

MEMÓRIAS E DIÁLOGOS ENTRE ATORES NO CUIDADO EM SAÚDE: EXPERIÊNCIAS DE ENFERMAGEM

Jonas Sâmí Albuquerque de Oliveira • Enfermeiro. Doutorando em Enfermagem. DINTER UFSC/ UFRN. Professor da Universidade Potiguar. E-mail: jonassamiunp@yahoo.com.br.

Gilvânia Campos Vieira • Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família do Município de Natal. E-mail: gilvaniacampos@yahoo.com.br.

Soraya Maria de Medeiros • Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente Adjunto IV do Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). E-mail: Sorayamaria_ufrn@hotmail.com.

Sandra Michelle Bessa de Andrade Fernandes • Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo PPGEnf/UFRN. Docente da Escola de Enfermagem de Natal/UFRN. E-mail: michellebessa@hotmail.com.

Envio em: Junho de 2014

Aceite em: Fevereiro de 2015

RESUMO: O artigo descreve experiências e reflexões vivenciadas nos cenários das práticas em saúde na Estratégia Saúde da Família (ESF), pela mediação das memórias e diálogos dos atores envolvidos, abordando o estágio curricular de um estudante de enfermagem do curso de graduação no cenário da ESF, na perspectiva da integração ensino-serviço.

Palavras-chaves: Sistema Único de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Estudantes de Enfermagem. Educação Popular.

MEMORIES AND DIALOGUES BETWEEN ACTORS IN HEALTH CARE: THE EXPERIENCES OF NURSING

ABSTRACT: The article describes experiences and reflections experienced in the practice scenarios on health in the Family Health Strategy (ESF), the mediation of memories and dialogues of the actors involved, approaching the stage curriculum of a student of nursing graduate students of the scenario of ESF, the prospect of integrating teaching and service.

Keywords: Single Health System. Primary Health Care. Students Nursing. Popular education.

1. INTRODUÇÃO

O presente texto trata de uma análise das narrativas que abordam as memórias e diálogos entre atores no cuidado em saúde, enfocando o estágio curricular do curso de graduação no cenário da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de um dos autores do texto, na perspectiva da integração ensino-serviço, como nexos articulador da perspectiva de sua trajetória de vida e sua interface como estudante do curso de graduação em Enfermagem.

A forma de encarar certas situações e objetos está impregnada por experiências passadas. Através da memória, não só o passado emerge, misturando-se com as percepções sobre o presente, como, também, desloca esse conjunto de impressões construídas pela interação do presente com o passado, ocupando todo o espaço da consciência¹. O que a autora quer enfatizar é que não existe presente sem passado, ou seja, as visões e comportamentos estão marcados pela memória, por eventos e situações vividos. De acordo, ainda, com essa autora, o passado atua no presente de diversas formas. Uma delas, chamada de memória-hábito, está relacionada com o fato de construirmos e guardarmos esquemas de comportamento dos quais nos valemos, muitas vezes, na nossa ação cotidiana.

Ao discutir sobre a importância da narração para a constituição do sujeito, Walter Benjamin destaca que a narrativa sempre foi reconhecida como rememoração, retomada salvadora, pela palavra, de um passado que, sem isso, desapareceria no silêncio e no esquecimento: a rememoração, esta que, na aurora do pensamento grego, seria a tarefa do poeta e, mais tarde, a do historiador¹.

A narrativa do presente estudo, por vezes, apresenta-se como um monólogo, em outros momentos, como diálogos, em suas interlocuções, histórico-sociais com os demais sujeitos envolvidos no estudo. Há de se considerar que o trabalho humano é consciente e proposital, com finalidades, muitas vezes, pré-definidas, valorizando, principalmente, os benefícios escusos, enquanto que o trabalho dos outros animais é puramente instintivo e com caráter de garantia da sobrevivência de sua espécie. O trabalho, que consegue ultrapassar essa lógica, foi capaz de criar a espécie humana e transformou-se em uma força capaz de transformar o mundo onde vivemos e conhecemos.

Esse entendimento do trabalho, assim como o aprofundamento das discussões, estudos e vivência no SUS possibilitaram a opção pelo percurso da continuidade da luta pela saúde das populações, como a conquista desse sistema de saúde, consequência de uma luta histórica que ganhou força a partir da década de 70, através de um grande movimento social e ideológico conhecido como Reforma Sanitária Brasileira. Movimento que uniu representantes de vários segmentos sociais com o objetivo de reivindicar direitos de cidadania, como uma atenção à saúde gratuita para todo cidadão, sem discriminação de qualquer natureza. É necessário que esse movimento político, ideológico e social seja compreendido no contexto em que foi gestado, pois o Brasil estava no período da Ditadura Militar, com grande repressão, perseguição e privilégios para uma minoria que tinha uma condição socioeconômica diferenciada. Esse grande movimento culminou com a convocação da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que teve como fruto um relatório aprovado, posteriormente, na Assembleia Nacional Constituinte, e incorporado à Constituição de 1988, no capítulo Seguridade Social. Dessa forma, foi idealizado e criado o SUS². É imprescindível que se compreenda que a constituição mostrava o que deveria ser o SUS, mas, para direcionar e responder ao “como” fazer, formularam-se: Leis Orgânicas da Saúde (LOS),

leis 8.080 e 8.142, Normas Operacionais Básicas da Saúde (NOBs), Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) e o Pacto pela Saúde 2006^{3,4,5}.

Fazendo as interligações necessárias e juntando as peças do quebra cabeça através do raciocínio sistêmico, é inevitável enxergar que saímos de uma concepção do Processo Saúde-Doença negativa, baseada no Paradigma Sanitário Flexneriano, na prática sanitária hospitalocêntrica e curativa, para uma concepção positiva, cujo paradigma sanitário é pautado na Produção Social da Saúde com a prática sanitária de vigilância da saúde.

Isso levou à compreensão de que a universidade tem muito para oferecer e que é possível utilizar forças para um trabalho coletivo em comunidade, com enfoque na Educação Popular, que Melo Neto (2006) define como sendo popular se tem origem nos esforços, no trabalho do povo, das maiorias (classes), dos que vivem e viverão do trabalho. Mas a origem apenas não basta. Esta, inclusive, pode nascer de agentes externos, evitando-se, contudo, todo o tipo de populismo que, porventura, possa surgir.

Este estudo teve como objetivo descrever experiências e reflexões vivenciadas nos cenários de práticas em saúde na Estratégia de Saúde da Família pela mediação das histórias de vida dos atores envolvidos.

■ 2. METODOS

O tipo de pesquisa pauta-se por uma abordagem qualitativa, partindo das narrativas de um dos autores e os diálogos com os demais atores da experiência vivenciada. O cenário do estudo foi campo de aulas práticas dos cursos de graduação em enfermagem no bairro de Felipe Camarão, zona oeste da capital do Rio Grande do Norte. Nesse sentido, os atores envolvidos no estudo foram o estagiário, as professoras substitutas colaboradoras da base de pesquisa, a enfermeira preceptora de campo de aulas práticas e a enfermeira mestra e colaboradora da base de pesquisa, com a interlocução da população assistida na ESF.

Na coleta de informações, foram consideradas as memórias, vivências dos docentes, discentes, trabalhadores que compõem a equipe de saúde da família e a população assistida pela Unidade de Saúde da Família. Considerando-se como um relato de experiência, essa coleta partiu do olhar do sujeito que vivenciou o processo, convergindo aos outros olhares _plurais_ as contribuições de outros atores sociais que vivenciam o cotidiano das experiências em saúde e suas interfaces, nos cenários de práticas de cursos de formação em enfermagem.

Utilizaram-se fragmentos de memórias do primeiro narrador, mediados pelas interlocuções com os demais atores envolvidos. Essa mediação constitui-se como a base analítica do texto, quando as narrativas tecidas como uma trama que parte de temáticas pontuando os eixos das narrativas e, simultaneamente, são interpretadas em suas releituras, nos diálogos com a segunda autora, e, concomitantemente, com outros atores envolvidos no processo.

Essa análise tem como base os autores que abordam as memórias e narrativas e o contexto das políticas de atenção básica em saúde, estabelecendo-se as relações micro e marco, nos cenários e práticas vivenciadas pelos atores envolvidos no processo. A concepção de narrativa de Walter Benjamin *in* Gagnebin, memórias *in* Bosi e a Política Nacional de Atenção Básica do Brasil^{1,3,4}.

3. RESULTADOS

Descobrimo e entendendo as desigualdades sociais: o olhar do sujeito que narra...

O meu processo de compreensão da desigualdade teve como um divisor de águas a compreensão das desigualdades sociais a reprovação por três décimos na disciplina de farmacologia, no terceiro período do curso de graduação em enfermagem (Primeiro narrador).

O narrador percebia-se um aluno dedicado aos estudos, inclusive à disciplina farmacologia; nos intervalos das aulas, ajudava os seus colegas, ensinando-os os conteúdos da referida disciplina, então, ao ser reprovado nessa disciplina, pareceu-lhe injusto e, do ponto de vista do processo ensino-aprendizado, um equívoco e um retrocesso. Isso o levou a se indagar sobre as formas de avaliação e acompanhamento dos alunos por parte dos professores; perguntava-se até que ponto é válida uma avaliação como esta: um aluno que vem dominando a disciplina, que participa das aulas, que é comprometido e, por algum motivo, em um dado momento, fica fragilizado em relação ao resultado geral da pontuação e por três décimos é reprovado. O professor não deveria levar em consideração todo o desenvolvimento do aluno durante a disciplina?

Há que se indagar sobre as concepções e práticas do professor naquele modelo de ensino, posto que o mesmo, aparentemente, não conseguia acompanhar o aluno em seu desempenho individual. Ou, talvez, porque a concepção de avaliação do referido professor, em consonância ao modelo hegemônico de ensino, não considera o processo avaliativo continuado dos alunos em sua particularidade, mas, apenas, a mera devolução dos conteúdos aprendidos/decorados através das respostas de uma prova objetiva.

Acompanhei toda a minha turma passar para o início da prática de enfermagem e, eu, impedido de cursar Semiologia e Semiotécnica, porque farmacologia era pré-requisito para o ingresso na prática. A sensação de tristeza em ter ficado para trás me deixava em uma situação de muito desconforto e, a partir daí, segui, em uma nova turma, o percurso da graduação (Primeiro narrador).

Para além da questão da injustiça na sala de aula, o primeiro narrador e os demais autores geraram questões sobre outras formas de injustiças sociais, tão flagrantes no mundo acadêmico e que, de certa forma, constituíam-se como uma tradução da sociedade, na qual, estavam inseridos. Perante esses eventos, foi provocado ao primeiro narrador o resgate de aspectos referentes à sua origem e identificações culturais, assim como das dificuldades em ingressar em uma universidade pública, por ter estudado em escolas públicas e ser filho de pais da classe trabalhadora.

Iniciei o curso de Graduação em Enfermagem em agosto do ano 2003. Por questões econômicas de sobrevivência, compatibilizava os estudos com um trabalho, inicialmente no turno noturno, em uma lanchonete e, posteriormente, em um estágio extracurricular em um hospital de grande porte em Natal/RN (Primeiro narrador).

Essas reflexões, no cenário das vivências iniciais do curso de graduação, contribuíram para que o primeiro narrador começasse a refletir sobre possíveis amarras e vendas que lhe embaraçavam a visão e a ação. As vendas foram sendo retiradas pelo recurso da evocação de imagens – recorrentes em alguns momentos, particularmente suas incursões no movi-

mento estudantil universitário. Essas imagens retomavam toda a história da sociedade e o modelo hegemônico atual.

Segundo ele, nos seminários de formação política, organizados pela Executiva Nacional dos Estudantes de Enfermagem (ENEEnf)⁸, durante as projeções dos filmes e rodas de discussões que caracterizavam as contradições fundamentadas nas análises das lutas de classes, que repercutem as contradições, foi possível entender que o funcionamento da sociedade é pautado em um modelo hegemônico, com grande valorização do ter, em detrimento do ser: na sociedade do ter, equivocadamente, o ser é apresentado como sinônimo de ter.

Nessa ocasião, foi possível ao primeiro narrador, então, compreender melhor as situações vivenciadas ao longo de sua trajetória de vida; antes, não conseguia compreender, com clareza, como se desencadeava a luta cotidiana pela sobrevivência. E, a partir daí, sentiu a necessidade de vivenciar e realizar novas práticas com caráter de mobilização social: a voz dos excluídos, que, durante toda a história, tiveram sua identidade negada. Essa voz, por sua vez, era a sua própria, visto que o seu olhar, após esse processo de reflexão e rupturas, levou-o a retomar sua vida e a se reconhecer como alguém, assim como tantos outros, trabalhando para desmistificar o modelo vigente em suas contradições e iniquidades.

Costumo dizer que, se foi ruim, a princípio, ter sido reprovado em Farmacologia, foi providencial para minha aproximação com o Movimento Estudantil, programas de Extensão Universitária, Pesquisa e Vivências em Comunidade, pois começaram a fazer parte da minha vida, ressignificando-a. Isso me ajudou na compreensão de que a aproximação junto às populações, visualizando suas reais condições sociais, ajuda nas inter-relações dos sujeitos, possibilitando a transformação da realidade e de nós mesmos (Primeiro narrador).

A transformação de si mesmo tem uma base na práxis multiprofissional, pois, nesse contexto, há um desencadeamento de reflexões conjuntas e individuais, transformando as intersubjetividades e as subjetividades, em suas singularidades. É a possibilidade de vivenciar o contexto de trabalho em equipe na saúde, desde as ações envolvendo a gestão, o exercício profissional, o ensino-aprendizagem até as ações de mobilização social, a fim de consolidar um modelo de saúde de qualidade, acessível a todos, que não valorize apenas a doença, mas a transformação de vida de cada um, com a garantia de proteção à saúde dos indivíduos, visando à promoção e à proteção individual e coletiva dos indivíduos e de suas famílias.

Segundo o primeiro narrador, em um estudo que teve como objetivo discutir a influência de projetos de extensão comunitária para o fortalecimento do Movimento Estudantil (ME) em saúde, na UFPB, ele constatou que os projetos de extensão dessa universidade, dos quais os estudantes de saúde faziam parte, foram importantes na sua formação e lhes serviram como porta de entrada no ME⁹.

Nesse sentido, vale ressaltar a experiência vivenciada pelo primeiro narrador como um dos facilitadores do estágio e vivências na realidade do Sistema Único de Saúde (SUS) na cidade de Santa Cruz, interior do Rio Grande do Norte. Essa experiência fortaleceu sua incursão no movimento Estudantil e posterior compreensão dos problemas enfrentados pela população usuária dos serviços de saúde, gerando, no narrador, a identificação com as carências diversas da população, uma vez que, nessa ocasião, essas carências eram semelhantes as suas próprias. Isso o fez optar por uma mudança de sua prática no modelo de saúde vigente, direcionando sua atenção às práticas de saúde pautadas na promoção da saúde.

Retomando a discussão da prática em saúde, a obra de Vazquez, a “Filosofia da Práxis”, retrata os níveis de práxis: criadora ou inovadora/ transformadora, reiterativa ou imitativa, reflexiva ou espontânea¹⁰. A práxis criadora é considerada determinante, permitindo o enfrentamento de novas necessidades, novas situações, com uma atividade que só pode ser atribuída ao homem, como ser consciente e social. Nesse contexto, a prática vivenciada no ME tem influência da práxis criadora.

■ 4. DISCUSSÃO

Vivenciando a prática na perspectiva da população...

Para melhor entendimento do cenário de práticas das experiências vivenciadas aqui relatadas, faz-se necessária uma breve abordagem sobre alguns aspectos deste lugar, enquanto espaço sócio-político, na perspectiva de melhor entendimento desse cenário e suas interfaces com os sujeitos sociais e suas falas.

O bairro de Cidade Nova surgiu a partir da década de 1960, quando, com o povoamento que já vinha ocorrendo com a construção e ocupação do bairro Cidade da Esperança, em suas vizinhanças, um grande terreno foi dividido e vendido em pequenos lotes, gerando a formação do novo bairro.

Em 1971, por iniciativa da Prefeitura Municipal de Natal/RN, ali foi instalado o forno do lixo, local destinado a armazenar os resíduos obtidos com a coleta na cidade e necessitados de uma destinação adequada. Com a atividade dos catadores de papelão, latas, garrafas e outros materiais, foi se instalando uma população mais carente, que dependia do lixo para sobreviver. Mais tarde, com a chegada de efetivos migratórios, os lotes existentes na área foram adquiridos por famílias advindas do interior do Estado, que vinham para a capital à procura de trabalho. Aos poucos, essa população foi construindo seus casebres e se fixando no local. A partir

de então, o bairro começou a conquistar, paulatinamente, equipamentos urbanos, como escolas, unidades de saúde e linha regular de ônibus, além de outros serviços básicos.

A respeito das instituições de saúde no bairro referido, a atenção básica apresenta-se como a principal mantenedora de atenção à saúde, coincidindo com o início da implantação do Programa Saúde da Família (PSF) no Brasil, na década de 1990, em função do alcance da universalidade da atenção básica à saúde e de sua melhoria. A partir da Norma Operacional Básica (NOB), de 1996, este passou a ser considerado estratégia de reestruturação de todo o sistema de saúde, expandindo-se no país³.

Nesse sentido, presente nesse bairro, vem trabalhando há quinze anos através do conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Essa atenção é desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de

territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Atenção básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. Nesse contexto, a Unidade de Saúde da Família (USF) do bairro de Cidade Nova apresenta

uma divisão por áreas no bairro, sendo as equipes de saúde classificadas por cores: Azul, Vermelho, Amarelo e Verde.

A Equipe Azul, com a qual o autor teve aproximação enquanto estagiário, é composta por uma enfermeira, um médico, duas técnicas de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Essa área abrange, praticamente, 960 (novecentos e sessenta) famílias, assistindo uma população bem diversificada, de pessoas que têm emprego fixo, com renda de até cinco salários mínimos, até pessoas que vivem de doações, bolsa família, projetos de ação social para jovens, utilização de crianças para a prática de pedir em sinais e/ou domicílios, tráfico e consumo de drogas, principalmente na área que é denominada Favela do DETRAN/RN.

A USF de Cidade Nova conta com uma estrutura de um galpão, com lugar destinado ao acolhimento, ao preparo para consultas, à entrega de leite para as pessoas cadastradas no Programa do Leite, às reuniões da equipe e grupos de trabalho da Unidade. Conta, ainda, com consultórios de atendimento aos Programas de Hiper/Dia, consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, sala de nutrição, atendimento às gestantes, sala de coleta do exame Papanicolau, sala de consultas aos adultos, consultório odontológico, sala de vacina, farmácia, sala de nebulização, planejamento familiar, copa/cozinha, dois banheiros, masculino e feminino para usuários, e dois para os trabalhadores, arquivo de prontuários e sala única para a Direção e Serviço Social³.

Atualmente, a Unidade apresenta uma dificuldade de Recursos Humanos, contando, apenas, com três profissionais Médicos para as quatro equipes de saúde, uma profissional dentista que atende, apenas, às áreas das equipes vermelha e verde, e não conta com o atendimento de Psicologia.

Há uma grande escassez de profissionais para o arquivo e farmácia, havendo desvio de função em vários momentos para atender aos usuários ou ao temporário fechamento dos setores, quando a unidade não dispõe de profissionais para estes.

Contemplando esse cenário, o autor percebeu, na sua primeira aproximação da realidade vivenciada, as dificuldades iniciais da sua inserção na USF do bairro Cidade Nova. Para o autor, o receio e o medo ao ingressar como estagiário na USF justificavam-se (por mais familiar que fosse, pois já vivenciara, em outros momentos, aulas práticas), posto que se questionava como realizar um estágio que saísse do padrão assistencialista. Aos poucos, foi se inteirando das atribuições de um profissional Enfermeiro (a), em uma USF. Procurou, também, fazer os primeiros contatos com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Naquele momento, o autor começou a se indagar sobre o que realmente estaria fazendo em um ambiente onde ocorre, em demasia, uma valorização das práticas voltadas, apenas, para os procedimentos técnicos, orientados pelo modelo biomédico, desconsiderando o saber popular e suas reais necessidades de vida e saúde. Percebia que, em parte, essa valorização estava vinculada à formação acadêmica dos profissionais envolvidos e, em parte,

vinculada à ambiguidade das expectativas da população, que ora esperava ser compreendida em suas necessidades e suas subjetividades e ora, em resposta à inculcação ideológica histórica, cobrava dos profissionais e dos poderes públicos procedimentos e serviços de saúde cada vez mais sofisticados e especializados, como forma de resolução aparente dos seus problemas de ordem social e econômica.

A convivência com todos esses profissionais de nível superior, médio e fundamental possibilitou ao autor uma reflexão do quanto a vontade de realizar uma assistência com mudança na qualidade de vida dos usuários, mesmo com todas as dificuldades, é necessária para que isso se torne possível; desde que se possa agir e lidar com disposição, riscos e esperança, contando com um processo pautado na construção coletiva.

Segundo o autor, durante essa convivência, foi possível testemunhar e partilhar momentos singulares de dificuldades e lutas, de esperanças e, por vezes, até de exposição a riscos, inclusive de vida; testemunhos de renúncias, de enfrentamento dos comodismos, confrontos e negociações nas práticas vivenciadas nas interlocuções das subjetividades, na relação dialógica das várias concepções e práticas disciplinares, que, muitas vezes, configuravam-se como verdadeiros monólogos, criando abismos entre profissionais e a comunidade.

Ao referirmos as bases de construção da educação permanente como desdobramentos da Educação Popular, cujos princípios e diretrizes desencadeados por Paulo Freire trazem para o cenário a aprendizagem significativa, essas podem promover olhares com caráter de mobilização social^{11,12}. As discussões e as socializações em roda, no grupo de articulação em saúde, foram de grande valor para o autor, no sentido da compreensão do sistema capitalista, na ótica da exploração do trabalho do homem pelo homem, explicitando o sentido da palavra trabalho e sua relação com as desigualdades sociais e econômicas como influenciador das questões de saúde.

Por se tratar de um estágio de enfermagem, há de se considerar os sinais e emblemas nesse particular ambiente de cuidado em saúde, pois, comparados aos demais profissionais da saúde, os enfermeiros têm, no desenvolvimento de seu trabalho, relativa autonomia, porém, sujeitos ao gerenciamento do ato assistencial em saúde realizado pelos médicos. Os enfermeiros, profissionais de nível superior, nesse contexto, gerenciam o trabalho de enfermagem, dominando, dessa forma, a totalidade do processo de trabalho e delegando tarefas parcelares aos técnicos e auxiliares de enfermagem¹³. Segundo o autor, nesse processo de trabalho, as ações direcionadas à atenção às puérperas, crianças, recém-nascidos e aos idosos, e diversos procedimentos técnicos específicos da profissão foram realizados pelo estagiário. Ainda segundo ele, somam-se a essas atribuições, as diversas orientações às famílias assistidas e membros da equipe, as atividades na calçada amiga de um projeto sobre o meio ambiente, a inserção na creche municipal coberta pela área, na qual, o estagiário estava inserido e realização de diversas visitas domiciliares, juntamente com os ACS, técnicos de enfermagem, médico ou enfermeira.

A visita domiciliar é utilizada na atenção básica, indicada à prestação de assistência à saúde do indivíduo, família e comunidade. Ela possibilita conhecer a realidade do cliente e sua família, além de fortalecer os vínculos entre os profissionais de saúde e a comunidade. Permite, ainda, avaliar as condições ambientais e físicas em que vivem os indivíduos e sua família, como, também, assisti-los no que diz respeito às questões relacionadas às condições de saúde da população³.

A visita, no entanto, ainda que valorizada, ocupa um papel secundário na resolução das necessidades de saúde enfrentadas, evidenciando-se a vinculação desta, mais expressivamente, à dinâmica interna da USF. Essa percepção atrela-se ao fato de que é no âmbito dos serviços que as famílias localizam e experimentam respostas mais resolutivas às necessidades enfrentadas/valorizadas, através de tecnologias aceitas e tidas como da ordem dos serviços de saúde.

É importante destacar, também, que a visita provoca resistência entre a população, sendo objeto de recusa e confrontação. A visita frequente e compulsória nem sempre é bem-vinda e há quem a veja como importante e necessária, mas não para a própria família. Os entrevistados a consideram uma intromissão do setor de saúde na vida das pessoas, interferindo em sua liberdade, por isso, recusam-na. Outra forma de resistência manifesta-se na afirmação de que a visita desconsidera conhecimentos e posições próprias frente ao cuidado em saúde em um confronto ao processo de medicalização da vida¹⁴. Mas, apesar de a visita ser considerada uma prática profissional impositiva, que desvaloriza conhecimentos e decisões em torno do cuidado à saúde, isso não tem impedido que a ação educativa, na visita, seja referida como positiva.

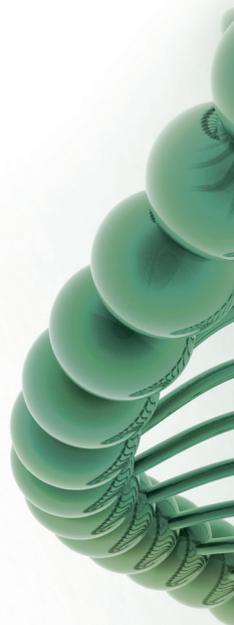
Esse caráter compulsório da visita, as suas práticas de controle, a forma impositiva como, através dela, lidam com o conhecimento e a educação das pessoas não são coerentes com a humanização da atenção e a participação autônoma dos sujeitos nas decisões que lhes dizem respeito. De modo que outro desafio para a visita é se concretizar a partir da permissão, de processos de diálogo e do respeito aos conhecimentos, valores e práticas das famílias¹⁴.

Dentre essas visitas, algumas merecem ser registradas, porque, mais que retratos, são emblemas e signos de cotidiano de sofrimento, desolação e lutas contra a negação das identidades/subjetividades. No contexto das discussões das experiências vivenciadas, neste texto, uma foi destaque: a entrada na Favela do DETRAN. Isso ocorreu na primeira semana de estágio do autor e foi um choque para ele, embora tenha achado que, por fazer parte do Centro Acadêmico e poder participar de discussões sobre a questão social, sobre a iniquidade e a pobreza no Brasil, estivesse pronto para sentir a realidade e não se espantar ou sofrer muito; percebeu que se enganou completamente.

No confronto com aquela realidade, revelada com suas nuances mais reais, no cotidiano da vida de quem precisa sobreviver com as adversidades mais inimagináveis, uma realidade camuflada silenciada no brilho deslumbrante da Cidade do Sol levou o autor a um processo de sofrimento e abatimento, expresso no corpo físico, por perda de peso, falta de apetite e choro íntimo, por uma coletividade que sofre. O choro das vozes caladas e oprimidas, das vozes que se confundem com o Eu, o “Eu coletivo”.

A morte silenciosa em pleno abandono de um dos moradores da comunidade: idoso, morador solitário, tinha sua subsistência garantida pela venda de material reciclável que adquiria do antigo lixão e mantinha seus materiais acumulados em sua residência para a posterior venda. Após desconforto cardíaco e pico hipertensivo, faleceu em meio aos pertences recicláveis, sem que os profissionais conseguissem identificar o momento exato de sua partida. Quando foi encontrado, estava morto em meio ao lixo, há vários dias (Primeiro narrador).

Essa realidade foi muito apropriadamente denunciada em forma de canto, na voz de Chico Buarque de Holanda, quando o poeta, na canção Construção, “grita” que o homem indiví-



duo, cidadão, trabalhador “se acabou no chão feito um pacote tímido, agonizou no meio do passeio náufrago, morreu na contramão atropalhando o público”. O poeta, nessa canção, denuncia a insensatez da sociedade, a falta de respeito pelo próximo, o desinteresse por questões coletivas, mostra a castração dos valores essenciais do homem, a opressão exercida sobre os mais humildes; é o registro poético do homem esquecido, oprimido, completamente perdido em seu próprio anonimato. É o homem que ajuda o sistema a crescer e a construir, mas é destruído e esquecido pelo mesmo sistema.

A convivência com a equipe de saúde e, principalmente, com a comunidade do bairro de Cidade Nova em Natal/RN proporcionou uma experiência única ao autor, muito além da condição de enfermeiro da ESF: conseguir conviver e trabalhar com os profissionais da USF, em uma perspectiva de relação dialógica, respeitando e interagindo com as diversas posturas, concepções e práticas de cada um e de todos em suas conformações hegemônicas; conseguir compatibilizar a valorização do conhecimento popular sem descuidar do aprendizado contínuo das formas de aquisição, socialização e intervenção das tecnologias em saúde, no âmbito da equipe multiprofissional e na equipe de enfermagem; conseguir compreender melhor as relações micro e macro da gestão dos serviços de saúde no nível local, no município, no estado do RN e no Brasil, entendendo as repercussões da política nacional de saúde, os cenários, os atores e suas falas.

Foi possível perceber que havia, por parte dos profissionais da saúde, uma intenção, no discurso, de mobilização social, porém, na prática, não se concretizava: em parte pela sobrecarga de trabalho, demandas administrativas e de normas e rotinas, mas, também, pela ausência de identificação com a luta da comunidade, gerando um distanciamento entre a realidade e os valores dos trabalhadores da saúde e da população.

A participação dos atores sociais envolvidos na USF poderia ser compreendida como uma grande inserção ativa da sociedade na formulação, implantação e avaliação da política, pressupondo ampliação de espaços públicos e coletivos para o exercício do diálogo e da pactuação, considerando a subjetividade e a singularidade de cada indivíduo¹¹.

Por fim, é possível visualizar grande parte dos conflitos com a USF como um todo, a partir do distanciamento das integrações e engajamento dos profissionais; dos objetivos únicos para serem trabalhados por uma USF, atores com uma diversificação de formação, olhares e sentimentos que, unidos, não só na teoria, podem fazer do Bairro de Cidade Nova um local de referência em saúde, na perspectiva de transformação social e de suas próprias vidas.

Partindo da realidade de um dos autores, ao dialogar com os grupos estudantis e demais autores do texto, foi possível os entendimentos e aprofundamentos sobre o contexto mundial e a saúde vinculada aos aspectos sociais e a mobilização da comunidade, com vistas ao protagonismo de suas histórias e de suas vidas. Contudo, ocorreu abandono, por parte desse autor, da linha da formação em saúde valorizadora da técnica, com enfoque no modelo flexneriano, em detrimento de um modelo transformador da realidade social, optando, nos vários cenários e caminhos de sua trajetória, por uma proposta de educação popular, por possibilitar a aproximação com os atores sociais na busca de uma (re)significação de saúde.

Muitas vezes, essa (re)significação se fez urgente, posto que o cotidiano vivenciado foi árido, cruel, iníquo e contribuiu para que a narrativa, a partir do aspecto dialógico em suas interlocuções histórico-sociais com os demais sujeitos envolvidos no estudo, refletisse, também, as posturas e práticas do cotidiano de profissionais na saúde.

5. REFERÊNCIAS

1. Bosi E. Memória e Sociedade: lembranças dos velhos. São Paulo: Companhia das Letras; 1979.
2. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988. Artigos 196 a 200.
3. Brasil. Política Nacional de Atenção Básica. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4. Brasília, Ministério da Saúde; 2006.
4. Gagnebon JM. História e narração em Walter Benjamin/Jeanne Marie Gagnebin. São Paulo: Perspectiva: FAPESP: Campinas, SP: Editora da Universidade Estadual de Campinas; 1994.
5. Brasil. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF.
6. Brasil. Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF.
7. Melo Neto JF. Extensão Popular. João Pessoa: Editora Universitária; 2006.
8. Executiva Nacional dos Estudantes de Enfermagem (ENEENF). Seminário de Formação Política. Setembro, 2002.
9. Cirne AI; SÁ LD; Mende CKT. Projetos de extensão comunitária e o fortalecimento do movimento estudantil na área da saúde. Saúde em Debate, Rio de Janeiro; 2009 set./dez;33(83):447-457.
10. Vazquez AS. Filosofia de práxis. 4.ed. Rio de Janeiro: Paz e terra; 1997.
11. Pedrosa JISM. Notas sobre a educação popular e a política de educação permanente em saúde. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, 2006 maio/dez; 30(73/74):179-188.
12. Freire P. Pedagogia do Oprimido. 6 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1979.
13. Pires D. Reestruturação produtiva e trabalho em saúde. Brasil, São Paulo: Annablume; 2008.
14. Mandu ENT; Gaia MAM; Silva MA; Silva AMN. Visita domiciliária sob o olhar de usuários do programa saúde da família. Texto contexto enferm. [online]. 2008;17(1): 131-140.