesmo tempo em que abre e legitima as práticas da ESF, as orienta e de-fine.

Como exposto no capítulo III, diante da ampliação da PNAB e da ESF o governo federal optou pela criação de estruturas de planejamento e coordenação das ações, que implicavam a definição prévia de finalidades para a ESF, dando origem aos instrumentos de fiscalização e controle, com previsões de punição e bonificação para os municípios e unidades que caminhassem no sentido previsto. A interpretação da equipe a essas estruturas mostra que elas fizeram por enrijecer a plasticidade original da ESF, descaracterizando seus propósitos iniciais. Para a equipe, o e-SUS, tal como proposto pelo município em que a pesquisa aconteceu, pareceu distanciar os propósitos de planejamento e coordenação das ações em saúde (objetivo dessas atividades burocráticas) da realidade imediata das ACSs. Por outro lado, o PMAQ e a malograda bonificação, pareceram impor o teor punitivo dos mecanismos de fiscalização e controle, impactando negativamente e conduzindo à generalização do entendimento da burocracia como sem sentido.

Embora se reconheça, em tese, o sentido de (um certo) cuidado à saúde na atividade burocrática, ela pareceu operar como sobreposição do técnico sobre o prático. Também, o aumento da exigência pelo trabalho burocrático das equipes do município pareceu submeter os atores institucionais a operarem sob a ética da sobrevivência (*Aí eu vi que era o básico: vinha, sentava, trabalhava, fazia o seu e tchau* - Roberta), isto é, como aponta Figueiredo (2004), centrada no cumprimento das metas a fim de alcançar o objetivo mínimo para garantir a sobrevivência da instituição em detrimento da sua finalidade última, no caso, do cuidado à saúde. Sendo mobilizado pela sobrevivência, e pelo temor das anunciadas punições àqueles que não cumprissem as metas, ocorre a destruição do coletivo em prol da individualização com vistas à permanência e à manutenção da vigência de cada indivíduo no trabalho pela instituição, e de cada instituição no trabalho municipal (Idem).

Um outro caminho para entender ‘aquilo que perturba’ é considerá-lo em seu aparecimento mesmo, tal como aparece. Para melhor compreender esse caminho, Gadamer (2009) sugere a via da linguagem cotidiana. Para ele, diz-se que uma doença (aquilo que perturba) é um “caso” (caso de cirurgia, caso de psiquiatria, discussão de caso etc.). Caso, etimologicamente vem do latim *casus*, que significa aquilo que cabe, aquilo

que rompe (MERRIAM-WEBSTER, 1998). Segundo Gadamer (2009) caso tem origem no grego *ptosis*, que compõe a palavra sintoma (*sym* + *ptosis*). “A palavra grega ‘Symptom’ significa acaso e era usada pelos gregos para designar as manifestações mais apelativas de uma doença” (GADAMER, 2009 p. 123). Um (a) caso indica sempre um acontecimento singular, algo que aconteceu a alguém em sua história, o que aponta para o campo das práticas de saúde, da arte de curar.

Não como mera aplicação da ciência, a arte de curar recebe esse nome ao se resgatar o sentido grego de *techné*. No legado grego a distinção entre teoria e prática não se dava do modo como o fazemos hoje, à época dizia-se “*epistemai* e *technai*, ciência e arte” (Ibid., 15), conhecimento das coisas em geral e agir para “preencher as possibilidades de maior aperfeiçoamento que a natureza permitia” (Ibid., p. 17).

Apesar de toda a prática implicar aplicação da ciência, não são ambas idênticas. Pois a prática não significa apenas fazer tudo o que se pode fazer. A prática é sempre, também, uma escolha e decisão entre possibilidades. Tem sempre uma relação com o “ser” do homem. (...) A ciência é essencialmente inacabada; a prática exige decisões no instante. (GADAMER, 2009 p. 14).

A prática, como *techné*, tem o caráter de um conhecimento prático ou saber de ofício, diferente de aplicação prática de conhecimento teórico. A *techné* não pode ser ensinada, “tem que amadurecer lentamente a partir da própria experiência e da própria formação do juízo” (Ibid., p. 120). Ela não necessariamente inaugura um discurso, mas molda o horizonte da possibilidade de ação e compreensão humana, constituindo-se como um poder-fazer¹¹⁴.

A questão, então, não seria “o que perturba?”, mas “o que foi perturbado?” e “como perturba?”. Ademais, assim como a etimologia da palavra caso sugere, todo perturbar é um acaso que rompe. Mas, o que foi rompido?

Entre as muitas respostas que a tradição já tem, vou deter-me em uma, a fim de encaminhar a presente discussão. Para Medard Boss (1981; 1983 e 1999), amparado em Heidegger, todo adoecimento é uma ruptura da familiaridade cotidiana, isto é, uma ruptura no modo como cada existência *se encontra*, de início e na maioria das vezes lançada. Na ontologia fundamental de Heidegger (1927:2012 § 12) a familiaridade

¹¹⁴ Do alemão *machenkönnen* (*machen*, fazer, no sentido de produzir algo; e *können*, poder, no sentido de ter a possibilidade de), literalmente traduzido por poder-fazer. Outra tradução possível é ser-capaz-de-fazer ou simplesmente capacidade (GADAMER, 2011).

aparece na descrição de ser-no-mundo como modo constitutivo fundamental (existenciário) do ser-aí (*Dasein*). Para o filósofo, o ente que nós mesmos somos (*Dasein*) é o único ente que se questiona sobre o sentido de ser, cujo próprio ser está em constante jogo. O autor designa mundo como o âmbito de sentido e significados partilhados onde esse estar-em-jogo acontece (e não como objetividade ou exterioridade). Dessa forma, ele esclarece que o fundamental ser-no-mundo não tem o caráter de um ente dentro do outro, como é possível compreender todos os demais entes (uma escrivadinha dentro do quarto, o quarto dentro da casa, a casa dentro do bairro e assim por diante). A “expressão composta ‘ser-no-mundo’¹¹⁵” já mostra em sua configuração, que com ela é visado um fenômeno *unitário*” (HEIDEGGER, 1927:2012 § 12 p. 169 – destaque do autor).

O ser-em significa, ao contrário, uma constituição-do-ser do *Dasein* e é um *existenciário*¹¹⁶. Mas, com a expressão, não se pensa a subsistência de uma coisa corporal, o corpo próprio do ente humano “em” um ente subsistente. O ser-em não se refere a um espacial “ser-um-dentro-do-outro” de dois entes subsistentes, assim como o “em” não significa de modo algum, originariamente, uma relação espacial desse modo; em alemão, *in*, em, provém de *innan* = morar, *habitare*, demorar-se em; “an” significa estou acostumado, familiarizado com, cuidado de algo, tendo significação de *colo*, no sentido de *habito* e *diligo*. Esse ente ao qual pretende o ser-em entendido dessa maneira, nós já o caracterizamos como o ente que sou cada vez eu mesmo. Em alemão *bin* (sou) é conexo a *bei*, de sorte que *ich bin* (eu sou) significa, por sua vez, moro, detenho-me em... o mundo como familiar deste ou daquele modo. Ser, como infinitivo de “eu sou”, isto é, como existenciário, significa morar junto a... ser familiarizado com... *Ser-em é, por conseguinte, a expressão existenciária formal do ser do Dasein, o qual tem a constituição essencial do ser-em-o-mundo.* (HEIDEGGER, 1927:2012 § 12 p. 173 – destaques do autor).

Na apropriação que Boss faz da ontologia fundamental heideggeriana para inicialmente constituir a psicopatologia e terapia daseinanalítica e mais tarde os “Fundamentos existenciais da medicina e da psicologia” (BOSS, 1983), há a compreensão de que os incidentes, seja um acidente, uma fratura, um delírio, na medida em que não são acomodados na familiaridade, a rompem, restringindo a liberdade de a pessoa doar sentido ao acontecimento.

No caso da Dra. Cobling, Boss (1999) conta como uma instruída cientista que tivera uma infância regida por rígidos preceitos ascéticos e pelo valor do constante e duro

¹¹⁵ A expressão alemã é *In-der-Welt-sein*, literalmente traduzida como ser-em-o-mundo. No português, ‘em-o’ assume a forma reduzida de ‘no’. Assim, ser-em-o-mundo e ser-no-mundo são sinônimos.

¹¹⁶ Por existenciário, Heidegger denomina as características fundamentais da existência.

trabalho, ao chegar à idade adulta vê-se gravemente adoecida. Boss a atende como médico e busca compreender o sentido do adoecimento a partir de sua história. Nessa investigação, ambos encontram um constante apelo para a paciente viver como criança, apesar de adulta. Também, constroem o entendimento de que a constante negação de sua infantilidade pela criação ascética foi restringindo e enrijecendo o modo de ser da paciente, até uma crise aguda, desencadeada pela morte de seu pai. Boss observou, então que, quanto mais a paciente se apegava aos modos de ser impessoais, isto é, àquilo que é socialmente correto, mais via-se sufocada diante dos apelos de sua existência. O ponto auge do trabalho de Boss com a Dra. Cobling se deu quando ela

trouxe uma mamadeira para a sessão de análise, que chupava deitada no divã, como se fosse criancinha. A seu pedido, o analista teve que alimentá-la com a mamadeira, enquanto ela permanecia encolhida como um bebê no divã. Para dar continuidade à terapia, era vital permitir-lhe a mais completa liberdade de ação em sua “encenação” infantil, como também aceitá-la totalmente e sem reservas, exatamente como ela se revelava. Tudo estaria perdido se o analista, através de um mínimo gesto ou tom, insinuasse qualquer aversão, ou até mesmo sorrisse um tanto indulgentemente à vista da mamadeira. Caso fizesse isso, ele teria, inevitavelmente, assumido o medonho papel daqueles pais ascéticos, privando para sempre a paciente da possibilidade de encontrar seu próprio caminho. (BOSS, 1999 s/p).

No trabalho com a Dra. Cobling, Boss, ao ouvir a sua história e apreender o sentido do adoecimento, permitiu, em suas ações e sua atitude que a paciente experimentasse a infância tal como estava sendo chamada a experimentar, o que lhe restituiu a liberdade de atribuir sentido aos apelos existenciais e por eles/neles viver.

Em absoluto, não podemos dizer que se recomenda dar mamadeira para pacientes que tenham problemas com a infância. Essa decisão de Boss só tem sentido na história da Dra. Cobling. Embora dela, Boss pôde tirar lições e aprendizagens que constituem sua prática médica, seu poder-fazer. Também, como esclarece Evangelista (2015), a análise de Boss não tem como projeto sugerir que todo adoecimento tem um fundo psíquico. Ao contrário, ela propõe que todo adoecimento mobiliza o âmbito de sentido no qual estamos constantemente imersos e que, portanto, configura-se como interesse e fundamento da medicina, da psicologia e da sociologia.

A familiaridade aparece, neste caso e na perspectiva de Boss em dois sentidos e momentos distintos. Primeiramente, há a familiaridade “prévia”, isto é, de criação da Dra. Cobling, aquela que ela herdara de sua família, da sociedade e das explicações científicas

à sua época. O adoecimento vivido pela paciente, marca a ruptura dessa familiaridade, que a leva a se tratar com Boss. Como fruto do trabalho, a familiaridade foi restituída pela liberação (e liberdade) da paciente em viver e significar sua própria história à luz dos acontecimentos e apelos de sua existência¹¹⁷. Para Boss (1983) restituir a familiaridade é restituir a saúde. Mas, cabe esclarecer que esse restituir a familiaridade e, também a saúde, não quer dizer retornar à familiaridade prévia, mas implica em instituir uma nova familiaridade e um novo modo de ser, por eles construído com base no sentido existencial desvelado após a ruptura.

Pertencente ao mesmo movimento filosófico, Gadamer (2009), nos dá outra ideia da relação entre familiaridade e saúde, ao descrevê-la como um modo tácito de apreensão da história e tradição. Para Gadamer (2014), história e tradição constituem o solo primeiro de compreensão e interpretação de todos os fenômenos, de nós mesmos e dos outros, sem que tenhamos plena consciência do que de fato herdamos. O filósofo descreve a familiaridade como algo que se oculta em toda positividade (ou objetualidade) dos discursos e práticas cotidianas, como uma espécie de autoesquecimento, isto é, “no prazer de nos sentirmos bem, de nos mostrarmos empreendedores, abertos ao conhecimento e esquecidos de nós, mesmo quando experimentamos as fadigas e os esforços” (GADAMER, 2009 p. 128). Assim como apontou Boss, Gadamer (2009) defende que nesse autoesquecimento reside o sentido de saúde.

Ora bem, não existe apenas a ciência das doenças, pois a doença não pode existir sem a saúde. Ambas constituem realidades que um médico deve conhecer ou deve procurar conhecer com os meios da ciência moderna. E aqui encontramos-nos perante uma pergunta sem resposta: que é saúde? Sabemos, mais ou menos, o que são as doenças. Estas possuem, por assim dizer, o caráter rebelde da “exceção”. De acordo com a sua aparência, constituem um *objeto*, algo que oferece uma resistência que é preciso quebrar. É possível coloca-las sob a lupa e julgar o seu grau de intensidade através de todos os meios que uma ciência natural objetivadora nos proporcionou, em sintonia com a ciência moderna. Mas a saúde é algo que se subtrai a tudo isto de um modo muito peculiar. Não é algo que se mostre como tal à uma investigação, mas algo que justamente existe porque se lhe esquivava. Não temos dela, pois, uma consciência permanente nem ela nos preocupa como a doença. A saúde não é algo que nos convide a um contínuo autotratamento, ou a ele nos aconselhe. Faz parte do milagre do autoesquecimento. (GADAMER, 2009 p. 113).

¹¹⁷ Ainda, como entende Evangelista (2015), um paciente que se apega às diversas explicações científicas sobre seu ‘caso’, tenta manter-se em sua familiaridade prévia. Somente quando o paciente pode escutar e abrir-se para os apelos existências que lhe convocam é que pode restituir sua familiaridade, tornando-se outro.

Em consonância com essa interpretação de saúde proposta por Gadamer e Boss, encontramos a etimologia da palavra saúde. Saúde vem do latim *salutare* (saudar, desejar bem a alguém), que vem *salus* (cumprimentar, boa saúde) e está relacionado à *salvus* (estar em segurança, salvo) e a *sol-* ou *holos* (gr.) (inteiro, íntegro, sólido) (NASCENTES, 1955, MERRIAM-WEBSTER, 1998 e CUNHA, 2010). Originariamente saúde (nas línguas latinas) quer dizer tanto um modo de apresentar-se (saudar), quanto a segurança da familiaridade e do autoesquecimento e também à noção de totalidade que, segundo Heidegger (1927: 2012 § 39) é o modo como o cotidiano se mostra de início e na maioria das vezes.

Esse sentido de saúde convoca uma pergunta prática: uma vez doentes, como nos autoesquecemos? Ou, na perspectiva de um profissional de saúde, como “promover” ou “conduzir” um autoesquecimento? A complexidade dessa questão leva Gadamer (2009) a afirmar que, embora a arte de curar esteja amparada na noção de *techné*, ela não é necessariamente um produzir¹¹⁸. Afinal, não é possível “produzir” autoesquecimento. Para encaminhar a citada questão, o autor recorre a um pequeno conto sobre um alquimista de Dresden.

Na corte, ganha-se bem. Passados muitos, muitos meses, o soberano perde a paciência e exige que lhe mostrem algo. O alquimista informa-o, então, que acaba de terminar as suas experiências. A corte se reúne para presenciar a experiência. Mas, antes de começar, o alquimista diz-lhes: “Vejo-me obrigado a impor a todos os presentes uma única condição: enquanto durar a experiência, ninguém deve pensar num elefante...” (...) Por trás de tudo está, evidentemente, o poder fabricar ouro – o que é impossível. “Poder” esquecer enquanto arte, que se domina, não é menos impossível. (GADAMER, 2009 p. 153).

Há neste conto, uma impossibilidade de se responder genericamente à pergunta pelo “produzir” autoesquecimento. Mas, de modo algum isso nos deixa em aporia. Mais uma vez, a contação de história nos salva e indica um caminho. Se lembrarmos da Dona Rita, por exemplo, aquela senhora que ficara grande tempo com a bolsa de colostomia e por quem Inácia mobilizara o serviço médico da cidade para prestar-lhe a devida atenção, encontraremos evidências da arte de curar.

¹¹⁸ Originariamente a *techné*, está ligada ao modo como alguém cuida ou conduz (ou pro-duz, de *producere*) algo do não-ser ao ser, da mera possibilidade à vigência. Por isso, tem como perspectiva um produto. Saúde, como autoesquecimento não é e não pode ser um produto (GADAMER, 2009).

Revendo esse diário, encontramos a seguinte descrição: *“Dona Rita estava varrendo o corredor externo e vez por outra mudava algumas roupas e caixas de roupas de lugar”* e, mais adiante, *“Rita disse estar muito feliz agora, pois conseguiu sair da casa de seus filhos. Apesar da idade, Rita disse preferir ficar só, pois não se dava muito bem com os genros e noras e gostava de ter seu canto e fazer suas coisas do seu jeito e no seu tempo. Convidou-nos a entrar para mostrar sua nova casa”* (...) *“Rita se desculpou pela bagunça, justificando que ainda levaria um tempo até terminar de arrumar tudo”*. Ora, varrer o corredor, mudar algumas roupas e caixas de lugar, arrumar a nova casa, onde pode fazer as coisas do seu jeito e ao seu tempo não seria um caminhar-para o familiarizar-se no habitar? Um autoesquecimento? Rita estava feliz, retomara seus planos e provavelmente aquilo que perturbara, a bolsa de colostomia, morar sob os cuidados de filhos, ter que conviver diariamente com genros e noras, não a perturbava mais e pudera reestabelecer seus projetos de felicidade (AYRES, 2001 e 2004).

Nessa mesma situação, Inácia *“perguntou à munição sobre sua TV, que ficara ligada ao longo de toda a visita, mas sem imagem nem som. Enquanto Inácia mexia em vão atrás do aparelho em busca de alguma melhora”*. (...) *“Desistindo da empreitada, Inácia recuou dizendo ter uma antena sobrando em sua casa, que pensava em doar ou jogar fora, mas que poderia trazê-la na próxima semana”* (...) Então, *“Inácia insistiu e enfatizou que não lhe será custoso, justificando: “assim você pode assistir sua missa”*. O voluntarismo característico de Inácia ao tentar consertar a antena de Dona Rita e ao propor doar-lhe uma nova, não caminha na direção do autoesquecimento? Inácia sabia que Rita gostava de assistir à missa dos finais de tarde. Essa atividade cotidiana, possibilitada pelo bom funcionamento da TV, não ajudaria Rita a reaver os pequenos prazeres do cotidiano pela rotina? Não teria a rotina, em sua repetição característica, um “quê” de autoesquecimento?

Essa situação indica três coisas. A primeira é que a observância de Inácia a Dona Rita, pós-operada, parece ir no mesmo sentido que o arrumar a casa de Dona Rita, pois, assistindo à missa, como de costume, pode vir a se autoesquecer da cirurgia intestinal e todos as perturbações dela decorrentes.

A segunda, a mais oculta, é a recuperação da Dona Rita, que com a ajuda do saber médico e das intervenções de Inácia pode ser facilitada, embora não garantida. Afinal, um profissional de saúde bem sabe em seu fazer de ofício que, sejam as técnicas, sejam as práticas, há tantas exceções quanto regras, e todo cuidado em saúde tem que lidar intrinsecamente com o destino, pois *“nunca devemos esquecer de que o doente e o médico*

devem estar de acordo em conceder honras à natureza¹¹⁹ de cada vez que se consegue a cura”. (GADAMER, 2009 p.132).

A última, é a necessária articulação entre êxito técnico e sucesso prático, uma vez que o médico avaliara a condição de Dona Rita, executara com êxito a cirurgia e dera-lhe alta. Muito do fazer desse médico, certamente, vem de sua experiência de outras tantas cirurgias que fizera, mas também, da aplicação do conhecimento científico que aprendera com os tratados de medicina.

O que está presente no fazer de Inácia, se torna explícito no dizer de Vanessa, em sua segunda devolutiva de entrevista:

Então, o que mudou? Mudou que eu acho agora que o ACS tem sim uma importância. Ele tem a informação que, vamos ver, a médica não tem. Você entende? Porque eu vejo que a Dra. se preocupa, trabalha, mas não é a mesma preocupação que a gente aqui tem. A gente conhece eles Pedro. Isso é diferente. Que nem aquele moço que veio aqui, lembra? Aquele que a gente até conversou, o pai da Rahyane. Se eu não conhecesse a menina, a mãe, a avó, a tia, aquele moço tinha quebrado tudo lá dentro. E sabe que depois ele ainda voltou. Estava passando com a menina e veio cumprimentar e dizer que deu tudo certo e que conseguiu marcar o exame que tinha dado o erro. A médica não tem tempo de saber tudo isso.

Vanessa, ao destacar a diferença entre o tempo da consulta médica e o tempo de conversa que ela tem com os munícipes, justifica que consegue “ter” informações que a médica, em uma consulta não tem. Como essa e outras situações narradas mostram, em específico, ao menos, nessa unidade, a atenção à história dos munícipes cabe aos ACSs que, junto com os médicos, enfermeiros (e demais profissionais com saber técnico) garantiriam tanto o êxito técnico quanto o sucesso prático nas ações em saúde da ESF. Assim como Inácia, que não entende muito de cirurgias intestinais, teve papel fundamental na re-convalescência de Dona Rita.

O milagre da re-convalescência, como nomeia Gadamer (2009) faz parte da arte de curar e pertence ao âmbito do tratamento, cuja etimologia, indica um encaminhar-para (do latim *tractus*), um conduzir com as mãos. O que implica “não desconhecer o outro no seu ser-diferente”, mas quebrar a distância entre paciente e profissional de saúde buscando encontrar um solo comum para definir “quê”, “como” e “para onde” caminhar.

¹¹⁹ Por Natureza, Gadamer entende: um âmbito sempre misterioso na experiência humana que independe da vontade (GADAMER, 2009).

Assim como Inácia tinha a intenção de passar a visitar Rita e ajudar-lhe com o conserto da TV; ou como Rebeca incentivou Vitor a cuidar das orquídeas.

Muitas das pequenas histórias, ou causos, aqui contados caminham no sentido de ouvir, contar e participar da história dos munícipes, e parecem constituir o solo onde o sucesso prático pode se dar e o êxito técnico encontra sua mais profunda destinação. Cada um ao seu modo, cada caso ao seu caso.

A conversação como uma possibilidade de ação

Como uma história termina? Ora, com um desfecho, pois é preciso des-fechar a história contada para que ela possa abrir boa prosa ou outras histórias. Afinal, quem ouve uma história e nada tem a dizer?

Longe de ser mero jogo de palavras ou de separação de sílabas, o desfecho de uma história indica a abertura para outras tantas. Se pararmos para pensar: afinal, por que Homero ou Esopo insistiram em contar histórias? E por que as lemos ou ouvimos com tanto carinho e depois de tanto tempo? E a equipe, as ACSs, para que contam tantas histórias? Noto que contar histórias é algo humano e talvez tenha um sentido profundo que nos ajude a compreender tudo a nossa volta e a nós mesmos. Também, o recontar uma história permite a descoberta de seu sentido. Como bem disse Benjamin (1936:1994 p. 205), “contar histórias sempre foi a arte de contá-las de novo”. Talvez por isso não conseguia dar andamento à interpretação da compreensão sem que retomasse a história contada sob certa perspectiva.

Isto posto, olhando para toda a pesquisa até aqui contada, fica-me claro que as mesmas histórias vividas e algumas já contadas, foram contadas ou recontadas nas reuniões “de contação de caso”. O que isso quer dizer? Buscar responder a essas questões foi a trilha pela qual construí a presente discussão. Para tanto, primeiramente, retomarei as reuniões a fim de tecer um fio de sentido entre algumas falas que darão a meada do presente texto.

Se olharmos para essas falas, do primeiro encontro:

Vanessa: Acho que a gente, agora, está podendo analisar como um agente de saúde que entrou ontem e que está assim, e agora que a gente já tem experiência. Aí pensar: O que é melhor de ser feito? E escolher.

Fernanda: Eu acho que nesse tempo eu fui aprendendo uma certa malícia do povo. A gente sabe de bater o olho, quem folga, que realmente precisa de ajuda, quem realmente...

Vemos que, a partir da minha narrativa sobre o modo como Inácia e Neuza cuidaram de Vassoura e Dona Cícera, a equipe se engajou, primeiramente em discutir o modo como aquelas ACSs cuidaram. Em seguida passaram a falar como cada participante

da reunião foi construindo um modo de cuidar, isto é, pelo *amadurecimento da (na) experiência e do juízo*.

Mais adiante, no segundo encontro, após expor à equipe suas dificuldades, o desânimo e as brigas a partir do trabalho burocrático, a conversa rumou para a rememoração que pouco a pouco fez reviver essas perdas. Tal como Roberta sintetizou: “*foi um choque você trazer isso. Esse relato*”. Essa rememoração iniciou pelo conteúdo mais imediato do diário: as planilhas de fechamento do mês e o e-SUS, este que acabou ocupando todo o tempo e espaço na rotina da unidade, afastando-os da atenção contínua à população. Reafirmando isso, a equipe elegeu uma história como emblema dessas perdas: a família com tuberculose. Depois de constatados os prejuízos do trabalho burocrático, principalmente pelo e-SUS, descobriram algo anterior:

Roberta: Aí veio o e-SUS, e o mutirão. Aí já começou a ter os problemas na equipe.

Fernanda: Aí que desanimou de vez. Antes já não estava bom, aí com o mutirão e os paus aqui, aí que desanimou de vez.

Vanessa: Foi uma fase muito difícil essa.

Roberta: Na verdade, começou em 2012 com o PMAQ.

Fernanda: É verdade, o PMAQ foi um stress danado.

Vanessa: Um stress e uma decepção.

A redescoberta do PMAQ fez ressurgir na conversa o desânimo, os conflitos, as dificuldades das perdas e a falta de esperança em melhoras, o que levou esse encontro a terminar com um fúnebre silêncio.

No encontro seguinte, tomei uma decisão: olhar o avesso. Assim iniciei o encontro perguntando se em toda a decepção desde o PMAQ até o e-SUS e as brigas, havia algo que ainda valesse a pena.

Roberta: Então... (duvidoso). Só se... não sei. A fé na humanidade eu ainda não perdi.

Sei lá, talvez com uma outra gestão. Agora, a parte boa? Tem! (Enfático). Tem coisa legal no trabalho, assim, eu, agora que estou de saída eu vejo, por exemplo, como eu evolui como profissional, a mudança tanto de nós, profissionais da unidade, quanto da população.

Roberta iniciou a reunião falando genericamente que não perdeu a fé na humanidade. Mas, ao se perguntar sobre a parte boa, afirmou enfática: Tem! (parte boa) e argumentou falando da aprendizagem e da melhora da população pelo trabalho da equipe.

A toada de Roberta pareceu mobilizar o grupo a falar, então, da parte boa e, quase que inerente, a perguntar sobre o diferencial da equipe. Entre as comparações de uma equipe e outra, a fala de Marcos incidiu decisivamente e fez alinhar a peculiaridade da equipe e a diferente peculiaridade dos seus membros. Marcos, como um estrangeiro que vê tudo diferente do que já vira, conseguiu falar da diferença. Assim se revelou o modo de cuidar como contação e participação na história.

Marcos: Na verdade, eu, assim, eu já trabalhei no Bento (outra unidade da SF), trabalhei um pouco no Sergio Arouca (outra unidade da SF) e estou aqui agora, mas antes passei pelo CEM.

Fernanda: (interrompendo). Marcos, isso que eu queria saber. Você que veio de fora, o que você acha do nosso atendimento aqui, comparado com os outros?

Marcos: Então, eu acho assim, se eu for comparar com o que eu vivi no CEM, assim, quando eu cheguei aqui eu achei, sinceramente, um pouco desorganizado! No CEM, eu estava acostumado com aquele negócio igual você falou agora: o paciente chegava, pegava a senha, sentava e ficava ali. Não ficava no balcão até eu chamar a senha.

Fernanda: Eu acho que só aqui a gente não faz isso.

Marcos: Então, lá no CEM, não tinha fluxo no balcão de atendimento. Só ia para o balcão quando alguém chamava.

(...)

Fernanda: É que lá não tem a Vanessa doce e simpática. (Todos riem)

Roberta: Nossa! Hoje os ânimos estão ótimos...

Marcos: Entendeu? Só que assim, depois eu fui observando e fui entendendo que parte disso realmente é culpa da Vanessa. (Fala em tom de brincadeira). E você quer saber por quê? Agora falando sério. Porque você dá atenção!

Roberta: Isso! (Enfático). Os pacientes não vêm só para consulta.

(...)

Marcos: Só que o que acontece? De manhã que está o fluxo maior, por exemplo, sangue (coleta) e ginecologista, tem paciente que não vem para passar em consulta,

mas que, por exemplo, quer saber de exame que chegou! A Van não corta o paciente: “Dá para você aguardar que está corrido”, que é o que a maioria dos outros postos faz. A Van não, ela fala: “Ai bem! Você espera um minutinho?”, aí ela para o que está fazendo e vai lá ver o exame.

Fernanda: Mas não é só ela, eu também faço isso.

Marcos: Então, o que eu ia dizer, é um costume do posto isso daí.

Fernanda: É mesmo um costume nosso.

As falas de Roberta “*Se você quer dar atenção assim, você dá. Eu não tenho muita paciência*”; de Fernanda “*Cada um tem o seu jeito aqui. A Van tem uma paciência com a Dona Teodora que eu não tenho*”; e de Marcos “*Então, aqui é diferente, eu vejo, porque o povo realmente acostumou com isso daí*”, apontaram para o desfecho da conversa: “*Eu vejo que nisso a pessoa já cria um vínculo com os funcionários*” – o vínculo; “*porque no que ela vem buscar um exame e para ali no balcão, ela já conta para a Van que o netinho dela está na casa dela, que fulano de tal da família dela morreu, que o pai da vizinha voltou a beber*” – a contação de história possibilitada pelo vínculo; e “*E às vezes eu estou ali na minha sala e ouço que tem cada munícipe que conta cada história que às vezes eu até fico perdida*” – o desalojamento que convoca a aprendizagem (MORATO, 2009).

No último encontro, o tema do desânimo foi por mim apresentado sob nova perspectiva: da repetição da vida do bairro, da rotina, da continuidade e constância do cuidado (também imerso na rotina). Porém, diferente do outro encontro onde o desânimo fora apontado pelo seu potencial causador (o trabalho burocrático), nesse a conversa não entou a busca por causas, mas sim caminhos e possibilidades.

Entre uma sugestão e outra, pensando no bem-estar da equipe, em repelir o marasmo, lancei a pergunta “mas como ficaria o trabalho com os munícipes?” E a resposta imediata veio de Vanessa: “*Isso que eu estava pensando, para o munícipe eu não sei se seria tão legal, porque ele vem aqui e já está acostumado com as pessoas daqui*”. Porém, a equipe não nos deu atenção. Voltando ao mesmo ponto, quando as alternativas dadas se dirigiam em resolver o desânimo (só) da equipe, recoloquei a questão. Então Inácia disse: “*Então, mas aí é que está... eu estava pensando aqui. Eu não sei se para o munícipe isso seria bom*”, e que todos concordaram.

A concordância à fala de Inácia abriu caminho para a conversa rumar na direção do vínculo: aquilo que seria perdido no rodízio da equipe. Então, veio a revelação:

Fernanda: Mas a Roberta também! A Roberta mal comentou que vai pedir transferência para o Manacá (outra unidade da SF, nova) e eles já... A gente já está preparando eles para a saída da Roberta.

Roberta: Eu também, já estou preparando, principalmente as gestantes e as (municípes) da saúde da mulher...

Vanessa: Mas eles já falam já... e já vêm as comparações. Quer ver, nem entrou outra enfermeira e eles já... “Ah! Mas eu não vou gostar...” E a gente fala que a outra enfermeira pode ser tão boa quanto, mas não é assim.

Roberta: É isso do PSF! Isso aí é... é o PSF! Isso é o bom do PSF.

Inácia: É o vínculo que a gente tem...

Roberta: É as pessoas entrarem na tua sala e falarem: “Olha, eu estou grávida e não sei quem é o pai! O que eu faço? Me ajuda?”.

Fernanda: Isso você não fala para qualquer um. Isso você só fala para aquelas pessoas que você confia muito em falar.

Roberta: Isso que eu estou vendo agora! É chato? É chato. Mas, ao mesmo tempo, é uma coisa que você se sente: “Nossa! A pessoa está confiando em mim! Ela não contou para a mãe dela, mas veio contar para mim”.

Pedro: Assim como a Vanessa contou hoje da moça que saiu da maternidade e passou aqui antes de ir para casa, para mostrar a criança?

Vanessa: A Amanda? Então! (Em concordância) E eu tomei um susto, porque eu sabia que ela ia ter bebê, mas aí eu vi ela e falei assim: “Mas quando foi que você saiu?”, e ela disse: “Às 10 horas”. E eram 11 horas e ela estava aqui com a criança.

Fernanda: Ela foi, teve parto normal e 11h estava aqui.

Vanessa: E aí você vê, né? O que ela depositou na gente? Eu acho difícil a gente falar de pontos positivos e negativos da mesmice do trabalho.

A descoberta de que aquilo que desanima é também aquilo que vale a pena no trabalho: estar com a comunidade, o vínculo (*É isso do PSF! Isso aí é... é o PSF! Isso é o bom do PSF. [...] Isso que eu estou vendo agora!*), levou a equipe a recontar sobre os modos específicos como cada ACS cuida, mas de um outro jeito, agora como constroem e mantêm o vínculo com a comunidade. Então eles retomaram as primeiras ideias de lidar com o desânimo, como rodizar a equipe entre as unidades, a fim de aplacar a repetição e acrescentaram:

Roberta: Elas pedem pelo telefone, pelo WhatsApp. “Posso tirar dúvida pelo zap?”. É lógico que tem que saber separar, mas também é assim. E olhando agora, ao mesmo tempo que dei esta ideia de mudar, de rodiziar. Ao mesmo tempo descaracteriza também.

Vanessa: Isso perde.

Fernanda: Perde.

Inácia: Perde mesmo.

Buscando novos caminhos, surgiu de Roberta a ideia dos grupos, como forma de lidar tanto com a repetição como com o trabalho burocrático (as visitas que elas têm que fazer) e, ainda manter o vínculo com a comunidade (o que vale a pena).

Roberta: Em vez de você fazer a visita, você convocar aquele quarteirão numa praça, por exemplo, e faz um grupo. Não precisa sempre ir na casa. Você vai convocar aquela pessoa daquela área, daquela rua e vamos fazer um grupo e vamos falar hoje: “O que vocês têm dúvidas? O que vocês gostariam de saber? Do que vocês estão precisando?”. E aí faz um grupo onde todo mundo troca informação, se conhece e pronto. Não poderiam ser aí, o quê? Vinte visitas? Num grupo.

Vanessa: Olha! Isso é legal. É uma estratégia... eu nunca tinha pensado nisso.

Fernanda: Mas aí também é o que dá para fazer. O que dá para fazer? Por exemplo, eu... aqui tem pouco ACS. Eu posso pegar um pessoal da minha área e conversar?

Roberta: Pegar diabéticos e marcar um dia para passarem com a Dra., mas antes deles passarem com a Dra., fazer uma conversa. Porque receitas eles precisam mesmo. Isso pode ser dez visitas?

Pedro: Isso resolveria a questão dos números?

Roberta: E também o trabalho da orientação à população. Só que tudo isso tem que ser planejado.

Fernanda: Mas isso tem que ser planejado, porque aqui a gente está em três ACSs e a Vanessa está na recepção.

Roberta: Até dá para fazer. É só abrir um dia na agenda, conversar com a médica e fazer isso.

Vanessa: Ou mesmo sem a doutora. Por que não?

(...)

Vanessa: Talvez os daqui da rua e os que vêm mais aqui. Talvez eles venham, mas aqueles lá da avenida, lá de baixo... E também a gente pode tentar fazer isso, por exemplo, com as gestantes.

Roberta: Isso! Pegar e explicar. Por exemplo, pegar aquelas que estão com mais de 30 semanas. Sentar e explicar para elas a reta final, os tipos de parto. Entendeu? Tem como. Não temos folders, não temos DVD. Mas temos o bate-papo.

Vanessa: E também, aquelas que já são mães podem dar dicas para aquelas que são mães de primeira viagem.

Roberta: Isso enquanto aguardam o Chaves (Ginecologista), por exemplo.

Vanessa: Mas tem que ser um dia que não pode ser portas abertas, porque aí não vai ter lugar.

Fernanda: Mas isso tem que ser programado, aí fazer.

Depois de tatear possibilidades reais de realização da ideia dos grupos, o encontro terminou com um des-fecho de Vanessa: “Como eu disse, está vindo gente nova agora, que a gente não conhecia... quem sabe... e são pessoas diferentes... quem sabe...”.

Essas conversas mostraram que não só o modo de cuidar da equipe é a contação de história, mas a retomada da história da própria equipe (e das tantas histórias contadas e testemunhadas) fez algo novo surgir, algo pelo que vale a pena o trabalho (no caso dessa equipe, o vínculo). Por outro lado, é notável que essas conversas com a equipe iniciaram ao contar-lhes as histórias que testemunhara e participara em seu fazer e com seus membros.

Diante dessas constatações, é possível e necessário retomar a questão de pesquisa, isto é, como seria possível uma ação do psicólogo junto aos ACSs? E colocar em discussão o sentido de supervisão como contação de histórias. Para tanto, torna-se necessário esclarecer contação de história e conversação.

Iniciando pela contação de história, encontrei em Hannah Arendt (2009) um caminho de compreensão. Ao percorrer a origem do conceito de história, a autora encontra em Heródoto o propósito da história como a ação de “preservar aquilo que deve sua existência aos homens para que o tempo não o oblitere” (Ibid., 2009 p. 70). Para

compreender esse sentido de preservação, é necessário esclarecer a compreensão grega de homem, de natureza e da relação entre ambos.

A natureza, no mundo grego, era entendida como “todas as coisas que vem a existir por si mesmas independente da vontade dos homens ou deuses” (Ibid., p. 71), por isso, imortal. Enquanto todas as coisas da natureza tinham seu lugar garantido por si mesmas, ao homem cabia a errância no espaço e no tempo, em outras palavras, a inospitalidade e a mortalidade.

Se referindo a Aristóteles, Arendt (2009) acrescenta que, assim como todas as espécies vivas (*zôon*), é dada ao homem certa imortalidade pela reprodução, pois a prole humana garantiria a continuidade dos homens no tempo. Por outro lado, não sendo um ser vivo tal como os demais, Arendt vê nas ações de cada homem a construção da singularidade desde o nascimento até a morte (vida como *bíos*) e, nesse sentido, a procriação por si só não garantiria a imortalidade da história que cada homem é.

Quando nos remetemos à natureza, falamos nos seus ciclos: do dia e noite, das estações do ano, o ciclo da vida, como bem observado pela biologia etc. Porém, quando observamos o homem em sua especificidade, esse ciclo fica difícil de ser identificado, a não ser quando é forçosamente imposto. Como exemplo disso, Burke (1995) nos traz a noção de alegoria metafísica ou mística para explicar como nas inúmeras tentativas de se estabelecer uma lei geral da história, os historiadores criaram uma conexão oculta ou invisível entre dois eventos, negligenciando sua singularidade e distância espaço-temporal. O autor exemplifica essa perspectiva ao dizer que, em alguns documentos históricos e expressões artísticas, o Rei Carlos VI da França (Séc. XIV) fora descrito como Carlos Magno (Séc. VIII-IX), sugerindo que “a semelhança de nomes implicava a semelhança de destinos” (Ibid., p. 203). Por esses e outros exemplos, o autor mostra que nas alegorias metafísicas da história há a premissa de que o presente é uma repetição do passado cujas regras precisam ser descobertas pelo historiador, “como se talvez Deus estivesse escrevendo nosso *script*” (Idem, p. 201).

A peculiaridade da existência humana é ser um “curso retilíneo que em seu movimento, por assim dizer, secciona transversalmente a circularidade da vida biológica” (ARENDT, 2009 p. 71). É dessa observação que os gregos compreendem o sentido de mortalidade: ser fugaz e único onde tudo se renova e se repete. Como mortais, os homens, “sempre que perseguem seus objetivos, lavrando a terra rude, forçando em suas velas o vento que flui livre (...), seccionam um movimento que é desprovido de sentido e encerrado em si mesmo”. (Ibid., p. 72).

A originária mortalidade humana é ao mesmo tempo o solo sobre o qual surge a necessidade de narrar a própria história e sua principal fonte de inspiração. Afinal as histórias versam sempre sobre os feitos humanos diante da imprevisibilidade e irreversibilidade das ações e dos acontecimentos (ARENDT, 2010).

Os grandes feitos e obras de que são capazes os mortais, e que constituem o tema da narrativa histórica, não são vistos como parte, quer de uma totalidade ou de um processo abrangente; ao contrário, a ênfase recai sempre em situações únicas e rasgos isolados. Essas situações únicas, feitos ou eventos, interrompem o movimento circular da vida diária no mesmo sentido em que a *bíós* retilinear dos mortais interrompe o movimento circular da vida biológica. O tema da história são essas interrupções – o extraordinário, em outras palavras. (ARENDT, 2009 p. 73).

Recuando um pouco do contexto grego, onde só os grandes feitos dos heróis (como Aquiles e Odisseu) mereciam ser narrados, e se aproximando da vida cotidiana para a qual se dirigem as práticas em saúde, essa citação de Arendt não indicaria uma possível relação entre contar histórias e prática em saúde? Se, como discutido anteriormente, todo adoecer é um romper o cotidiano, fortemente marcado pela repetição da rotina, não seriam os adoecimentos, nesse sentido amplo, os mobilizadores da contação de história na ESF?

A mortalidade humana, que fundamenta a contação de história também está ligada à inospitalidade que, de maneira originária, mobiliza os homens a:

(...) dotar suas obras, feitos e palavras de alguma permanência, e impedir sua perecibilidade, então essas coisas ao menos em certa medida entrariam no mundo da eternidade e aí estariam em casa, e os próprios mortais encontrariam seu lugar no cosmos. A capacidade humana para realiza-lo é a recordação. (ARENDT, 2009 p. 72).

Contar história, isto é, galgar a perpetuação de um feito para além do tempo limitado da existência de seu feitor, é também encontrar/construir um lugar seguro na nossa inospitalidade original, enquanto todo adoecer é ser novamente apresentado a ela. Nesse jogo constante de construir um modo tranquilo de habitar e tê-lo destruído, a própria historicidade humana se faz como contação de história, de caso em caso, e nela residem as possibilidades de encontrar o sentido da história que somos (CRITELLI, 2012 e 2016).

Talvez por isso que Heródoto, o pai da história, escolhera o verbo *Istoreín* para designar o seu fazer. *Istoreín*, raiz etimológica da palavra história, vem de *id-* e *ístor*, que significa testemunha ocular, aquele que indaga alguém para recolher seu testemunho. Do outro lado, àquele que é indagado, cabe narrar como lidara com a singularidade do evento e, ao fazê-lo realizar-se entre os homens (ARENDT, 2009 e 2010). Para autora, em princípio, toda narrativa remete à ordem da *prakseis*, da prática, pois revela sempre um evento singular, único, como sobre o qual se debruçam tanto a arte de curar, quanto as reuniões de contação de causos. Diferente é a *poiésis*, o fabricar, que ao precisar emprestar a materialidade da natureza, também lhe empresta sua imortalidade.

Porém, há de se acrescentar que todo narrar (como *prakseis*), está enraizado na linguagem, a característica humana por excelência. Por isso, uma narrativa é tão perecível quanto o homem, a não ser que seja capturada pelo testemunho e assim seja partilhada entre os homens, criando uma comunidade de narradores¹²⁰ (BENJAMIN, 1936:1994), ou transformada em *leksis* (palavra) pela materialidade da escrita (ARENDT, 2009).

Seja pela oralidade, seja pela escrita, os feitos humanos são preservados e passados adiante no tempo – é por isso que podemos nos encantar, ainda hoje, com a Odisseia –, se acomodando e constituindo a tradição e a história, isto é, o modo primeiro como de início e na maioria das vezes compreendemos todas as coisas – a familiaridade cotidiana, em outras palavras (CRITELLI, 2007; GADAMER, 2014). O contar histórias está assim relacionado a uma possibilidade de responder à questão de “como conduzir a própria vida”, tão cara aos homens, tão cara às práticas de saúde, pois contar histórias é um modo originário de cuidar (*Sorge*).

Debruçando-me pelo sentido de conversação, pois foi assim que a equipe, coletivamente contou sua própria história, cabe perguntar que quer dizer conversar? Para Gadamer (2014), assim como se deu a ver na conversação aqui apresentada, todo compreender é estabelecer diálogo ou conversa entre o acontecimento a ser entendido, a história e a tradição que constituem e demarcam a posição primeira do interprete e sobre a qual ele se move e para onde se refere.

Todo acontecimento (*Ereignis* e *Geschehnis*), como experiência evoca uma cisão no cotidiano. Essa é a experiência hermenêutica fundamental, que Gadamer (2014) chama de hermenêutica da pergunta. Para o autor, toda experiência possui a estrutura da

¹²⁰ Em Benjamin, o narrador (Der Erzähler) remete à história contada (Erzählung), por isso, em inglês se traduziu como “The Storyteller” (o contador de histórias).

pergunta, uma vez que ela desaloja e desafia o interprete, deslocando-o de seu lugar na tradição para uma abertura. Se essa abertura é colocada em palavras, muitas vezes, ela assume a forma de um perguntar. Ao mesmo tempo, essa estrutura perguntante da experiência revela no interprete a sua limitação e finitude de existir, apresentando-o (lançando-o às vezes) à condição fundamental de poder-ser, de possibilidade. No âmbito de uma situação cotidiana, essa abertura toma a forma de um “saber que não sabe” (GADAMER, 2014 p.474).

A experiência, ao desafiar de um só golpe o interprete e a tradição sobre a qual ele está apoiado, quando expressa em pergunta, fará sempre referência ao modo como a tradição fora rompida no interprete pelo acontecimento e, por essa via, colocará o possível entendimento vindouro já sob certa perspectiva – como se em toda pergunta já se indicasse algumas possibilidades de resposta. Justamente por romper a tradição, mas fazer referência a ela, todo perguntar assume o sentido de um querer-saber assumindo que não sabe, o que abre para a resposta (GADAMER, 2014).

É por isso que, na origem da filosofia encontramos os famosos diálogos, muito antes dos grandes tratados. Esses diálogos filosóficos sempre assumem a

forma de pergunta e resposta, ou seja, todo saber acaba passando pela pergunta. Perguntar quer dizer colocar no aberto. A abertura daquilo sobre o que se pergunta consiste no fato de não possuir uma resposta fixa. Aquilo que se interroga deve permanecer em suspenso na espera da sentença que fixa e decide. (Ibid., 474).

Em outras palavras, perguntar é mover-se na tradição ao mesmo tempo em que se move a tradição entre uma ruptura e sua possível fixação. Obviamente nem toda pergunta rompe com a tradição, há por exemplo, a pergunta retórica, a ambígua e a pergunta pedagógica que cumprem funções específicas na manutenção da tradição e nela tem seu valor. A pergunta genuína ou pergunta-experiência, por assim dizer, necessariamente mobiliza o interprete pela cisão dos nexos de repetição e continuidade do cotidiano. Por exemplo, em supervisões costumo dizer aos alunos que, embora seja importante eles irem para a prática abertos (como eles gostam de dizer), geralmente abrir-se não é do âmbito da vontade, mas algo que nos alcança, consome e mobiliza sem aviso ou anúncio, nem sempre com violência, às vezes com refinamento. Ainda, e até por isso, muitas vezes a primeira expressão da pergunta genuína não são elaborações verbais formais, mas um sentir. “Consiste mais num sofrer do que num agir” (Ibid., p. 478).

Na presente história, como exemplo de pergunta-experiência, temos o choque de Roberta (*“foi um choque você trazer isso. Esse relato”*), reafirmando a relevância da pergunta levantada no diário que disparou a conversa e que evidenciara o que era para ser (no trabalho da equipe) e o que haviam perdido com o trabalho burocrático. O choque e o teor da conversa, de algum modo, caminharam pelo teor do diário, onde as ACSs relatavam as mazelas do trabalho burocrático que entendiam como sem sentido em contraponto do que poderiam fazer (*“com tanto papel, tanto número e tanta meta não é possível fazer um acompanhamento desses”*).

Também, o modo como somos tomados por uma pergunta aparece no diário do dia 28/08/2014, nas primeiras visitas que fiz com Inácia, *“quando, da porta da sala, saiu uma senhora já idosa, cuja feição impôs silêncio”*. A presença (*saudare*) da senhora já mobilizara em nós uma pergunta, assim como ela já estava mobilizada (pela mesma pergunta?). Depois, ao narrar a história, foi possível *compreender* que a senhora estava aflita pelo misterioso adoecimento e a anunciada possibilidade de morte de seu filho. Ainda, a conversa que se desenrolou depois da tácita pergunta, permitiu à senhora falar sobre sua pergunta e até encontrar algum caminho – sempre provisório dirá Gadamer –, de resposta¹²¹.

Impor silêncio, ou silenciar, como desdobramento de um acontecimento é uma característica dessa experiência hermenêutica fundamental (pergunta), pois a ruptura suspende e joga para um segundo plano o falatório cotidiano em que estamos comumente imersos, evocando em nós o dizer autêntico (HEIDEGGER, 1927:2012 § 35 e 40 e 41).

Olhar a situação vivida com essa senhora também traz outra característica da primazia da hermenêutica da pergunta: a abertura para a conversa, pois o próprio apresentar-se da senhora nos mobilizou a conversar e, conversando, a situação se desvelou e pudemos compreender. Gadamer (2014), considerando fenomenologicamente a experiência-pergunta, sustenta que o conversar é mais radical, pois toda cisão nos exige buscar, entre o cotidiano rompido e aquilo que se apresenta (o perguntado) na ruptura, um modo de fixar o acontecido no cotidiano que não pode ser completamente

¹²¹ Esse trânsito de um perguntar tácito, expresso num olhar demandante ou mal-estar, até um dizer que abre para apropriação de possibilidades é vastamente discutido nas publicações acerca de Plantão Psicológico, tal como entendido pelo LEFE. Sobre isso ver, em especial, Aun (2005), Oliveira (2006) e Morato (2015).

abandonado. Nessa perspectiva, todo pensar, todo conhecer e todo entender resultado de diálogo, é conversação¹²².

Olhando para os modos das conversas cotidianas, também é possível identificar conversas genuínas e conversas corriqueiras, bate-papo. Claro que essa divisão não é clara tampouco facilmente estabelecida, pois muitas vezes estamos em meio a um bate-papo e sem aviso algum nos vemos lançados em uma conversação genuína, engajados a compreender um acontecimento.

O que temos até aqui? Que toda conversação tem início com uma pergunta. Mas, como ela se desenrola? Gadamer (2014 p. 479) descreve que “para desenvolver uma conversação é necessário, em primeiro lugar, que os interlocutores ao conversar não passem ao largo um do outro”. Uma vez que uma pergunta genuína é aquela que coloca o perguntado na abertura, operando uma ruptura na tradição sob certa perspectiva, “não passar ao largo um do outro” quer dizer que conversar é considerar e compreender o modo como cada um está na tradição, o que em grande medida significa conhecer um pouco da história que cada um é.

Na presente pesquisa, as entrevistas e o meu enredar em campo fizeram com que me aproximasse da equipe, onde fui tendo noção das perguntas pertinentes na medida em que fui me encantando, escutando histórias, testemunhando feitos, estranhando, discutindo, batendo papo e sofrendo. Também, nas diversas conversas, discussões e reuniões como, por exemplo, o choro de Inácia ou pelas refutações sobre o sentido das trocas das médicas, fui tendo confirmações paulatinas, do que era pertinente perguntar. Porém, só com a confirmação de que os registros de pesquisa tinham caráter de pergunta, que pôde surtir a ideia, tanto em mim quanto na equipe, de realizarmos as reuniões de contação de causos. Só tive confirmação da pertinência dessas perguntas no desenrolar das conversas, principalmente pelas reações da equipe, tais como o choque de Roberta, o “você fez certinho, Pedro” de Vanessa, ou a “saudades” despertada em Fernanda.

Dessa forma, para Gadamer (1978:2002) considerar o outro e iniciar um diálogo implica também em perguntar “no tempo certo” (p. 246). Essa é a arte do diálogo que, dirá o autor, consiste mais em elaborar perguntas e nelas permanecer e menos em dar respostas.

Nessa perspectiva, da arte do diálogo, a participação e o envolvimento necessários para se formular uma boa pergunta não significam aceitar o outro em sua plena vontade,

¹²² A proposição da conversação como fundamento da filosofia e da hermenêutica filosófica não serão aqui explorados, pois fogem ao escopo do presente capítulo. Sobre isso, ver Gadamer (2002a, 2012 e 2014).

ou por ele ter empatia, pois conversar não é caminhar pela positividade, mas pelo aberto de onde surge todo o dizer (*legein*) e perguntar. Justamente por caminhar pelo aberto, uma conversação genuína “requer não abafar o outro com argumento, mas ponderar realmente a importância objetiva de sua opinião” (GADAMER, 2014 p. 497). Para isso, é importante que os conversantes acompanhem um ao outro no desenrolar da conversa, a fim de melhor apreenderem o sentido da pergunta nas possibilidades por ela aberta.

Isso implica dizer que conversação não é argumentação, tampouco persuasão. Uma vez que todo argumentar caminha pela tradição e história e, em última instância, as afirma, um diálogo argumentativo pressupõe um querer estar certo segundo os parâmetros dados pela tradição. Já a persuasão, volta-se ao convencimento do outro pela vontade, como um querer ganhar. Embora ela tenha sido criada e propagada desde a Grécia dos filósofos como ato político por excelência, que superaria o governo pela força dos bárbaros, a persuasão, como bem coloca Arendt, “não é o oposto de governar pela violência, é apenas uma outra forma de fazer isso”. (ARENDT, 1954:1993 p. 96).

A argumentação e a persuasão têm como objetivo o convencimento (de *convincere*, conquistar o outro) e o estabelecimento de padrões pré-fixados naquele que argumenta e persuade. Por outro lado, a conversação se compromete com a “coisa” em questão e com sua compreensão, elucidação e interpretação. Enquanto aquele que persuade ou argumenta ouve os interlocutores perscrutando falhas em sua logicidade, na conversação mesmo as opiniões diferentes são investigadas naquilo que contribuem para o entendimento do que está em jogo. Como produto da argumentação e da persuasão temos o silêncio daquele que “perdeu” a disputa, enquanto na conversação há uma elaboração da intenção comum e histórica, comprometida com aquilo do que se falava, isto é, há a elaboração da verdade¹²³. (ARENDT, 1954:1993; GADAMER 2014).

Nesse sentido, é possível considerar que a minha participação no cotidiano da equipe, que compõe o enredo dessa história, foi já uma conversação. Se olharmos as minhas reações diante das atitudes de Inácia, num primeiro momento tecera grandes críticas ao seu modo de ser ACS, entendendo-o como inadequado a um serviço de saúde. Porém, com o passar do tempo, fui percebendo que não se tratava de mera caridade ou assistencialismo. Por exemplo, tentar consertar a TV era um modo de antecipar a restituição da familiaridade de Dona Rita, indo, assim, na mesma direção da cirurgia de remoção da bolsa de colostomia e do arrumar a casa de Dona Rita, embora com

¹²³ Verdade, como já dito, não no sentido de adequação entre o dito e o objeto, mas como *alethéia*.

complexidades e saberes técnicos e práticos diferentes. Isso quer dizer que esses saberes e “argumentos” distintos foram considerados, implicando minha mudança de perspectiva?

Essa imprevisibilidade de esse senso de descoberta de um sentido oculto ou antes não claro é, para Gadamer (1978:2002 e 2014), uma característica da conversação.

Costumamos dizer que “levamos” uma conversa, mas na verdade quanto mais autêntica uma conversação, tanto menos ela se encontra sob a direção da vontade de um ou outro dos interlocutores. Assim, a conversação autêntica jamais é aquela que queríamos levar. Ao contrário, em geral é mais correto dizer que desembocamos e até que nos enredamos numa conversação. Como uma palavra puxa a outra, como a conversação toma seus rumos, encontra seu curso e desenlace, tudo isso pode ter algo como uma direção, mas nela não são os interlocutores quem dirigem; eles são os dirigidos. O que “surgirá” de uma conversa ninguém pode saber de antemão. (GADAMER, 2014 p. 497).

Embora inesperado, o que surge de uma conversação, o faz pelo estabelecimento de uma aproximação entre os interlocutores, que se caracteriza pela criação do comum. Em termos ontológicos, Gadamer (2014) nomeia essa criação do comum de fusão de horizontes hermenêuticos. Para o autor, um horizonte “não é uma fronteira rígida, mas algo que se desloca com a pessoa e que convida a que se continue penetrando” (GADAMER, 2014 p. 330). Com essa imagem, o autor fundamenta que a compreensão nunca tem fim, pois o horizonte pode ser alterado a cada passo ou gesto. Nessa perspectiva, estabelece-se a *suposição*¹²⁴ de que não existe interpretação correta ou incorreta, mas uma diversidade de horizontes hermenêuticos. Por essa mesma via, o ideal das generalizações conceituais fica restrito ao horizonte da ciência e em grande parte da tradição filosófica, cuja universalidade é contestada.

Caminhando fenomenologicamente, Gadamer (2014) concebe a ideia de horizonte para expressar a centralidade da linguagem na existência e na filosofia. Sendo linguagem a estrutura de um horizonte, ela opera como âmbito de sentido e significado que organiza toda e qualquer comunicação, ao mesmo tempo em que dá a perspectiva de uma visão geral do mundo e da história. Quer dizer que só conseguimos compreender uma comunicação de outrem por estarmos, de algum modo, vislumbrando e caminhando para

¹²⁴ Enquanto uma pré-suposição ou premissa mantém uma antecipação lógico-interpretativa do fenômeno, uma suposição se funda nele. Assim, uma pressuposição ou premissa cria a metafísica e uma suposição abre as possibilidades de compreensão, portanto ontológica (BOSS; HEIDEGGER, 2009).

um mesmo horizonte partilhado. Também, de modo mais originário, a linguagem só tem sentido na diferença de horizontes que constantemente encontramos. A fusão de horizontes é o movimento de na linguagem encontrar o fundamento da própria linguagem e, assim, de todas as coisas¹²⁵.

Horizontes se fundem aos diversos horizontes desvelados em nossa caminhada, como uma espécie de tecitura de nexos, onde cada retalho sobrepõe e compõe com os anteriores sem termos clareza do retalho original (tradição). Essa tecitura entre um horizonte e outro, fundindo-os, se dá na conversação (GADAMER, 2014).

Na forma cotidiana, uma fusão de horizontes é aquilo que se sente no desenrolar de um diálogo amistoso e interessado.

Um diálogo é, para nós, aquilo que deixou uma marca. O que perfaz um verdadeiro diálogo não é necessariamente termos experimentado algo de novo, mas termos encontrado no outro algo que ainda não havíamos encontrado em nossa própria experiência de mundo. (...) O diálogo possui uma força transformadora. Onde um diálogo teve êxito ficou algo para nós e em nós que nos transformou. O diálogo possui, assim, uma grande proximidade com a amizade. (GADAMER, 1972:2002 p. 247).

A amizade é entendida por Gadamer no sentido grego-socrático, isto é, pelo estabelecimento de um lugar comum de pertença que, fenomenologicamente tem o sentido de construção de mundo e do habitar pela fixação de um horizonte comum de compreensão e interpretação dos acontecimentos. É o nosso originário ser-no-mundo-com-outros (HEIDEGGER, 1927:2012).

Arendt (1954:1993) esclarece o sentido socrático de amizade ao descrever a ágora da polis como um lugar onde a persuasão e os interesses a transformaram em um campo de batalha que ameaçava o bem público. Segundo a autora, era o intento de Sócrates tornar amigos os cidadãos da polis, a fim de promover, pelo diálogo, a elaboração pública da verdade nas diferentes opiniões. Nessa empreitada, é possível compreender que

o elemento político, na amizade, reside no fato de que, no verdadeiro diálogo, cada um dos amigos pode compreender a verdade inerente à opinião do outro. Mais do que o seu amigo como pessoa, um amigo compreende como e em que articulação específica o mundo comum aparece para o outro que, como pessoa, será sempre desigual ou diferente. Esse tipo de compreensão – em que se vê o mundo (como se

¹²⁵ Sobre o fundamento ontológico da fusão de horizontes e da linguagem, ver a terceira parte do primeiro volume de Verdade e Método (GADAMER, 2014).

diz hoje um tanto trivialmente) do ponto de vista do outro – é o *insight* político por excelência. (ARENDT, 1958: 1993 p. 99).

Para Lombana (2013) a construção da amizade perpassa sempre um caminho do estranhamento à construção do comum pelo diálogo, e se mantém em um constante estar-orientado-ao-outro. Para o autor, a amizade não é um afeto incondicional, mas participação comprometida que mantém o campo de tensão das perguntas co-locadas (“amizades-estranhadas”. Ibid., p. 12), pois nela está em jogo a construção do habitar do homem no mundo e, dessa forma, sua história e, por que não, todo o seu referencial de saúde (como *saudare* e autoesquecimento).

Nas conversações com a equipe, se olharmos o elevar dos ânimos (*Nossa! Hoje os ânimos estão ótimos*), a esperança do “quem sabe” que fecha o último diálogo; e o reconhecimento do próprio espaço de diálogo; ou o reconhecimento de Vanessa (*E é legal de você trazer os diários, que é uma coisa que a gente nem repara mais. Já ajuda*) e a confirmação de Fernanda (*Legal, por saber uma visão de fora*); seria possível dizer que as conversações da pesquisa fizeram rememorar a amizade da equipe?

Ainda, o caminho de a equipe encontrar, entre as mazelas e nas diferenças, a contação de história como modo comum de ser e de cuidar, pro-jetando futuro, não indicariam uma fusão de horizontes na conversação?

Se considerarmos que essas conversas foram pro-vocadas pelos diários que escrevi e escolhi como perguntas à história da equipe, é possível dizer que teria eu iniciado uma conversação genuína? O que isso tem a ver com a ação do psicólogo?

Sendo a conversação e o perguntar que a inicia uma orientação-ao-outro, encontro uma ressonância desse fazer na noção de *ação clínica* defendida por Barreto (2006) e discutida por Morato (2015 p. 158).

Em outras palavras, a ação clínica conduz-se a ir por entre os vestígios do vivido para des-ocultar outras facetas que se mostram nas situações de homens e atores institucionais. Buscando des-enredar a experiência da trama sedutora de significados na qual se encontra, [o psicólogo] acompanha o cliente testemunhando sua narrativa pela desorientação e desamparo para, junto a ele, sugerir o encaminhar-se para fora de seu sofrimento, levando-se adiante dessa urdidura do público na qual se enroscou. E isso só pode acontecer em experiência em ação, ou seja, quando a interpretação da compreensão pudesse conduzir-se para “fora do perigo”, considerando a etimologia latina de experiência: *ex-* (fora) *-perire* (perigo).

Para a autora, amparada na fenomenologia existencial, uma ação clínica se estrutura na escuta e convoca (de *con-vocare*) o cliente a narrar a própria história, tecendo em conjunto uma interpretação da (e na) compreensão. Ela não pode ser antecipada nem planejada, mas emerge no encontro entre psicólogo/pesquisador que, como testemunha comprometida, “autoriza e legitima uma continuação da história desse cliente numa dimensão em que possa existir em bem-estar e autenticidade”. (Ibid., 159).

Fundamentada na noção de prática aqui defendida, como *prakseis* e *techné*, isto é, como hermenêutica, a ação clínica, tal como descrita por Morato, rompe com a premissa de que o fazer do psicólogo deva ser orientado pela especificidade do conhecimento teórico-conceitual das teorias psicológicas. Ao contrário, ação clínica é atitude de ir na direção do outro para, estando junto a ele, encontrar meios de compreender, interpretar e dizer sobre os acontecimentos que o afligem. Nessa atitude, há um constante perder-se e encontrar-se dos modos possíveis de ser-psicólogo ao mesmo tempo em que se põe a perguntar sobre o sentido da prática em psicologia em cada situação. Por essa perspectiva, ação clínica nas práticas de saúde, é arte de curar, é ouvir, contar e participar de histórias, é conversação.

A ação clínica recebe esse nome, pois indica um debruçar-se (clínica como *klinné*, inclinar-se) sobre aquilo que é fundamentalmente humano: o agir e o dizer, nas palavras de Hannah Arendt (2010). Diferentemente do trabalho (*labor*) que garante a sobrevivência orgânica do homem, e da obra (*work*), que organiza a funcionalidade e utilidade do cotidiano, a ação e o discurso são a possibilidade humana de iniciar algo novo ou de novo e só acontecem naquilo que se dá exclusivamente entre os homens.

Ao agir e ao falar, os homens mostram quem são, revelam ativamente suas identidades pessoais únicas, e assim fazem seu aparecimento no mundo humano, enquanto suas identidades físicas aparecem, sem qualquer atividade própria, na conformação singular do corpo e no som singular da voz. Essa revelação de ‘quem’, em contraposição a ‘o que’ alguém é – os dons, qualidades, talentos e defeitos que se podem exhibir ou ocultar –, está implícita em tudo o que esse alguém diz ou faz. (ARENDT, 2010 p. 224).

Para a autora, a especificidade da ação é que ela é imprevisível e irreversível, pois, ao agir e dizer, não se é possível prever os desdobramentos. Eles podem ser temidos, planejados, desejados, jamais previstos, pois a ação sempre se direciona e se realiza na companhia de outros homens que também são iniciadores. Assim, a “reação, além de uma resposta, é uma nova ação” (Ibid., 238). É nesse implicado agir entre homens que tudo o

que é especificamente humano se desenvolve (a língua, a cultura, os costumes... mundo), ao mesmo tempo em que agindo e dizendo, cada homem insere sua unicidade na pluralidade humana.

Barreto (2006) e Morato (2015), identificando os prejuízos dos sistemas teóricos na psicologia, que em grande parte só conseguem dizer ‘o que’ os homens são, recorrem ao pensamento de Arendt para dizer da especificidade ontológica do fazer do psicólogo, propondo a ação clínica como seu fundamento.

Não seria as reuniões de contação de caso uma ação clínica? Não seria a supervisão, tal como descrita no capítulo I, em sua forma de reunião de contação de caso, uma modalidade de ação clínica? Uma vez que o desdobramento da ação “só se revela para o contador de histórias [Storyteller]” (ARENDT, 2010 p. 240), um supervisor ou psicólogo-com-ACSs ao abrir espaço para que se narre o cotidiano, apropriando-se das perguntas presentes na fala do outro e co-locando as suas próprias, inicia a conversação que lhes revela o sentido da ação e os conduz à re-ação.

Agora se desvela que, ao perseguir a questão das possibilidades de ação do psicólogo junto aos ACSs tentando responde-la, já realizei e assumi uma possibilidade de ação. Sendo mais específico, uma possibilidade de ação do psicólogo junto aos ACSs é: se aproximando e tentando apreender como as ACSs moldaram seu modo-de-ser a partir da própria experiência (entrevistas), participando e testemunhando seus feitos e sobre eles conversando (enredo), tentando apreender suas questões fundamentais, co-locá-las como conversação e dela participar. Assim se fez o sentido de supervisão como ação clínica e o sentido humano de conversação.

... e faz sentido dizer que uma grande ação em saúde é *genuinamente perguntar*: vamos conversar?

DES-FECHO

Eu, estudante empírico,
fecho o livro e contemplo.

Eis o globo, o planisfério terrestre, o planisfério celeste,
o redondo horizonte, a ilusão dos firmamentos.

E a nossa existência.

Eis o compasso, o esquadro,
a balança, a pirâmide,
o cone, o cilindro, o cubo,
o peso, a forma, a proporção, as equivalências.

E o nosso itinerário.

Saem das suas caixas os mistérios:
desenrola-se o mapa dos ossos, com seus nomes;
o sangue desenha sua floresta azul;
cada órgão cumpre um trabalho enigmático:
estamos repletos de esfinges certeiras.

E o nosso corpo.

E os dinossauros são como carros de triunfo,
reduzidos à armação;
e no olho profundo do microscópio
a célula se anuncia.

E o nosso destino.

O professor escreve no quadro o Alfa e o Ômega.

A luz de Sírius ainda lança escadas em contínua cascata.
E lentamente subo e fecho os olhos
e sonho saber o que não se sabe
simplesmente acordado.

Grande aula, a do silêncio.

(Cecília Meireles – *O estudante empírico*)

Tendo como guia a questão das possibilidades de ação do psicólogo junto ao ACS, a história aqui contada, na medida em que foi sendo tecida e interpretada, já realizou uma possibilidade. Mas não a única. Ao longo do caminho trilhado pude entrever outros tantos: como é possível uma formação hermenêutica na saúde? Como a conversação pode orientar o fazer e o saber na ESF? Seriam comunidades interpretativas à Santos (2013)?...

A conversação de história parece nunca ter fim...

... Vamos conversar?

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, N. Compreender. **Dicionário de filosofia**. Tradução de Alfredo Bosi. 5ª edição. São Paulo: Martins Fontes, p. 157-158, 2007.

AGUIAR, D. S. A “Saúde da Família” no Sistema Único de Saúde: um novo paradigma? Dissertação de mestrado em Saúde Pública. Rio de Janeiro: Escola de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, 1998.

ANDRADE, F. M. O. **O Programa Saúde da Família no Ceará: uma análise de sua estrutura e funcionamento**. Dissertação de mestrado em Saúde Comunitária. Fortaleza: Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, 1998.

ANDRADE, L. O. M.; BEZERRA, R. C. e BARRETO, I. C. H. C. O Programa de Saúde da Família como estratégia de atenção básica à saúde nos municípios brasileiros. **Rev. de Adm. Públ.**, Vol. 39, n. 2, p. 327-349, 2005.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. e SILVA, R. M. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2ª edição rev. e aum. São Paulo: Hucitec, 2012, p. 845-902.

ARENDT, H. (1953). Compreensão e política. In: _____, **A dignidade da política**: ensaios e conferências. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993, p. 39-54.

ARENDT, H. (1954). Filosofia e Política. In: _____, **A dignidade da política**: ensaios e conferências. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993, p. 91-115.

ARENDT, H. O conceito de história: antigo e moderno. In: _____. **Entre o passado e o futuro**. 6ª edição. São Paulo: Perspectiva, 2009, p. 69-126.

ARENDT, H. **A condição humana**. 11ª edição. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

AUN, H. A. **O trágico avesso do mundo**: narrativas de uma prática psicológica em instituição para adolescentes infratores. Dissertação (mestrado) – Departamento de Psicologia da Aprendizagem, do Desenvolvimento e da Personalidade. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP-USP). São Paulo: IP-USP, 2005.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade** v.13, n.3, p.16-29, 2004.

AYRES, J. R. C. M. Uma concepção hermenêutica de saúde. **Physys: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 17, n. 1, p. 43-62, 2007.

BACCHI, C. C. A. **Contando um conto sobre olhares espelhados**: uma proposta de compreensão do espelhamento em grupos de supervisão. Dissertação de mestrado em Psicologia Escolar e Desenvolvimento Humano. São Paulo: Instituto de Psicologia, 2000.

BARRETO, C. L. B. T. **Ação Clínica e os pressupostos Fenomenológicos Existenciais**. Tese (Doutorado). Departamento de Psicologia Escolar e Desenvolvimento Humano. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo: IP-USP, 2006.

BENJAMIN, W. (1928). **Origem do drama barroco alemão**. Tradução, apresentação e notas por Sérgio Paulo Rouanet. São Paulo: Brasiliense, 1984.

BENJAMIN, W. (1936). O narrador: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov. *In* _____. **Magia e técnica, arte e política**. Obras escolhidas, Vol. I. Tradução de Sérgio Paulo Ruanet. 2ª ed. São Paulo: Brasiliense, p. 197-221, 1994.

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 401-412, 2002.

BOSS, M. **Angústia, culpa e libertação**: ensaios de psicanálise existencial. 3ª ed.; tradução de Barbara Spanoudis. São Paulo: Duas Cidades, 1981.

BOSS, M. **Existencial foundations of medicine and psychology**. 3ª ed. New York: Jason Aronson inc., 1983.

BOSS, M. O caso da Dra. Cobling. **Natureza humana**, vol.1, n.1, pp. 139-173, 1999.

BOSS, M.; HEIDEGGER, M. **Seminários de Zollikon**: protocolos, diálogos, cartas. 2ª edição. Petrópolis: Vozes, 2009.

BRASIL. Casa Civil. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social** – PNAS/2004; Norma Operacional Básica – NOB/Suas. Reimpressão. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2005.

BRASIL, Casa Civil. **Lei nº 11.350 de 5 de outubro de 2006**. Regulamenta o § 5º do art. 198 da CN, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da EC nº 51, de 14 de fev. 2006, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, Br, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série B: textos básicos em saúde – Diretrizes do NASF. **Cadernos da Atenção Básica**, n. 27. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de

Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BURKE, P. A história como alegoria. **Estudos Avançados**, vol. 9, n. 25, p. 197-212, 1995.

CABRAL, B. E. B. e MORATO, H. T. P. Considerações metodológicas a partir da formulação de uma questão para pesquisa. **Interlocuções** (UNICAP), Recife - Pernambuco, v. 1-2, p. 155-176, 2003.

CABRAL, B. E. B. **Cartografia de uma ação territorial em saúde**: transitando pelo Programa Saúde da Família. Dissertação (Mestrado) – Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP). Recife, 2004.

CAMPOS, G. W. S. & DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, Fev. 2007.

CAMPOS, G. W. S; GUTIÉRREZ, A. C; GUERRERO, A. V. P e CUNHA, G. T. Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família. In: Campos, G. W. S; Guerrero, A. V. P. (Org.). **Manual de Práticas de atenção básica**: saúde ampliada e compartilhada. 1ed.São Paulo: editora Huciec, 2008, v. 1, p. 132-153.

CASANOVA, M. A. Linguagem cotidiana e competência existencial. **Natureza Humana** 8(1): p. 35-85, 2006.

CASANOVA, M. A. **Compreender Heidegger**. 2ª edição. Petrópolis, Br: Vozes, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Práticas profissionais de psicólogos e psicólogos a atenção básica à saúde**. Brasília, Br: CFP/CREPOP, 2010.

COSTA, A. C. H. **Entre aprender e ensinar, supervisão de campo**: possibilidade de palavras para ser, pertencer e multiplicar na atenção psicológica. Dissertação (Mestrado).

Departamento de Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo: IP-USP, 2014.

CRITELLI, D. M. **Analítica do sentido**: uma aproximação do real de orientação fenomenológica. 3ª edição, São Paulo: brasiliense, 2007.

CRITELLI, D. M. **História pessoal e sentido da vida**: a historiobiografia. São Paulo: Educ, 2012.

CRITELLI, D. M. Historiobiografia ou a história da história. In: MORATO, H. T. P.; EVANGELISTA, P. E. R. A. (Org.). **Fenomenologia Existencial e Prática em Psicologia**: colóquios LEFE. Rio de Janeiro: Via Verita, p. 117-128, 2016.

CUNHA, A. G. **Dicionário etimológico da língua portuguesa**. 4ª edição revista e atualizada. Rio de Janeiro: Lexikon, 2010.

ESCOREL, S. *et al.* O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, v. 21, nº. 2-3, p. 164-176, 2007 .

EVANGELISTA, P. E. R. A. **O que pode um psicólogo fenomenológico existencial?** – questionamentos e reflexões acerca de possibilidades da prática do psicólogo fundamentadas na ontologia heideggeriana. Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2015.

FAVRET-SAADA, J. Ser afetado. Tradução de Paula Siqueira. **Cadernos de campo**, n. 13, p. 155-161, 2005.

FERREIRA, A. B. H. Alegoria. In Ferreira, A. B. H. **Novo dicionário Aurélio**: novo dicionário da língua portuguesa (pp. 79). 3ª edição revista e aumentada. Rio de Janeiro, Br: Nova Fronteira, 2004.

FERREIRA, A. B. H. Compreender. In Ferreira, A. B. H. **Novo dicionário Aurélio**: novo dicionário da língua portuguesa (pp. 442). 3ª edição revista e aumentada. Rio de Janeiro, Br: Nova Fronteira, 2004.

FERREIRA, A. B. H. Metáfora. In Ferreira, A. B. H. **Novo dicionário Aurélio**: novo dicionário da língua portuguesa (pp. 1297). 3ª edição revista e aumentada. Rio de Janeiro, Br: Nova Fronteira, 2004.

FIGUEIREDO, L. C. M. Sob o signo da multiplicidade. **Cadernos de Subjetividade**. Vol. 1, n. 1. São Paulo, pp. 89-95, 1993.

FIGUEIREDO, L. C. M. **Matrizes do pensamento psicológico**. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

FIGUEIREDO, L. C. M. **Revisitando as psicologias**: da epistemologia à ética das práticas e discursos psicológicos. 3. ed. rev. e ampl. Petrópolis: Vozes, 2004.

FIGUEIREDO, L. C. M. **A invenção do psicológico**: quatro séculos de subjetivação (1500-1900). 7ª ed. São Paulo: Escuta, 2007.

GADAMER, H-G. Semântica e hermenêutica (1968). In: _____. **Verdade e Método**, vol II. Petrópolis: Vozes, p. 204-216, 2002.

GADAMER, H-G. A incapacidade para o diálogo (1972). In: _____. **Verdade e Método**, vol II. Petrópolis: Vozes, p. 242-252, 2002.

GADAMER, H-G. **Verdade e Método**. Vol. II. Petrópolis: Vozes, 2002a.

GADAMER, H-G. **O mistério da saúde**: o cuidado da saúde e a arte da medicina. Lisboa: Edições 70, 2009.

GADAMER, H-G. **O caráter oculto da saúde**. 2ª ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

GADAMER, H-G. **Hermenêutica em retrospectiva**. Volume único. 2ª ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

GADAMER, H-G. **Verdade e método**. Vol. I. 14ª edição. Petrópolis: vozes, 2014.

GAGNEBIN, J. M. **Walter Benjamin: os cacos da história**. 2ª edição. São Paulo: Brasiliense.

GENDLIN, E. **Befindlichkeit: Heidegger and the philosophy of psychology**. Review of Existential Psychology & Psychiatry: Heidegger and Psychology. Vol. XVI, Nos. I, 2 & 3, 1978-79.

HEIDEGGER, M. (1927). **Ser e tempo**. Edição bilíngue traduzida e organizada por Fausto Castilho. Petrópolis: Vozes, 2012.

HEIDEGGER, M. (1953). Ciência e pensamento do sentido. In _____. **Ensaio e conferências**. 6ª edição. Petrópolis: Vozes, p.39-60, 2010.

HENRIQUES, W. M. **Supervisão: um lugar mestiço de aprendizagem clínica**. Tese de doutorado em Psicologia Escolar e Desenvolvimento Humano. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo: IP-USP, 2005.

HOMERO. **Odisseia**. Tradução de Christian Werner. São Paulo: Cosac Naify, 2014.

HUSSERL, E. **A crise da humanidade europeia e a filosofia**. Introdução e trad. Urbano Zilles. 2. ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2006.

INWOOD, M. J. Acontecimento, evento, ocorrência. In Inwood, M. J. **Dicionário Heidegger**. (pp. 2-4). Rio de Janeiro: Zahar, 2002.

LANCETTI, A; AMARANTE, P. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2ª edição rev. e aum. São Paulo: Hucitec, 2012, p. 661-680.

LAVOR, A. C. H. O Agente Comunitário de Saúde: um novo profissional da saúde. Departamento de Atenção Básica. *In*: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010, p. 16-20.

LILIENTHAL, L. A. Supervisão de apoio psicológico: a gestaltpedagogia no trabalho com educadores de rua. *In*: MORATO, H. T. P. (org.). **Aconselhamento psicológico centrado na pessoa: novos desafios**. São Paulo: Casa do psicólogo, p. 263-304, 1999.

LILIENTHAL, L. A. **Educa-são**: uma possibilidade de atenção em ação. Tese de doutorado em Psicologia Escolar e Desenvolvimento Humano. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo: IP-USP, 2004.

LISPECTOR, C. **Para não esquecer**. Rio de Janeiro: Rocco, 1999.

LOMBANA, C. A. D. Entre el extrañamiento y lo común: en torno a la noción de amistad desde la hermenéutica de Gadamer. **Folios**, Segunda época, n. 38, p. 3-14, 2013.

MALTA, C. D. *et al.* A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 21, nº. 2, p. 327-338, 2016.

MEIRELES, C. **O estudante empírico**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2005.

MERRIAM-WEBSTER, INC. **The Merriam-Webster dictionary**. 3ª edição. Springfield: Merriam-Webster press, 1998.

MILANESI, P. V. B. e MORATO, H. T. P. Experiências na atenção Básica: desvelando questionamentos acerca da formação em psicologia. *In*: XVII Encontro Nacional da ABRAPSO, 2013, Florianópolis. **Anais do XVII Encontro Nacional da ABRAPSO**, 2013, p. 1276. Disponível em:

MILANESI, P. V. B. e MORATO, H. T. P. A atenção básica vista pelos Agentes Comunitários de Saúde. *In*: 10º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, 2014, Porto,

Portugal. **Atas 10º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde**. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde, 2014. v. 1. p. 787-799.

MILANESI, P. V. B. Grupo de escutadores: uma experiência de aprendizagem significativa. In: II Congresso Sul Brasileiro de Fenomenologia, 2011, Curitiba - PR. **Anais do II Congresso de Estudos Fenomenológicos do Paraná e II Congresso Sul Brasileiro de Fenomenologia**, 2011, p. 84.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1.882, de 18 de dezembro de 1997**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretoria da Atenção Básica. **PROESF: Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

MORATO, H. T. P. **Eu - Supervisão: em cena uma ação buscando Significado Sentido**. Tese (Doutorado). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo: IP-USP, 1989.

MORATO, H. T. P. Aconselhamento psicológico: uma passagem para a transdisciplinariedade. In MORATO, H. T. P. (org.). **Aconselhamento psicológico centrado na pessoa: novos desafios**. São Paulo: Casa do psicólogo, p. 61-90, 1999.

MORATO, H. T. P. Atenção psicológica e aprendizagem significativa. In. MORATO, T. T. P.; BARRETO, C. L. B. T.; NUNES, A. P. (coord.). **Fundamento de psicologia: aconselhamento psicológico numa perspectiva fenomenológico existencial**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. p. 22-49.

MORATO, H. T. P. **Plantão Psicológico: inventividade e plasticidade**. Texto apresentado no IX Simpósio Nacional de Práticas Psicológicas em Instituições –

Experiência, Intervenção e Pesquisa. Recife-PE. 2009a. p. 31 - 45. Disponível em: http://www.lefeusp.com.br/images/stories/arquivos_diversos/ix_simposio_anpepp/plantao_plasticidade_henriette.pdf#!anais-ix-simpso/cdq5.

MORATO, H. T. P. **Por entre Plantão Psicológico e Ação Cartográfica Clínica pelos "Caminhos de Floresta"**. Tese (Livre-Docência). Departamento de Psicologia da Aprendizagem, do Desenvolvimento e da Personalidade, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2015.

MORATO, H. T. P. et al. Supervisão de apoio psicológico: espelho mágico para desenvolvimento de educadores de rua. *In*: MORATO, H. T. P. (org.). **Aconselhamento psicológico centrado na pessoa: novos desafios**. São Paulo: Casa do psicólogo, p. 223-234, 1999.

MORATO, H. T. P.; ANDRADE, A. N.; SCHMIDT, M. L. S. Pesquisa interventiva em instituição: etnografia, cartografia e genealogia.. *In*: RODRIGUES, M. M. P. & MENANDRO, P. R. M. (Org.). **Lógicas metodológicas: trajetos de pesquisa em psicologia**. Vitória: GM, p. 193-206, 2007.

OLIVEIRA, M. M. **Clínica, experiência e sentido: narrativas de plantonistas**. Dissertação (Mestrado). Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo: IP-USP, 2006.

NASCENTES, A. **Dicionário etimológico da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Livraria acadêmica, 1955.

NUNES, M. O. *et al.* O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cadernos de Saúde Pública**, 18(6), 1639-1646, 2002.

OMS/UNICEF. **Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**, Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Publicação oficial pelo Ministério da Saúde, Brasília, 1979.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **A atenção à saúde coordenada pela APS:** construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. / Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

PAIM, J. *et al.* The Brazilian health system: history, advances and challenges. London: **The Lancet**, 2011.

POLANYI, M.; PROSCH, H. Personal Knowledge. *In:* POLANYI, M. & PROSCH, H. **Meaning**. Chicago: The University of Chicago Press. P. 22-46, 1975.

PUPIN, V. M & CARDOSO, C. L. Agentes Comunitários de Saúde e os sentidos de “ser agente”. **Estudos de Psicologia**. 13(2), 157-163, 2008.

PUPIN, V. M. & CARDOSO, C. L. O fazer de “soldadinho”: as dificuldades de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. **Psico, Porto Alegre**, PUCRS, v. 42, n. 1, pp. 41-50, jan./mar. 2011.

PUPIN-ANDREADE, V. M. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde:** concepções de profissionais e usuários. 2013. 177f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

RODRIGUES, M. J. A. **Estratégia Saúde da Família em Uberlândia/MG:** a visão de diferentes atores. 2013. 346f. Tese de doutorado em Geografia e Gestão de Território da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2013.

SANTOS, B. S. **Um discurso sobre a ciência**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

SANTOS, B. S. **Pela mão de Alice:** o social e o político na pós-modernidade. 14ª ed. São Paulo: Cortez, 2013.

SÃO PAULO. Secretaria do Desenvolvimento Social. Coordenadoria de Segurança Alimentar e Nutricional. **Viva Leite:** manual de orientações para os responsáveis pelo

projeto Viva Leite no interior do Estado de São Paulo. Secretaria do Desenvolvimento Social. São Paulo: Governo do Estado de São Paulo, 2012.

SCARCELLI, I. R.; JUNQUEIRA, V. O SUS como desafio para a formação em psicologia. **Psicologia: ciência e profissão**, vol. 31, nº 2, p. 340-357, 2011.

SCHMIDT, M. L. S. Pesquisa participante: alteridade e comunidades interpretativas. **Psicologia USP**, vol. 17, n. 2, p. 11-41, 2006.

SCHMIDT, M. L. S.; NEVES, T. (2010). O trabalho do agente comunitário de saúde e a política de atenção básica em São Paulo, Brasil. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, 13(2), 225-240, 2010.

SÉVIGNY, R. Abordagem clínica nas ciências humanas. *In*: ARAÚJO, J. N, G, e CARRETEIRO, T. C. (Orgs.). **Cenários sociais e abordagem clínica**. São Paulo: Escuta, p. 15-33, 2001.

SILVA, D. C. G. **Oficina de criatividade**: dispositivo de supervisão – experiência com coordenadores de grupos de idosos. Mestrado em psicologia clínica. Universidade Católica de Pernambuco. Recife: UNICAP, 2003.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. **Agente comunitário de saúde**: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro, Br: Fiocruz, 2006.

SOUZA, H. M. Saúde da Família: uma proposta que conquistou o Brasil. *In*: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010, p. 30-36.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

SULTI, A. D. C. *et al.* O discurso dos gestores da Estratégia Saúde da Família sobre a tomada de decisão na gestão em saúde: desafio para o Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, nº 104, p. 172-182, 2015.

VIANA, M. L. D.; DAL POZ, M. R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, Suplemento ao Vol. 15, p. 225-264, 2005.

WEBER, F. A entrevista, a pesquisa e o íntimo, ou: por que censurar seu diário de campo? **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, vol. 15, n. 32, p. 157-170, 2009.

ANEXOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Modelo

Nº de registro no CEP-IPUSP: 55496616.5.0000.5561 (CAAE)

Nº do parecer: 1.550.609 – CEPH – IP-USP

Prezado Sr.(a),

Este Termo de Consentimento pode conter palavras que você não entenda. Se for o caso, peça explicações e esclarecimentos.

1) Introdução: justificativa e objetivo

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa que estudará as possibilidades de ação do psicólogo junto aos Agentes Comunitários de Saúde. Você foi escolhido por já fazer parte das discussões preliminares da pesquisa que tematizavam as necessidades do cotidiano vivido por Agentes Comunitários de Saúde. Mesmo assim a sua participação não é obrigatória. O objetivo do projeto é compreender a supervisão como uma possibilidade de ação do psicólogo junto aos Agentes Comunitários de Saúde.

2) Procedimentos

Para participar deste estudo solicito a sua especial colaboração em participar de encontros semanais que discutirão o cotidiano, bem como a experiência vivida e testemunhada pelo pesquisador contigo e com os demais Agentes desta Unidade da Saúde da Família.

3) Benefícios

Espera-se que os encontros propiciem reflexão e significação acerca do sentido da prática em saúde, o que pode trazer maior autonomia, domínio, flexibilidade e inventividade no fazer diário e na atenção às necessidades destes profissionais e da população atendida

4) Riscos, desconfortos, Responsabilidade do pesquisador e garantia de esclarecimento

Efeitos indesejáveis são possíveis de ocorrer em qualquer estudo de pesquisa, apesar de todos os cuidados possíveis, e podem acontecer sem que a culpa seja sua ou do pesquisador. Se você sofrer efeitos indesejáveis como resultado direto da sua participação nesta pesquisa, a necessária assistência profissional será providenciada pelo próprio pesquisador ou pelo Laboratório de Estudos em Fenomenologia Existencial e Prática em Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (LEFE-IPUSP).

Ademais, o pesquisador responsável pela pesquisa deverá fornecer qualquer esclarecimento, assim como tirar dúvidas, bastando contato:

Contato do Pesquisador:
Pedro Vitor Barnabé Milanesi

Telefone: (19) 98347-1212

E-mail: pedro_milanesi@yahoo.com.br

Contato do Laboratório (LEFE-IPUSP)

Profa. Dra. Henriette T. P. Morato (Docente responsável pelo laboratório)

Av. Professor Mello de Moraes, 1721, Bloco D - Sala 229

CEP 0558-900

Cidade Universitária - São Paulo/SP

Tel: (11)3091-4285

E-mail: lefe@usp.br

Contato do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (CEPH-IPUSP)

Endereço: Av. Prof. Mello Moraes, 1.721 - Bloco G, 2º andar, sala 27

CEP 05508-030

Cidade Universitária - São Paulo/SP.

Tel: (11) 3091-4182

E-mail: ceph.ip@usp.br

5) Participação livre e voluntária

Sua participação nesta pesquisa é muito importante e voluntária. Você tem o direito de não querer participar ou de sair desta pesquisa a qualquer momento, sem penalidades ou perda de qualquer benefício ou cuidados a que tenha direito nesta instituição. Você também pode ser desligado do estudo a qualquer momento sem o seu consentimento nas seguintes situações: (a) você sofra efeitos indesejáveis não esperados; (b) o estudo termine. Em caso de você decidir retirar-se do estudo, favor notificar o profissional e /ou pesquisador que esteja atendendo-o.

5) Caráter Confidencial dos Registros

A sua identidade, os dados da unidade e do município serão mantidos em sigilo. Os resultados serão sempre apresentados como o retrato de um grupo e não de uma pessoa. Dessa forma, você não será identificado quando o material de seu registro for utilizado, seja para propósitos de publicação científica ou educativa.

6) Custos e Reembolso

Você não terá nenhum gasto com a sua participação no estudo e também não receberá pagamento pelo mesmo.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Li ou alguém leu para mim as informações contidas neste documento antes de assinar este Termo de Consentimento. Declaro que toda a linhagem técnica utilizada na descrição de estudo de pesquisa foi satisfatoriamente explicada e que recebi respostas para todas as minhas dúvidas. Confirmando também que recebi uma via de igual teor e igualmente assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Compreendo que sou livre para me retirar do estudo em qualquer momento, sem perda de benefícios ou qualquer outra penalidade.

Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade para participar desta pesquisa.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (CEPH-IPUSP). Endereço: Av. Prof. Mello Moraes, 1.721 - Bloco G, 2º andar, sala 27 - CEP 05508-030 - Cidade Universitária - São Paulo/SP. E-mail: ceph.ip@usp.br Telefone: (11) 3091-4182

QUALIFICAÇÃO DO DECLARANTE

(Nome):.....
RG:..... Data de nascimento:..... / / Sexo: M () F ()
Endereço: nº Apto:
Bairro:..... Cidade:..... Cep:..... Tel:.....

Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DO PESQUISADOR

DECLARO, para fins de realização de pesquisa, ter elaborado este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), cumprindo todas as exigências contidas nas alíneas acima elencadas e que obtive, de forma apropriada e voluntária, o consentimento livre e esclarecido do declarante acima qualificado para a realização desta pesquisa.
de de 2016

Pedro Vitor Barnabé Milanesi
CRP: 06/86338
(Pesquisador)

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CAMINHOS E POSSIBILIDADES DE AÇÃO DO PSICÓLOGO JUNTO AOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Pesquisador: Pedro Vitor Barnabé Milanesi

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 55496616.5.0000.5561

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DE SAO PAULO

Patrocinador Principal: UNIVERSIDADE DE SAO PAULO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.550.609

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de doutorado intitulado "CAMINHOS E POSSIBILIDADES DE AÇÃO DO PSICÓLOGO JUNTO AOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE" apresentado pelo aluno Pedro Vitor Barnabé Milanesi, sob orientação da Profa. Dra. Henriette Morato, do PSA do IPUSP, a ser realizada em um Posto de Saúde Municipal localizado em Araras, interior do estado de São Paulo (já devidamente autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Araras, conforme documento apresentado).

Trata-se de uma pesquisa qualitativa fundamentada na fenomenologia existencial e estruturada em duas etapas centrais:

1) Imersão preliminar ou fase exploratória, quando o pesquisador se insere no campo de pesquisa a fim de levantar as necessidades para ali serem conhecidas. No caso da presente pesquisa, o pesquisador afirma que tem "acompanhado uma equipe da Saúde da Família a partir da autorização formal da gestão municipal em setembro de 2014, a fim de encontrar e ajustar as questões pertinentes para a investigação. Neste processo, construí, em parceria com os Agentes Comunitários de Saúde, tanto a questão disparadora da pesquisa, quanto o vínculo necessário para dar início às atividades que denominei (provisoriamente) de supervisão."

2) A construção de um espaço de supervisão como um espaço de discussão, questionamento e

Endereço: Av. Prof. Mello Moraes, 1721 - Bl. "G" sala 27

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 05.508-030

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3091-4182

E-mail: ceph.ip@usp.br

Continuação do Parecer: 1.550.609

decisão acerca do sentido da prática dos ACSs e do psicólogo na Estratégia Saúde da Família (ESF).

Por fim, o material colhido nestas duas etapas será submetido à interpretação visando o levantamento de temas pertinentes para a discussão.

Critério de Inclusão:

Os participantes da pesquisa serão os seis Agentes Comunitários de Saúde que acompanharam a imersão de campo do pesquisador e aceitarão voluntariamente participar das supervisões.

Critério de Exclusão:

Uma vez que o pesquisador e os participantes já se conhecem, por conta da fase exploratória da pesquisa, não há como delimitar critérios de exclusão, a não ser, a recusa da participação da pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral:

compreender a supervisão como uma possibilidade de ação do psicólogo junto aos ACSs (Agentes Comunitários de Saúde).

Objetivos específicos:

Compreender a ação dos ACSs a partir do seu lugar como agente de saúde e agente comunitário;

Realizar uma intervenção junto aos ACSs recorrendo à supervisão;

Investigar a supervisão de apoio como modalidade de ação psicológica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS: considera-se que todas as pesquisas envolvem riscos. Mesmo o fato dos participantes já conhecerem o pesquisador e terem participado ativamente da construção de toda a pesquisa, bem como testemunhado a necessidade do espaço de supervisão, a pesquisa ainda pode gerar desconfortos imediatos ou tardios, uma vez que as discussões propostas tematizarão o sentido da prática dos participantes (ACSs) e do pesquisador (psicólogo).

Neste sentido, sempre que um desconforto for observado, comunicado ou pressuposto, o pesquisador prestará a atenção necessária, seguindo as orientações da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

BENEFÍCIOS: Espera-se que o espaço de supervisão, uma vez que fora construído em conjunto com os participantes da pesquisa, propicie reflexão e significação do sentido da prática em saúde, o que pode trazer maior autonomia, domínio, flexibilidade e inventividade no fazer diário e na atenção às necessidades destes profissionais e da população atendida.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Endereço: Av. Prof. Mello Moraes, 1721 - Bl. "G" sala 27

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 05.508-030

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3091-4182

E-mail: ceph.ip@usp.br

Continuação do Parecer: 1.550.609

O tema é relevante e a pesquisa de doutorado parece bem estruturada e condizente com os objetivos propostos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE é bastante longo e não prevê a possibilidade de reembolso das despesas decorrentes da participação na pesquisa.

Além disso, o item 3 do TCLE apresentado não está devidamente redigido, devendo o texto indicar os benefícios de modo expresso.

Recomendações:

Prever a possibilidade de reembolso das despesas decorrentes da participação na pesquisa.

Formular o item 3 do TCLE.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Atender as recomendações acima, notificando-as ao CEP-IP-USP no prazo de 30 dias.

Considerações Finais a critério do CEP:

Se o projeto prevê aplicação de TCLE, todas as páginas do documento deverão ser rubricadas pelo pesquisador e pelo voluntário e a última página assinada por ambos, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEPH de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEPH antes de ser implementada. De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar a este CEP/SMS o relatório final do projeto desenvolvido, conforme preenchimento de Protocolo disponível na página do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do IPUSP, do site do IPUSP. Em seguida, o protocolo preenchido deverá ser enviado ao CEPH pela Plataforma Brasil, ícone Notificação, logo que o mesmo estiver concluído.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_665967.pdf	11/04/2016 15:58:41		Aceito
Declaração de	oficio_autorizacao_de_campo_secret	11/04/2016	Pedro Vitor Barnabé	Aceito

Endereço: Av. Prof. Mello Moraes, 1721 - Bl. "G" sala 27

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 05.508-030

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3091-4182

E-mail: ceph.ip@usp.br

INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DA UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 1.550.609

Instituição e Infraestrutura	aria_da_saude.pdf	15:57:49	Milanesi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	modelo_TCLE_Pedro.docx	11/04/2016 15:56:45	Pedro Vitor Barnabé Milanesi	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_compromisso_atualizado.pdf	11/04/2016 15:56:24	Pedro Vitor Barnabé Milanesi	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_Pedro2.pdf	11/04/2016 15:55:40	Pedro Vitor Barnabé Milanesi	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	CEPH_Pedro_Doc2.docx	20/03/2016 22:25:35	Pedro Vitor Barnabé Milanesi	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Consentimento_Secretaria_de_saude.pdf	20/03/2016 22:24:00	Pedro Vitor Barnabé Milanesi	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Consentimento_unidade_coordenadora.pdf	20/03/2016 22:23:50	Pedro Vitor Barnabé Milanesi	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 18 de Maio de 2016

Assinado por:
Helena Rinaldi Rosa
(Coordenador)

Endereço: Av. Prof. Mello Moraes, 1721 - Bl. "G" sala 27

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 05.508-030

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3091-4182

E-mail: ceph.ip@usp.br