

SAÚDE, TRABALHO E SUBJETIVIDADE

NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

Darlindo Ferreira de Lima
Alexsandro de Melo Laurindo
José Marcos da Silva
[Orgs.]



PROEXC
PRÓ-REITORIA DE
EXTENSÃO E CULTURA

**Editora
UFPE**

SAÚDE, TRABALHO E SUBJETIVIDADE

NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

Darlindo Ferreira de Lima
Alexsandro de Melo Laurindo
José Marcos da Silva
[Orgs.]



PROEXC
PRÓ-REITORIA DE
EXTENSÃO E CULTURA

**Editora
UFPE**



Universidade Federal de Pernambuco

Reitor: Alfredo Macedo Gomes

Vice-Reitor: Moacyr Cunha de Araújo Filho

EDITORA ASSOCIADA À



Editora UFPE

Diretor: Junot Cornélio Matos

Vice-Diretor: Diogo Cesar Fernandes

Editor: Artur Almeida de Ataíde

Conselho Editorial (Coned)

Alex Sandro Gomes

Carlos Newton Júnior

Eleta de Carvalho Freire

Margarida de Castro Antunes

Marília de Azambuja Machel

Pró-Reitoria de Extensão e Cultura

Pró-Reitor: Oussama Naouar

Coordenação de Gestão Editorial e Impacto Social

Coordenador: Adriano Dias de Andrade

Assistentes: Artur Villaça Franco, Rodrigo Ferreira dos Santos

Editoração

Revisão de Texto: Revisão de Texto: João Gabriel Pereira da Silveira (1ª Revisão); Ana Beatriz Lessa Rosendo, Isabel Padilha de Castro Perazzo de Andrade, Marina de Lima Coutinho da Silva, Tiago dos Santos Calaça (2ª Revisão)

Projeto Gráfico: Redator Online

Catálogo na fonte

Bibliotecária: Kalina Ligia França da Silva, CRB4-1408

S255 Saúde, trabalho e subjetividade na atenção básica em saúde [recurso eletrônico] / organizadores: Darlindo Ferreira de Lima, Alexsandro de Melo Laurindo, José Marcos da Silva. – Recife: Pró-Reitoria de Extensão e Cultura da UFPE; Editora UFPE, 2023.

Vários autores.
Inclui referências.
ISBN 978-65-5962-254-2 (online)

1. Cuidados primários de saúde – Pernambuco. 2. Política de saúde – Brasil. 3. Serviços de saúde mental. 4. Promoção da saúde. 5. Negros – Brasil – Aspectos da saúde. 6. Serviços de saúde na zona rural. I. Lima, Darlindo Ferreira de (Org.). II. Laurindo, Alexsandro de Melo (Org.). III. Silva, José Marcos da (Org.).

362.1098134

CDD (23.ed.)

UFPE (BC2023-003)



Esta obra está licenciada sob uma Licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional.

Av. Prof. Moraes Rego, 1235 - Cidade Universitária, Recife, PE.
CEP 50670-90, Tels.: (81) 2126-8134 / 2126-8105
E-mail: proexc@ufpe.br

Pareceristas ad hoc

Edital Proexc/UFPE nº 6/2022 - Incentivo à Publicação de Livros Digitais (e-books) com Temáticas de Extensão e Cultura

Alexandre Lima Castelo Branco
Centro Universitário Estácio do Recife

Alfredo Manoel de Rezende Silva
Universidade Estadual de Campinas

Ana Lúcia Ribeiro Gonçalves
Universidade Federal de Uberlândia

Ana Paula de Sant'Ana
Faculdade FAIPE

Andrea de Barros
Universidade Paulista

Cezar Grontowski Ribeiro
Instituto Federal do Paraná

Denise Maria Hudson de Oliveira
Universidade de Brasília

Felipe Fernandes Ribeiro
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Francine Carla de Salles Cunha Rojas
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Gisele Marcia de Oliveira Freitas
Universidade do Estado da Bahia

Graziella Ribeiro de Sousa
Universidade de São Paulo

Janaína Fernandes Guimarães Polonini
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Jefferson da Silva Moreira
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Janaína Fernandes Guimarães Polonini
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Jefferson da Silva Moreira
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Josué Souza Gleriano
Universidade do Estado do Mato Grosso

Isabella Giordano Bezerra
Universidade Federal de Pernambuco

Henrique César da Costa Souza
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Leandro Nunes
Universidade Federal de Santa Catarina

Letícia Virginia Leidens
Universidade Federal Fluminense

Lucas Manca Dal'Ava
Universidade Estadual de Campinas

Lucia Maria de Freitas Perez
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Marcos Adriano Barbosa de Novaes
Universidade Estadual do Ceará

Mariana Hennes Sampaio Lôbo
Universidade Federal de Alagoas

Marília Feitosa de Alencar Arruda
Universidade de Lisboa

Michele Lins Aracaty e Silva
Universidade Federal do Amazonas

Patrícia Cristina dos Santos Costa
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Paulo José da Fonseca Pires
Instituto Federal Catarinense - Campus Rio do Sul

Pedro Esteves de Freitas
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Reginaldo Pereira França Júnior
Universidade Federal de Campina Grande

Paulo José da Fonseca Pires
Instituto Federal Catarinense - Campus Rio do Sul

Pedro Esteves de Freitas
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Reginaldo Pereira França Júnior
Universidade Federal de Campina Grande

Renata Janaína Pereira de Souza
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Rosângela Silveira Garcia
Instituto Federal Catarinense

Sueli Ribeiro Mota Souza
Universidade do Estado da Bahia

Túlio Reis Hannas
Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais

PREFÁCIO

Extensão e Cultura na UFPE:
60 anos de contribuição à sociedade

Em 2022, a Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) celebra o legado de 60 anos de institucionalização das ações de extensão e cultura, a partir da fundação do Serviço de Extensão Cultural (SEC) na então Universidade do Recife (UR) em 1962. A iniciativa de João Alfredo Gonçalves da Costa Lima, reitor à época, Paulo Freire, jovem professor que despontava no cenário intelectual pernambucano, e demais colaboradores conjugou, no âmbito do SEC, a *Rádio Universidade* e a *Estudos Universitários: revista de cultura*. Essas atividades tinham objetivos claros: desenclausurar a universidade, levá-la para perto dos anseios da sociedade, aproximá-la do povo - categoria ainda em construção naquele momento da nossa história. Esses objetivos fundantes persistem na história da UFPE e são diuturnamente reelaborados pela Pró-Reitoria de Extensão e Cultura (Proexc), descendente direta daquele projeto de Universidade encarnado pelo SEC, cuja existência fora precocemente interrompida pelos acontecimentos que marcaram a década de 1960 no Brasil.

A partir dos muitos editais, que anualmente são lançados, e das muitas atividades de extensão e cultura, que são fomentadas ou apoiadas pela Proexc, a UFPE tem reavivado, especialmente nos últimos anos, o sentimento de que uma Universidade pública não se faz apenas nos *campi* universitários ou apenas com o protagonismo dos atores sociais acadêmicos. Ao colocar em evidência outros saberes e outros protagonismos sociais, a Universidade fortalece as relações sociais que alimentam as suas atividades finalísticas de ensino, pesquisa e extensão, ao mesmo tempo em que ocupa espaços nos quais o saber acadêmico-científico se faz indispensável para o desenvolvimento humano e social do nosso estado e do nosso país.

A obra que você tem diante de si neste momento é resultado de ações performadas pela UFPE em interação com outros setores da sociedade, com a participação de servidores docentes e técnico-administrativos e com o protagonismo de nossos estudantes de graduação e pós-graduação, cuja formação desponta para além de saberes técnicos e científicos e inclui sociabilidades imprescindíveis para suscitar profissionais aptos a exercer seus ofícios de forma ética e responsável, tendo ciência dos desafios postos pela sociedade contemporânea.

Esta obra é fruto do Edital UFPE/Proexc nº 06/2022 - *Incentivo à Publicação de Livros Digitais (e-books) com Temáticas de Extensão e Cultura*, cujo objetivo é aumentar a visibilidade da Universidade, no âmbito das celebrações pelos 60 anos da Extensão e Cultura na UFPE. Assim como na edição de 2021, este edital materializa, na forma de *e-books*, experiências e resultados de ações de extensão e cultura desenvolvidas pela UFPE nos últimos anos. Dessa maneira, permite aos leitores conhecer, sentir e analisar o impacto social de uma Universidade pública e de qualidade.

As obras que compõem o conjunto deste edital tratam de questões diversas que atravessam as áreas temáticas da extensão, como *Cultura, Direitos Humanos, Educação, Justiça, Meio Ambiente, Produção, Saúde, Tecnologia e Trabalho*. Essa diversidade reflete a natureza multidisciplinar das universidades públicas brasileiras e demonstra a inserção da UFPE em múltiplas frentes de atuação.

Ao publicar esta série de *e-books*, a Universidade Federal de Pernambuco, através da Proexc, fortalece suas atividades de extensão e cultura, tornando-as mais visíveis e potencializando seu impacto. Assim, estes textos tornam-se também uma ferramenta valiosa para expor como a Universidade pública é fundamental para o país um patrimônio que precisa ser defendido.

Desejamos que esta leitura seja prazerosa e estimule a criação de novos projetos, capazes de aprimorar a relação Universidade-sociedade e de deixar marcas permanentes e significativas na formação de nossos estudantes e no trabalho cotidiano de nosso corpo técnico e docente.

Recife, outubro de 2022.

Oussama Naouar

Pró-Reitor de Extensão e Cultura - Proexc/UFPE

Adriano Dias de Andrade

Coordenador de Gestão Editorial e Impacto Social - Proexc/UFPE

APRESENTAÇÃO

Este livro é uma coletânea de trabalhos científicos produzidos a partir da reflexão sobre a inter-relação entre trabalho, saúde e subjetividade, assumindo como unidade de análise as práticas e vivências no cotidiano da Atenção Básica em Saúde no estado de Pernambuco.

O livro abarca trabalhos desenvolvidos e reunidos por pesquisadores que compõem o Laboratório de Pesquisa e Ensino sobre o Cuidado em Educação e Saúde (Lapeces) do Centro Acadêmico de Vitória da Universidade Federal de Pernambuco (CAV/UFPE).

Mais do que apenas intenções, nesses trabalhos são apresentadas algumas discussões sobre temas sensíveis para a sociedade, a exemplo do tema da saúde mental, das questões referentes aos conceitos de raça e racismo, da saúde da família rural, da segurança alimentar e nutricional, da promoção da saúde e das políticas de saúde da população negra.

A primeira parte, intitulada *Reflexões sobre saúde mental e subjetividade*, apresenta uma série de textos que discutem sobre a saúde mental como uma complexidade anunciada; as possibilidades de cuidados em equipes de saúde da família na Atenção Básica; as reflexões e inflexões sobre o atendimento psicológico mediado por tecnologias da informação e comunicação (TICs); o cuidado clínico e o cuidado de si; a percepção dos agentes comunitários de saúde sobre as práticas de saúde mental; e uma cartografia de afetações de profissionais de saúde residentes de um programa de saúde da família que foram atravessados pela pandemia de Covid-19 nos anos de 2020 e 2021.

A segunda parte, denominada *Saúde, Trabalho e subjetividade: raça, cor e saúde da família rural*, faz um aporte teórico-metodológico e prático sobre os cuidados em saúde para a população negra e para a população do campo, demonstrando, a partir do fazer-saúde da Residência em Saúde da Família do Campo, as formas de agir de equipes do Núcleo Ampliado em Saúde da Família (Nasf). Além disso, é abordada a nutrição como prática de promoção da saúde e da segurança alimentar, tendo a comunidade como protagonista da produção de comida de verdade e o sorriso preto como afirmação do cuidado em saúde bucal das comunidades quilombolas.

Em síntese, reafirma-se o cuidado organizado da clínica na Atenção Básica em Saúde, que se faz a partir do reconhecimento da subjetividade, do trabalho colaborativo realizado por equipes multiprofissionais e interdisciplinares que se reúnem em torno da produção de cuidado, da promoção da saúde e da dignidade humana em suas comunidades e seus locais de vida e de trabalho.

Darlindo Ferreira de Lima
Alexsandro de Melo Laurindo
José Marcos da Silva

SUMÁRIO

PARTE I: REFLEXÕES SOBRE SAÚDE MENTAL E SUBJETIVIDADE **14**

1. Saúde mental: uma complexidade anunciada que exige articulação social de base comunitária **15**

2. Tecendo possibilidades de cuidado em saúde mental na atenção básica em saúde: da fragmentação à complexidade de um fazer clínico **21**

3. Da pandemia de Covid-19 ao “lugar do encontro”: refletindo o fazer clínico a partir do atendimento on-line **31**

4. Saúde mental na atenção básica: reflexões de agentes comunitários de saúde **39**

5. Residência em saúde da família: uma cartografia de afetos sobre a pandemia de Covid-19 **51**

PARTE II: SAÚDE, TRABALHO E SUBJETIVIDADE: RAÇA, COR E SAÚDE DA FAMÍLIA RURAL **81**

1. Saúde da população negra na atenção básica: reflexões de profissionais de saúde **82**

2. Saúde da família rural: reflexões sobre o fazer-saúde no Núcleo Ampliado em Saúde da Família	101
3. Comida de verdade e promoção da saúde na atenção básica em saúde: quintais produtivos femininos para a segurança alimentar e nutricional em Caruaru-PE	110
4. O sorriso do preto: o cuidado em saúde bucal de comunidades quilombolas no agreste meridional em Pernambuco	119
5. Para [não] finalizar	134

SOBRE OS AUTORES	136
-------------------------	------------

PARTE

1.

Reflexões sobre saúde mental e subjetividade



Saúde mental: uma complexidade anunciada que exige articulação de base comunitária

Darlindo Ferreira de Lima

José Marcos da Silva

De início, importa demarcar o lugar de fala dos organizadores desta obra, uma vez que esse lugar legitima as reflexões que aqui se apresentam. Este lugar de fala é duplo: por um lado, falamos como cidadãos; por outro, como pesquisadores do curso de bacharelado em Saúde Coletiva do Centro Acadêmico de Vitória da Universidade Federal de Pernambuco (CAV/UFPE) e um bacharel em Saúde Coletiva egresso, que carregam em si experiências vividas no cotidiano de práticas nas clínicas de Psicologia, Psicanálise e de abordagem psicossocial, além de conhecimentos corporificados das práticas de ensino, tutoria e preceptoria dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família do Campo da Universidade de Pernambuco (UPE) e do Programa de Interiorização da Atenção à Saúde (Pits) da UFPE.

Portanto, como cidadãos, observamos o decurso do tempo e das transformações econômicas, sociais e estruturais da cidade. Por outro lado, como professores e pesquisadores da área de Saúde, corresponsabilizamos-nos pela formação dos profissionais que atuam, principalmente, nas cidades do estado de Pernambuco e de toda a região Nordeste.

Dito isso, o objetivo deste capítulo introdutório é tecer algumas provocações e promover reflexões sobre o atual cenário da saúde mental, sobretudo com o diálogo entre a realidade local e as questões mais gerais que compõem o contexto atual, tais como a pandemia, a crise econômica, a crise ética da sociedade e a crise das instituições.

A princípio, faz-se necessário situar o que aqui chamamos por *saúde mental*. A ideia de saúde como o perfeito bem-estar biopsicossocial, embora seja amplamente compartilhada, não reflete objetivamente o que é *ter saúde*. O perfeito bem-estar parece inalcançável. Numa visão adequada,

a Lei Orgânica de Saúde do Brasil — Lei nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990) — apresenta “saúde” como sendo o acesso à educação, ao lazer, ao ambiente saudável, ao emprego e à renda, além do acesso a serviços de saúde.

Em relação à saúde mental, importa superar a concepção científica moderna e hegemônica de uma racionalidade que aponta para a construção da vida humana como um processo decorrente de mecanismos previsíveis e controláveis, sobretudo pela “eficiência e eficácia” da ciência farmacológica e comportamental.

Nesse sentido, o homem é situado nesta obra como um ser fundamentalmente social, sempre localizado em um tempo-espço que, por sua vez, é constituído pelas infindáveis possibilidades e tessituras que esse ser social assume em sua rede de sentido e significado.

Trata-se, portanto, de um ser humano que se encontra atravessado pela cultura e pela linguagem. Talvez quem melhor sinalize essa constituição multidimensional do humano seja o filósofo francês Edgar Morin¹, quando este nos diz que somos seres *bio-psico-socio-cultural-espirituais*.

Morin, considerado o idealizador do pensamento complexo, ressalta o humano como ser complexo e que, como tal, deve compreender a realidade para além da superficialidade de conhecimentos rasos, desprovidos de criticidade.

Portanto, assume-se aqui a saúde como um processo contínuo de construção/desconstrução, de equilíbrio/desequilíbrio do sujeito no mundo, que, por sua vez, precisa lidar com seu próprio existir como tarefa e questão central.

Dito isso, os capítulos seguintes deste livro voltam-se a pensar a situação da saúde mental que vivemos nos dias de hoje. Vale ressaltar, sobre isso, que a humanidade ainda segue enfrentando uma pandemia que, especificamente no Brasil, já contabiliza centenas de milhares de mortes, com consequências que enfraquecem os sistemas produtivos econômicos, impõem desafios científicos e instalam muitas incertezas no cotidiano das pessoas.

É importante ressaltar que mesmo antes da pandemia já se vivia cenários que demandavam atenção para as questões de saúde mental. Os casos de suicídio aumentavam (e ainda aumentam) no mundo e a violência na escola, os episódios de *bullying*, a autolesão, a adicção a drogas e os adictos de internet encontram-se igualmente em crescimento exponencial.

Em meio a tudo isso, a pandemia impôs ao Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, com toda a sua robustez, a necessidade de reorganização

1 Edgar Morin é um sociólogo, antropólogo, historiador e filósofo francês. Recebeu o título de *Doutor Honoris Causa* em 17 universidades e é considerado um dos últimos grandes intelectuais da época de ouro do pensamento francês do século XX. Morin é autor de mais de 60 livros, sobre temas que vão do Cinema à Filosofia, da Política à Psicologia e da Etnologia à Educação.

geral, para que o país pudesse lidar com tamanho desafio. Os resultados disso serão analisados *a posteriori*.

Paralelo a isso, a saúde mental nos últimos anos vem sofrendo uma espécie de desmonte de suas políticas, seja pela falta de investimento, seja pelos retrocessos em processos antes já superados quanto à gestão e compreensão do que é saúde mental no SUS.

Mais especificamente — e entrando já nas reflexões pontuais com sugestões a serem pensadas —, gostaríamos de enumerar aqui algumas questões para melhores esclarecimentos.

Em primeiro lugar, a complexidade das demandas de saúde mental nos municípios exige pensar sobre o que chamamos por *Rede em Saúde Mental*. “Rede” não é a existência de pontos isolados; dito de outra forma, não podemos dizer que existe uma “rede” porque temos centros de atenção psicossocial, serviços de ambulatório ou Unidades Básicas de Saúde (UBSs), isso porque só se tem uma rede quando se tem duas coisas fundamentais: (i) a existência de fluxo e contrafluxo, referência e contrarreferência, ou seja, quando se tem uma pactuação dos serviços, constantemente revisitada, diariamente avaliada e acompanhada em tempo real, o que nos dá a condição de podermos saber por onde os sujeitos entram na rede, onde estão e por que e quando saíram; e (ii) ter profissionais bem remunerados e capacitados fazendo essa rede funcionar. Não adianta mudar todo o pessoal a cada quatro anos e ter que refazer todo o processo de formação básica em Saúde. Sabe-se também que muitos desses profissionais tiveram uma formação deficiente quanto ao conhecimento do SUS.

Além disso, é importante salientar que a Atenção Básica em Saúde precisa ser tratada de forma especial pela política pública em saúde mental. Sabe-se que cerca de 80% dos casos podem e devem ser resolvidos na Atenção Básica quando esta funciona adequadamente (STARFIELD, 2002). Porém, o que acontece é algo muito distorcido na realidade de muitos municípios, pois ainda impera a lógica racionalista biomédica, focada na centralização das ações voltadas para as especialidades.

Nesse contexto, pode-se comparar o investimento em ações curativistas em Saúde ao que se faz na segurança pública: investe-se em policiamento. No entanto, uma cidade segura não significa que está tudo bem porque há um policial para cada cidadão.

Uma cidade com policiamento ostensivo certamente tem problemas de segurança e violência. Traçando um paralelo com a temática aqui abordada, importa que se invista na prevenção de doenças porque uma sociedade que demanda por medicamentos, hospitalizações, órteses e próteses, por exemplo, pode estar adoecida por falta de investimento na Atenção Primária à Saúde.

É claro que, em alguns casos, faz-se absolutamente necessária tal forma de atuação; entretanto, apenas quando as medidas preventivas e resolutivas da Atenção Básica forem esgotadas é que deve ser pensado, de forma articulada, o encaminhamento da demanda para outras dimensões do sistema de cuidado.

Antes de mais nada, precisamos melhor promover um acolhimento na Atenção Básica em Saúde, aumentar a cobertura do território e ter comprometimento com uma formação permanente para garantir a qualidade no atendimento. Nesse sentido, investir em saúde mental demanda a adequação da Atenção Básica em Saúde para acolher as demandas e produzir cuidado pelas equipes de Saúde da Família. Só assim o costumeiro processo de triagem e de encaminhamento para psicólogos e psiquiatras, como especialistas da saúde mental, poderá ser mudado.

O médico de família, o enfermeiro e todos os outros profissionais que compõem as equipes de Saúde devem ter mais conhecimentos para atuarem naquilo que for possível no âmbito da saúde mental. Além disso, é necessário que esses profissionais se corresponsabilizem por aqueles sujeitos em sofrimento que se apresentam em sua frente, entendendo sobretudo que a chamada “doença mental” não é fruto só de desequilíbrios bioquímicos, mas também de uma sociedade da qual todos fazemos parte e que tem um dos maiores índices de desigualdade social do planeta.

A fome, a violência, a falta de moradia e educação e as condições básicas de sobrevivência fazem parte do cenário cotidiano dilacerador de qualquer sentido de vida. A vida psíquica precisa de algumas condições para se fazer vida, tais como as relações de afeto, os vínculos sociais e os sentimentos de pertencimento coletivo e de esperança no futuro. Entretanto, por outro lado, parece que o individualismo, a desesperança e a solidão só fomentam a ansiedade e a angústia que corroem nossa sociedade.

A intersetorialidade (Saúde, Educação, Assistência Social) não pode mais continuar a planejar, executar e avaliar as ações de forma fragmentada e desarticulada. Afinal, o território é o mesmo e as pessoas vivem no mesmo lugar. Sendo assim, trocar informações e buscar soluções em conjunto é um indicativo para tentar superar os desafios postos.

Além disso, a Gestão em Saúde precisa estar cada vez mais atenta aos processos de construção das ações em Saúde. Isso, por sua vez, pode ser feito ao se promover o diálogo constante com a realidade, com o mundo real; em outras palavras, com o mundo das pessoas que estão sofrendo — sobretudo os trabalhadores da ponta —, daqueles que indicam os principais gargalos a serem enfrentados.

Em termos de gestão no Brasil, observa-se muito a falta de humildade, de achar que se sabe o que é melhor a ser feito. Muitas decisões são feitas

olhando apenas os números frios de relatórios epidemiológicos, mas sabe-se muito bem que não se faz gestão sem a escuta atenta aos valores que vão para além dos economicismos ou de dividendos políticos. Dito isso, deve-se valorizar o acolhimento das necessidades humanas em seus contextos sociais, através do diálogo e do cuidado.

Vale ressaltar, também, que não adianta aumentar as atividades coletivas em saúde mental (trabalhos em grupo) quando a lógica subjacente é a de produtivismo, eficiência e eficácia, lógicas essas meramente pautadas em preenchimento de planilhas a serem encaminhadas para os tecnoburocratas das diferentes esferas de governo.

O processo decisório precisa ser participativo, superando as tomadas de decisão vindas exclusivamente de cima para baixo. O diálogo com os profissionais que estão produzindo cuidado aos cidadãos/usuários torna-se, portanto, um dispositivo para a devida atenção ao território a partir da escuta dos comunitários, de seus anseios e de suas demandas fundamentais.

Por fim, importa sinalizar que o enfrentamento dos problemas de saúde, em especial de saúde mental, é uma complexidade anunciada que será adequadamente enfrentada se a sociedade for devidamente envolvida no processo. Nenhum governante tem, sozinho, a solução dos problemas, mas tem a responsabilidade de pôr em andamento políticas que envolvam a comunidade e que a coloquem como o centro ético das decisões.

Não se resolvem os problemas em saúde mental aumentando apenas o número de leitos psiquiátricos nos hospitais gerais, de centros de atenção psicossocial e de profissionais na Atenção Básica. É certo, obviamente, que isso deve ser feito. No entanto, os problemas só começam a se resolver quando toda a sociedade passa a entender a saúde mental com menos preconceitos e a enxerga como uma questão que nasce de uma sociedade mais justa, em que se tenham mais oportunidades de emprego e renda, na qual os direitos fundamentais sejam respeitados e que possamos respeitar nossas diferenças, quaisquer que sejam.

Referências

BRASIL. *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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 16 out. 2022.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 710 p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em: 26 out. 2022.

Tecendo possibilidades de cuidado em saúde mental na atenção básica em saúde: da fragmentação à complexidade de um fazer clínico

*Paloma Meirelles Oliveira
Darlindo Ferreira de Lima*

Nos últimos anos, o campo da saúde mental vem ganhando notoriedade na esfera das discussões acerca do social. Já não é rara a compreensão de que isso que chamamos de saúde mental não se resume apenas ao bem-estar da mente, mas também diz respeito a algo que se relaciona diretamente com o contexto social em que vivemos — englobando tanto as condições econômicas, políticas e culturais, nas quais estamos todos imersos, quanto o contexto familiar, o acesso à saúde, à educação e ao lazer por parte de cada um de nós. Sobretudo após o advento da pandemia de Covid-19, que provocou um aumento vertiginoso de quadros de ansiedade e depressão (ROCHA; LOPES, 2021), faz-se urgente nos debruçarmos sobre os desafios e possibilidades de pensarmos o cuidado em saúde mental, sendo o objetivo deste texto justamente tecer uma reflexão acerca dessas possibilidades na Atenção Primária em Saúde.

A Atenção Básica (ou Atenção Primária à Saúde, como se diz internacionalmente) é um modo de organização da atenção à saúde pautado em princípios como a regionalização, a continuidade do cuidado e a capacidade de atender à maior parte das necessidades de saúde de uma população, através de ações que integram prevenção e promoção da saúde numa perspectiva familiar e comunitária (MATTA; MOROSINI, 2009).

No Brasil, a Atenção Básica foi orientada pelos princípios da reforma sanitária, representando uma profunda alteração no modelo público de assistência à saúde que, até então, com o Instituto Nacional de Medicina e Previdência Social, era restrito aos trabalhadores de carteira assinada e, por isso, deixava boa parte da população desassistida.

O Art. 196 da Constituição Cidadã de 1988 rompe com essa lógica e instaura, pela primeira vez, o princípio da universalidade, ao proferir que “[...] a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, n. p.).

Concomitante ao movimento sanitarista, as décadas de 1980 e 1990 no Brasil testemunharam também o crescimento do movimento da luta antimanicomial, formado por trabalhadores, familiares e usuários que reivindicavam melhores condições de tratamento para as pessoas com transtornos mentais graves.

Embora dotadas de particularidades, tanto a reforma sanitária quanto a psiquiátrica compartilharam alguns princípios semelhantes, sobretudo na forma de se pensar a Saúde, que já não podia mais ser desvinculada de aspectos sociais como moradia, alimentação, educação e cidadania (SOUZA; RIVERA, 2010).

É essa concepção mais ampliada de saúde, bem como dos processos de saúde-doença, que busca responder o princípio da integralidade, presente na Constituição de 1988 como um dos pilares do Sistema Único de Saúde (SUS), ao lado da universalidade e da equidade da atenção (BRASIL, 1988).

Cabe lembrar que a reforma psiquiátrica, embora muito vinculada a esse campo que ficou denominado como sendo o da “saúde mental”, mais do que lutar pelo fim da exclusão e segregação dos usuários portadores de transtornos graves, ensejou toda uma mudança cultural da sociedade nos cuidados para com esses sujeitos, mudança essa que passava pelo modo como habitamos a cidade e como convivemos com a(s) diferença(s). Almejava-se, enfim, a construção de uma sociedade mais justa e solidária de modo geral.

É nesse sentido que o campo da saúde mental não pode prescindir do contato com a Atenção Básica, sendo este o nível de atenção que se realiza no território, próximo das pessoas e de suas vidas cotidianas, apostando numa produção de saúde que é também uma coprodução social de sujeitos autônomos (CAMPOS; ONOCKO CAMPOS, 2006) corresponsáveis, vinculados aos demais atores e equipamentos da comunidade.

A implantação do SUS foi fundamental para que uma Política Nacional de Saúde Mental pudesse se estabelecer em 2001, preconizando desde o início ações de saúde mental na Atenção Básica, a exemplo dos apoios matriciais das equipes especializadas às equipes da Atenção Primária, da formação e qualificação dos profissionais atuantes na Atenção Básica e da inclusão de indicadores de saúde mental nos sistemas de informação em saúde. Cerca de dez anos depois, na construção da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), constaram equipamentos de Atenção Primária como as unidades básicas de

saúde (UBS), as equipes de Consultório na Rua e os centros de convivência e cultura (BRASIL, 2011). Esses são só alguns exemplos de como as reformas sanitária e psiquiátrica — ou os conceitos de saúde e saúde mental —, apesar de se diferenciarem, não podem caminhar separadas.

No entanto, não é exatamente isso que a realidade nos serviços tem mostrado. Os centros de Atenção Psicossocial (Caps), equipamentos criados para substituir os hospitais psiquiátricos a partir da instauração da lógica territorial e comunitária em detrimento da asilar, apesar de terem boa infiltração pelo país, são serviços que, além de dependerem de um quantitativo populacional, são destinados apenas às pessoas que possuem determinado perfil: portadoras de transtornos graves.

Isso significa que, quando não há Caps em um município ou quando a parte da população que não se encaixa nesse quadro tem questões de saúde mental, as pessoas deverão ser tratadas na Atenção Primária. Fica, portanto, o questionamento: como é que essas questões têm sido acolhidas na atenção básica?

Diversos estudos já mostraram, por exemplo, a grande prevalência de quadros de ansiedade e depressão na Atenção Primária, em diferentes partes do país (MOLINA *et al.*, 2012; GONÇALVES *et al.*, 2014; SILVA; VERO-NEZ, 2021). Muitas vezes associadas a outras condições de saúde, nota-se uma dificuldade dos profissionais e demais trabalhadores da Atenção Básica em lidar com essas situações sem necessariamente recorrer a profissionais e/ou serviços especializados.

Essa dificuldade de lidar com o sofrimento psíquico coloca um sério problema para a Atenção Básica porque, apesar de muitas vezes os sintomas dos usuários não se manifestarem de modo grave — a ponto de terem “perfil” para os Caps —, eles podem necessitar de acompanhamento próximo, sendo que quem tem condições de fazer isso é justamente a Atenção Primária.

A clínica realizada na Atenção Básica e em outros níveis de atenção no SUS já foi alvo de muitas críticas, considerações e reformulações tanto por parte de pesquisadores da sociedade civil como também em termos de políticas públicas, a exemplo do Programa Nacional de Humanização (PNH), lançado pelo Ministério da Saúde em 2003. Uma das diretrizes desse programa abarca o conceito de Clínica Ampliada, formulado por Gastão Wagner Campos (CAMPOS, 2000; CAMPOS; ONOCKO CAMPOS, 2006; CAMPOS; AMARAL, 2007).

De modo geral, o que a Clínica Ampliada propõe é um alargamento do campo da clínica, que já não pode se voltar apenas para a dimensão biológica, mas precisa abarcar, também, as dimensões sociais e subjetiva dos sujeitos (CAMPOS; AMARAL, 2007).

A noção de ampliação a que se refere o termo “Clínica Ampliada” não diz respeito apenas ao objeto de intervenção das práticas em saúde, mas também ao seu objetivo permanente de aumentar o grau de autonomia dos usuários desses serviços (CAMPOS; ONOCKO CAMPOS, 2006).

A autonomia, aqui, não é compreendida como um estado de independência absoluta dos sujeitos, mas antes como a capacidade de estes refletirem e agirem sobre suas próprias vidas e sobre o mundo que os cerca, sendo essa condição algo que se conquista ou se desenvolve processualmente — e não imediatamente, como efeito de um procedimento técnico.

É importante ressaltar, também, que a Clínica Ampliada não rejeita os conhecimentos e técnicas advindos do modelo biomédico, mas entende que nem tudo é passível de ser previsto, regulado e controlado. Por isso, aposta em uma clínica dos sujeitos como abertura ao imprevisível e àquilo que, incessantemente, promove variações na vida cotidiana.

Ao se opor às fragmentações de todos os tipos, sobretudo aquela que separa clínica e saúde coletiva, essa clínica existe a partir do compromisso com a junção da complexidade inerente a cada um e aquela que diz respeito a todos nós, que compartilhamos um mundo. Trata-se de uma clínica que, dadas essas características, é necessariamente ético-política.

Diversos autores já mostraram como cada época produz suas próprias patologias ou configurações distintas de sofrimento psíquico (FREUD, 2010; HAN, 2017; DUNKER, 2021). Nos últimos anos, Pierre Dardot; e Christian Laval (2016) se debruçaram sobre o processo de formação da sociedade neoliberal e defenderam, mais especificamente, a constituição do que chamaram de uma nova subjetividade.

Para os teóricos franceses, neste novo momento do capitalismo, a subjetividade passou a se comportar como nada menos do que uma empresa, em que tudo se passa em um “espaço de competição” e já não há separação entre vida pessoal e profissional. Para os sujeitos, doravante, “[...] todas as suas atividades devem assemelhar-se a uma produção, a um investimento, a um cálculo de custos” (DARDOT; LAVAL, 2016, p. 331).

Esse processo de constituição de uma subjetividade empresarial se dá concomitante a uma “[...] corrosão progressiva dos direitos ligados ao *status* de trabalhador, a insegurança instilada pouco a pouco em todos os assalariados pelas ‘novas formas de emprego’ precárias, provisórias e temporárias, as facilidades crescentes para demitir e a diminuição do poder de compra até o empobrecimento de frações inteiras das classes populares” (DARDOT; LAVAL, 2016, p. 329).

É numa precarização sem precedentes do mundo do trabalho e da esfera social que a subjetividade empresarial se constitui, fazendo da competição o motor ideal para que condições cada vez mais duras

— e adoecedoras — sejam aceitas pelos sujeitos. Essa é, talvez, a face mais cruel do capitalismo contemporâneo (SOARES; MIRANDA, 2009).

O filósofo coreano Byung-Chul Han (2017) também faz uma análise da racionalidade neoliberal e mostra que nela não está em jogo apenas uma exploração no e pelo trabalho, mas uma exploração que é de ordem subjetiva, em que “[...] eu próprio exploro a mim mesmo de boa vontade na fé de que possa me realizar. E me realizo na direção da morte” (HAN, 2017, p. 116).

Para esse autor, esse modo de exploração realizado pelo próprio sujeito cria um tipo de mal-estar não mais como efeito das proibições de uma sociedade disciplinar, como bem detectou Foucault (1926-1984), mas um mal-estar agora “[...] característico de uma sociedade da alta-modernidade, hipermodernidade, de uma sociedade da informação” (MOCELLIM, 2021, p. 96).

Essa hipermodernidade, que Han (2017) também dá o nome de *sociedade do desempenho*, já não se funda mais na negatividade de uma sociedade disciplinar moderna, calcada nas restrições e na produtividade; mas, ao contrário, baseia-se em uma positividade desenfreada, em uma sociedade “[...] que se apresenta como aberta às oportunidades, livre, e que se organiza pelo raciocínio, iniciativa e motivação, atributos atribuídos ao psicológico, enquanto núcleo de pensamento e de emoção” (HAN, 2017, p. 97).

O capitalismo neoliberal deu um salto importante em relação ao modelo industrial quando entendeu que a exploração e a produtividade poderiam se intensificar na medida em que uma nova colonização fosse efetivada: trata-se, doravante, de dominar os indivíduos através da *psique*, fazendo-os acreditar cegamente que são livres e os únicos responsáveis por seu próprio sucesso. Como efeito, em resposta ao fracasso de não dar conta de tantas demandas (fracasso este impulsionado pelo próprio sistema, mas sentido como falha individual), assistimos a essa explosão de casos de novos modelos de sofrimento psíquico, como, por exemplo, é o caso da depressão e da Síndrome de *Burnout* (ou Síndrome do Esgotamento Profissional) (HAN, 2017).

Nesse contexto, em um só tempo homicida e suicidário, que nos é apresentado por tais autores, pensar em processos de cuidado em saúde mental no âmbito público, especificamente no SUS, torna-se uma tarefa tão difícil quanto urgente. Por isso, diante do exposto até aqui, interessa-nos a seguinte questão: quais as possibilidades de pensarmos em uma clínica em saúde mental na Atenção Básica que de fato se debruce sobre esse novo mal-estar, reconhecendo sua existência e, quem sabe, criando modos de enfrentá-lo?

Diante da complexidade do lugar que a questão da saúde mental ocupa no campo da Atenção Básica em Saúde, colocamo-nos de forma proativa no sentido de fazer algumas reflexões que serão denominadas de *anotações de um fazer clínico com a perspectiva da complexidade como norte de atuação*.

A primeira anotação que se faz necessária diz respeito a compreender que se deve recusar uma posição *a priori* sobre as demandas dos sujeitos em situação cotidiana. O fundamento de partida é procurar, intencionalmente, desnaturalizar o que se apresenta, seja em termos de dimensão biológica, psíquica ou sociocultural. Ter essa atitude é lidar com todas as teias inter-relacionadas das questões envolvidas no sofrimento dos atores sociais, mesmo quando boa parte dessas teias resguarda estreita ligação com outras dimensões da realidade, tais como a desigualdade social, a falta de condições básicas de segurança alimentar, a desigualdade econômica, o desemprego etc.

O olhar do profissional da Atenção Básica, no que se refere a uma postura clínica possível, há de ser sempre marcado pela implicação, de tal forma que sua prática seja, de forma híbrida, dada pela sua ligação com o fenômeno (MERHY, 2002).

A segunda nota a ser refletida aponta para uma construção na direção contrária frente à postura disciplinar, fragmentada nas ações em Saúde. Um conceito como integralidade, tão caro para o SUS — sobretudo na Atenção Básica —, faz-nos pensar na procura de um modo de erigir o fazer clínico complexo, que, necessariamente, irá retroagir sobre si mesmo, visto que há um entrelaçamento e uma interdependência entre todos os envolvidos no contexto, sobretudo aqueles que enviam a demanda por cuidado.

Um bom exemplo disso é quando se entende, de maneira eminentemente didática, o falar em saúde mental, considerando que toda saúde só pode ser mental, pois, de fato, não há separabilidade entre as partes do sujeito consigo, muito menos com o social e com a cultura. O saber de uma ação em saúde mental na Atenção Básica tem como premissa básica a necessidade de se religar as queixas/demandas dos sujeitos às suas condições sociais e existenciais.

A terceira notificação é a de que não se tem como trabalhar na Atenção Básica sem a noção de se estar em rede. Essa rede perpassa toda a situação clínica, pois a perspectiva de rede, além de se caracterizar por sua dimensão simbólica, também se efetua no âmbito concreto do cotidiano da vida dos sujeitos, visto que há, geralmente, a necessidade de se colocar em prática a interprofissionalidade e a intersetorialidade à medida em que se avança na compreensão das condições e situações sociais. Aqui reside um dos grandes desafios de uma atuação na Atenção Básica em Saúde: coadunar, articular e compreender que todos que ali trabalham são potencialmente profissionais do cuidado em saúde mental.

Apesar da formação dos diversos profissionais que trabalham na área da Atenção Básica em Saúde ainda se caracterizar pelo predomínio de um paradigma positivista/empiricista (saúde baseada em evidências), faz-se importante, concomitantemente, criar um modo de atuação em rede, sem

diminuir as especificidades de cada profissão e seus respectivos saberes, mas, em simultâneo, ousar dar passos mais amplos na direção da articulação/religação dos saberes entre si.

A forma fundamental de se fazer cuidado na Atenção Básica passa por começar a dar mais atenção ao encontro que se estabelece entre todos os envolvidos no contexto da área da Saúde. Há, de certa forma, uma expectativa pelo encontro de cuidado, comumente representado por uma relação singular entre o especialista (médico, enfermeiro, psicólogo, etc.) detentor do saber — e possivelmente da cura — com o usuário, que se apresenta, em muitos casos, em situação de vulnerabilidade.

Por outro lado, há também o espaço de uma relação micropolítica afirmativa, sobretudo nos termos foucaultianos, ao potencializar a construção dialógica frente aos sentidos e significados em potencial que permeiam as mesmas relações. Um convite para sair da superficialidade da compreensão imediata dos fatos e buscar compreender, dialogicamente, como as coisas estão se dando permanentemente.

Quando se propõe a trabalhar a partir de uma clínica que dialoga com o real, é necessária a proposta de acessar a complexidade dos fenômenos, ou seja, pensar em uma clínica que não se comprometa com o conhecimento fragmentado, mas sim com a atitude ética de sempre se pôr adiante no caminhar frente à incerteza.

Sejam quais forem as condições ambientais, de gestão ou de política, será no encontro singular entre cuidador e usuário que algo poderá se dar para além da factualidade dos sintomas, queixas e/ou demandas trazidas. Fazer ações de saúde mental na Atenção Básica pode apresentar, pelo modo de se colocar em aberto frente aos encontros e situações que desaguam na afirmação da alteridade, a possibilidade de construção de novos *ethos* para todos aqueles envolvidos no contexto.

Referências

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília: Presidência da República, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm. Acesso em: 17 out. 2022.

BRASIL. *Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 17 out. 2022.

CAMPOS, G. W. S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos – a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A Clínica Ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teóricos-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S. l.], v. 12, n. 4, p. 849-859, ago. 2007. Disponível em: https://www.scielo.org/articulo/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v12n4/04.pdf. Acesso em: 17 out. 2022.

CAMPOS, G. W. S.; ONOCKO CAMPOS, R. T. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (org.). *Tratado de saúde coletiva*. 2. ed. Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2006. p. 669-688.

DARDOT, P.; LAVAL, C. *A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal*. São Paulo: Editora Boitempo, 2016. 402 p.

DUNKER, C. *Uma biografia da depressão*. São Paulo: Planeta, 2021. 240 p.

FREUD, S. O mal-estar na civilização. In: FREUD, S. *O mal-estar na civilização: novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos (1930-1936)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. p. 13-122.

GONÇALVES, D. A. et al. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors.

Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 623-632, mar. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00158412>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/q37TMyXRjLhnjN4GMGDWwbQ/?format=html&lang=en>. Acesso em: 17 out. 2022

HAN, B. *Sociedade do cansaço*. Tradução: Enio Paulo Giachini. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2017. 128 p.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. Atenção Primária à Saúde. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*, Manguinhos, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/index.html>. Acesso em: 17 out. 2022.

MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

MOCELLIM, A. D. Psicopolítica e mal-estar na contemporaneidade. *Civitas*, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 94-107, jan./abr. 2021. DOI: <https://doi.org/10.15448/1984-7289.2021.1.39147>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/civitas/a/BVrvGNtnpYcY6pZpXB6rKsy/>. Acesso em: 17 out. 2022.

MOLINA, M. R. A. L. et al. Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. *Rev. Psic. Clín.*, São Paulo, v. 39, n. 6, p. 194-197, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832012000600003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/PhszbyTJCdXHzzjvmSV4g5h/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 17 out. 2022.

ROCHA, L.; LOPES, L. Pandemia de Covid-19 provoca aumento global em distúrbios de ansiedade e depressão. *CNN Brasil*, São Paulo, 9 out. 2021. Disponível em: [https://www.cnnbrasil.com.br/saude/pandemia-de-covid-19-provoca-aumento-global-em-disturbios-de-ansiedade-e-depressao/#:~:text=A%20seguir-,Pandemia%20de%20Covid%2D19%20provoca%20aumento%20global,dist%C3%BArbios%20de%20ansiedade%20e%20depress%C3%A3o&text=A%20pandemia%20de%20Covid%2D19,sexta%2Dfeira%20\(8\)](https://www.cnnbrasil.com.br/saude/pandemia-de-covid-19-provoca-aumento-global-em-disturbios-de-ansiedade-e-depressao/#:~:text=A%20seguir-,Pandemia%20de%20Covid%2D19%20provoca%20aumento%20global,dist%C3%BArbios%20de%20ansiedade%20e%20depress%C3%A3o&text=A%20pandemia%20de%20Covid%2D19,sexta%2Dfeira%20(8)). Acesso em: 17 out. 2022.

SILVA, I. B. L.; VERONEZ, F. S. Estratégias da Atenção Básica sobre os casos de Transtorno de Ansiedade em adultos e idosos. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v. 4, n. 2, p. 7720-7729, 2021. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-334>. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BJHR/article/view/28023>. Acesso em: 17 out. 2022.

SOARES, L. B.; MIRANDA, L. L. Produzir subjetividades: o que significa? *Estud. Pesqui. Psicol.*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 408-424, 2009. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4518/451844629010.pdf>. Acesso em: 26 out. 2022.

SOUZA, Â. C.; RIVERA, F. J. U. A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. *Rev. Tempus Actas Saúde Coletiva*, [S. l.], v. 4, n. 1, p. 105-114, 2010. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/53758>. Acesso em: 17 out. 2022.

Da pandemia de covid-19 ao “lugar do encontro”: refletindo o fazer clínico a partir do atendimento on-line

Darlindo Ferreira de Lima

Leila Maria Vieira Medeiros

A experiência de vivenciar um surto ou uma doença infecciosa — ou, em face de desastres e/ou crises sanitárias, o repertório disponível para dar respostas em termos individuais ou coletivos — desempenha um papel central na formulação de estratégias para prevenir a propagação de doenças e aliviar o sofrimento e a agitação social durante e após o surto (CULLEN; GULATI; KELLY, 2020).

Diante do rápido aumento do número de casos confirmados e óbitos por Covid-19 em diversos países, a Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a classificar a doença como pandemia em 11 de março de 2020 (OPAS, 2022). A partir disso, a pandemia de Covid-19 tem revelado cenários de necessidades múltiplas, sendo essas necessidades baseadas no trauma coletivo e no impacto socioeconômico vivenciado pela população. Desde o início da pandemia, a OMS tem chamado a atenção dos países para se atentarem à necessidade de desenvolver ações de promoção e atenção à saúde mental.

Estudos demonstram que a pandemia e as medidas tomadas para contê-la parecem ter impacto na saúde mental, aumentando o risco de sintomas de estresse, ansiedade e depressão, o que tem se confirmado na população em geral e no estado de saúde dos profissionais. Nesse sentido, tendo em vista que mudanças cognitivas, emocionais e comportamentais são vivenciadas com frequência nesse período, a Covid-19 pode ser considerada uma crise, do ponto de vista epidemiológico e psicológico (WANG *et al.*, 2020; ZHANG *et al.*, 2020; ENUMO *et al.*, 2020).

Em termos gerais, as pandemias estão relacionadas à enorme perda de vidas humanas, de rotinas diárias, de conexões sociais face a face e da estabilidade financeira. Devido à Covid-19, muitas pessoas experimentaram mudanças rápidas em suas vidas diárias, tendo que lidar com o futuro

imprevisível (WANG *et al*, 2020; ZHANG *et al.*, 2020; ENUMO *et al*, 2020; SCANLON; MCMAHON, 2011; TAYLOR, 2019; WEAVER; WIENER, 2020).

A pandemia é devastadora de muitas maneiras porque destaca a impermanência e a vulnerabilidade, trazendo mudanças rápidas e complexas. Com base nisso, torna-se impossível lidar com as demandas do ser humano sem considerar os efeitos a curto, médio e longo prazo de um processo repleto de crises, perdas, mudanças e adaptações, além de lutos concretos e intangíveis na vida privada e coletiva a longo prazo (CASELLATO, 2020).

De acordo com o Johns Hopkins Coronavirus Resource Center (2020), em 14 de julho de 2021 havia um total de 188 milhões de casos confirmados e 4 milhões de mortes. No Brasil, nesse período, havia 19 milhões de casos confirmados e 535 mil óbitos, ressaltando-se, porém, que o Governo Federal admite que esses números são imprecisos, devido à subnotificação de óbitos nos estados e municípios, uma vez que a demanda dos serviços públicos de saúde já estava sobrecarregada à época.

Sendo assim, trata-se de um processo de perda coletiva complexo, repentino e inesperado; sendo muitas perdas ocorridas de forma prematura e, em sua maioria, estigmatizadas. Além disso, houve inúmeras perdas em várias famílias porque mais de um membro foi infectado e mais de uma pessoa não conseguiu sobreviver. Ademais, a perda de amigos, colegas e conhecidos e as ligações afetivas fazem com que muitas pessoas relacionadas aos falecidos se sintam tristes e enlutadas. A partir desse contexto, faz-se importante refletir sobre as práticas no campo da Psicologia Clínica e os modos de se lidar com os desafios do contemporâneo.

Dito isso, o objetivo deste capítulo é promover um diálogo entre os modos de enfrentamento que a Psicologia Clínica oferece às demandas do social, a exemplo da pandemia de Covid-19, e o que se pode entender por *Encontro Clínico* numa perspectiva fenomenológico-existencial.

Para entendermos o que estamos nomeando de *Encontro Clínico* faz-se necessário separarmos da ideia muito comum de que o estar com o outro, em situação de intervenção, seria apenas através do atendimento psicoterápico. Esse tipo de atendimento é tomado a partir de um ambiente (*setting*) previamente planejado, com requisitos que garantam o sigilo, a segurança e um ar de confiança na relação. O encontro não se apresenta como uma possibilidade de relação que se dá exclusivamente por meio de condições previamente estabelecidas e controladas, tampouco como apenas um modo de serviço em meio a uma relação entre terapeuta-cliente que ali se apresenta como algo fático. Concebê-lo assim promove um reducionismo que encurta as diversas nuances que envolvem essa situação.

Figueiredo (2009) aponta para a importância de se colocar o lugar da clínica distante das tendências homogeneizadoras de uma epistemologia moderna, sobretudo quando se constata que o profissional da Psicologia é aquele comprometido com a possibilidade da experiência do encontro, pois “[...] só há experiência em que há diferença e onde novas diferenças são engendradas” (FIGUEIREDO, 2009, p. 18).

Sendo assim, pensar o Encontro Clínico situa-se em um movimento compreensivo de conceber a clínica como aquilo que põe em perspectiva o lançar luz àquelas vivências que se dão sob a nuvem turva do cotidiano, um tornar audível e visível o que está em jogo na existência todas as vezes em que se é interpelado no e pelo mundo. Sustentar uma proposta de clínica que lida com o encontro como um dos fundamentos para a transformação advinda do movimento *ser-no-mundo*, frente à sua indeterminação, implica na delimitação de algumas bordas que delinham com o que se está lidando ali, no instante do encontro. Como, enquanto ser-aí humano, apreendemos o mundo, sobretudo quando somos atravessados pelas tecnologias de informação e comunicação (TICs)?

Delgado Filho (2017) chama a atenção para a proximidade e o distanciamento na era da virtualidade, advinda pela hegemonia das tecnologias audiovisuais. Vimos que a virtualização da interação humana pela *internet* e a simulação do mundo (hiper-realidade) alteram a nossa noção de espaço-tempo no que tange à nossa percepção de proximidade ou distância das coisas. Nos dias atuais, temos acesso a um volume alucinante de informações em tempo real. No entanto, poderíamos afirmar que passamos a conhecer mais de nós mesmos? (DELGADO FILHO, 2017, p. 45).

Nesta mesma direção, Lyra (2014) nos faz um alerta quando sinaliza que:

[...] o homem não está no controle do desenvolvimento técnico, que as técnicas atuais não são meras sofisticções das antigas, que a abrangência e o perfil impositivo do atual projeto são tributários de um esquecimento sem precedentes do mesmo Ser que o abriga como possibilidade e destino. (LYRA, 2014, p. 157)

Para aproximarmo-nos de respostas, talvez se faça necessário dar um passo ao lado e contextualizar o encontro enquanto um dado-topos, lugar, “espaço”, no qual se constitui. Na forma presencial, o *setting* é pensado como um espaço para promover a impressão de continuidade, de conforto e de segurança como sendo fatores de suma importância para aquele que procura o cuidador. Nessa procura, há o pressuposto de que o sujeito que demanda por cuidado já se encontra em alguma situação de mal-estar ou sofrimento. A complexidade que envolve o *setting* implica na ideia de criar um

“ambiente controlado”, frente às influências que possam promover a desatenção do foco daquilo que seria o próprio, o quê a se desvelar do encontro.

Ao dialogar com a tradição do “espaço” — o *setting* —, damos-nos conta de que partimos de uma perspectiva de humano que, a partir da leitura heideggeriana (1990), possui, enquanto condição ontológica, um modo precário, inóspito, na medida em que sua possibilidade de existência supõe já a abertura fundamental de coexistência com o mundo, portanto, com a condição de se encontrar sempre lançado. Há um *estar-junto-de-si-no-mundo* como condição ontológica básica que nos vincula, de alguma maneira, à aproximação daquilo que nos converge no Encontro Clínico presencial.

Aqui, já nos impomos a tarefa de pontuar uma questão que se apresenta no diferencial entre um encontro presencial e outro mediado por TICs. O encontro presencial de um cuidador clínico supõe um movimento constante de tensionamento entre distanciamento e proximidade. Um distanciamento possibilitador do escutar, do ver, do acompanhar o trejeito e “sem jeito” que mobilizam o campo de estar no mundo em situação cotidiana. No atendimento *on-line*, o que se apresenta é um mundo bidimensional, uma tela que, por si, já nos propicia um recorte do lugar físico e daquilo que é audível ou visível nas nuances da luz/sombra, quando não apenas o som, já que os sujeitos podem simplesmente fechar a câmera e ficar por trás de uma foto ou uma tela em preto. De outro modo, talvez possamos afirmar que o encontro virtual em si se dá como um modo de encontro que, a partir da presença virtual, estabelece contato com a ausência — ou com uma presença ausente que se mostra mediada por artefatos tecnológicos que possibilitam essa dualidade constante.

Do âmbito do cuidador clínico, no encontro presencial emerge a demanda por um jeito de se pôr no mundo, um modo de abrir-se para questões que, por sua vez, pressupõem um movimento denominado *reserva* (FIGUEIREDO, 2009). Esse movimento se mostra como âmbito da experiência que se dá como confiança, um modo de se experienciar a relação em que o cuidador não se sente fragilizado frente à violência ontológica, tendo o outro como diferente (LEVINAS, 2014).

Encontrar-se em reserva é constituir uma espécie de zona de segurança existencial, na qual, mesmo desconcertadamente, pode-se movimentar e questionar sem sucumbir frente a uma angústia dilaceradora, oriunda do encontro. É de se observar, portanto, que, na perspectiva *on-line*, há mais anteparos em comparação à não presencialidade, ao poder desligar, ao cair da ligação. Porém, de algum modo, o sujeito encontra-se em afetação.

Mostra-se, aí, uma espécie de proximidade, confiança, que liga não visivelmente o que se mostra como imagem entre ambos. A questão que nos parece interessante perceber é a forma como o mundo

nos vem ao encontro ou se faz um horizonte de possibilidades a partir de cada acontecimento, seja *on-line* ou presencial. Independentemente da modalidade, a afetação do encontro é sempre presente.

Safransky (2013) traz uma preocupação que o acompanha em todos os estágios: o questionamento pelo sentido do Ser das coisas e não das coisas em si. O *dasein* (o ente especial), por ser o único que vive no mundo — visto que os demais apenas são no mundo como coisas —, encontra-se já sempre *sendo-no-mundo*, tendo que lidar com o ele.

Em meados do século XX, na conferência intitulada *A coisa*, Heidegger (2012) alertava sobre nossos modos de aproximação e distanciamento, que ali já se apresentavam, quando afirma que:

Todo distanciamento no tempo e todo afastamento no espaço estão encolhendo. [...] a supressão apressada de todo distanciamento não lhe faz proximidade... Pequeno distanciamento ainda não é proximidade, como um grande afastamento ainda não é distância. (HEIDEGGER, 2012, p. 143)

Nessa experiência com o plantão psicológico *on-line* enquanto modo de ação clínica, Silva; Siqueira Leite; e Barreto (2015) sinalizam para a direção em que o contexto tecnológico, assim como a própria situação na qual cuidador e usuário se encontram, podem fragilizar ainda mais a tensão entre presença e ausência. Por outro lado, a própria necessidade de mais atenção — a exemplo da aproximação da tela para ouvir melhor, das interrupções e das quedas do sinal — demanda mais foco e mais implicações, provocando um certo estado de atenção a tudo o que se passa.

Dito isso, parece-nos que o que está em jogo no atendimento mediado por TICs é o próprio modo de se colocar em situação, no modo próprio que nosso *modo-de-ser-no-mundo* apreende compreensivamente o próprio mundo no contexto do cuidado clínico.

De modo geral, encontramos-nos em um mundo em que as tecnologias e suas facetas estão em constante evidência, mundo este que se caracteriza pela emergência dos significados e sentidos a partir da relação com o historial.

A situação de plantão, seja *on-line* ou presencial, pode pressupor a existência de um sofrimento que pede urgência, e, com isso, parece potencializar tudo o que já é existente na situação em si.

No formato *on-line*, há um modo de cuidar do outro para que o outro cuide de si. Nesse formato, não se faz presente a tridimensionalidade da presença física, mas, por outro lado, resguarda-se o horizonte de se afetar e deixar-se tocar como um movimento de produção de sentidos no mundo que ali se mostra como um lugar de “esvaziamento” de sentido do projeto de um mundo próprio do sujeito. De acordo com Casanova (2013):

É a dispersão tripla que emerge de maneira transcendental do fundar um projeto de mundo, do descerramento do mundo enquanto horizonte de determinação de todos os comportamentos do ser-aí humano (existência), da ‘absorção no ente’, da imersão nos comportamentos cotidianos e do acompanhamento incessante das orientações fornecidas de início e na maioria das vezes pelos campos sedimentados (facticidade e decadência), e da ‘fundamentação ontológica do ente’, da compreensão de sentido do ser que institui o foco fenomenológico e estrutura os acentos no interior do mundo, isto é, que responde pela direcionalidade existencial do ser-aí, uma direcionalidade que ele não possui natural e essencialmente, mas apenas projetivamente. (CASANOVA, 2013, p. 50)

A partir de uma linguagem de inspiração hermenêutica, sobretudo do chamado *Heidegger tardio*, que dá vazão ao pensamento histórico em sua obra, podemos entender que o ser-aí (*dasein*) humano é lançado ao mundo que sempre lhe será inóspito, ao passo que se dará também como seu horizonte de possibilidade de habitar.

Dito de outra forma, a própria condição ôntico-ontológica existencial do humano o fará se compreender enquanto estrangeiro em um mundo que não se define pela espacialidade ou pelos entes que ali se encontram no cotidiano de suas vivências. Um horizonte histórico propriamente sempre lhe será determinado, mas não o determinará, assim como seus limites e/ou potenciais biológicos, psicológicos ou de qualquer outra natureza quididativa.

Portanto, será dessa conjuntura que emergirá o direcionar-se do *dasein* frente às coisas, com isso, frente ao seu próprio movimento de *ser-no-mundo*, que, por sua vez, poderá promover modos diversos de ser um sujeito de liberdade ou restrição em seu campo de cuidado.

Referências

CASANOVA, M. A. *Eternidade frágil: ensaios de temporalidade na arte*. Rio de Janeiro: Via Verita, 2013.

CASELLATO, G. (org.) *Luto por perdas não legitimadas na atualidade*. 1. ed. São Paulo: Summus, 2020.

CULLEN, W.; GULATI, G.; KELLY, B. D. Mental health in the COVID-19 pandemic. *QJM: an International Journal of Medicine*, [S. l.], v. 113, n. 5, p. 311-312, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa110>. Disponível em: <https://academic.oup.com/qjmed/article/113/5/311/5813733?login=false>. Acesso em: 19 out. 2022.

DELGADO FILHO, W. *Da necessidade de uma nova analítica do ser-aí: a cotidianidade mediana na era da Gestell*. 2017. 112 f. Dissertação (Mestrado em Filosofia) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/32511/32511.PDF>. Acesso em: 19 out. 2022.

ENUMO, S. R. F. et al. Enfrentando o estresse em tempos de pandemia: proposição de uma cartilha. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 37, p. 1-10, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200065>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/mwXhYmkmwJ5pgnDJjsJwFjk/?lang=pt&form>. Acesso em: 19 out. 2022.

FIGUEIREDO, L. C. M. *Revisitando as psicologias: da epistemologia à ética e discursos psicológicos*. Petrópolis: Vozes, 2009.

HEIDEGGER, M. *Ser e tempo*. v. 1. Petrópolis: Vozes, 1999.

HEIDEGGER, M. *Ensaios e conferências*. Petrópolis: Vozes, 2012.

LEVINAS, E. *Violência do rosto*. São Paulo: Loyola, 2014.

LYRA, E. A atualidade da gestell heideggeriana ou a alegoria do armazém. In: MACDOWELL, J. S.; CASANOVA, M. A.; FRAGOSO, F. (org.). *Heidegger: a questão da verdade do ser e sua incidência no conjunto do seu pensamento*. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Via Verita, 2014. p. 138-158.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Histórico da pandemia de COVID-19. *Opas*, São Paulo, 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>. Acesso em: 28 out. 2022.

SAFRANSKY, R. *Um filósofo da Alemanha entre o bem e o mal*. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

SCANLON, J.; MCMAHON, T. Dealing with mass death in disasters and pandemics: Some key differences but many similarities. *Disaster Prevention and Management*, [S. l.], v. 20, n. 2, p. 172-185, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1108/09653561111126102>. Disponível em: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/09653561111126102/full/html>. Acesso em: 19 out. 2022.

SILVA, E. F. G.; SIQUEIRA LEITE, D. F. C. C.; BARRETO, C. L. B. T. A ação clínica e a era da técnica moderna: uma compreensão fenomenológica existencial da prática psicológica. *Perspectivas em Psicologia*, Uberlândia, v. 19, n. 1, p. 79-92, 2015. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/perspectivasempsicologia/article/view/30361>. Acesso em: 19 out. 2022.

ZHANG, C. et al. Survey of insomnia and related social psychological factors among medical staff involved in the 2019 novel coronavirus disease outbreak. *Frontiers in Psychiatry*, [S. l.], v. 11, p. 1-9, 2020. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00306>. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2020.00306/full>. Acesso em: 19 out. 2022.

WANG, C. et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, [S. l.], v. 17, n. 5, p. 1-25, 2020. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/5/1729>. Acesso em: 19 out. 2022.

WEAVER, M. S.; WIENER, L. Applying palliative care principles to communicate with children about COVID-19. *Journal of Pain and Symptom Management*, [S. l.], v. 60, n. 1, p. 8-11, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.03.020>. Disponível em: [https://www.jpasmjournal.com/article/S0885-3924\(20\)30171-8/fulltext#relatedArticles](https://www.jpasmjournal.com/article/S0885-3924(20)30171-8/fulltext#relatedArticles). Acesso em: 19 out. 2022.

TAYLOR, S. *The psychology of pandemics: preparing for the next global outbreak of infectious disease*. Newcastle: Cambridge Scholars Publishing, 2019.

Saúde mental na atenção básica: reflexões de agentes comunitários de saúde

Aguinaldo Soares do Nascimento Júnior

Tália Cristina da Silva

Darlindo Ferreira de Lima

A Constituição Federal de 1988, em seu Art. 196, declara que “[...] a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, n. p.).

Nesse sentido, iniciou-se no Brasil o processo de criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que, somado a outros fatos, propiciou a aprovação da Lei nº 10.216, de abril de 2001, que definiu as formas de proteção e direitos das pessoas que vivem com transtornos mentais e redirecionou o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001).

No que se refere aos avanços na Saúde, faz-se necessário dialogar sobre a desinstitucionalização do tratamento da pessoa com transtorno mental, que se caracteriza em tratar o sujeito em sua existência e considerar a relação com suas condições concretas de ser na vida. Isso pode ser entendido como uma forma de não administrar apenas fármacos ou psicoterapias, mas também de construir possibilidades de cuidado.

O tratamento deixado de ser exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se a criação de possibilidades concretas de sociabilidade, a subjetividade. O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico (AMARANTE, 1995).

Nesse cenário, o Agente Comunitário de Saúde (ACS), profissional estratégico inserido na Atenção Primária à Saúde (APS), é parte fundamental para a implantação das equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), bem como para o alcance de suas ações (SAMUDIO *et al.*, 2017).

Por outro lado, o processo de trabalho e de cuidado do ACS é basicamente centrado no desenvolvimento de atividades de promoção e prevenção, trabalhando com um conceito amplo de saúde e exercendo a mediação entre o serviço, a comunidade e entre os diferentes saberes. Para tanto, o agente de saúde tem ao seu dispor as tecnologias em Saúde, especificamente as tecnologias leves. Para desenvolver essas tecnologias no cotidiano de trabalho, o agente depende, principalmente, de seus conhecimentos e de seu empenho profissional, a fim de que tenha êxito e consiga interagir com o usuário, identificando suas necessidades e auxiliando-o na resolutividade destas (CARLI *et al.*, 2014).

Além disso, o ACS é um dos responsáveis pelo vínculo com os usuários devido ao fato de estar próximo das localidades, o que fortalece e potencializa o cuidado, uma vez que ele consegue vivenciar a realidade das necessidades, identificar os problemas e comunicar a Estratégia de Saúde da Família, além de possuir a capacidade de traduzir para a população, de forma simples, informações em Saúde.

Entretanto, os casos de transtornos mentais e sofrimento psíquico configuram-se como um grande desafio para esses profissionais, uma vez que esses casos envolvem uma complexidade de fatores problematizadores que geram uma necessidade de ações contínuas com a ESF, com a devida reflexão e formação (CABRAL; ALBUQUERQUE, 2015).

Dito isso, este capítulo apresenta os resultados de uma pesquisa que estudou a prática do cuidado em saúde mental a partir das ações desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde no município de Moreno-PE. Trata-se de um estudo exploratório, com abordagem qualitativa de caráter descritivo, que permitiu compreender a prática do cuidado em saúde mental a partir dos Agentes Comunitários de Saúde que atuam na Atenção Básica do município.

Na pesquisa, foi utilizado o método da análise do conteúdo, que consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações com o intuito de obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens (BARDIN, 1994).

A análise de conteúdo é um recurso metodológico que pode servir a muitas disciplinas e objetivos, uma vez que tudo o que pode ser transformado em texto é passível de ser analisado com a aplicação dessa técnica ou método (OLIVEIRA, 2008).

O município de Moreno-PE, localizado na Região Metropolitana do Recife (RMR), tem uma população estimada de 62.784 habitantes, com densidade demográfica de 289,16 habitantes por km² (IBGE, 2010). As entrevistas ocorreram nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs), em uma sala apropriada, com apenas um participante por vez, de modo a garantir sigilo e permitir mais liberdade ao entrevistado.

De acordo com o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), o município conta com 14 unidades de Saúde da Família e dois postos, contabilizando um total de 94 Agentes Comunitários de Saúde atuantes no SUS (BRASIL, 2019).

Para a realização da pesquisa, foram escolhidas três UBSs com maior quantidade de encaminhamentos de usuários para o Centro de Atenção Psicossocial. Desse modo, um ACS de cada unidade foi convidado a participar da pesquisa. Com o propósito de garantir o sigilo sobre a identidade das participantes, utilizou-se a sigla ACS nas falas, seguida de nomes fictícios: ACS Alice, ACS Maria e ACS Helena.

Os critérios de inclusão de ACSs foram os seguintes: (i) serem servidores estatutários de zona urbana do município; (ii) terem no mínimo dois anos de atuação na UBS; (iii) estarem acompanhando um ou mais casos de pessoas com sofrimento psíquico na comunidade adscrita; (iv) podem ser de ambos os sexos. Como critérios de exclusão, foram considerados: (i) serem menores de 18 anos e maiores de 65 anos; e (ii) terem histórico de doença psiquiátrica.

As coletas dos dados foram realizadas por meio de gravador de voz, utilizando-se a técnica de entrevista semiestruturada com cinco perguntas disparadoras, que foram: (i) o que você entende por saúde mental?; (ii) como você percebe o processo de inclusão social de pessoas com algum tipo de doença mental na sua comunidade?; (iii) no âmbito da necessidade de pessoas que demandam cuidado em saúde mental, como você compreende a importância dos profissionais da estratégia da Saúde da Família?; (iv) como você percebe os cuidados com pessoas com dependência química em sua comunidade?; e (v) em sua opinião, quais as dificuldades para se realizar o cuidado na área de saúde mental na sua comunidade?

Tendo a finalidade de subsidiar a pesquisa e estimular as ACSs a falarem livremente a respeito do objeto de estudo a partir da prática do cuidado em saúde mental no território, foi realizado, de início, um contato com as enfermeiras das UBSs para a realização do agendamento das entrevistas com as ACSs. Nas Unidades de Saúde, contatamos as ACSs para dar início ao processo das entrevistas.

A entrevista semiestruturada é uma das técnicas mais utilizadas para a coleta de informações em pesquisa qualitativa, bem como a mais empregada no processo de trabalho de campo, por trazer perguntas abertas que permitem aos entrevistados discorrerem livremente sobre suas ideias e opiniões (MINAYO, 2010).

As respostas das entrevistas foram transcritas, agrupadas, analisadas e categorizadas conforme a sua similaridade, respeitando a metodologia de análise de conteúdo, que, por sua vez, organizou-se em torno de três polos cronológicos: (i) pré-análise; (ii) exploração do material; e (iii) tratamento dos resultados, inferência e interpretação dos dados (BARDIN, 1994).

A análise de conteúdo permitiu a operacionalização e a sistematização das ideias iniciais, de maneira a conduzir um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas num plano de análise. Já na exploração do material, a análise consistiu essencialmente em operações de codificação, desconto ou enumeração, em função de regras previamente formuladas.

O tratamento dos resultados teve como finalidade estabelecer os achados mais significativos para a proposição de inferências e interpretações. Uma análise de conteúdo não se limita a descrever conteúdos, mas sim realiza a compreensão mais aprofundada do conteúdo das mensagens, através da inferência e da interpretação (MORAES, 1999).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/UFPE), com o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) de número 18344519.7.0000.9430.

Em relação aos resultados, emergiram, das falas, duas categorias: (i) saúde mental: reconhecendo a necessidade de trabalhar o tema; e (ii) o papel da família para inclusão social do usuário em saúde mental: refletindo sobre a prática do profissional de saúde.

O conceito de saúde mental é amplo e nem sempre é fácil defini-lo. De acordo com as concepções relatadas pelas entrevistadas, a saúde mental é compreendida a partir de um conceito fragmentado centrado na doença, remetendo a encaminhamentos e tratamentos especializados, conforme observado nos seguintes discursos:

Uma doença grave [...] enquanto agente comunitário de saúde ainda há muito pouco que esteja se fazendo para essas pessoas com essa doença, né [...] não é uma coisa fácil de lidar, principalmente com os familiares, né e a sociedade como um todo não está tão assim, aberta a lidar [...] é uma coisa um pouco difícil (ACS Alice).

É uma necessidade que hoje o município tem de ter um entendimento mais complexo nesta área, né [...] uma área muito carente de certos cuidados, né? O paciente, ele precisa de ser entendido e compreendido [...] nós temos de tentar entender e compreender o que tá levando a isso, né? (ACS Maria).

É que muitos dos casos tem paciente que já nasce com essa síndrome, né? E outros casos tem paciente que adquire depois com os problemas familiar ou pessoal [...] fora os casos que tem de adolescentes que já tem saúde mental desde criança, já nasceu e vive em sua residência [...] (ACS Helena).

Pode-se perceber que as entrevistadas demonstraram ter dificuldade em lidar com o tema, tendo em vista que a complexidade da saúde mental requer mudanças de práticas que são atualmente utilizadas por esses profissionais em seu campo de atuação. De acordo com as falas, as compreensões das ACSs sobre saúde mental limitam-se ao reconhecimento de uma doença ou até mesmo de uma síndrome.

A identificação e a sensibilidade das agentes para as demandas de cuidado em saúde mental parecem estar voltadas muito mais para os casos com sofrimento psíquico severo e persistente. Essa compreensão parte de uma lógica biologicista, reducionista, positivista e fragmentada. Superar a reprodução desse modelo em defesa da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) torna-se essencial para a construção de estratégias para o fortalecimento das práticas e saberes no território.

A complexidade da área de saúde mental, assim como a sua intersectorialidade e transversalidade de saberes, requer a ampliação das fronteiras para comportar a saúde e a doença como um processo que transcende a dimensão biológica, pois ela se origina, também, no âmbito dos processos históricos, sociais e culturais ao longo da existência da humanidade (OLIVEIRA, 2017).

Segundo Oliveira (2017), os profissionais da Atenção Básica precisam estar cientes de que o cuidado em saúde mental, além das demandas geralmente centradas apenas na doença, devem identificar as necessidades de saúde mental. Somente assim a pessoa que necessita do cuidado não será considerada apenas em função do transtorno instalado, excluindo-se todos os outros fatores que contribuem para esse adoecimento.

Nesse sentido, a saúde mental perpassa por todo um contexto psicossocial, resultado de múltiplas e complexas características biológicas, psicológicas e sociais. Contudo, percebe-se a dificuldade das ACSs em lidar com o sofrimento psíquico dos pacientes. Elas afirmam não se sentirem aptas por conta da falta de preparo no campo da saúde mental. Existem fragilidades quanto às concepções observadas nas falas das entrevistadas:

Eu ainda percebo assim que a gente ainda não é totalmente preparado para lidar com a saúde mental [...] o próprio profissional mesmo, ele falta ainda uma certa preparação pra gente viver né e enfrentar aquela situação [...] (ACS Maria).

[...] E todo mundo que toma remédio controlado é um paciente de saúde mental? Na minha opinião não, não é, mas é classificado como paciente mental, né? É um paciente de saúde mental (ACS Alice).

[...] É que tem uns deles às vezes que é um pouco agressivo, não quer falar com ninguém, não quer falar com vizinho nenhum e nós temos de saber como chegar até esse paciente [...] (ACS Helena).

A partir dos relatos, a ACS Maria reconhece a falta de preparação para atuar com o tema “saúde mental” na sua comunidade. Nesse sentido, observa-se a carência de treinamentos específicos para esses profissionais no contexto da atenção básica. Já a ACS Alice questiona o termo “paciente de saúde mental”, sendo esse termo dado aos pacientes que usam remédios controlados. A ACS Helena, por outro lado, revela a dificuldade de chegar até os pacientes com sofrimento psíquico de sua comunidade.

Diante dos relatos, pode-se observar os paradigmas que existem e ainda precisam ser enfrentados para atingir os objetivos do Movimento de Luta Antimanicomial. Com isso, as concepções acerca da temática ainda se baseiam no modelo curativista, contrapondo-se ao conceito ampliado de “saúde” que, de acordo com Organização Mundial da Saúde (OMS), pode ser definido como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas pela ausência de doenças ou enfermidades (SEGRE; FERRAZ, 1997).

No âmbito da APS, as ações de educação permanente em Saúde são consideradas essenciais e devem ser incorporadas na prática cotidiana dos serviços. A educação permanente das equipes de Saúde da Família deve ser baseada num processo pedagógico que propicie maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o desenvolvimento de práticas transformadoras.

Nesse contexto, o apoio matricial constitui uma importante ferramenta de trabalho e um mecanismo privilegiado de educação permanente em Saúde. O apoio matricial está pautado na interprofissionalidade, no trabalho em redes, na atuação em território definido, no compartilhamento de saberes, na deliberação conjunta e na cogestão. Além desses, também apresenta um componente educador e formativo, uma vez que cria espaços de discussão, troca de saberes e reflexão para a prática (JÚNIOR; MOREIRA, 2017).

A educação em saúde mental deve ocorrer de forma longitudinal no processo de matriciamento, com base nas questões e problemáticas cotidianas e utilizando métodos variados. A reunião de equipe da ESF é um espaço precioso para a discussão de temas relacionados à promoção de saúde e à desconstrução dos preconceitos relacionados ao adoecimento psíquico, por meio, por exemplo, da leitura de textos, da discussão de casos e do planejamento conjunto de atividades de grupos variados (CHIAVERINI, 2011).

Corroborando com o Chiaverini (2011), as estratégias de apoio matricial, junto às equipes de Saúde, podem fortalecer as ações do ACS, uma vez que a ESF é um dispositivo da Raps capaz de favorecer um cuidado centrado no usuário, bem como no contexto familiar e social.

A importância da família revelou-se presente no cotidiano das ACSs. Foi apresentado nas falas que a aproximação da família é fundamental para o fortalecimento da atuação do profissional de Saúde. Mesmo diante da reorientação do modelo de atenção, a estigmatização da doença, bem como o medo e preconceito, apresentam-se como elementos desafiadores para a inclusão dos usuários com sofrimento psíquico na sociedade. Assim sendo, a família interfere diretamente na prática do cuidado, principalmente quando há uma barreira para a aceitação desse usuário, conforme as falas das entrevistadas:

[...] Quando você pega uma família que tem um paciente de saúde mental e ela não aceita né, ela não admite, né. [...] quer tratar aquela pessoa como uma pessoa sadia né, sem ser, quer dizer é uma pessoa sadia, mas ela não aceita aquilo ali e tudo dificulta [...] (ACS Alice).

[...] Porque muitas vezes, a família não deixa muito a gente chegar muito perto, acha que só tomar a medicação já tá de bom tamanho, só nos procura para passar a medicação, para gente correr atrás de uma medicação, não se preocupa com certos cuidados [...] (ACS Maria).

[...] De você ver o quanto você ajudou aquela pessoa, melhorou a situação dele, melhorou alguma coisa para família ou para o paciente porque tem um elo, tá entendendo? [...] (ACS Helena).

As entrevistadas reforçam a importância da família na prática do cuidado frente ao sofrimento psíquico. Apesar das dificuldades, a ACS Helena percebe certas potencialidades em suas práticas, visto que podem contribuir com a saúde dos usuários e familiares.

Dessa forma, é necessário inserir a família na assistência aos usuários, devendo a equipe de Saúde dedicar cuidados aos familiares e apoiá-los para melhor conduzir suas vidas. Esse apoio à família, por sua vez, proporciona a continuidade de cuidados aos usuários, sobretudo em serviços de saúde na comunidade, por serem mais próximos de suas residências (CAMATTA; TOCANTINS; SCHNEIDER, 2011).

O cuidado em saúde mental, no âmbito da Raps, deve ser vivenciado mediante configurações em rede. A partir disso, pressupõe-se que se estabeleçam redes de cuidado que ampliem as possibilidades de acolhimento do usuário e de seus familiares, potencializando o exercício da cidadania e da inclusão social (CAMATTA; TOCANTINS; SCHNEIDER, 2011).

Diante disso, os familiares dos usuários necessitam igualmente de cuidado. O acolhimento e vínculo do profissional com os familiares têm a capacidade de fortalecer as práticas, tornando a assistência mais humanizada e resolutiva na Atenção Básica. A relação do ACS com as famílias permite a aproximação e o diálogo para a inclusão social dos usuários com sofrimento psíquico severo e persistente, conforme observamos nas falas das entrevistadas:

[...] Existe muito do preconceito para incluir essas pessoas no ambiente social né, na sociedade, no próprio momento familiar também já tem essa certa inclusão, essa dificuldade de incluir esse paciente porque começa já da família [...] (ACS Maria).

A equipe se envolveu na situação, na questão, e tentamos conversar com a família e no final deu certo, né. Abriu mais a mente a aceitar aquele paciente que precisava de um acompanhamento, de um atendimento. Então é isso, há casos e casos [...] (ACS Alice).

Para as entrevistadas, o preconceito e a aceitação em se ter na família um usuário com transtorno ainda é um desafio para a inclusão social. A família acaba não se preocupando com a relação do usuário em sociedade, muitas vezes assumindo um cuidado individualizado que se resume em levar esse usuário para uma consulta com um psiquiatra, psicólogo ou até mesmo em procurar o ACS somente para conseguir uma receita de medicamentos controlados.

A inclusão das ações de saúde mental na atenção básica pode se constituir em um dispositivo eficaz mediante o estabelecimento de uma rede de recursos e de suporte. Acerca disso, é mister o desenvolvimento de ações de educação permanente e qualificação dos profissionais da área de Saúde para uma escuta atenta e cuidadosa do sofrimento do outro; caso contrário, será difícil imaginar a Atenção Básica sendo eficaz no campo da Atenção Psicossocial (SOUZA; AMARANTE; ABRAHÃO, 2019).

Os familiares são atores centrais na construção do cuidado psicossocial em saúde mental. Acreditamos, portanto, que escutá-los e valorizar o seu próprio saber — seus entendimentos sobre o que lhes é benéfico — pode ser um caminho para o aperfeiçoamento do trabalho com as famílias nesse campo (CAMATTA; TOCANTINS; SCHNEIDER, 2011).

Nesse sentido, a participação da família deve ser contemplada a partir da prática do cuidado, uma vez que o distanciamento da família fragmenta as ações do profissional, impossibilitando as relações de acolhimento e vínculo entre os atores. Por outro lado, as equipes de saúde da família, com o apoio do Núcleo Ampliado em Saúde da Família (Nasf), têm capacidade de desenvolver estratégias que aproximem a família aos serviços de Saúde. Nesse contexto, a criação de grupos e oficinas com familiares dos usuários com sofrimento psíquico aponta para o fortalecimento do trabalho em saúde mental no território.

A partir do exposto, é perceptível a complexidade que envolve a prática do cuidado em saúde mental, e, em razão disso, evidenciamos a necessidade de investimentos em capacitações e formações no campo da saúde mental. Nesse contexto, o apoio matricial como dispositivo de educação permanente apresenta-se como estratégia-chave para o fortalecimento das políticas de saúde mental no âmbito local, considerando as singularidades e subjetividades dos sujeitos inseridos no território.

O medo e o preconceito ainda permeiam o conhecimento popular, tendo um processo de trabalho ainda voltado para o modelo biomédico e curativista. As questões culturais estão presentes no cotidiano desses profissionais. Para romper com esse modelo que afasta o corpo da mente, é preciso que haja mudanças de paradigmas para a reconstrução de novas práticas de cuidado.

Diante das limitações, vale salientar a necessidade de sensibilização de gestores e profissionais e o apoio matricial como dispositivo de educação permanente em saúde mental. No âmbito local, sugere-se que haja uma maior articulação das equipes, a fim de estruturar, integrar e aproximar os diferentes pontos de atenção da Raps.

Portanto, os resultados obtidos revelam a carência de publicação científica no que se refere à prática do cuidado em saúde mental na perspectiva do ACS. Sendo assim, novos estudos em relação à temática se fazem necessários, uma vez que esse profissional assume papel fundamental no campo de atuação.

Referências

AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-494, 1995. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1995000300024>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/5rhqg9GH3jhjMCKjJ7BPK-GK/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 18 out. 2022.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1994.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília: Presidência da República, 1988. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/consti/1988/constituicao-1988-5-outubro-1988-322142-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 18 out. 2022.

BRASIL. *Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Presidência da República, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 18 out. 2022.

BRASIL. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. *Portal do Governo Brasileiro*, Brasília, 2019. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: 26 out. 2022.

CABRAL, T. M. N.; ALBUQUERQUE, P. C. Saúde mental sob a ótica de agentes comunitários de saúde: a percepção de quem cuida. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 159-171, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151040415>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/sM-pmwYBsbcb88g9hx7fLTssk/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 18 out. 2022.

CAMATTA, M. W.; TOCANTINS, F. R.; SCHNEIDER, J. F. Ações de saúde mental na estratégia de saúde da família: expectativas de familiares. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 281-288, 2016. DOI: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160038>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/p6z3GBJ-v4VhnJ4GFS5PKrXG/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 18 out. 2022.

CARLI, R. *et al.* Acolhimento e vínculo nas concepções e práticas dos agentes comunitários de saúde. *Texto e Contexto: Enfermagem*, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 626-632, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072014001200013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/46Zr3kkB85hB3PWFVYhkdb/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 18 out. 2022.

CHIAVERINI, D. H. *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf. Acesso em: 18 out. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Brasil / Pernambuco / Moreno. IBGE, Brasília, 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/moreno/panorama>. Acesso em: 26 out. 2022.

JÚNIOR, J. P. B.; MOREIRA, D. C. Educação permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 9, p. 1-13, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00108116>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/8dTstJy-4fjXWTkTPNkMTgrn/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 18 out. 2022.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2010.

MORAES, R. Análise de conteúdo. *Revista Educação*, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4125089/mod_resource/content/1/Roque-Moraes_Analise%20de%20conteudo-1999.pdf. Acesso em: 18 out. 2022.

OLIVEIRA, D. C. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. *Revista de Enfermagem da UERJ*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 569-576, 2008. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-16162>. Acesso em: 18 out. 2022.

OLIVEIRA, E. C. *et al.* O cuidado em saúde mental no território: concepções de profissionais da atenção básica. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. p 1-7, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0040>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/z5XwdsmszGVFBdGKZnNGtCf/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 18 out. 2022.

SAMUDIO, J. L. P. *et al.* Cartografia do cuidado em saúde mental no encontro entre agente comunitário de saúde e usuário. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 277-295, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000200006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/GPsNWYpBMGhZyNnd6kmdx6x/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 18 out. 2022.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 538-542, 1997. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101997000600016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/ztHNk9hRH3TJhh5fMgDFCFj/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 26 out. 2022.

SOUZA, A. C.; AMARANTE, P. D.; ABRAHÃO, A. L. Inclusão da saúde mental na atenção básica à saúde: estratégia de cuidado no território. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 72, n. 6, p. 1677-1682, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0806>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/YpbPFG9gw73C4XdC8yXDrjd/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 18 out. 2022.

Residência em saúde da família: uma cartografia de afetos sobre a pandemia de covid-19

Bruna Patrícia Ferreira da Silva

Fabiana de Oliveira da Silva Sousa

José Marcos da Silva

A pandemia de Covid-19 tem sido, desde o início de 2020, um acontecimento de produção de realidades conectadas à indústria farmacêutica, ao sistema econômico, aos sistemas de Saúde, ao trabalho, às relações interpessoais, aos afetos, à saúde mental, aos sentidos de morte e à vida. Ou seja, quanto maiores as suas conexões, maior sua dimensão e seu poder de impacto na sociedade.

No mês de março de 2020, todas as atividades e serviços — dos mais variados — foram suspensos, inicialmente por quinze dias, a partir do alerta de disseminação do vírus causador da Covid-19, que, à época, assolava o mundo todo. Os programas de residência constituíram uma dessas atividades suspensas e uma das razões dessa suspensão foi, além da falta de Equipamento de Proteção Individual (EPI), a necessidade dos programas se reorganizarem para inserirem os residentes nos serviços de forma mais segura, uma vez que havia residentes que faziam parte do grupo de risco e que precisavam de uma maior atenção e cuidado.

Os programas de residência em Saúde estão inseridos nesse contexto de crise sanitária mundial. Esse fato trouxe questões importantes sobre os saberes técnicos e teóricos/práticos ao longo do processo de formação, dado o desafio imposto a esse cenário. A pandemia sinalizou (e ainda sinaliza) questões importantes acerca da formação, das potencialidades e das limitações, sendo fundamental analisar esse processo como um modo de pensar a formação dos(as) trabalhadores(as) do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente quando se pensa em um SUS mais fortalecido, cujos modelos e práticas de cuidado se pautam em uma atenção mais integral, humanizada e acolhedora, que reconhece as multiplicidades e singularidades dos territórios, das pessoas e das diferentes formas de vida.

Dito isso, neste capítulo são apresentados os resultados de uma pesquisa que cartografou os processos de formação dos residentes em Saúde da Família no cenário da pandemia de Covid-19. São identificados relatos de mudanças realizadas no processo formativo dos profissionais residentes, partindo-se de uma observação participante; além disso, também apresentaremos uma análise documental dos diários cartográficos produzidos por profissionais residentes e uma singular cartografia sentimental autobiográfica.

Durante a construção da pesquisa, buscamos compreender e acompanhar o processo formativo na residência pela via dos afetos, por meio da qual o(a) residente se torna capaz de operar mudanças em si, que, por sua vez, são conectadas aos princípios da humanização em Saúde e da promoção da Saúde integral da população e, principalmente, à potência de agir e de fortalecer o SUS, sobretudo em uma residência que pretende atuar na rede de Atenção Básica.

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) foi criada a partir da expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF), cujo objetivo é o de reorganizar a Atenção Básica, a qual propõe um novo modelo assistencial para o SUS. Centrada na Atenção Primária, a ESF atua no fomento da saúde familiar e no comprometimento com a mudança de ações e intervenções de ênfase individual para a saúde coletiva e comunitária, além da mudança na ênfase curativa e reabilitadora para a promoção da saúde e para a reprodução da vida (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

Um dos objetivos da RMSF é articular os conhecimentos adquiridos — muitas vezes fragmentados e desarticulados — na formação inicial, ou seja, na graduação em Saúde, com a complexidade dos determinantes que se inter-relacionam na vida e no cuidado à saúde da população.

A residência é organizada com o objetivo de colaborar com a implementação da ESF no município e de formar profissionais capacitados para atuarem na Atenção Básica, no cuidado integral à saúde das pessoas, das famílias e de comunidades e na gestão do trabalho, com um enfoque multiprofissional, fortalecendo o desenvolvimento do trabalho em equipe de maneira interdisciplinar (DOMINGOS; NUNES; CARVALHO, 2015).

A Residência Multiprofissional apresenta-se como uma alternativa para promover a mudança da prática assistencial em Saúde, capaz de favorecer o trabalho em equipe, as trocas efetivas de saberes e práticas e a construção de uma nova realidade de saúde para a população. A participação do trabalhador do serviço de Saúde na inserção do residente na Unidade de Saúde da Família (USF) e na produção do cuidado integrado ao ensino é indispensável, visto que os(as) residentes vivenciam os problemas do cotidiano e aproximam-se da denominada aprendizagem significativa, a qual constitui a base da Educação Permanente em Saúde (EPS) (DOMINGOS; NUNES; CARVALHO, 2015).

Nesse sentido, a EPS objetiva a transformação do funcionamento do serviço e dos processos de trabalho das equipes, exigindo uma postura, dos profissionais de saúde, de reinvenção, bem como de análise, intervenção e autonomia para a construção de práticas criativas e transformadoras.

A Política Nacional de Educação Permanente (BRASIL, 2018), enquanto uma estratégia político-pedagógica, toma como objeto os problemas e necessidades emanadas do processo de trabalho em Saúde, incorpora o ensino e a atenção à Saúde e a gestão do sistema, a participação e o controle social no cotidiano do trabalho com vistas à produção de mudanças nesse contexto. Portanto, a EPS propõe a superação de uma lacuna na formação dos profissionais de Saúde.

Sendo assim, na busca por reflexões referentes à formação dos residentes em saúde inseridos sobretudo no cenário da pandemia de Covid-19, vale pontuar os objetivos da EPS/SUS:

Promover a formação e desenvolvimento dos trabalhadores no SUS, a partir dos problemas cotidianos, referentes à atenção à saúde e à organização do trabalho em saúde; Contribuir para a identificação de necessidades de Educação Permanente em Saúde dos trabalhadores e profissionais do SUS, para a elaboração de estratégias que visam qualificar a atenção e a gestão em saúde; Fortalecer as práticas de Educação Permanente em Saúde nos territórios; Estimular o planejamento, execução e avaliação dos processos formativos (BRASIL, 2018, p. 25).

Diante do cenário de crise sanitária, é necessário compreender como os programas de residência se inserem no contexto de pandemia, tomando como base toda a perspectiva de atuação da Educação Permanente e Multiprofissional.

A situação de pandemia modificou as atividades das residências e isso pode fazer-nos pensar sobre as limitações e potencialidades da presença dos residentes nos serviços da Atenção Primária. A partir da vivência prática nos serviços, permeada por um suporte pedagógico específico e voltado para as necessidades da população, concretiza-se uma formação técnica e humanística do profissional de Saúde, uma vez que as situações-problema vivenciadas no cotidiano desses profissionais exigem ações que extrapolem o âmbito puramente científico/clínico, enriquecendo e transformando o(a) residente não apenas enquanto profissional do SUS, mas também enquanto pessoa humana (GOMES *et al.*, 2020).

Para além disso, acreditamos que a presença do(a) residente em Saúde da Família, inserido(a) nos serviços de Saúde que os acolhem, pode transformar significativamente esses espaços, pois há um incentivo à

reflexão sobre a prática desenvolvida e as possibilidades e limites, para assim impulsionar mudanças (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

A formação como política do SUS poderia se inscrever tal qual uma “micropotência” inovadora do pensar a formação, o agenciamento de possibilidades de mudança no trabalho, a educação dos profissionais de Saúde e a invenção de modos no cotidiano vivo da produção dos atos de Saúde. Pensar os processos formativos em Saúde é colocar em evidência a formação para a área da Saúde como construção da educação em serviço/educação permanente em Saúde. Trata-se de uma agregação entre desenvolvimento individual e institucional, entre serviços e gestão setorial e entre atenção à Saúde e ao controle social (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

É importante pensar em uma formação que consiga produzir transformação nas subjetividades. Um processo de educação no campo da Saúde só teria sentido se conseguisse operar mudanças e formar um novo sujeito capaz de intervir sobre o seu microcosmo e nele produzir um mundo conectado com os valores humanos, da solidariedade e da compaixão, necessários às práticas de cuidado (SODRÉ *et al.*, 2016).

Compreende-se que todos(as) trabalhadores da Saúde são operadores da construção do cuidado, por isso, a necessidade de pensar sobre os processos formativos em saúde tornam-se imprescindíveis e essenciais. Os programas de residência se propõem, também, à capacitação e à competência dos profissionais da Saúde inseridos no SUS.

Estudar processos formativos é fundamental, visto que compreendemos aqui a formação humana a partir da lógica da integralidade e da multidimensionalidade do ser. Segundo Röhr (2011) e Rolnik; e Guattari (1996), a educação é um processo integral direcionado a desenvolver categorias como a liberdade, a autonomia e a responsabilidade em cada sujeito.

Partindo da perspectiva da integralidade do ser, pretendemos embarcar nos processos formativos construídos pelos profissionais residentes ao longo da pandemia, na busca pela identificação das afetações e das mudanças ocorridas nesse processo, que, por sua vez, transformaram o saber prático do residente em um saber vivo em ato, gerando mudanças nos modos de operar e fazer práticas de cuidado em Saúde, considerando suas subjetividades.

A aprendizagem pelos afetos torna o corpo sensível, produtor de mudanças nas subjetividades e na maneira de agir no mundo. Falar em produções de subjetividades não corresponde à constituição de caracteres internos de um indivíduo, uma forma de subjetivar o objeto como um mero perfil de um modo de ser, imutável e estável. A produção de subjetividades

refere-se a um processo de múltiplas instâncias, de energia, extensão, intenção e materialidade, pois é o resultado de agenciamentos coletivos (HUR, 2018).

Compreender a dimensão afetiva da formação é necessário, visto que muitos estudantes terminam a graduação apenas com o conhecimento técnico-teórico e racional. Ao ingressarem no Programa de Residência em Saúde da Família, esses estudantes passam a lidar com pluralidades e realidades diversas do SUS que exigem muito mais do que o saber técnico-científico. É preciso um saber e conhecimento tácito. Segundo Jorge Larrosa Bondía (2002), o par ciência/técnica remete a uma perspectiva positiva e retificadora e o par teoria/prática remete a uma perspectiva política e crítica. E é na teoria/prática que se pode dar ênfase à reflexão crítica, a partir da “reflexão sobre prática ou não prática” e da “reflexão emancipadora”.

O encontro do(a) residente no cenário de Atenção Básica com a realidade concreta e com a alteridade dos serviços, territórios, trabalhadores e usuários, sobretudo em tempos de Covid-19, produz subjetividades e experiências estéticas capazes de produzir um aprendizado e conhecimento que correspondam à prática cotidiana no SUS (SODRÉ *et al.*, 2016).

Esses fatores podem ocorrer, pois, no campo da imanência, os fluxos e as forças de fora incidem na matéria e no território do ser. Além disso, eles afetam o corpo e o instigam para que reaja e aja, constituindo os esquemas de ações, o hábito e a subjetividade:

Constata-se que a potência de um corpo é diretamente relacionada ao quantum de poder de ser afetado, isto é, há uma relação de retroalimentação entre ambas as forças, uma interdependência, na qual uma não funciona sem a outra. A potência do sofrer pode elevar, ou mesmo diminuir, o potencial de agir (HUR, 2018, p. 26).

Ainda sobre a necessidade de pensar a experiência dos residentes em formação inseridos nos serviços, partiremos da compreensão da importância do autoconhecimento e do trabalho com o cultivo das dimensões internas — denominadas “dimensões básicas”. São elas: a dimensão física, sensorial, emocional, mental e a espiritual (RÖHR, 2011). Nessa trilha, a lógica da educação integral objetiva uma formação que gradativamente possibilite ao educando/residente em Saúde assumir a responsabilidade por sua própria formação.

Pensar processos formativos ancorados em aprendizagens significativas envolve falar sobre afetividade, ou seja, afeto, no sentido de afetar e ser afetado, ser tocado por acontecimentos e, a partir disso, produzir mudanças em si e no outro, no ambiente e no mundo (SODRÉ *et al.*, 2016). Desse modo, é possível refletir sobre a formação de trabalhadores da Saúde mais integrais e humanizados, que trabalham na reprodução da vida e na defesa

e fortalecimento do SUS. Lutar pelo SUS também é promover espaços de cuidado, amorosidade, empatia, alegria, encontros e afetos.

Se no par ciência/técnica as pessoas que trabalham no campo da Saúde são concebidas como sujeitos técnicos que aplicam com maior ou menor eficácia as diversas tecnologias de cuidado em Saúde produzidas pelos cientistas, pelos técnicos e pelos especialistas, na segunda alternativa esses mesmos atores aparecem como sujeitos críticos que, tomados de distintas estratégias reflexivas, comprometem-se, com maior ou menor êxito (BONDÍA, 2002), em práticas de cuidado em Saúde concebidas, na maioria das vezes, sob uma perspectiva ética-estética-política.

Dito isso, este é um estudo qualitativo que utilizou a triangulação de métodos a partir de uma observação participante dos processos formativos de um Programa de Residência Multiprofissional e uma análise documental de diários cartográficos produzidos por profissionais residentes do programa.

Assumimos a cartografia sentimental como perspectiva epistemológica interpretativa para colocar em evidência a atenção nos afetos, nas afecções e nas ressonâncias que se espalham em múltiplos planos e superfícies que compõem uma paisagem (FILHO; TETI, 2013).

A cartografia abre caminhos para uma história que se tece nos encontros/desencontros de produção de subjetividades. O registro escrito captura e dá materialidade ao que, por natureza, está em movimento; por isso é provisório e esconde muitas outras possíveis escritas (FORTUNA *et al.*, 2011).

Esta pesquisa foi realizada com a participação de 10 profissionais de Saúde residentes das seguintes categorias profissionais: Enfermagem, Saúde Coletiva, Psicologia, Fonoaudiologia, Educação Física e Nutrição. Esses profissionais são tanto do sexo masculino como do sexo feminino. Nesta pesquisa, enfatizamos as experiências que eles recolhiam a partir de seus próprios sofrimentos no processo de trabalho em núcleos ampliados de Saúde da Família de um município brasileiro, com uma população de 139.583 habitantes e um território de 335,942 km².

Franco; e Merhy (2007), nesse contexto, enfatizam que as pesquisas do processo de trabalho buscam revelar, nas relações que se constituem nesse território, o atravessamento de subjetividades, o diferente, a produção de fluxos de cuidado e não cuidado, o inesperado e a tradução do saber-fazer no mundo que produz cuidado nos diferentes cenários. Sendo assim, os trabalhadores da Saúde são fundamentais nesse processo, pois eles poderão revelar o mundo de sua produção e a potência das relações e dos encontros, expressando suas vivências no mundo do trabalho.

O acesso aos registros e aos documentos utilizados seguiu as recomendações da Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, do

Conselho Nacional de Saúde (CNS), que orienta as pesquisas com seres humanos, com ênfase nos estudos das Ciências Sociais e Humanas (CNS, 2016). A pesquisa foi aprovada pelo CEP/UFPE, sob o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) de número 4.724.343.

Em relação aos dados sobre os processos formativos, a coleta de dados se deu a partir da solicitação de acesso aos documentos relativos aos projetos político-pedagógicos dos anos de 2019, 2020 e 2021 e do Plano de Trabalho para o Período Emergencial de Combate à Pandemia de Covid-19, utilizado no programa em 2020.

Para obter dados sobre afecções e cartografias dos profissionais residentes, foram solicitadas as atividades realizadas pelos profissionais na disciplina de Educação em Saúde, desenvolvida no ano de 2020, em que os participantes realizaram um diário cartográfico e uma caixa de afecções sobre si no período da pandemia de Covid-19.

As caixas de afecções e os diários cartográficos são ferramentas para a produção de cartografias da Educação Permanente em Movimento (EPS) para a formação profissional em Saúde, com vistas a ativar o corpo vibrátil e o olhar radar. Emerson Merhy é a principal referência da aplicação do método no campo da Saúde, com uma proposta da Micropolítica do Trabalho em Saúde (MERHY, 2002).

De acordo com Carvalho; Merhy; e Sousa (2019):

Na EPS em Movimento, quem faz o percurso formativo é o aluno, a partir de suas afecções no território, com o apoio do tutor que oferta ferramentas a partir de sua experiência e o provoca a ir ao encontro de suas experiências de EP. O material, em constante construção, propõe-se a ser uma caixa de ferramentas que o participante faz uso de acordo com as suas necessidades e desafios do cotidiano, podendo ainda deixar suas contribuições autorais, por meio do que foi denominado diário cartográfico e/ou caixa de afecções (CARVALHO; MERHY; SOUSA, 2019, p. 6).

As caixas de afecções e os diários cartográficos foram produzidos em um processo de vivência do primeiro ano da residência (R1), de modo que os residentes pudessem registrar os afectos e perceptos ao longo das semanas inseridos nos serviços de Saúde do município. Para isso, os profissionais foram orientados a realizar registros diários sobre afetações, respondendo a três perguntas disparadoras: (i) o que eu vejo?; (ii) o que eu sinto?; e (iii) o que eu faço?

Desse modo, buscamos ativar o que Suely Rolnik (2014) denomina de *função radar*, que ativa o olho vibrátil capaz de identificar situações do cuidado em ato, que afetam e produzem vibrações, potencialidades e mecanismos de visibilidade e dizibilidade, construindo o mundo do trabalho com vivências, experiências e encontros.

Impulsionados pela energia desejante, buscou-se cartografar a produção de cuidado que revela a ação produtiva enquanto singularidades e seus agenciamentos na construção da realidade do campo do agir no mundo no cuidado em Saúde (MERHY; FRANCO, 2013).

Para a análise dos dados, adotamos a construção de mapas analíticos por meio da leitura e análise dos registros, mediante a atenção flutuante, rastreando, tocando, pousando e reconhecendo, atentamente, o que emergiu dos documentos, diários cartográficos e diários de campo (FILHO; TETI, 2013; SIMONINI, 2019).

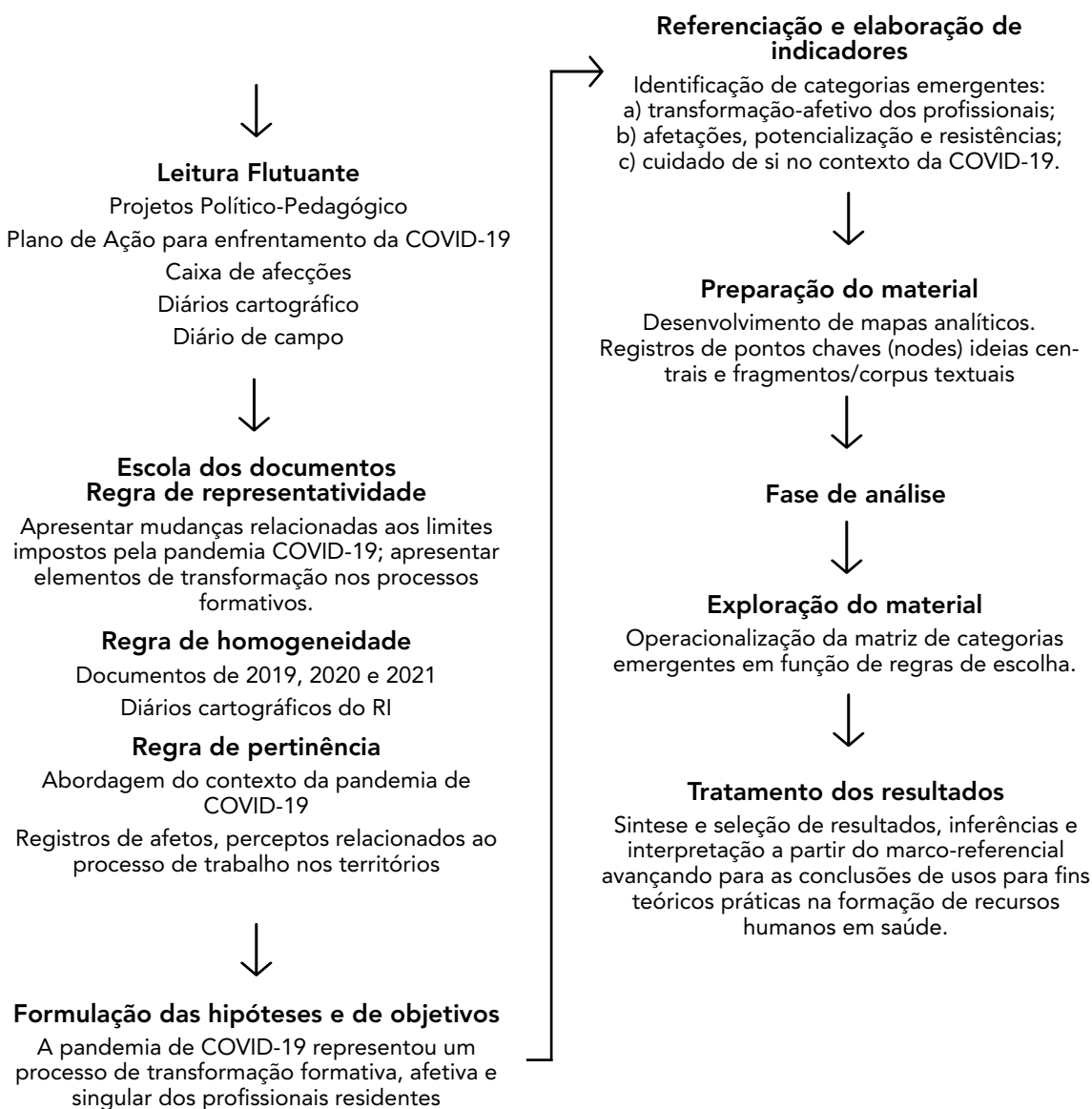
Para Passos; Kastrup; e Escóssia (2009), o rastreio refere-se ao gesto de varredura do campo, ao toque aos afetos mobilizados; o pouso fala da percepção realizada no momento de parada no campo para dar um *zoom* num dado encontrado; e, por fim, mas não menos importante, o reconhecimento, que fala sobre um ato atencional no qual fomos obrigados a realizar o pouso da atenção.

Para a análise dos resultados, utilizamos a proposta de análise de conteúdo temático (BARDIN, 2011) a partir da identificação nos conteúdos dos registros dos documentos. Emergiram dos conteúdos duas categorias de análise que orientaram a discussão dos resultados, considerando a proposta de identificação de sentidos (MINAYO, 2012):

- a) A desterritorialização da formação — o remoto viável; e
- b) A afetação, potencialização e os encontros como resistência.

A cartografia sentimental é apresentada a partir de figuras que sintetizam cenas e escritas dos profissionais participantes da pesquisa. São apresentados corpus textuais recortados de diários cartográficos:

Figura 1 – Fluxograma das etapas da análise de conteúdo temático para a cartografia sentimental:



Fonte: Elaborado pelos próprios autores, adaptado de Bardin (2015).

Os resultados apontam para um movimento de desterritorialização que pressupõe agenciamentos, ou seja, processos de mudanças que são conflituosos, tensos, e, algumas vezes, caóticos, doloridos, permeados por idas e vindas em que o sujeito é colocado diante de si e do novo território que se anuncia. É algo parecido com um “perder o chão”, uma morte de si, para a busca de outro chão, sob novos referenciais de vida e produção (MERHY; FRANCO, 2013).

O início da residência, em 2020, já tinha criado um cenário pronto, com um território marcado e agenciado a partir do Projeto Pedagógico Curricular do Programa de Residência em Saúde da Família.

O movimento de mudança na saúde presume processos de desterritorialização, obrigando-nos a fazer uma ruptura com o velho território, buscando novas identidades que vão pedir novas formas de fazer, novas práticas de cuidado (MERHY; FRANCO, 2013) e, sobretudo, de pensar novos modos de formação aos residentes inseridos no SUS, colocando como pauta de discussão o remoto viável.

As desterritorializações se articulam às linhas que fogem, fluem e atravessam as fronteiras (HUR, 2019) e a construção da formação dos trabalhadores em saúde, especialmente no SUS, pressupondo a existência de dispositivos capazes de agenciar a construção de novos saberes e práticas que ressignifiquem a formação e a produção de cuidado em saúde (MERHY; FRANCO, 2013).

Antes da pandemia de Covid-19, os encontros de fórum ocorriam em espaços coletivos da universidade; porém, com a pandemia, essa atividade passou a ocorrer através da plataforma Google Meet. Foi nesses encontros remotos que se construíram novas rotas e novos mapas para os residentes *não pararem*, mas sim criarem condições possíveis de intervenção e formação. Os encontros das aulas teóricas, antes da pandemia, aconteciam em sala de aula ou no auditório da universidade, e o profissional residente tinha acesso aos espaços, incluindo laboratórios e bibliotecas.

Com a suspensão das atividades presenciais, em 17 de março de 2020, as aulas passaram a ser realizadas por plataformas digitais, tais como o Google Meet, e em espaços interativos, como o Google Classroom e a plataforma Jamboard. As disciplinas alternavam entre os formatos síncronos e assíncronos. Sobre as aulas remotas, como impressão e sentimento em relação ao formato virtual, um dos residentes relatou, em seus diários cartográficos, que “[...] conhecer o professor, com diversas ferramentas diferentes, a imagem do *Jamboard* afetou por ser uma presença forte, inteligente e de favorecer um olhar ampliado sobre a saúde” (DIÁRIO CARTOGRÁFICO DE RESIDENTE, 2020, n. p.).

A mudança da modalidade de ensino presencial para ensino remoto produziu afetações nos profissionais residentes. De acordo com o Plano de Ação para Enfrentamento da Covid-19, as reuniões de preceptoría foram integradas às reuniões de tutoria e elas converteram-se em reuniões coletivas por meio remoto. Assim, as tutorias coletivas tornaram-se espaços para pensar nos processos de trabalho adaptados para o ciberespaço.

Os profissionais de Psicologia participaram da criação de uma Rede de Cuidado, compondo um grupo para o acolhimento e atendimento

psicológico focado no cuidado aos profissionais de Saúde do município (Rede Acolher). Essa ação se tornou um programa municipal no formato de plantão psicológico, criando conexões com outros dispositivos na perspectiva de uma rede de cuidado em saúde mental.

As práticas de Atenção Básica são conhecidas por suas imersões em territórios de vida e de trabalho nas comunidades. Nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e nas escolas, os grupos, os passeios, as datas comemorativas e as campanhas são exemplos de intervenções coletivas (BERTOLOZZI; FARIA, 2010). No entanto, a pandemia colocou o desafio de reinventar nossa presença no território.

O Plano de Ação para o Enfrentamento à Pandemia contribuiu para o desenvolvimento de atividades de educação em Saúde por meio virtual. Foram criados perfis em redes sociais, além da criação de uma rádio comunitária para desenvolver a comunicação popular em Saúde, representando a potência de se criar diante de desafios que limitam o encontro no mesmo espaço-tempo — prova da inventividade diante do isolamento social. A rádio funcionava via WhatsApp e Instagram.

Os profissionais de saúde desenvolveram *posters*, *podcasts*, narrativas audiovisuais, *slogans* e logo que serviam para a divulgação de informações sobre saúde. Verificamos que os profissionais mantiveram uma rotina semanal de produção e disseminação de informações sobre saúde e sobre a pandemia.

Trata-se de um processo de desterritorialização (presencial) que assume um novo território de vida (virtual) que viabiliza encontros com potência para agir, pensar e sentir entre os profissionais de Saúde e as comunidades. Na figura abaixo, tem-se imagens retiradas de caixas de afetações e diários cartográficos de profissionais residentes no período do desenvolvimento das atividades:

Figura 2 – Identidade visual: caixa de afetação de residentes profissionais de Saúde:



Fonte: Elaborada pelos próprios autores.

A figura acima traz *slogans* de duas rádios criadas pelos profissionais de Saúde residentes com equipe de Saúde da Família durante a pandemia, em 2020. Uma das salas de atendimento de uma UBS tornou-se um estúdio de gravação e produção, recebendo a devida decoração e assumindo, portanto, outra estrutura para a realização dos programas das rádios.

As mudanças são marcadas por resistência, medos e preocupações. Não é difícil concordar que a criação da rádio comunitária passou por isso. O processo de desterritorialização é difícil, complexo e significa fazer uma ruptura com os modos estruturados de trabalho, requerendo a produção de uma nova subjetividade, um novo modo de ser dos envolvidos (FRANCO; MERHY, 2013).

No Plano de Enfrentamento à Pandemia, constam eixos e ações prioritárias para quando não havia vacina nem medidas terapêuticas para a doença. A medida sanitária de distanciamento social exigiu certo trabalho para que a população assumisse a consciência cidadã no processo de prevenção de infecção pelo novo coronavírus.

Nesse sentido, foram estabelecidas ações com vistas a uma maior participação da Atenção Básica, para mobilizar lideranças comunitárias, fornecer informações seguras e desenvolver a Educação Popular em Saúde. Segue, no quadro abaixo, um resumo das ações previstas:

Quadro 1 – Plano de Enfrentamento à Covid-19, programa de residência 2020:

Eixo temático	Ações prioritárias
Informação em Saúde	- Produção de material educativo; - Divulgação dos materiais produzidos; - Realização de lives em redes sociais digitais.
Participação e controle social	- Contato com lideranças comunitárias — padres, pastores, presidentes de associações, centros espíritas etc.; - Convites aos líderes comunitários para participação em lives.
Parcerias e articulação	- Conseguir espaço nas programações das rádios AM e FM; - Coordenar o uso de materiais educativos por meio de bicicleta de som.
Consciência cidadã	- Desenvolver ações para a adesão às medidas sanitárias de distanciamento social — uso de máscaras, álcool, distanciamento.
Atenção Básica nos territórios	- Agentes Comunitários de Saúde como atores principais das ações para a adesão às medidas sanitárias e o elo entre equipes de saúde da família e lideranças estratégicas no território.

Fonte: elaborado pelos próprios autores.

Inferimos que os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) foram proibidos de atuar nos territórios e, conseqüentemente, os trabalhos das ESF perderam o contato com as famílias e com as comunidades. É evidente que, com o recrudescimento dos casos, esses profissionais foram gradualmente retomando contato com os comunitários e realizando o acompanhamento por meio de contato telefônico.

Além disso, é importante ressaltar a referência à suspensão das atividades das ESFs, em que os bloqueios sanitários foram priorizados. Desse modo, atividades de matriciamento pelos núcleos ampliados de Saúde da Família (Nasf) estavam igualmente proibidas, para evitar a aglomeração.

Os profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) atuaram no território nas barreiras sanitárias e nas principais avenidas do município. Os profissionais da Psicologia atuaram, desde o início da pandemia, oferecendo suporte e apoio aos profissionais da Saúde, tais como ESFs, ACSs e todos os profissionais que atuam nos diferentes setores da gestão da Secretaria de Saúde do município.

Ao passar dos meses, as atividades foram sendo modificadas conforme as informações epidemiológicas e a adequação dos serviços de Saúde. O acesso aos EPIs contribuiu para a retomada de algumas ações nos territórios, como as visitas domiciliares, porém, com os seguintes critérios

estabelecidos: (i) apenas em casos de urgência; e (ii) em casos prioritários, como no caso dos acamados.

Esse contexto de realidade demonstra como a formação dos trabalhadores em Saúde opera em um terreno de base tensional, em espaços de disputas de distintas forças instituintes, espaços múltiplos de atores. A desterritorialização da formação dos residentes possibilita a criação de novas formas de ação a partir de suas capacidades de se autogovernarem, disputando o caminhar do dia a dia de acordo com pactuações e conexões entre essas linhas de forças.

Como aponta Merhy (2013), na micropolítica do processo de trabalho não cabe a impotência, pois o processo de trabalho está sempre aberto à presença do trabalho vivo em ato; logo, ele pode ser sempre atravessado por diferentes linhas de forças e agenciamentos que o trabalho vivo pode comportar. A desterritorialização da formação dá condições de criar um remoto viável para garantir a continuidade e inventividade do processo formativo de residentes no contexto de pandemia.

O quadro 2 abaixo apresenta relatos de um profissional de Saúde residente. Nesses relatos, por sua vez, emergem referências aos sentimentos e estados psíquicos, como angústia, cansaço e frustração, de sua caixa de afetações e de seu diário cartográfico:

Quadro 2 – Caixa de Afetação: angústia, cansaço e frustração:

Caixa de afetação: angústia, cansaço e frustração

[...] eu vejo dificuldades no relacionamento entre as equipes, sinto angústia devido às nuances do ambiente de trabalho e faço o possível para estabelecer vínculo [...].

[...] Sinto motivação e vibração pelas pequenas conquistas e faço o que posso para dar conta de tudo. Vejo cansaço, e uma agenda cheia [...].

[...] frustração pela dificuldade de encaminhamento para rede do município. [...] Me senti sufoca e assustada com a relação da equipe[...].

Fonte: Elaborado pelos próprios autores.

Por sua vez, o quadro 3 apresenta relatos de um outro profissional residente. Emergem de sua caixa de afetação e diário cartográfico uma referência aos sentimentos e aos estados psíquicos tais como esgotamento, adoecimento, acolhimento e indignação:

Quadro 3 – Caixa de Afetação: indignação, esgotamento, adoecimento e acolhimento:

Caixa de afetação: indignação, esgotamento, adoecimento e acolhimento

Hoje me senti indignada [...].
[...] não suporto mais a quantidade de atividades das disciplinas e do próprio trabalho. As demandas estão cada dia maiores e sinto que estou adoecendo.
[...] discutimos casos, conversamos sobre processo de trabalho, sobre cuidado em Saúde, acolhimento, resolvemos coisas que estavam atrapalhando nossa equipe e senti que saímos ainda mais unidos desse momento.

Fonte: Elaborado pelos próprios autores.

No quadro 4, emergem da caixa de afetação e do diário cartográfico de um residente alguns sentimentos e afetos referentes à preceptoria, ao ressentimento e ao assédio moral:

Quadro 4 – Caixa de afetação: preceptoria, ressentimento e assédio moral:

Caixa de afetação: preceptoria, ressentimento e assédio moral

Minha afetação do dia foi durante um grupo[...]. A sensação de ter que se humilhar[...].
Saí indignada com o desleixo e desmerecimento da [cita profissional]. Caras e bocas de rejeição a cada fala dele[...].
[...] a sensação de ter que se humilhar, pedir que participem e parecer que estão sendo obrigados a nos receber, fui assediada claramente por um dos profissionais. Só queria sair dali! Não consegui falar nada.

Fonte: Elaborado pelos próprios autores.

Logo em seguida, no quadro 5, emergem do diário cartográfico de um profissional residente certo sentimento de constrangimento e conflitos vivenciados durante as práticas nos serviços de Saúde pelos quais estão vinculados. Além disso, emergiram relatos relacionados ao processo de preceptoria em Saúde. São apresentados trechos de diários cartográficos que demonstram o necessário cuidado com o profissional residente e a inserção no mundo do trabalho, sendo esses fatores marcados por situações de risco, como as de assédio, violência simbólica, relações interprofissionais tristes e sensações de ressentimento e frustrações:

Quadro 5 – Caixa de Afetação: conflitos e constrangimento:**Caixa de Afetação: conflitos e constrangimento**

Presenciei uma discussão entre duas profissionais na UBS, o clima ficou meio chato, tenso, eu me senti um tanto desconfortável e constrangida [...].

Fonte: Elaborado pelos próprios autores.

Observa-se que há um trecho que pode estar relacionado ao momento sensível da pandemia. O trabalho em Saúde é complexo, marcado por fluxos de poder e, conseqüentemente, por disputas paradigmáticas, corporativas e de interesses pessoais.

Isso pode sinalizar algo que convida a repensar como está sendo construída a tessitura da grade curricular dos programas de Residência Multiprofissional em Atenção, principalmente sobre o processo de trabalho cotidiano dos trabalhadores residentes, pensando nos serviços de Saúde sobretudo como um espaço de criação e potencialização para o trabalho e para a formação de trabalhadores do SUS.

O trabalho colaborativo e o envolvimento das equipes multiprofissionais de saúde em torno de um projeto coletivo, com liderança e gestão, são fatores que contribuem para que as diferenças existam sem desconforto e constrangimentos.

O incômodo que mobiliza é também material de análise e nos possibilita o conhecimento sobre como estão sendo produzidas as relações de trabalho e produção de saúde. Os relatos presentes nos diários cartográficos sinalizam os afetos que atravessam os profissionais residentes no dia a dia do serviço, tendo como dispositivo o encontro.

De acordo com Deleuze e Guattari (2011), a vida se produz por múltiplos encontros, aos quais somos expostos diariamente, e, em razão do poder de afetação nos nossos corpos, há um permanente efeito que pode provocar modificações subjetivas.

Desse modo, estamos sujeitos às subjetivações e à permanente variação do grau de potência para agir no mundo, conforme as afecções de alegria (aumento dessa potência) ou tristeza (redução dessa potência) (SODRÉ; ANDRADE; LIMA, 2016).

No contexto de pandemia de Covid-19, os profissionais residentes, imersos nas atividades e nos serviços de Saúde, ao relatarem o que pensam sobre a agenda mensal, compartilham sentimentos de angústia, cansaço e frustração, como na expressão “cansaço e uma agenda cheia” e, ainda, quando é dito “sentir-se cansada, frustrada e adoecendo”.

Nesse sentido, destacamos que a microfísica do trabalho em Saúde é um lugar de produção e de encontros de intensidades, afetando os sujeitos em situação de trabalho e cuidado. Nesses encontros, há uma capacidade de afecções que se dá por intensidades, circulando nessas relações de trabalho e formando um campo energético invisível, que funciona em fluxos circundantes e envolve o cuidado em ato. Tais fluxos podem se configurar em linhas de vida ou linhas de morte, aumentando ou reduzindo a potência de ação (MERHY; FRANCO, 2013).

Quando o(a) residente relata seus afetos em relação à vivência no seu campo de atuação em seus diários cartográficos, deparamo-nos com a fala (afeto): “[...] só queria sair dali! Não consegui falar nada. [...] eu me senti um tanto desconfortável e constrangida [...]” (DIÁRIO CARTOGRÁFICO DE RESIDENTE, 2020, n. p.). Esse tipo de relato nos remete ao que Merhy; e Franco (2013) apontam sobre afecções tristes, podendo reduzir nossa capacidade de agir e de provocar mudanças no nosso ato de cuidar e de promover cuidado nos serviços de Saúde de modo mais potente, inventivo e alegre.

No trabalho em Saúde, há uma dimensão do conhecimento com base nas vivências e exposições ao mundo da vida, à experimentação capaz de atravessar e modificar o corpo, e não apenas construindo um aprendizado cognoscente, racionalizado e técnico. Trata-se de uma aprendizagem que se dá pelo corpo e que possui uma força operatória sobre a realidade, pois, assim como esse corpo é afetado, também ele opera micropoliticamente (MERHY; FRANCO, 2013).

No trabalho em equipe multiprofissional, há uma necessidade urgente do ato de reflexão sobre o processo de trabalho ser frequente e constante na medida em que ele acontece. Atuar em uma equipe diversa pode gerar muitos tensionamentos e a exposição do(a) profissional residente aos cenários da Atenção Básica, a produção do efeito do seu encontro com a realidade social, a alteridade dos trabalhadores e usuários e a experimentação podem, por sua vez, gerar modificações, tensionamentos e afetos na sua subjetividade e no seu corpo-território. Consideramos também que isso seja uma experiência de formação e um fator de aprendizagem intensiva (FRANCO, 2015).

No relato abaixo, identificamos que, apesar do mal-estar gerado pelo encontro entre profissionais de uma mesma equipe, foi possível trabalhar aspectos negativos que mobilizavam os profissionais e, logo após o encontro, a equipe criou outros modos de comunicação e ação comum na

produção do seu processo de trabalho em Saúde. Em um dos diários cartográficos, foi relatado o seguinte: “[...] discutimos casos, conversamos sobre processo de trabalho, sobre cuidado em saúde, acolhimento, resolvemos coisas que estavam atrapalhando nossa equipe e senti que saímos ainda mais unidos desse momento” (DIÁRIO CARTOGRÁFICO DE RESIDENTE, 2020, n. p.).

Destacamos, também, a seguinte fala: “[...] resolvemos coisas que estavam atrapalhando nossa equipe” (DIÁRIO CARTOGRÁFICO DE RESIDENTE, 2020, n. p.). Foi nesse trecho que identificamos um afeto tensionador presente na comunicação entre os envolvidos. Falar sobre o que se passa, o que se sente e o que se vê pode ser considerado uma potente ferramenta de educação em Saúde, para o aprimoramento e crescimento do trabalho em equipe e entre equipes.

O conhecimento produzido através das relações socioafetivas por múltiplos encontros, aos quais somos expostos diariamente, e as questões relatadas nos diários, vão nos remeter, mais uma vez, para a prática da educação permanente, entendendo-a como uma ferramenta que reúne as várias pedagogias ativas, pois, antes de tudo, a educação permanente é ativada pelo encontro e pela experimentação do trabalho como principal insumo do ensino e aprendizagem, sendo por isso capaz de operar um aprendizado pela razão e pelo corpo afetivo (FRANCO, 2015).

Desse modo, para serem identificadas as ações micropolíticas, é necessário usar alguns recursos, tais como um olhar especializado, um corpo vibrátil e um olhar cartográfico dos afetos que circulam no nosso território existencial, sem esquecer, também, dos afetos que circulam nos encontros que acontecem no campo da Saúde, especialmente nos serviços de Saúde da Família e no Nasf-AB, ambientes nos quais os(as) residentes estão inseridos. Nas palavras de Merhy; e Franco (2013, p. 152):

[...] estes instrumentos cartográficos têm sensores com um grau elevado de sensibilidade para o estudo e compreensão da realidade social, percepção dos fenômenos que o cercam e sobretudo da produção da vida cotidiana, com base no protagonismo dos sujeitos em ato (MERHY; FRANCO, 2013, p. 152).

No âmbito do processo de trabalho em Saúde, pensamos o desejo enquanto força propulsora de ação dos residentes trabalhadores do SUS, tendo por base suas ações conectadas entre si e com o mundo por fluxos de intensidades. Na ação produtiva-desejante empreendida na produção do cuidado em Saúde, há subjetividades capturadas por determinado território existencial, dando significado ao mundo da vida e do fazer em Saúde. Os trabalhadores da Saúde atuam conforme os planos de consistência que se formam na relação com o outro, na sua alteridade imediata e sempre em ato (MERHY; FRANCO, 2013).

As conexões entre os diversos processos de trabalho, que se realizam entre trabalhadores-trabalhadores e trabalhadores-usuários, formam circuitos de afetos que envolvem o processo de produção de cuidado em que se intensificam forças que potencializam e afirmam a vida; essas conexões sustentam o vínculo entre os usuários e os trabalhadores do cuidado nas atividades de acolhimento, coprodução de autonomia, bem-estar, do mesmo modo pode-se produzir relações de abandono, desalento, invisibilidade (MERHY; FRANCO, 2013).

Partindo disso, encontramos afetações presentes nas caixas de afetações e diários cartográficos dos(as) residentes com questões referentes ao processo de trabalho, à implicação e à burocratização da atenção e da prática em Saúde. A seguir, verificamos um profissional residente expressando afetos que fazem referência ao processo de trabalho vivo em ato:

Quadro 6 – Caixas de afetação: o processo de trabalho vivo em ato:

Caixas de afetação: o processo de trabalho vivo em ato

Estive em visita domiciliar a uma paciente recém-operada, com pé diabético, assustada, com medo de perder o pé e durante a escuta começa a chorar e percebo a necessidade de ouvir mais que falar. Saúde nem sempre se faz com técnica e procedimentos padrões.

A importância de o profissional de Saúde ir até a população que não tem acesso ao posto faz o processo formativo da residência valer a pena.

Afetou-me a falta de planejamento fragilizando o cuidado [...].

A dificuldade de pactuações e discussões construtoras em um Apoio matricial.

[...]. Observar os sentimentos.

[...]. Olhar para o que aconteceu.

[...]. Romper com alguns entraves.

[...] foi mais que uma aplicação de ventosa e auriculoterapia, e sim uma criação de vínculo com o paciente homem, na qual conversamos um pouco sobre outras coisas sem ser relacionada à Saúde.



O que fazer para evitar a anestesia, o oco, o trabalho morto?

[...] organização do trabalho pode aniquilar subjetividades. Não estamos falando de se lançar, de planejar, de dialogar ou de se afetar.

[...] a “organização” aqui é produto de uma ordenação esquisita, bizarra, que funciona a serviço unicamente da produção, das máquinas, do partido e de qualquer coisa que afasta o estético, o cuidadoso e o cotidiano-político. Afeta-me de forma negativa e o fato de saber que gestão do município ver a minha área de atuação como uma área mecanizada, militarista e tecnicista.

[...] mesmo me sentido afetado de forma negativa por essa situação, me sinto resguardado em poder fazer o que os profissionais de educação física do município não podem, onde a residência me dá a liberdade de poder realizar grupos e orientações técnicas sem ter que me preocupar com as metas do município.

Fonte: Elaborado pelos próprios autores.

Feuerwerker (2014) considera que o trabalho em Saúde é vivo e permanente. O trabalho vivo em ato é um trabalho criador, inventivo, flexível, mutável, possibilitando a produção de um outro modo de produzir saúde, que, por sua vez, busca situar a formação dos profissionais enquanto um projeto que extrapole o domínio técnico-científico da profissão e se estenda aos aspectos estruturantes das relações e das práticas. Essas práticas, claro, devem ser centradas no campo relacional e nas tecnologias leves, contribuindo para a qualidade de saúde da população na perspectiva de um bem viver e fortalecendo a cidadania e a autonomia da população no enfrentamento dos aspectos epidemiológicos do processo saúde-doença, nos aspectos de organização da gestão setorial e na estruturação do cuidado à saúde.

Os residentes vivenciam a organização do processo de trabalho e deparam-se com tensões persistentes no que diz respeito aos modos de se gerenciar a saúde. As tecnologias vêm sendo utilizadas no campo da Saúde para designar a sistematização dos diversos modos de produzir saúde. Na compreensão de Merhy (2014), as tecnologias do cuidado se subdividem em tecnologias leves, leves-duras e duras.

No caso das tecnologias leves, Merhy (2014) refere-se às tecnologias relacionais, em que o vínculo e o encontro tornam-se dispositivos de cuidado e formas de governar processos de trabalho. Já as tecnologias leves-duras referem-se aos saberes estruturados adquiridos na formação, como no caso da clínica médica, psicológica, epidemiológica etc. As tecnologias duras, por sua vez, relacionam-se aos equipamentos tecnológicos, como no caso das máquinas, da instrumentalização, das normas institucionais e das estruturas organizacionais.

No quadro anterior, por exemplo, destacamos alguns relatos que podem fazer referência às tecnologias de cuidado propostas por Merhy (2014). No caso relatado pelo profissional residente sobre a aplicação da ventosa e da auriculoterapia, identificamos a presença das tecnologias leves, leves-duras e duras.

No encontro, os atos de saúde produzidos não foram capturados apenas pelas tecnologias duras. O vínculo e o encontro são prevaletidos. Evidenciamos esse fato quando o residente usa a seguinte expressão no seguinte relato: “[...] foi mais que uma aplicação de ventosa e auriculoterapia, e sim uma criação de vínculo com o paciente homem, na qual conversamos um pouco sobre outras coisas sem ser relacionada a saúde” (DIÁRIO CARTOGRÁFICO DE RESIDENTE, 2020, n. p.).

É bem verdade que, no trabalho em Saúde, não cabem julgamentos nem juízos de valor quanto ao uso que se faz das tecnologias. Elas coexistem e se atravessam. O que cabe a questionar é sobre o uso que se faz da modelagem de tecnologia do trabalho vivo em um ato que se opera. No caso da aplicação da ventosa, os atos de saúde não foram capturados pelo trabalho morto. Há encontro. E, se há encontro, há trabalho vivo e produção de sentido. Há vida, criação. Há desejos que circulam.

Nesse sentido, o trabalho em Saúde é constituído da complexidade do cuidado que traz, em si, do conhecimento da técnica e dos procedimentos aprendidos para dar conta de toda a complexidade do ser humano. Nessa modalidade de trabalho, o cuidado é convocado em sua essência (BOFF, 1999).

Nessa perspectiva, não se trata de cura para o humano, mas de produção de cuidado. Dentro dessa perspectiva ampliada de saúde, destacamos o exemplo de um relato de um profissional imerso no serviço, no encontro com o usuário, movido pelos afetos que esse encontro mobiliza. A partir disso, dá-se conta de que a “[...] saúde nem sempre se faz com técnica e procedimentos padrões” (DIÁRIO CARTOGRÁFICO DE RESIDENTE, 2020, n. p.).

Uma das propostas da EPS se baseia no binômio estudo-trabalho, ou seja, na autoinstrução. Isso acontece por meio da imersão do profissional de Saúde em seu campo de prática, ao encorajar-se para o processo de autoaprendizagem a partir das trocas de experiência entre os diversos atores sociais envolvidos (FRANÇA et al., 2016).

A efetivação da autoaprendizagem se evidencia nos relatos dos residentes ao que cada um desses utiliza sua caixa de ferramentas (caixa de afetação e diário cartográfico) no propósito de promover uma reflexão crítica e implicada do seu próprio processo de formação na Residência Multiprofissional:

Estive em visita domiciliar a uma paciente recém-operada, com pé diabético, assustada, com medo de perder o pé e durante a escuta começa a chorar e percebo a necessidade de ouvir mais que falar. Saúde nem sempre se faz com técnica e procedimentos padrões. A importância de o profissional de saúde ir até à população que não tem acesso ao posto faz o processo formativo da residência valer a pena (DIÁRIO CARTOGRÁFICO DE RESIDENTE, 2020, n. p.).

Outro aspecto importante dessa imersão do residente no território/campo de prática é a possibilidade de haver um reconhecimento desses espaços com todas as suas potencialidades e modos de vida circundantes. Atentamos para a fala (afeto) presente no diário quando é citado um encontro com uma cachorrinha vira-lata: “[...] a cachorrinha pertencia àquele lugar” (DIÁRIO CARTOGRÁFICO DE RESIDENTE, 2020, n. p.). Nesse encontro, o afeto também se faz presente e amplia a experiência de aprendizado a partir da vivência cultural de ir até uma zona rural.

Esse encontro, gerado pelo deslocamento do residente até o território, também faz referência ao conceito de *competência cultural*, um dos atributos derivados da Atenção Primária à Saúde (APS). A expressão utilizada “pertencia àquele lugar” nos atravessa e nos faz pensar sobre a importância de reconhecer o que faz parte do território. Durante a formação universitária, os estudantes passam por uma certa “aculturação” ou, ainda, “colonização” universitária. Isso acaba reforçando, nos profissionais, posturas colonizadoras nos atos de produzir saúde. Logo, esse movimento e esses deslocamentos de ir até o território onde a vida acontece podem provocar mudanças subjetivas no profissional de Saúde, favorecendo uma maior abertura para a alteridade.

Ainda sobre os afetos presentes nos diários dos residentes, temas como a burocratização e as dificuldades de gestão do trabalho nas equipes surgiram como angústias e problematizações enfrentadas pelos residentes imersos no serviço no dia a dia.

Sabe-se que o setor da Saúde tem sofrido forte influência em decorrência das mudanças tecnológicas e dos modos de produção capitalista, sobretudo com a onda neoliberal que interfere nas mudanças tecnológicas no mundo do trabalho. Pensando no trabalho em Saúde no SUS, há uma forte presença desse modelo hegemônico de produção. Isso se evidencia pela lógica da avaliação da saúde ser pautada pela quantidade do consumo de serviços de Saúde realizados à população, ao invés de se avaliar as reais melhorias das condições de vida das pessoas (TESTON *et al.*, 2018).

Um aspecto importante em um dos registros faz referência à música *Another Brick In The Wall*, da banda de rock *Pink Floyd*. Essa música faz uma

crítica ao modelo mecanizado, robotizado, e traz uma visão foucaultiana sobre o controle dos corpos, quando este faz suas análises sobre as instituições, nesse caso, o sistema de Educação. Quando falamos sobre a influência dos modos de produção capitalista e neoliberal em todos os setores e serviços de produção, o setor Saúde está incluído nessa “maquinaria”.

Porém, diante desse modelo capitalista-neoliberal, compreendemos o trabalhador de Saúde enquanto potência. O trabalho em Saúde também é pautado por estruturas e diretrizes prescritivas, normas e protocolos que definem e padronizam o comportamento e as ações a serem adotados pelos trabalhadores. A partir disso, emergiram dos diários cartográficos e das caixas de afetações as seguintes falas (afetos) sobre a experiência de atuar na Atenção Básica neste momento atual:

O que fazer para evitar a anestesia, o oco, o trabalho morto? [...] organização do trabalho pode aniquilar subjetividades. Não estamos falando de se lançar, de planejar, de dialogar ou de se afetar.

[...] a ‘organização’ aqui é produto de uma ordenação esquisita, bizarra, que funciona a serviço unicamente da produção, das máquinas, do partido e de qualquer coisa que afasta o estético, o cuidadoso e cotidiano-político.

[...] mesmo me sentindo afetado de forma negativa por essa situação, me sinto resguardado em poder fazer o que os profissionais de educação física do município não podem, onde a residência me dá a liberdade de poder realizar grupos, e orientações técnicas sem ter de me preocupar com as metas do município (DIÁRIO CARTOGRÁFICO DE RESIDENTE, 2020, n. p.).

Para o cuidado em Saúde acontecer enquanto produção de vida, é essencial criar bons encontros, não apenas entre si ou com o usuário, mas também com a gestão. É importante que o trabalhador viva experiências significativas e bons encontros no mundo do trabalho, ainda que estejamos falando de um corpo concreto e simbólico que opera, muitas vezes, dentro de uma lógica paranoide, gerando um ambiente de desconfiança e relações adoecedoras, produzindo paixões tristes.

Quando é dito que a “organização do trabalho pode aniquilar subjetividades” (DIÁRIO CARTOGRÁFICO DE RESIDENTE, 2020, n. p.), é sinalizado que há uma diminuição da liberdade e do potencial de ação do trabalhador no seu *fazer-saúde* cotidiano, caminhando por um cuidado meramente burocrático e prescritivo, capturado pelas forças do controle e aprisionado pela lógica das práticas serializadas de sempre,

burocrática e padronizada, como no clipe da música mencionada. Por isso, é importante lembrar que as subjetividades dos sujeitos são dinâmicas e operam produzindo cuidado com as variações do que é afetado na sua relação consigo, com o outro e com o mundo do trabalho.

Há um funcionamento da gestão do trabalho de modo a disciplinar os trabalhadores, que, muitas vezes, é usado para padronizar o cuidado, capturado por essas forças rígidas, fixas, ou seja, prevalecendo o trabalho morto, preso e enquadrado aos procedimentos e normas. Por outro lado, encontramos na fala (afeto) de um dos residentes a seguinte expressão:

[...] mesmo me sentindo afetado de forma negativa por essa situação, me sinto resguardado em poder fazer o que os profissionais de educação física do município não podem, onde a residência me dá a liberdade de poder realizar grupos, e orientações técnicas sem ter de me preocupar com as metas do município (DIÁRIO CARTOGRÁFICO DE RESIDENTE, 2020, n. p.).

É possível identificar que o profissional residente habita nesse espaço de tensão entre *liberdade* e *enquadramento*. Essa tensão é imanente ao trabalho em Saúde, em que há, de um lado, liberdade para agir, e, de outro, formas de captura do trabalho vivo, sendo essa uma dinâmica paradoxal. O contraditório acaba se manifestando enquanto elemento da realidade inerente ao trabalho em Saúde (MERHY; FRANCO, 2013).

Diante da expressão do residente “a residência me dá essa liberdade” (DIÁRIO CARTOGRÁFICO DE RESIDENTE, 2020, n. p.), remetemo-nos à coexistência da captura e da liberdade inscritas no sujeito trabalhador da Saúde, formando uma subjetividade nômade ou aprisionada. Aqui, empregamos “aprisionada” no sentido de ser capturada pela regulação do trabalho via controle e protocolos, havendo pouco espaço de potência de ação. No modo nômade, há movimento, fluidez e espaço para inventividade. Podemos perceber brechas do residente ao atuar como um nômade, buscando brechas e fugas de não ser totalmente capturado por essas forças:

A subjetividade nômade está sempre no meio, é dinâmica e se expressa por um acontecimento, sempre em movimento, sem se inscrever a um polo fixo de conceito prévio sobre a saúde, o usuário ou trabalho, e, portanto, ela é criativa, é capaz de um agir-libertário. O nômade se conecta às subjetividades estranhas dos usuários, à diferença, se associa a elas e produz sujeitos-diferentes no mundo, mas um mundo capaz de assimilar esta diferença enquanto singularidades em um conjunto que é múltiplo e, portanto, formado por todos (FRANCO; MERHY, 2013, p. 245).

A partir do encontro com as afetações e percepções dos trabalhadores residentes, vivenciando a formação e a prática em um período pandêmico,

podemos localizá-lo nesse lugar de tensão e resistência. Ainda que diante de um cenário não favorável às boas condições de trabalho e à segurança, voltado aos afetos tristes e ao cansaço, em que não há uma prioridade em construir cuidado do cuidador e de produção de bons encontros, os profissionais residentes estão presentes de modo nômade, tensionando as relações fixas e criando brechas para a invenção do trabalho vivo em ato.

Pensar a formação dos(as) residentes por meio do caminho dos afetos produzidos nesse cenário de pandemia de Covid-19 foi um aspecto fundamental, uma vez que as afetações produzem aprendizagens significativas que promovem mudanças e ações na prática do cuidado em Saúde, já que o trabalho em Saúde, enquanto ato vivo, produz-se a partir dos encontros (MERHY; FRANCO, 2013).

Ao longo das vivências das atividades da residência, percebemos que o saber técnico não foi suficiente para dar conta da complexidade dos territórios e das vidas. Foi preciso mover ações mais inventivas e criativas para lidar com o cenário de crise na Saúde, a exemplo do Plano de Ação de Enfrentamento à Covid-19.

Colocar essas questões em jogo é ter a oportunidade de se comprometer com o próprio processo formativo, trilhando caminhos da forma(t)ação à (trans)formação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família. É, também, pensar e construir uma formação de profissionais da Saúde que fortaleça aspectos da educação permanente e possibilite análises e autoanálises do trabalho e da vida no SUS.

Diante da construção desse trabalho, ficou compreensível que um processo de educação em Saúde opera mudanças significativas, formando um novo sujeito capaz de intervir no seu microcosmo e nele produzir um mundo conectado com os valores do humanismo, da solidariedade, da alegria, da vitalidade, da cidadania, da autonomia e da liberdade, sendo esses valores necessários às práticas de cuidado em saúde, sobretudo no âmbito do SUS.

O profissional residente, enquanto nômade, é protagonista da produção do cuidado, sendo ativo e desejante, fazendo uso de sua caixa de ferramentas — adquiridas na formação e na experimentação com o mundo do trabalho e da vida, para atuar e produzir saúde —, além de se envolver, de forma aplicada e afetiva, com seu próprio processo formativo, pois quem faz o percurso da formação é o próprio residente.

A educação permanente tem sido fundamental nesse processo, e, apesar das mudanças ocorridas devido à pandemia, as aulas remotas oportunizaram um aprendizado significativo, possibilitando aos profissionais residentes a realização de uma autoanálise e a observação dos afetos que atravessam seu corpo, sua mente e suas emoções. Portanto, a caixa de afetação e o diário cartográfico serviram como instrumentos fundamentais para dar passagens a esses afetos.

Buscamos, nesse trabalho, trazer para a cena os profissionais residentes e os seus lugares de relações formativas e de práticas no serviço. Diante de um contexto de crise e de caos e de desterritorialização da formação, acompanhamos as mudanças ocorridas nos planos formativos dos residentes, bem como as novas formas de saberes e práticas e alguns dos modos criativos de se estar presente nos territórios.

O nosso intuito, portanto, foi provocar um olhar sensível para as caixas de afetação e os diários cartográficos como instrumentos formativos e analisadores que nos mostrem as vozes e ruídos dos afetos que pedem passagem e que mobilizam os profissionais residentes no seu processo formativo, estando eles imersos no SUS. Buscamos, assim, mergulhar na geografia dos afetos, inventar pontes e fazer uma travessia.

Ao deixar emergirem os afetos que circulam e dos quais somos capturados durante os serviços de Saúde, foi ativado um olho vibrátil de um corpo que também vibra com as intensidades e fluxos, que se abre para as afecções, para percebê-las e acolhê-las enquanto produção de desejos e expressões de si no campo da Saúde.

A formação na Residência Multiprofissional, neste momento atual, foi toda atravessada pelos impactos e desafios emergidos com a chegada da pandemia de Covid-19. Muito já é falado sobre o desmonte do SUS, sobre a crise humanitária e o fim do mundo. No entanto, finalizamos esse capítulo trazendo uma provocação de Ailton Krenak (2019) sobre adiar o fim do mundo contando novas histórias. De modo igual, convocamos os leitores a pensar ideias e histórias para adiar o “fim do SUS”, e, conseqüentemente, o fim dos programas de Residência Multiprofissional, que, por sua vez, sofrem constantes ameaças e ataques. Fazer isso é adiar o fim.

Referências

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.

BERTOLOZZI, M. R.; FARIA, L. S. A vigilância na atenção básica à saúde: perspectivas para o alcance da vigilância à saúde. *Rev. Esc. Enferm.*, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 789-795, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000300034>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/MqLWJKPDrm4jm7pw7FGrCZx/?lang=pt>. Acesso em: 19 out. 2022.

BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes, 1999.

BONDÍA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Rev. Bras. Educ.*, Rio de Janeiro, n. 19, p. 21-28, 2002. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-24782002000100003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbedu/a/Ycc-5QDzZKcYVspCNspZVDxC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?* 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf. Acesso em: 19 out. 2022.

CARVALHO, M. S.; MERHY, E. E.; SOUZA, M. F. Repensando as políticas de Saúde no Brasil: educação permanente em saúde centrada no encontro e no saber da experiência. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 23, p. 1-12, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.190211>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/Kk4Tc9WFTzmn8NY5rhYqXDP/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 19 out. 2022.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/GtNSGFwY4hzh9G9cGgDjqMp/>. Acesso em: 19 out. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). *Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016*. Esta Resolução dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. Brasília: CNS, 2016. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 19 out. 2022.

DELEUZE; G.; GUATTARI, F. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. 2. ed. São Paulo: Editora 34, 2011.

DOMINGOS, C. M.; NUNES, E. F. P. A.; CARVALHO, B. G. Potencialidades da Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o olhar do trabalhador de saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu*, v. 19, n. 55, p. 1221-1232, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0653>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/rSCfWS9nWd7wZvH7FPdn-NCt/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 19 out. 2022.

FEUERWERKER, L. C. M. *Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação*. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

FILHO, K. P.; TETI, M. M. A cartografia como método para as ciências humanas e sociais. *Barbarói*, Santa Cruz do Sul, n. 38, p. 45-59, 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-65782013000100004. Acesso em: 19 out. 2022.

FORTUNA; C. M. *et al.* Movimentos da educação permanente em saúde, desencadeados a partir da formação de facilitadores. *Rev. Latino-Am.*, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 1-10, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/JSvWxcMP6skSWbQcvWDLcMg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 out. 2022.

FRANÇA, T. *et al.* A capilaridade da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. *Investigação Qualitativa em Saúde*, [S. l.], v. 2, p. 66-75, 2016. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/738/725>. Acesso em: 19 out. 2022.

FRANCO, T. Acolhimento solidário como dispositivo para a formação pelo trabalho: a experiência da disciplina Trabalho de Campo II, no curso de Medicina da UFF. *Saúde em Redes*, v. 1, n. 1, p. 20-30, 2015. DOI: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2015v1n1p20-30>. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/307>. Acesso em: 19 out. 2022.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. *Mapas analíticos: una mirada sobre la organización y sus procesos de trabajo*. Rio de Janeiro: UFRJ, 2007.

Disponível em: https://www.academia.edu/31805148/Mapas_anal%C3%A9ticos_uma_vis%C3%A3o_sobre_a_organiza%C3%A7%C3%A3o_e_seus_processos_de_trabalho. Acesso em: 19 out. 2022.

GOMES, D. F. et al. (org.). *(Trans)formações das residências multiprofissionais em saúde*. Sobral: Edições UVA, 2020.

HUR, D. *Psicologia, política e esquizoanálise*. Campinas: Alínea, 2018.

KRENAK, A. Ideias para adiar o fim do mundo. In: KRENAK, A. *Ideias para adiar o fim do mundo*. São Paulo: Companhia das Letras, 2019. p. 13.

MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E.; FRANCO, T. *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2013.

MINAYO, M. C. S. *Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em saúde da família. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 814-827, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000400009>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sau-soc/a/mCRtDzTkXpWYfmy3WwPv6PL/?lang=pt>. Acesso em: 19 out. 2022.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (org.). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2009. 207 p. Disponível em: <https://desarquivo.org/sites/default/files/virginia-kastrup-liliana-da-escossia-eduardo-passos-pistas-para-o-metodo-da-cartografia.pdf>. Acesso em: 26 out. 2022.

RÖHR, F. Espiritualidade e formação humana. *Poiésis: Revista do Programa de Pós-Graduação em Educação, Tubarão*, v. 4, n. esp., p. 53-68, 2011. DOI: <https://doi.org/10.19177/prppge.v4e0201153-68>. Disponível em: <https://portaldeperiodicos.animaeducacao.com.br/index.php/Poiesis/article/view/748>. Acesso em: 19 out. 2022.

ROLNIK, S.; GUATTARI, F. *Micropolítica: cartografia do desejo*. Petrópolis: Vozes, 1996.

ROLNIK, S. *Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. Porto Alegre: Sulina, 2014.

SIMONINI, E. Linhas, tramas cartografias e dobras: uma outra geografia nos cotidianos das pesquisas. In: GUEDES, A. O.; RIBEIRO, T. (org.). *Pesquisa, alteridade e experiência: metodologias minúsculas*. Rio de Janeiro: Ayvu, 2019. p. 73-92.

SODRÉ, F. et al. *Formação em saúde: práticas e perspectivas no campo da saúde coletiva*. Vitória: Edufes, 2016. 266 p. Disponível em: <http://repositorio.ufes.br/bitstream/10/6771/8/Forma%20Sa%C3%A7%C3%A3o%20em%20Sa%C3%Bade.pdf>. Acesso em: 26 out. 2022.

TESTON, L. M. et al. Avaliação no SUS: uma crítica à ideologia do produtivismo no capitalismo contemporâneo. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 3, p. 226-239, 2018.

PARTE

2.

Saúde, trabalho e subjetividade: raça, cor e saúde da família rural



Saúde da população negra na atenção básica: reflexões de profissionais de saúde

Gledson Wilber de Souza

José Marcos da Silva

Darlindo Ferreira de Lima

Atenção Primária à Saúde (APS), segundo Oliveira (2013), é uma estratégia de organização e reorganização dos sistemas de Saúde que representa a porta de entrada do usuário, sendo o primeiro nível de atenção e uma possibilidade de mudança do modelo biomédico de se fazer saúde, ou seja, uma transição da tão consolidada prática clínico-assistencial dos profissionais.

Dentro desse contexto, a APS busca, através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), desenvolver ações de promoção, proteção e recuperação de saúde a partir de uma lógica integral e continuada. No Brasil, a ESF tem como norte o reconhecimento das necessidades da população, captadas através do estabelecimento de vínculos entre profissional e usuário, em ligação direta com o território (OLIVEIRA, PEREIRA, 2013).

Essa centralidade no território e na família possibilita uma melhor compreensão do processo saúde-doença e uma postura interventiva que ultrapasse a lógica curativista (OLIVEIRA, PEREIRA, 2013). Dessa forma, se o propósito básico é a aproximação da realidade vivenciada pela comunidade, é justificável que se questione quem realmente são os indivíduos que compõem esse território, quais suas singularidades, qual a sua história e como é possível realizar um acolhimento integral dessa gama de fatores.

Lopes (2004) defende que, para alcançar uma prática de cuidado efetivo, é necessário considerar as necessidades e expectativas, o perfil socioeconômico, a raça, o gênero e as crenças da população assistida. Com isso, na APS, a dificuldade do profissional em acolher essa diversidade e pluralidade pode comprometer a resolutividade de ações. Se esse profissional não recebe uma formação que reconheça a importância da relação entre saúde e as singularidades históricas de cada população, o olhar e o vínculo construídos por ele podem ser deficientes.

A APS na cidade de Vitória de Santo Antão-PE, local onde foi desenvolvida esta pesquisa, conta com o apoio do Programa de Residência Multiprofissional de Interiorização de Atenção à Saúde (PRMIAS) do Centro Acadêmico de Vitória da Universidade Federal de Pernambuco (CAV/UFPE).

Esse programa promove a inserção de profissionais de saúde no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) em cada microrregião do município, e o Nasf, por sua vez, funciona dando apoio assistencial, pedagógico e organizacional às Unidades Básicas de Saúde (UBSs) através de uma equipe multiprofissional (BRASIL, 2014).

Os profissionais das UBS apoiadas compõem as equipes de ESF e foi a partir dessa imersão nas UBSs enquanto profissionais de Psicologia que se percebeu a presença de comunitários(as) com características negróides (pele retinta, cabelo crespo, nariz largo). Essa percepção despertou a curiosidade sobre como vem sendo realizado o acolhimento da população negra, tendo como recorte a sua raça, e qual a compreensão dos profissionais de Saúde acerca das especificidades de saúde dessa população.

Quando se pensa em acolhimento nos serviços de Saúde, esse pode ser entendido como o vínculo que o profissional constrói com o comunitário no ato de recepção e escuta. Esse acolhimento deve existir em todas as relações de cuidado, como uma alternativa de melhoria do acesso aos serviços (LOPES *et al.* 2015), contribuindo para um atendimento integral em que o sujeito é acolhido a partir dos seus condicionantes em saúde (sexo, raça, orientação sexual e condições socioeconômicas, por exemplo).

Tendo isso como norte, este estudo buscou compreender a noção que os profissionais de Saúde da ESF têm sobre a saúde da população negra, como essas pessoas estão sendo acolhidas nos serviços e que tipo de vínculo vem sendo construído entre profissional e usuário quando este último se reconhece enquanto pessoa negra.

Sobre essa identificação, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) reconhece cinco categorias de raça/cor no Brasil: amarela, branca, indígena, parda e preta, sendo a negra entendida didaticamente na literatura como a junção entre pardos e pretos (ANJOS, 2013).

Sobre isso, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD), divulgada pelo IBGE, aponta que houve um aumento no número de pessoas que se declaram negras e uma queda no número de pessoas brancas. No Brasil, temos 55,8% de pessoas negras (sendo 46,5% pardas e 9,3% pretas) e 43,1% que se declaram como brancas, concluindo-se que somos um país de maioria negra (MORIGGI, 2017).

Traçando um panorama geral sobre os dados do IBGE, é possível denunciar as desigualdades étnicas no Brasil e certificar a importância do

debate racial no âmbito comunitário e acadêmico. Em relação ao analfabetismo, por exemplo, a taxa de pessoas pretas e pardas analfabetas no centro urbano é de 6,8% e, na zona rural, é de 20,7%, sendo que os mesmos dados para pessoas brancas são de 3,1% e 6,8%, respectivamente (IBGE, 2019). Ou seja, nos dois dados, pessoas negras apresentam mais do que o dobro em relação à raça branca (IBGE, 2019).

No que diz respeito ao mercado de trabalho, 68,6% dos cargos gerenciais são ocupados por pessoas brancas, e as pessoas negras ficam com apenas 29,9%; já no âmbito da subutilização (soma das populações subocupadas por insuficiência de horas, desocupadas e forças de trabalho potencial), a taxa de negros é de 29,0% contra 18,8% de brancos, importando ressaltar que essa taxa de subutilização da força de trabalho negro independe do nível de instrução da pessoa, o que torna o dado mais agravante, visto que a informalidade no trabalho limita o acesso a direitos trabalhistas básicos (IBGE, 2019).

Quanto ao Sistema Único de Saúde (SUS), ao se analisar a cobertura em saúde a nível nacional, em 2003, foi possível verificar que 63,5% dos atendimentos e 69,3% das internações realizadas no país foram de responsabilidade do SUS. Além disso, quando feito o recorte de raça/cor, percebe-se que 76% dos atendimentos foram destinados para negros e 81,3% dos seus internamentos foram cobertos pelo SUS, enquanto que, para brancos, as proporções foram de 54% e 59%, respectivamente, indicando a SUS-dependência vivenciada pela população negra (PINHEIRO *et al.* 2009).

A título de exemplo, como um dos resultados das lutas por reparação histórica do povo negro, no dia 10 de novembro de 2006 foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) a Portaria nº 992 — Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) —, que tem como proposta a promoção da equidade de acesso à saúde, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições do SUS e a reparação histórica da desigualdade étnico-racial vivenciada pela população negra (PINHEIRO *et al.* 2009; SANTOS; SANTOS, 2013).

A inserção da Portaria nº 992 no SUS acontece através de estratégias de gestão solidária e participativa, a exemplo do desenvolvimento de ações e estratégias de identificação, combate e prevenção do racismo institucional (RI) no ambiente de trabalho; da ampliação e fortalecimento do controle social; e da utilização do quesito raça/cor nas informações epidemiológicas, para a definição de prioridades e as tomadas de decisão (BRASIL, 2013).

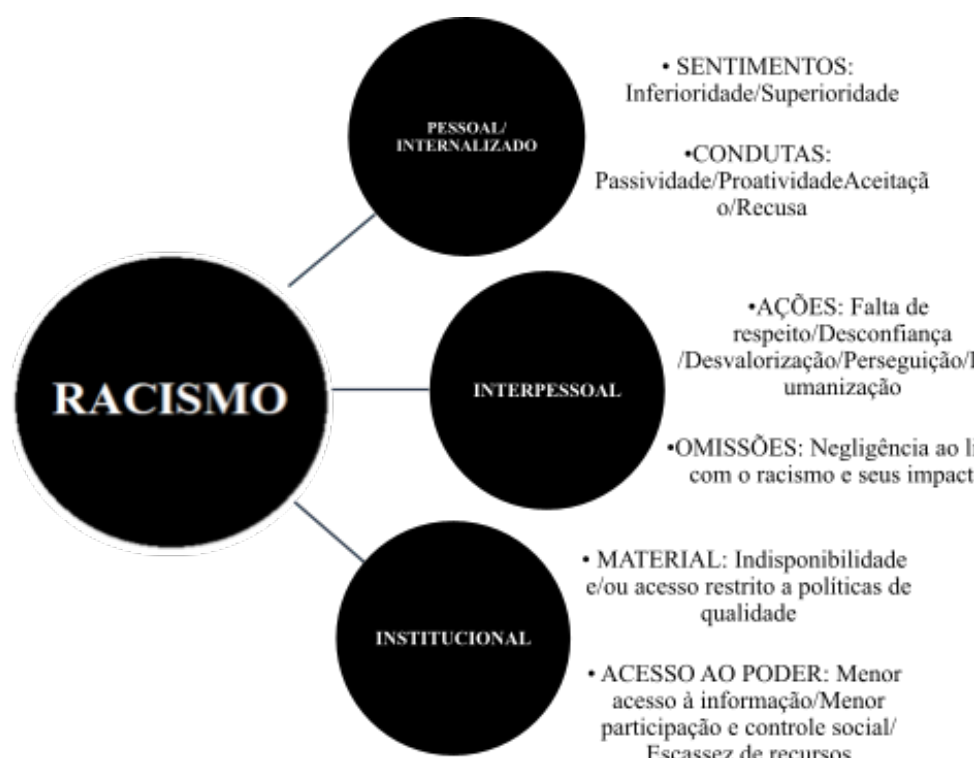
Nesse sentido, compreende-se que o papel da PNSIPN se dá não apenas por uma questão quantitativa, mas também por sermos uma nação que vivenciou, por mais de 300 anos, um regime escravocrata, do qual apenas há 130 anos foi liberta, um marco violento que carimba a história desse país e a subjetividade do povo negro (VEIGA, 2019).

Os dados evidenciam, portanto, uma estrutura social racista que se mantém historicamente, mesmo com o fim da escravidão. Para o enfrentamento de tais violências, é de suma importância desvelar o racismo e as dimensões em que ele se apresenta.

Segundo Jones (2002) *apud* Werneck (2016, p. 541), o racismo pode ser dividido em três dimensões (Cf. figura 1): (i) o racismo internalizado, que “[...] traduz a ‘aceitação’ dos padrões racistas pelos indivíduos, incorporando visões e estigmas”; (ii) o racismo interpessoal, que “[...] se expressa em preconceito e discriminação, condutas intencionais ou não entre pessoas”; e, por fim, tem-se (iii) o racismo institucional (RI), que:

[...] possivelmente é a dimensão mais negligenciada do racismo, desloca-se da dimensão individual e instaura a dimensão estrutural, correspondendo a formas organizativas, políticas, práticas e normas resultando em tratamentos e resultados desiguais (WERNECK, 2016, p. 541).

Figura 1 – Dimensões do Racismo:



Fonte: Werneck (2016), adaptado de Jones (2002).

Dentre as três dimensões do racismo (pessoal/internalizado; interpessoal e institucional), o RI é, para esta pesquisa, o mais relevante, pois busca analisar a compreensão dos profissionais da ESF sobre a saúde da população negra a partir da instituição SUS, pela qual eles respondem. Para Werneck (2016, p. 543), o RI

“[...]equivaleria a ações e políticas institucionais capazes de produzir e/ou manter a vulnerabilidade de indivíduos e grupos sociais vitimados pelo racismo”.

Mais do que insuficiente e inadequado, o RI é um mecanismo performático ou produtivo, capaz de produzir e legitimar condutas excludentes. Para ser efetivo, o RI deve ser suficientemente plástico para oferecer barreiras amplas — ou, precisamente, singulares —, de modo a permitir a realização de privilégio para uns em detrimento de outros, em toda sua ampla diversidade (WERNECK, 2016). Portanto, cabe a todos(as), independentemente da raça, estarem atentos(as) a como esse mecanismo de violência se apresenta nos serviços públicos de Saúde, assumindo posturas ativas no seu combate.

Nesse contexto, as hipóteses desta pesquisa foram de que o conhecimento dos profissionais sobre a saúde da população negra era superficial ou inexistente; que eles acreditavam que deveriam tratar os usuários de forma igualitária, independentemente de raça/cor, o que seria problemático, já que um dos pilares do SUS é a equidade; que eles não priorizavam o registro do critério raça/cor na ficha de cadastro dos comunitários; e que não conheciam as políticas públicas direcionadas à população negra ou que invalidavam a importância da sua execução.

Foi a partir disso que a pesquisa teve, como objetivo geral, compreender a noção dos profissionais da ESF acerca da saúde da população negra. Como estratégia para o alcance desse objetivo, propõe-se, aqui, descrever a existência ou não do significado da saúde da população negra nas narrativas dos profissionais da ESF; identificar a existência de registros de dados sobre raça/cor nos cadastros dos comunitários da UBS pesquisada; e, por fim, refletir sobre o conhecimento dos profissionais da ESF acerca das políticas públicas direcionadas à saúde da população negra.

O presente capítulo apresenta os resultados de uma pesquisa qualitativa de cunho etnográfico e participante, com o propósito de compreender a noção dos profissionais da ESF sobre a saúde da população negra. A escolha desse modelo de pesquisa se apresentou como a melhor opção para atingir os objetivos do estudo, pois, segundo Godoy (1995, p. 58), trata-se de um modelo que “[...] não procura enumerar e/ ou medir os eventos estudados, nem emprega instrumental estatístico na análise dos dados. Parte de questões ou focos de interesses amplos, que vão se definindo à medida que o estudo se desenvolve”.

Nota-se que, na pesquisa qualitativa, o pesquisador é um dispositivo fundamental para a apreensão do fenômeno que ocorre, sendo uma outra fonte natural de dados o ambiente no qual esse pesquisador se encontra. A riqueza do estudo, portanto, encontra-se no processo de observar e compreender o fenômeno dentro do contexto do qual ele faz parte e nas

circunstâncias cotidianas dele. É o exercício de se utilizar como o instrumento mais seguro de observação, triagem, investigação e avaliação dos dados (GODOY, 1995).

Dessa forma, a autenticidade desses estudos está relacionada com a disponibilidade do pesquisador em envolver-se com o contexto da pesquisa. É útil não só à ciência, mas também ao cientista, que, por sua vez, precisa que seu corpo e sua subjetividade (formas de sentir, pensar e agir) sejam respeitados e estejam presentes, afetando e sendo afetados de diversas formas, em uma troca contínua com o ambiente externo (ESPINOSA, 2009).

Neste trabalho, também optamos pela referência à pesquisa etnográfica e participante. A primeira, segundo Angrosino (2009) é a ciência de descrever um grupo humano — suas instituições, suas crenças, seus comportamentos interpessoais e suas produções. Já a pesquisa participante, nossa segunda escolha, pode ser compreendida como “[...] um processo partilhado de desconstrução, construção e reconstrução de conhecimentos na ação transformadora e emancipadora” (STRECK, 2013, p. 115).

Portanto, foram priorizados, no caminho metodológico desta pesquisa, a atenção às estratégias de comunicação utilizadas e o fortalecimento de relações pautadas na ética e no respeito, diante da singularidade de cada participante.

A pesquisa foi registrada sob o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE), de número 31187220.4.0000.9430, e autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do CAV/UFPE, pelo Parecer nº 4.062.199.

Após a obtenção dos documentos de anuência, foi realizado um levantamento através de um diagnóstico das UBSs cobertas pelo Nasf Lídia Queiroz, em 2018, para a obtenção do quantitativo de famílias cadastradas por unidade. A partir disso, o critério de seleção foi o de maior o número de cadastros, visto que tínhamos uma maior abrangência da população beneficiada com os resultados da pesquisa.

Entretanto, vale ressaltar que, com vistas à redução dos riscos de desconforto ou sentimento de constrangimento, a UBS Lídia Queiroz (sede do Nasf) foi excluída da seleção por ser a unidade em que o pesquisador possuía mais tempo de serviço e, conseqüentemente, mais vínculos interpessoais.

A UBS selecionada por maior número de famílias cadastradas totalizava 1834 e sua equipe de ESF era composta por uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma dentista, uma auxiliar de saúde bucal e nove Agentes Comunitários de Saúde (ACSs). Para esta pesquisa, especificamente, tivemos seis colaboradores (um representante de cada categoria).

Os critérios de inclusão foram: (i) ter 18 anos ou mais; (ii) estar cadastrado na equipe da ESF; e (iii) ter disponibilidade para participar da pesquisa e permitir o registro, gravado em áudio, da sua entrevista. Os critérios de exclusão, por

sua vez, foram: (i) interromper o vínculo empregatício com o serviço de saúde ao qual está cadastrado, ao longo do período de coleta de dados; (ii) não ter experiência prévia (de no mínimo um ano) na ESF; e (iii) durante a entrevista, dar indícios ou proferir falas que se tipificassem como racismo ou injúria racial.

Como instrumento de coleta de dados, foram utilizadas uma entrevista qualitativa e uma análise documental (BAUER; GASKELL, 2008). A entrevista qualitativa possibilitou a compreensão e a investigação sobre as relações entre os atores sociais e suas realidades. Sobre a análise documental, o objetivo foi observar se o quesito raça/cor estava presente nas fichas de cadastro e se era registrado pelos profissionais.

Para isso, realizou-se o contato telefônico com a enfermeira responsável pela unidade, sendo explicada a intenção da realização da pesquisa e acordada a ida presencial em um dia de expediente comum a todos, para o convite formal dela e dos demais profissionais.

Após a leitura dos documentos e assinaturas, iniciou-se a gravação do áudio do encontro. A entrevista foi composta por quatro perguntas norteadoras, sendo elas: (i) qual a sua compreensão sobre a saúde da população negra?; (ii) para você, qual a importância do registro raça/cor no cadastro dos comunitários atendidos na UBS?; (iii) você conhece alguma ação ou política pública voltada para a população negra?; e (iv) para você, qual a importância da existência de políticas públicas direcionadas à saúde da população negra? Ao final das seis entrevistas, obteve-se 21 minutos e 47 segundos de áudio no total.

No que concerne à análise documental, além da autorização de uso de dados fornecida pela Secretaria de Saúde, foi solicitada, também, a autorização da enfermeira responsável pela unidade. Realizou-se um recorte de 10% do total de cadastros da UBS, e um total de 184 dos prontuários físicos arquivados na unidade foram distribuídos entre os nove ACSs (uma média de 20 prontuários por ACS), para alcançar a representatividade de todas as microáreas do território.

Vale ressaltar, também, que, para a execução desta pesquisa, o pesquisador e os participantes não precisaram realizar deslocamentos exclusivos para o local da coleta de dados, não havendo, portanto, o descumprimento das orientações sanitárias de isolamento social. Durante o processo de coleta, todos os participantes já estavam inseridos no seu ambiente de trabalho (UBS) e desempenhando suas funções cotidianas normais, já que a unidade básica é um serviço essencial de Saúde.

Entretanto, foram tomados todos os cuidados de proteção no que concerne às orientações sanitárias da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) (BRASIL, 2020), mesmo que todos (pesquisador e participantes) já estivessem sujeitos aos riscos comuns do cotidiano de trabalho.

Dessa forma, durante todo o tempo, o ambiente da entrevista era ventilado e mantido com as janelas abertas. Além disso, todos os participantes utilizaram

máscara durante o encontro; adotaram e mantiveram os aspectos de higiene que minimizassem os riscos de contaminação, como lavar as mãos frequentemente com água e sabão; utilizaram antisséptico de mãos à base de álcool gel 70%; e mantiveram o distanciamento físico de dois metros (BRASIL, 2020).

A análise de dados, por sua vez, foi feita a partir da técnica de Análise de Núcleo de Sentido (ANS), de Mendes (2007), baseado na Análise de Conteúdo Categorical de Bardin. Para aquele autor, a ANS “[...] tem a finalidade de agrupar o conteúdo latente e manifesto do texto, com base em temas constitutivos de um núcleo de sentido, em definições que deem maior suporte às interpretações” (MENDES, 2007, p. 72).

Primeiramente, foi feita uma leitura geral, seguida da escolha dos temas psicológicos (categorizados pelo critério de semelhança de significados), e, por fim, os temas foram agrupados em núcleos de sentido. É importante destacar que a nomeação e a definição desses núcleos de sentido foram essenciais para certificar a aplicação da técnica (MENDES, 2007).

Após a seleção dos temas, foram estabelecidas as categorias de análise, seguindo as regras de: (i) exclusão mútua: cada elemento só deve existir em uma única categoria; (ii) homogeneidade: é necessário haver somente uma dimensão de análise por categoria; (iii) pertinência: as categorias devem estar em consonância com os objetivos da pesquisa; (iv) objetividade e fidelidade: as subjetividades dos analistas não distorcem as interpretações, já que as categorias foram bem definidas; e (v) produtividade: se as hipóteses e os dados gerados foram exatos e férteis, as categorias podem ser consideradas produtivas (MENDES, 2007).

Emergiram como *categorias de análise*: (i) Política de atenção à saúde da população negra; (ii) Implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde da População Negra; e (iii) Promoção da igualdade racial. Como *categorias operacionais*, emergiram das entrevistas: (i) raça: igualdade racial, especificidade no cuidado, seguridade; (ii) registro do quesito raça/cor: preenchimento dos registros e prontuários; e (iii) relevância da implementação da política para a promoção da igualdade racial.

Os resultados são apresentados em um quadro com os resultados da categorização, tema e conteúdos que emergiram das entrevistas. Quando perguntados sobre a compreensão acerca da saúde da população negra, os profissionais relataram não ver diferença entre as raças. Para eles, no serviço de Saúde não deve haver distinção por cor de pele, e os atendimentos devem acontecer de forma igualitária. Eles dizem, ainda, que compreendem que pessoas negras podem sofrer racismo, mas que a raça da pessoa atendida não interfere no modo como eles exercem sua prática profissional.

No referido quadro, que será apresentado em breve, constam os resultados da análise da compreensão dos profissionais sobre a Política Nacional

de Atenção à Saúde da População Negra. Verifica-se que cada profissional defende a igualdade de raças, trazendo a sua percepção individual do cenário racial brasileiro; entretanto, ao que parece, isso não condiz com a realidade. Ademais, compreende-se, a partir de um diálogo com autores decolonialistas, que, por mais desconfortável que seja reconhecer a existência de um passado escravocrata, não o fazer é, em alguma medida, repeti-lo, visto que as consequências da história não se apagam e estão vivas, independentemente do que o nosso imaginário queira apresentar como confortável.

Apesar dessa condição humana inerente a todos, a realidade social brasileira mostra fortes disparidades entre as raças, divergindo da percepção relatada pelos profissionais. O discurso de igualdade racial parece não corresponder à realidade brasileira quando, por exemplo, a taxa de homicídios por 100 mil jovens é de 98,5% para pretos e pardos *versus* 34,0% para brancos; quando a representação política de deputados eleitos é de 75,6% para brancos *versus* 24,4% para negros; ou quando o número de negros abaixo da linha de pobreza é o dobro em relação ao número de brancos — 32,9% e 15,4%, respectivamente (IBGE, 2019).

Esse discurso de igualdade racial nos parece estar relacionado a uma postura de negação do passado e das suas atuais consequências. Parece difícil reconhecer que se faz parte de um país marcado por um regime de violência; entretanto, é possível que essa estratégia de negação contribua na manutenção da desigualdade, pois como seria possível solucionar uma problemática sem antes assumir a sua existência? Afinal, um povo que não reconhece a sua história pode estar fadado a repeti-la, mesmo que em outra roupagem.

Quando pensamos no âmbito psíquico, este se assemelha a um luto patológico ou complicado quando, na primeira tarefa do enfrentamento, não se consegue aceitar a perda ou o episódio traumático quando se foge ou adia essa elaboração. Aqui, entendemos o luto não apenas quando ocorre a morte de fato e a ruptura da relação com o outro, mas também quando há a perda de algo vivenciado ou concebido (GONÇALVES; BITTAR, 2016; OLESIAK, 2018; WORDEN, 2013).

Com a abolição da escravatura, “encerrou-se” o regime escravocrata; contudo, a *morte* desse sistema, ao que parece, nunca foi consumada, ao passo que, não reconhecendo as consequências da escravidão, nega-se a sua existência e, por assim dizer, a sua morte simbólica. Gonçalves; e Bittar (2016) afirmam ser necessário o enfrentamento, o lidar com a dor e o sofrimento, que a experiência sugere para superá-lo.

Quadro 1 – Análise da compreensão dos profissionais da ESF sobre o cuidado da população negra:

Categoria analítica	Categorias operacionais	Conteúdos emergentes
<p style="text-align: center;">Política de Atenção à Saúde da População Negra</p>	<p style="text-align: center;">Raça</p>	<p>Igualdade Racial</p> <p>E1: “São todos seres humanos temos que tratar bem todos: negro, preto, branco”.</p> <p>E3: “A minha compreensão é a igualdade entre todo mundo, eu não tenho, eu vejo que não tem nenhuma diferença entre a população negra”.</p> <p>E4: “Assim, particularmente, eu como cirurgião dentista, eu não divido, eu não divido assim, saúde negra, saúde branca ou qualquer outra cor, eu atendo o cidadão como cidadão”.</p> <p>E5: “Na verdade eu no meu atendimento no meu trabalho eu tento não diferenciar muito a questão da etnia da raça na distribuição de doenças digamos assim”.</p> <p>E6: “É algo que pra mim eu não diferencio o branco do negro em relação à saúde”.</p> <p>Especificidade no cuidado</p> <p>E2: “Nenhuma infelizmente”.</p> <p>E3: “Infelizmente não, não existe nada voltado para o negro”.</p> <p>E4: “Conheço não, eu posso ouvir falar, mas nunca pesquisei sobre isso, nunca me voltei não”.</p> <p>E5: “Então, no sentido da saúde não me recorde de nada agora”.</p>



Categoria analítica	Categorias operacionais	Conteúdos emergentes
<p align="center">Política de Atenção à Saúde da População Negra</p>	<p align="center">Raça</p>	<p>Seguridade</p> <p>E4: “Porque algumas doenças quando a gente estuda na faculdade, comete mais na raça negra, na raça branca, entendeu? Acho que para isso, só pra identificar isso aí mesmo, mais científico mesmo”.</p> <p>E5: “A hipertensão arterial, ela conhecidamente é mais prevalente em pessoas que têm origem em população negra, aí a gente precisa digamos, como profissional de saúde, acho que ter essa luzinha acesa, de repente procurar mais, fazer uma triagem mais frequente e tudo mais para que a gente identifique uma situação de possível doença e tratamento da forma mais efetiva possível, então acho que nesse sentido é interessante sim a gente falar sobre isso e trazer isso pra sociedade”.</p> <p>E5: “A gente sabe assim que pela ciência já se constatou que existe sim algumas situações de saúde que são mais prevalentes na etnia negra, então nesse sentido a gente precisa às vezes ter um pouco mais de cuidado e às vezes iniciar um tratamento antes”.</p> <p>E6: “A gente sabe que tem doenças que tipo são mais típicas em pessoas da pele mais escura ou pessoas mais brancas também tem algumas doenças”.</p>

Fonte: Elaborado pelos próprios autores.

Os relatos sobre saúde da população negra, apresentados no quadro anterior, certificaram a hipótese de que os profissionais não conheciam políticas públicas direcionadas à população negra. Isso pode ser explicado pelo fato da Atenção Básica ser um nível da atenção em Saúde de abrangência complexa, o que pode acabar dificultando a priorização de algumas políticas em detrimento de outras no processo de educação permanente em Saúde.

Estar na Atenção Básica é ser chamado a desempenhar um *fazer-saúde* para além da lógica saúde *versus* doença e começar a compreender o indivíduo de forma integral, como um ser social singular, que carrega história, gênero, raça e condições econômicas (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; LOPES, 2004). É por isso, portanto, que se faz necessário conhecer a PNSIPN, para uma melhor compreensão das necessidades do povo negro.

A partir disso, ficam evidenciadas as dificuldades do processo de transição do modelo biomédico para uma assistência à Saúde mais integral, pois desconhecer as políticas públicas voltadas à maior raça brasileira em quantitativo de habitantes sugere que o recorte racial não tem sido priorizado como determinante no campo da Saúde. Em outras palavras, a tão consolidada prática clínico-assistencial parece continuar hegemônica no

fazer-saúde, fato que não condiz com a proposta básica da APS de ser uma estratégia de reorganização dos sistemas de Saúde tradicionais (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013) e compromete a resolutividade das ações, visto que a diversidade racial das populações não está sendo acolhida (LOPES, 2004).

Percebe-se uma contradição com a ideia de igualdade racial defendida. Os profissionais afirmaram que atendem a população de forma igualitária e defenderam a não diferenciação por raça, pois, para eles, são todos seres humanos e todos merecem as mesmas condições de atendimento. As falas nos parecem contraditórias, pois, se acreditam serem todos iguais e que devem receber o mesmo atendimento, teoricamente não seria necessária a existência de políticas públicas específicas para a raça negra; dessa forma, não haveria motivos para defender a importância dessas políticas.

Além disso, não houve consenso entre as respostas dos participantes no que diz respeito à história da desigualdade racial. Todos afirmam que prestam atendimento de forma igualitária, por todos serem iguais. Porém, dois dos profissionais mudam de perspectiva, pois afirmam que a população negra foi discriminada historicamente e se encontra em uma posição de desvantagem em relação às demais.

Essas inconsistências e contradições nos discursos — tanto de defender a existência de políticas e ao mesmo tempo crer na realidade de igualdade racial quanto afirmar que são todos iguais, mas depois reconhecer que historicamente se diferem — podem estar relacionadas a um desconhecimento sobre o assunto ou a não se sentir à vontade para falar sobre a temática:

Quadro 2 – Análise da compreensão dos profissionais da ESF sobre o cuidado da população negra:

Categoria analítica	Categorias operacionais	Conteúdos emergentes
Implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde da População Negra	Registro do quesito raça/cor	<p>Preenchimento dos registros e prontuários</p> <p>E3: “Eu acredito que essa coisa de raça/cor não deveria existir no cadastro”.</p> <p>E4: “Bem sincero eu acho que só para protocolar, porque eu não vejo necessidade de distinguir a necessidade do ser humano”.</p> <p>E5: “Eu confesso que eu costumo não registrar, não colocar isso com um grau de importância”.</p> <p>E6: “Porque assim durante consultas, atendimentos meus, eu não diferencio eu não coloco raça”.</p>



<p>Promoção da igualdade racial</p>		<p>Relevância da implementação</p> <p>E1: "Muito importante para todos".</p> <p>E2: "Pra mim é muito importante porque eu acho que todos os seres humanos são iguais e eles precisam do mesmo direito que um branco precisa, então já deveria existir isso há muito tempo [...] a política seria muito importante se ela fosse voltada de uma forma correta e justa pra todo mundo, porque todos somos iguais".</p> <p>E3: "A importância é que todos nós somos iguais e devemos ver que onde um branco entra, outra pessoa entra todo mundo tem que ter acesso a todo atendimento independente de cor".</p> <p>E4: "Particularmente eu acho importante porque a população negra ela de certa forma ela foi uma, digamos assim, população que foi sofrida desde os primórdios da nossa, do período de colonização. Assim né, no meu ver é uma população que não teve tanto acesso como os demais, entendeu? Então eu acho importante a gente dá uma certa atenção para meio que compensar isso aí".</p> <p>E6: "Eu acho que faria diferença em relação a população porque a gente sabe que existe o preconceito, sabe que existe a diferença e pra eles não se sentirem tão diferentes e tão excluídos, né?"</p>
-------------------------------------	--	---

Fonte: Elaborado pelos próprios autores.

Ademais, as respostas dos profissionais nessa categoria foi contrária a uma das hipóteses da pesquisa, pois se imaginava que, para eles, todos deveriam ser atendidos de forma igualitária e que, por isso, as políticas não seriam importantes, mas os comentários foram diferentes do que se esperava.

Um dado relevante foi de que apenas os profissionais que desempenham atividade de nível superior (médico, dentista e enfermeira) relataram ter conhecimento da existência de comorbidades que acometem a raça negra de forma singular. Esse dado sobre as singularidades reforça as informações da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), ao apresentar que os índices de hipertensão (44,2%) e diabetes (12,7%) são mais altos na população negra em comparação à população branca, sendo os números 22,1% e 6,2%, respectivamente. O mesmo se repete em relação à asma, à doença cardíaca e à tuberculose, em que as taxas para negros também se situam acima daquelas apresentadas pela população branca (BRASIL, 2017).

As afirmativas dessa categoria também ratificam os dados da análise da situação de saúde do Brasil, presentes na PNSIPN. A política traz, por exemplo, que mulheres negras grávidas morrem mais de causas maternas do

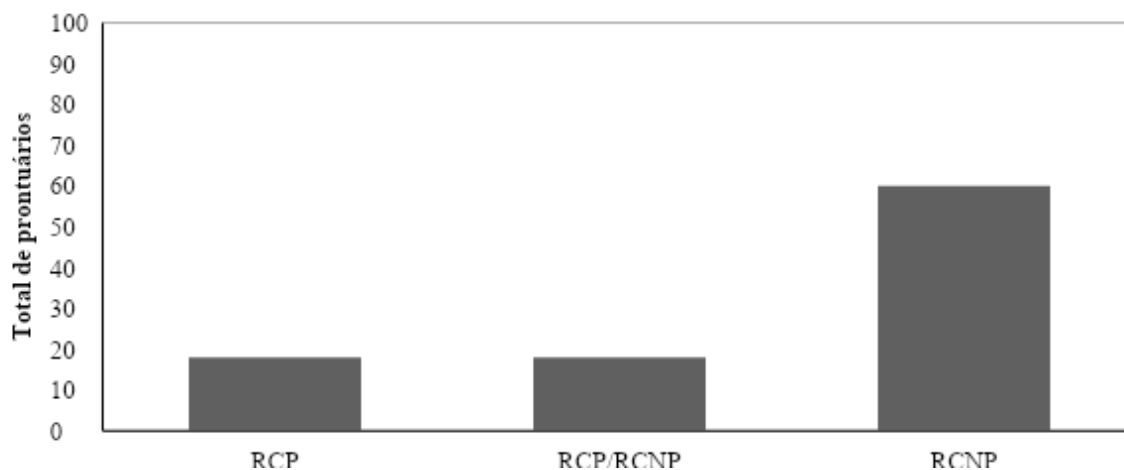
que mulheres brancas e que crianças negras morrem mais de doenças infecciosas e desnutrição do que crianças brancas (BRASIL, 2013), fatos que reafirmam que o processo de adoecimento vivenciado pela população negra possui realmente singularidades, como citado pelos participantes da pesquisa.

Werneck (2016, p. 538) considera que a PNSIPN tem como um de seus objetivos “[...] aprimorar a qualidade dos sistemas de informação em saúde, por meio da inclusão do quesito cor em todos os instrumentos de coleta de dados adotados pelos serviços públicos, os conveniados ou contratados com o SUS”. Isso contribuiria para um registro mais efetivo da realidade de atendimento dos serviços, possibilitando que os bancos de dados pudessem ser instrumentos de melhoria da assistência em Saúde.

Portanto, ao não registrar raça/cor, na tentativa de seguir uma lógica de igualdade, continua-se desconhecendo quem é a população atendida e quais as suas especificidades, perdendo-se de vista um princípio fundamental do SUS: a equidade. Goes; Ramos; e Ferreira (2020) pontuam que, no Brasil, o fato de não termos informações desagregadas por raça ou etnia, ou quando essas informações coletadas apresentam um preenchimento precário, poderia resultar em desfechos negativos para negros e negras, considerando o histórico social de ausências de direitos no caso, por exemplo, de uma pandemia.

Para Oliveira (2003), por exemplo, o âmbito da saúde da população negra no Brasil é um campo de estudos, pesquisas e assistência reconhecido politicamente, do qual não se pode negar as bases científicas, apesar desse campo ainda estar em construção e ter limitações políticas e ideológicas para firmar-se junto às instituições formadoras nas diretrizes de políticas públicas e nos serviços de assistência à Saúde. Por isso há a necessidade de fortalecer a prática de registro raça/cor como estratégia fundamental para o fortalecimento dessa temática.

O relato dos profissionais sobre os registros, nessa categoria, ratifica os resultados da análise documental dos prontuários, pois apenas 17,2% tinham todas as fichas com quesito raça/cor preenchidas. Destaca-se que, dos 184 profissionais, 88 deles não possuíam nenhuma ficha com quesito raça/cor e 96 possuíam alguma ficha com esse quesito. Dentre os que possuíam, tivemos 18 prontuários contendo apenas fichas com o quesito raça/cor preenchido (17,2%); 18 prontuários contendo tanto fichas com o quesito preenchido quanto fichas com o quesito não preenchido (17,2%); e 60 prontuários contendo apenas fichas com quesito raça/cor não preenchido (57,6%):

Gráfico 1 – preenchimento do quesito o quesito raça/cor nos prontuários com fichas²:

Fonte: Elaborado pelos próprios autores.

À guisa de conclusão, a pesquisa alcançou os objetivos a que se propunha, sendo possível notar que, apesar das lutas e conquistas da população negra em relação à reparação histórica das violências vivenciadas, esse debate ainda é pouco discutido nos espaços de Saúde. Ratificamos, também, que o desenvolvimento dessa pesquisa é uma denúncia não contra indivíduos específicos, mas contra uma lógica enraizada na visão dos brasileiros.

Faz-se necessário, antes de tudo, reconhecer não só o passado escravocrata brasileiro, mas também as consequências dele na estrutura social atual, e, a partir disso, buscar assumir uma postura antirracista tanto no âmbito pessoal quanto no âmbito profissional, visto que, ao se assumir funções enquanto profissional em instituições públicas, assume-se, também, muitas responsabilidades.

No contexto de uma instituição de Saúde em um país como o Brasil, é compromisso ético e dever de todos a busca por uma assistência à saúde universal, integral, equânime e necessariamente antirracista. Para isso, faz-se necessário o fortalecimento da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra nos processos de educação permanente em Saúde no âmbito da Atenção Básica.

No mais, a respeito das limitações do estudo, acreditamos que tanto o fato das entrevistas serem gravadas quanto a raça dos participantes

² Legenda: RCP = quesito raça/cor preenchido; RCP/RCNP = quesito raça/cor preenchido e quesito raça/cor não preenchido; e RCNP = quesito raça/cor não preenchido.

(quatro brancas, uma preta e uma parda) e do entrevistador/pesquisador (preta) podem ter gerado alguma influência nas respostas apresentadas. Por isso, para pesquisas futuras, será considerada como possibilidade uma coleta de respostas feita de forma anônima, dirimindo possíveis interferências no processo.

Contudo, apesar das limitações, foi possível compreender que a metodologia utilizada possibilitou benefícios não apenas ao âmbito acadêmico —contribuindo com as discussões raciais—, mas também aos participantes, uma vez que eles puderam refletir sobre a saúde da população negra; assumir novas formas de sentir, pensar e agir no que diz respeito ao assunto tratado; e contribuir para a produção científica na área.

Para o pesquisador, por fim, foi gratificante ter a possibilidade de ser agente transformador, intervindo no cotidiano da instituição através de uma pauta urgente e necessária no debate em Saúde e colaborando para o fortalecimento de uma prática profissional alinhada aos direitos humanos.

Referências

ANGROSINO, M. *Etnografia e observação participante*. Porto Alegre: Artmed, 2009.

ANJOS, G. A questão “cor” ou “raça” nos censos nacionais. *Indicadores Econômicos FEE*, Brasília, v. 41, n. 1, p. 103-118, 2013. Disponível em: <https://revistas.planejamento.rs.gov.br/index.php/indicadores/article/view/2934>. Acesso em: 21 out. 2022.

BAUER, M. W.; GASKELL, G. *Pesquisa qualitativa com texto: imagem e som: um manual*. 7. ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2008.

BRASIL. *Política nacional de saúde integral da população negra: uma política para o SUS*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_integral_populacao.pdf. Acesso em: 21 out. 2022.

BRASIL. *Núcleo de apoio à saúde da família – volume 1: ferramentas para a gestão e o trabalho cotidiano*. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf. Acesso em: 21 out. 2022.

BRASIL *Indicadores de vigilância em saúde descritos segundo a variável raça/cor, Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. *Nota técnica GVIMS/GGTES/ANVISA n° 04/2020*. Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo Coronavírus (SARS-COV-2). Brasília: Anvisa, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/2020/nota-tecnica-gvims_ggtes_anvisa-04_2020-25-02-para-o-site.pdf. Acesso em: 21 out. 2022.

ESPINOSA, B. *Ética*. São Paulo: Autêntica, 2009.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. *Revista de Administração de Empresas*, [S. l.], v. 35, n. 2, p. 57-63, 1995. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rae/a/wf9CgwXVjpLFVgpwNkCgnnC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 out. 2022.

GOES, E. F.; RAMOS, D. O.; FERREIRA, A. J. F. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 1-7, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00278>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/d9H84fQxchkfhdwbwzHpmR9L/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 21 out. 2022.

GONÇALVES, P. C.; BITTAR, C. M. L. Estratégias de enfrentamento no luto. *Mudanças: Psicologia da Saúde*, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 39-44, 2016. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/229060212.pdf>. Acesso em: 21 out. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/bibliotecacatalogo?view=-detalhes&id=2101681>. Acesso em: 21 out. 2022.

LOPES, A. S. et al. O acolhimento na atenção básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 114-123, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151040563>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/sKx-Qnfbmdm43Yc7JRrkqNtB/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 21 out. 2022.

LOPES, F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-415010>. Acesso em: 21 out. 2022.

MENDES, A. M. *Psicodinâmica do trabalho: teoria, método, pesquisas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

MORIGGI, R. População chega a 205,5 milhões, com menos brancos e mais pardos e pretos. *Jornal Semanário*, Bento Gonçalves, 24 nov. 2017. Disponível em: <https://jornalsemanario.com.br/populacao-brasileira-chega-a-2055-milhoes-com-menos-brancos-e-mais-pardos-e-pretos/>. Acesso em: 21 out. 2022.

OLESIAK, L. R. et al. Ressignificações de sujeitos com paraplegia adquirida: narrativas da reconstrução da imagem corporal. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 38, n. 4, p. 730-743, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703002022017>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/8ZNTmTRZ-cS8nrwJhjrtwTcw/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 21 out. 2022.

OLIVEIRA, F. Saúde da população negra. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. P. Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia em saúde da família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 1, n. 66, p. 158-164, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/5XkB-ZTcLysW8fTmnXFMjC6z/?lang=pt>. Acesso em: 21 out. 2022.

PINHEIRO, L. et al. Retrato das desigualdades de gênero e raça. 3. ed. Brasília: Ipea, 2009. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/3223/1/Livro_RetratoDesigual.pdf. Acesso em: 21 out. 2022.

SANTOS, J. E.; SANTOS, G. C. S. Narrativas dos profissionais da atenção primária sobre a política nacional de saúde integral da população negra. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 563-570, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Crb-ZyGN45Qg7fCtXXKrfjnz/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 21 out. 2022.

STRECK, D. R. A pesquisa em educação popular e a educação básica. *Práxis Educativa*, [S. l.], v. 8, n. 1, p. 111-132, 2013. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4383135>. Acesso em: 21 out. 2022.

VEIGA, L. M. Descolonizando a psicologia: notas para uma psicologia preta. *Fractal*:

Revista de Psicologia, Rio de Janeiro, v. 31, n. esp., p. 244-248, 2019. DOI: https://doi.org/10.22409/1984-0292/v31i_esp/29000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fractal/a/NTf4hsLfg85J6s5kYw93GkF/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 21 out. 2022.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-129020162610>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bJdS7R46GV7PB3wV54qW7vm/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 21 out. 2022.

WORDEN, J. W. *Aconselhamento do luto e terapia do luto: um manual para profissionais da saúde mental*. 4. ed. São Paulo: Roca, 2013.

Saúde da família rural: reflexões sobre o fazer-saúde no núcleo ampliado em saúde da família

Alexsandro de Melo Laurindo

Thaiara Dornelles Lago

Mylena Félix dos Santos

Mateus dos Santos Brito

Fabiana de Oliveira da Silva Sousa

Lorena Albuquerque de Melo

Brasil é um país com grandes extensões e diferentes contextos territoriais, possuindo uma porcentagem residente aproximada de 85,2% nos centros urbanos e 15,8% na zona rural, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (IBGE, 2018). Compreendendo que o cenário rural é totalmente atravessado por um processo de urbanização, o Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta inúmeros desafios, principalmente no tocante à Atenção Primária à Saúde (APS), por estar mais próximo desses contextos, dada a sua capilaridade nas Equipes de Saúde da Família (ESF). Uma das principais limitações é a atuação contínua nas áreas rurais, por causa de suas extensões territoriais e processos limitadores do cuidado em Saúde. A existência rural é fortemente marcada pela concentração de terra; a exploração dos recursos naturais; e pela marginalização de suas populações; e todo esse contexto interfere diretamente nas condições de saúde e de vida desse recorte populacional invisibilizado pelo Estado, assim como em suas políticas públicas (BRASIL, 2013).

As inúmeras dificuldades de acesso aos serviços sociais e de Saúde, tanto por parte dos usuários quanto dos profissionais, limitam ainda mais a fixação de trabalhadores de Saúde na Atenção Primária nesses territórios, gerando uma alta rotatividade na composição das equipes que ali atuam e dificultando a geração de vínculo entre profissionais e população, esbarrando novamente contra um modo de cuidado contínuo a partir das necessidades dos usuários (BRASIL, 2013).

A fim de fortalecer a continuidade do cuidado na APS, o Ministério da Saúde criou, em 2008, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), por meio da Portaria nº 154, de 27 de janeiro de 2008, que tinha como objetivo fortalecer a integralidade e resolutividade do cuidado na Atenção Básica nos contextos rurais ou urbanos (BRASIL, 2008). No entanto, com a revisão da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) em 2017, o Nasf teve sua nomenclatura modificada, passando a denominar-se de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) (MELO *et al.*, 2018).

Para Melo *et al.* (2018), a possibilidade de atuação das residências multiprofissionais no processo de trabalho da APS junto às ESFs tem se mostrado uma proposta inovadora e uma potente ferramenta no processo de aprendizagem junto às equipes do Nasf-AB. Para além das demandas ordinárias do processo de trabalho, a existência do movimento de troca proporciona a reflexão-prática para as ESFs.

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase em saúde da população do campo (RMSFC) foi criada em 2015, por meio de uma articulação da Universidade de Pernambuco (UPE) com o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), com o objetivo de qualificar profissionais de Saúde na perspectiva do trabalho em Saúde voltado para compreender e atuar diante das iniquidades históricas da população do campo.

Floss *et al.* (2021) afirmam que o fazer-saúde em territórios rurais está atravessado pelo modo de vida e de viver das populações. A disparidade dos cenários nas diferentes regiões do Brasil reforça a necessidade de diferentes organizações, modos de fazer e oferta de serviços de Saúde, envolvendo a logística para a distribuição de insumos e medicamentos; a organização do processo de trabalho; a necessidade cada vez maior de equipes multiprofissionais; e o olhar ampliado frente às situações ocasionadas pela pandemia diante da ruralidade dos territórios (FLOSS *et al.*, 2021).

Dito isso, neste capítulo é apresentado um modelo de atuação em Saúde da Família Rural a partir da atuação de equipes do Nasf-AB, assumindo como necessário ampliar e discutir as estratégias de fomento a formações que se propõem a estar e construir um modo de cuidado compartilhado e participativo, formando especialistas em Saúde do Campo e apostando na educação popular enquanto pilar basilar da garantia e efetivação do SUS. Nessa perspectiva, o Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase em saúde da população do campo da UPE, representou por diversas vezes a única oferta de cuidado para garantir a atuação ampliada das equipes multiprofissionais em um território rural.

Apresentam-se, aqui, os resultados de uma pesquisa cujo objetivo foi analisar o processo de trabalho de equipes do Nasf-AB, sendo os

integrantes residentes que atuaram na zona rural de Caruaru-PE. Trata-se de um estudo descritivo do tipo estudo de caso, de abordagem qualitativa, realizado no período de junho a dezembro de 2021.

Para a realização do estudo, buscou-se aplicar o desenho de estudo de múltiplos casos com um só nível de análise, por estarmos debruçados na compreensão de vivências de equipes de saúde em recortes de tempo diferentes. Optou-se por estudar o processo de trabalho de duas equipes de residentes do Nasf-AB que atuaram antes e durante a pandemia de Covid-19, ambas vinculadas ao Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase em saúde da população do campo da UPE. A perspectiva de escolha dos participantes se deu por conveniência e por meio da observação do critério de multiprofissionalidade.

Houve, na pesquisa, dois grupos focais: um com cinco e outro com seis profissionais, sendo dois fisioterapeutas, duas nutricionistas, uma sanitarista, uma assistente social, uma terapeuta ocupacional, um psicólogo, um fonoaudiólogo, uma profissional de Educação Física e uma farmacêutica. Todas as entrevistas foram realizadas em dia e horário devidamente acordados, considerando-se a disponibilidade de cada participante e de seus referidos grupos. Em virtude do fato de que, no período da coleta de dados, ainda estávamos em um cenário pandêmico, optou-se por realizar as discussões de modo remoto.

Na análise dos dados, emergiram algumas categorias temáticas, entre elas o processo de trabalho das equipes, que foi o recorte central deste estudo. Observaram-se algumas limitações do método em relação à conexão com a *internet* e à utilização das ferramentas remotas por alguns participantes dos grupos focais, tendo em vista o cansaço em que a modalidade remota os coloca. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Hospital Oswaldo Cruz e do Pronto-Socorro Cardiológico Universitário de Pernambuco (Huoc-Procape), com o parecer de número 4.892.981. O financiamento da pesquisa partiu dos próprios autores.

Dentre os principais desafios do *fazer-saúde* na Atenção Primária à Saúde, está a necessidade de olhar para a realidade do campo — da zona rural — com uma outra ótica, reconhecendo suas singularidades histórico-culturais, sociais, econômicas e de necessidades de saúde que expõem a inadequação da lógica urbana de organização das políticas públicas e do sistema de Saúde. A realidade do campo, o modo de vida da população, os aspectos culturais e ideológicos e o acesso a diversos serviços sociais — da educação às práticas de lazer, por exemplo —, além dos determinantes sociais da saúde, dizem muito sobre a necessidade de uma *práxis* que faça sentido para essa realidade (DIMENSTEIN *et al.*, 2018).

Os relatos dos participantes apontam que o modelo de Saúde operacionalizado na “cidade” se contrapõe à realidade local e às propostas de organização do trabalho que as equipes de residentes do Nasf-AB tentavam implementar. A disputa pela orientação do processo de trabalho entre uma perspectiva produtivista e uma centrada na integralidade do cuidado para atender as necessidades locais de saúde atravessavam a equipe e produziam tensões em seu cotidiano:

Porque a gente tem um fazer NASF que ele é centrado no urbano, então nós temos um modelo de rotatividade, de cobertura NASF que está pensado para cidade, e aí quando a gente chega na realidade da zona rural, que os territórios têm distâncias absurdas, que a gente tem uma dificuldade de acesso que é histórica, a gente precisa pensar outras estratégias (RESIDENTE FARMACÊUTICA, 2021, n. p.).

O trabalho não é como na cidade que você chega na unidade, deixa sua mochila e vai fazer uma visita domiciliar e sai andando para fazer essa visita, não tem como na Saúde do Campo, você vai para micro áreas e vai levar o dia só para ficar ali, no processo da micro área, isso é uma potência muito grande, porque aproxima muito da realidade da comunidade, quantas coisas a gente não se aproximou, não acessou, não construiu a partir das andanças pelo território, dessa inserção mais descentralizada do território (RESIDENTE FISIOTERAPEUTA, 2021, n. p.).

Vieiro e Medeiros (2018) dão ênfase à crítica de como a educação não está pensada para a permanência ou continuidade do camponês no seu território, como na resposta às necessidades e no acesso e à oferta de serviços de saúde das populações do campo, fatores que, por sua vez, também se caracterizam como um abandono por parte do Estado. No Brasil, atualmente ainda são observadas altas prevalências de doenças infecciosas — como dengue, tuberculose, leishmaniose, leptospirose, etc. — nos contextos rurais, que refletem precárias condições de vida e limitações no acesso aos serviços de Saúde. Além disso, observa-se também um aumento significativo do sobrepeso e da obesidade, bem como a prevalência das doenças crônicas não transmissíveis.

Desse modo, tanto a ESF quanto o Nasf-AB, ao adentrarem em territórios rurais, precisam considerar a particularidade do trabalho em Saúde do Campo, pois esta se compreende enquanto uma realidade distante do que é posto nas formações técnicas em Saúde, alcançando um debate desafiante do ponto de vista operativo, uma vez que será preciso visualizar as necessidades de saúde mediante um processo de territorialização com participação popular, a fim de se organizar as ações de saúde baseadas em vivências

cotidianas. Considerando a divisão territorial do campo, as marcas históricas, as barreiras de acesso para esse recorte populacional e o acesso limitado a alguns tipos de serviços de Saúde, torna-se necessário operacionalizar a assistência de modo a atender integralmente os sujeitos de maneira equânime (TESSER, 2017; COELHO; FERREIRA; MENDONÇA, 2021).

Um recorte também elucidado aqui é o processo sufocante da não compreensão por parte das instâncias das secretarias municipais de Saúde, das instituições de ensino, das equipes básicas de Saúde e dos equipamentos de articulação frente a um arranjo de organização de trabalho que não se consegue equiparar com o contexto urbano, por todas essas nuances aqui mencionadas (acesso, distâncias territoriais, transporte, condições estruturais etc.):

O nosso trabalho era pensado em três lógicas, no que a secretaria queria que a gente fizesse, no que o programa de residência queria e o que a gente conseguia fazer? E se a gente pensar numa quarta lógica, seria o que a equipe básica queria que a gente também fizesse (RESIDENTE SANITARISTA, 2021, n. p.).

Diante dessa disputa de como *fazer saúde*, faz-se importante trazer a ênfase aos diferentes cenários políticos e sanitários nos quais as equipes estiveram, uma vez que, assim, poderemos elencar os atravessamentos da crise sanitária provocada pela pandemia de Covid-19, respingada nos municípios, nas decisões e nas deliberações que desfavorecem essas populações, além das recomendações e protocolos que não as incluem, que reforçam a invisibilidade, contribuindo com o movimento de apagamento do contexto rural e da saúde do usuário do campo. No contexto da pandemia, a Atenção Primária à Saúde não foi considerada enquanto opção de enfrentamento à Covid-19, explicitando o predomínio da lógica biomédica e hospitalocêntrica na orientação do modelo de atenção à saúde nos três níveis de gestão (COELHO; FERREIRA; MENDONÇA, 2021).

Em vários momentos de troca nas discussões dos grupos focais, os profissionais nos convidaram a olhar para uma perspectiva transversal do *fazer-saúde*, podendo elencar um destaque à categoria, que é o quanto as equipes precisaram caminhar sozinhas e *aprender fazendo* frente ao atual cenário pandêmico. Mesmo com as adversidades, os grupos conseguiram se adaptar, reinventar-se e fazer de sua prática profissional uma experiência exitosa para o SUS, sendo espelho local e estadual de projetos, intervenções e propostas exitosas (COELHO; FERREIRA; MENDONÇA, 2021).

O insucesso de experiências de outros países frente às tentativas de enfrentamento à pandemia direcionou suas práticas numa perspectiva hospitalocêntrica, inquietando uma necessidade ampla e mais territorializada, na comunidade, diante da indispensabilidade da ativação da APS. O protótipo

de Atenção Básica brasileira, com suas ESFs e com seu enfoque no território, despertou impactos positivos na saúde da população, que, para além do papel importante da rede assistencialista, pôde contribuir fortemente para uma abordagem popular e comunitária, sendo essa abordagem bastante necessária no enfrentamento de qualquer epidemia (MEDINA *et al.*, 2020):

Em meio a este cenário bem desafiador a gente estabeleceu e até hoje executa uma estratégia de atuação de fato nos territórios, nas micro áreas, então a gente enquanto NASF, pela minha avaliação, olhando um todo, estamos muito mais presente nas micro áreas, nos territórios, do que na própria unidade de saúde da família mesmo, no prédio, e eu acho que isso além de ser uma estratégia que surgiu de forma muito natural, muito orgânica, vem fortalecendo uma saúde com base territorial (RESIDENTE TERAPEUTA OCUPACIONAL, 2021, n. p.).

Com isso, diante dos seus diversos modos de *fazer-saúde* na ótica da realidade do campo, as equipes de residentes do Nasf-AB efetivaram, em meio à pandemia, um arranjo processual de trabalho na perspectiva territorial, com ênfase nas necessidades locais das comunidades e na construção de uma saúde corresponsável e popular, focalizada na determinação social da Saúde e na garantia de direito e acesso. Com isso, pôde-se construir uma ponte efetiva no processo de trabalho das equipes que atuaram antes da pandemia, que, frente a uma reorganização, não paralisaram ou estacionaram, seguindo na contramão da realidade de diversos cenários da APS no Brasil.

A vinculação ao território e o processo de conhecê-lo de modo partilhado com a população ocorre pela organicidade, através da pedagogia da alternância, por meio da qual o programa de residência está instituído, impulsionando esse tipo de desenho organizativo para outros cenários práticos e colaborando para um desdobramento da Educação Popular em Saúde enquanto estratégia de fortalecimento do SUS (BRASIL, 2015).

A educação popular vem se revelando como referencial no universo cotidiano das práticas profissionais e populares de formação, de cuidado e de promoção à Saúde presentes nas comunidades, nas famílias e nas políticas. A incorporação da integralidade no cuidado, compreendendo as várias dimensões do ser humano; a perspectiva de protagonismo dos sujeitos; o diálogo e a construção compartilhada de saberes; a valorização das culturas locais nas suas organizações e suas expressões artísticas; e as possibilidades de envolvimento de outros setores na perspectiva de enfrentamento dos problemas cotidianos são, por exemplo, premissas da Educação Popular em Saúde (BRASIL, 2008, 2013; RÜCKERT; CUNHA; MODENA, 2018).

Dito isso, dentre todo o fazer do Nasf-AB, existem pontos em comum nos diferentes contextos, dos quais destacamos: (i) a construção da necessidade de se olhar para uma saúde no campo com base territorial; (ii) a potência de olhar para o território com uma lente multiprofissional; (iii) o desenvolvimento de atividades e ações coparticipativas e intersetoriais; (iv) a potência da formação no serviço em contextos rurais, na lógica da educação popular; e (v) o embate político e crítico-reflexivo frente às fragilidades que o processo de trabalho no Nasf-AB sustenta atualmente. Todos esses pontos ajudam, de certa maneira, a fomentar novas possibilidades para as equipes e a promover implicações reflexivas sobre o seu fazer (BRASIL, 2008, 2014, 2020).

Com todas as dificuldades, é preciso reconhecer a capilaridade da força de trabalho das equipes de residentes do Nasf-AB, residentes com as lentes da Saúde do Campo, e as implicações que serão reproduzidas e multiplicadas no Brasil afora a partir disso. Além das inúmeras bem-sucedidas experiências municipais e comunitárias, os movimentos mostram a força e resistência da somatização de lutas constantes por direito à saúde da população camponesa.

É consenso, entre os que constroem e realizam o trabalho em saúde, que importa um SUS em que a APS seja forte, vigilante, capilarizada, implicada, politizada, adaptada ao contexto e fiel a seus princípios. A atual crise global é sanitária, política, econômica e social e grita por novos caminhos de trabalho na Saúde e por novos modos de operacionalização contra-hegemônicos a partir do rompimento de uma lógica médico-centrada nos centros urbanos.

Referências

BRASIL. *Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008*. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html. Acesso em: 22 out. 2022.

BRASIL. *Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013*. Institui a política nacional de educação popular em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS- SUS). Brasília: Presidência da República, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html. Acesso em: 22 out. 2022.

BRASIL. *Núcleo de apoio à saúde da família – volume 1: ferramentas para a gestão e o trabalho cotidiano*. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf. Acesso em: 21 out. 2022.

BRASIL. *Protocolo de manejo clínico do novo coronavírus (COVID-19) na atenção primária à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202004/14140606-4-ms-protocolomanejo-aps-ver07abril.pdf>. Acesso em: 22 out. 2022.

COELHO, O. C. S., FERREIRA, A. T. M.; MENDONÇA, R. D. Pandemia de COVID-19 e ações do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica na rede SUS. *APS em Revista*, Belo Horizonte, v. 3, n. 3, p. 156–167, 2021. DOI: <https://doi.org/10.14295/aps.v3i3.199>. Disponível em: <https://aps.emnuvens.com.br/aps/article/view/199>. Acesso em: 22 out. 2022.

DIMENSTEIN, M. *et al.* Condições de vida e saúde mental em contextos rurais. *Serviço Social e Saúde*, Campinas, v. 16, n. 1, p. 151–158, 2018. DOI: <https://doi.org/10.20396/sss.v16i1.8651478>. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8651478>. Acesso em: 22 out. 2022.

FLOSS, M. *et al.* A pandemia de COVID-19 em territórios rurais e remotos: perspectiva de médicas e médicos de família e comunidade sobre a atenção primária à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 7, p. 1–5, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00108920>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/3G5DSvMQ9p7xnypGxPkhTNQ/?lang=pt>. Acesso em: 22 out. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). População rural e urbana. *IBGE*, Brasília, 2018. Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18313-populacao-rural-e-urbana.html%20-%202018>. Acesso em: 26 out. 2022.

MEDINA, M. G. et al. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 8, p. 1-5, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00149720>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2020.v36n8/e00149720/pt/>. Acesso em: 26 out. 2022.

MELO, E. A. et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp., p. 38-51, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S103>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2018.v42nspe1/38-51/>. Acesso em: 26 out. 2022.

RÜCKERT, B.; CUNHA, D. M.; MODENA, C. M. Saberes e práticas de cuidado em saúde da população do campo: revisão integrativa da literatura. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 22, n. 66, p. 903-914, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0449>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2018.nahe-ad/10.1590/1807-57622017.0449/pt/>. Acesso em: 22 out. 2022.

TESSER, C. D. Núcleos de apoio à saúde da família, seus potenciais e entraves: uma interpretação a partir da atenção primária à saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 1, n. 62, p. 565-578, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0939>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/zBhW-dfDtYq67F3874K6KY8F/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 22 out. 2022.

VIERO, J.; MEDEIROS, L. M. *Princípios e concepções da educação do campo*. Santa Maria: UFSM, 2018.

Comida de verdade e promoção da saúde na atenção básica em saúde: quintais produtivos femininos para a segurança alimentar e nutricional em Caruaru-PE

*Mylena Félix dos Santos
Alexsandro de Melo Laurindo*

A alimentação e a nutrição são determinantes de saúde que fomentam o potencial de crescimento e desenvolvimento humano, além da qualidade de vida. São, portanto, requisitos básicos para a promoção e proteção da saúde (BRASIL, 2012).

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, compreende a importância de ações de alimentação e nutrição de forma transversal às ações de Saúde, com formulação, execução e avaliação incorporadas às atividades e responsabilidades do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990).

A Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) diz respeito à realização do direito ao acesso a alimentos saudáveis, de qualidade, em quantidade suficiente, de forma permanente e sem comprometer outras necessidades essenciais. A SAN compreende a ampliação das condições de acesso a alimentos; a geração de emprego e redistribuição de renda; a conservação da biodiversidade e utilização sustentável dos recursos naturais; a promoção da Saúde; a garantia da qualidade alimentar; o acesso à informação e produção de conhecimento; e a implementação de políticas públicas (BRASIL, 2006).

Os *quintais produtivos*, por sua vez, compreendem uma combinação de árvores, arbustos, trepadeiras e herbáceas; e, muitas vezes, estão associados à criação de animais adjacentes à residência (CARNEIRO *et al.*, 2013). No contexto da SAN, tais quintais exercem importante função na disponibilidade de uma diversidade de alimentos saudáveis, rompendo a monotonia alimentar e trazendo bem-estar para a família ao proporcionar espaços de lazer, abrigo, sombra e proteção (ROCHA, 2017).

Estudos indicam a importância dos quintais produtivos para a diversificação e introdução de alimentos saudáveis na rotina da família. A ausência do quintal produtivo pode ser um fator de restrição da dieta, principalmente de alimentos fonte de vitaminas, minerais e fibras, como frutas e verduras (RAPOZO, 2018; ROCHA, 2017; SILVA; ANJOS; ANJOS, 2016).

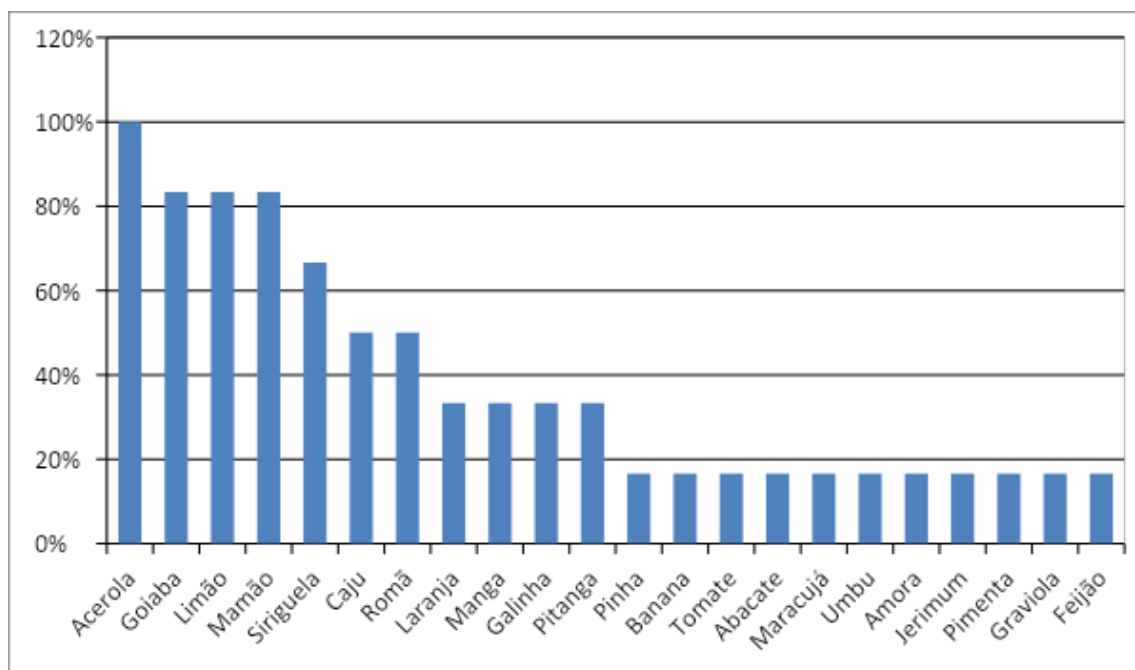
Tendo isso em vista, este trabalho tem como objetivo discutir a contribuição dos quintais produtivos para a segurança alimentar em uma área rural de Caruaru. Neste capítulo são apresentados os resultados de uma pesquisa-ação com abordagem quali-quantitativa desenvolvida com mulheres residentes do território de Gonçalves Ferreira, área rural de Caruaru-PE, no período de julho a dezembro de 2021.

A pesquisa foi desenvolvida em três etapas: (i) a primeira etapa se deu por visitas domiciliares para apresentar o objetivo da pesquisa, realizar a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), proceder uma entrevista semiestruturada e realizar observações e registros fotográficos; (ii) na segunda etapa foi realizado um encontro na Unidade de Saúde da Família (USF) Gonçalves Ferreira, que se tratou de um Círculo de Cultura para o compartilhamento dos dados obtidos e discussão, no sentido de reconhecimento e importância das participantes no cultivo dos quintais produtivos; e (iii) na terceira etapa, por fim, ocorreu a feira agroecológica, sugerida pelas participantes para apresentarem seus trabalhos nos quintais produtivos. Nesse momento, foram dispostas mesas em frente à USF com imagens de seus quintais, lambedores, sucos, plantas medicinais e frutas cultivadas pelas mulheres, sendo esses alimentos servidos e entregues à população.

Para a análise de conteúdo segundo Bardin (2006), foram utilizadas três fases: (i) pré-análise; (ii) exploração do material; e (iii) tratamento dos resultados, inferência e interpretação, sem a presença de categorias *a priori*, sendo todas emergentes.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), com o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) de número 47375021.0.0000.5192. Para proteger as identidades e manter o anonimato, as participantes estão com os nomes alterados para nomes de flores.

Em relação aos resultados, foram verificadas 22 variedades de alimentos nos quintais das mulheres, sendo principalmente encontrados acerola, goiaba, limão e mamão (Cf. gráfico 1). Todos os alimentos cultivados são consumidos pelas mulheres e suas famílias, principalmente de forma *in natura* ou minimamente processados; e na forma de sucos e doces, complementando a alimentação:

Gráfico 1 – Alimentos cultivados nos quintais produtivos das mulheres, Caruaru-PE:

Fonte: Elaborado pelos próprios autores..

No discurso das mulheres, foi possível notar que os quintais trazem benefícios para elas e suas famílias no sentido de alimentá-las fisicamente, por terem uma oferta de variados alimentos à disposição e trazerem um espaço de lazer e descanso:

É bom ter o quintal assim porque sempre tem fruta para comer e planta para fazer lambedor, tem o amparo das árvores para sentar e curtir o dia de domingo [...] (Malva). Quando a gente precisa de frutas, tem aqui no quintal. É muito bom abrir a porta e pegar as frutas direto do pé. A fruta tem mais gosto assim (MARGARIDA, 2021, n. p.)

[...]e esse quintal é muito saudável. Tem fruta do pé para minha neta comer, tem espaços sombra para ela correr (MAGNÓLIA, 2021, n. p.).

[...] aqui não falta fruta para a gente comer, sempre tem alguma coisa do quintal para se alimentar (TULIPA, 2021, n. p.).

O Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014) recomenda que os alimentos *in natura* e minimamente processados, como as frutas, verduras, legumes, tubérculos, raízes, entre outros, sejam a base de nossa alimentação, visto que são obtidos diretamente de plantas e animais e não sofrem modificações ou acréscimo de óleo, gorduras, açúcar e formulações industriais, tais como conservantes e corantes prejudiciais ao organismo.

O estudo de Rocha (2017), realizado em assentamentos em Mossoró (Rio Grande do Norte), demonstrou que os quintais produtivos possibilitaram a produção de frutas e outros alimentos, principalmente para o consumo *in natura*, permitindo a criação de sistemas naturais equilibrados. Os quintais produtivos são como “despensas naturais” onde as famílias podem recorrer, de forma fácil e cotidiana, ao preparo das refeições diárias, contribuindo para a oferta de alimentos saudáveis, a geração de renda e a preservação da biodiversidade.

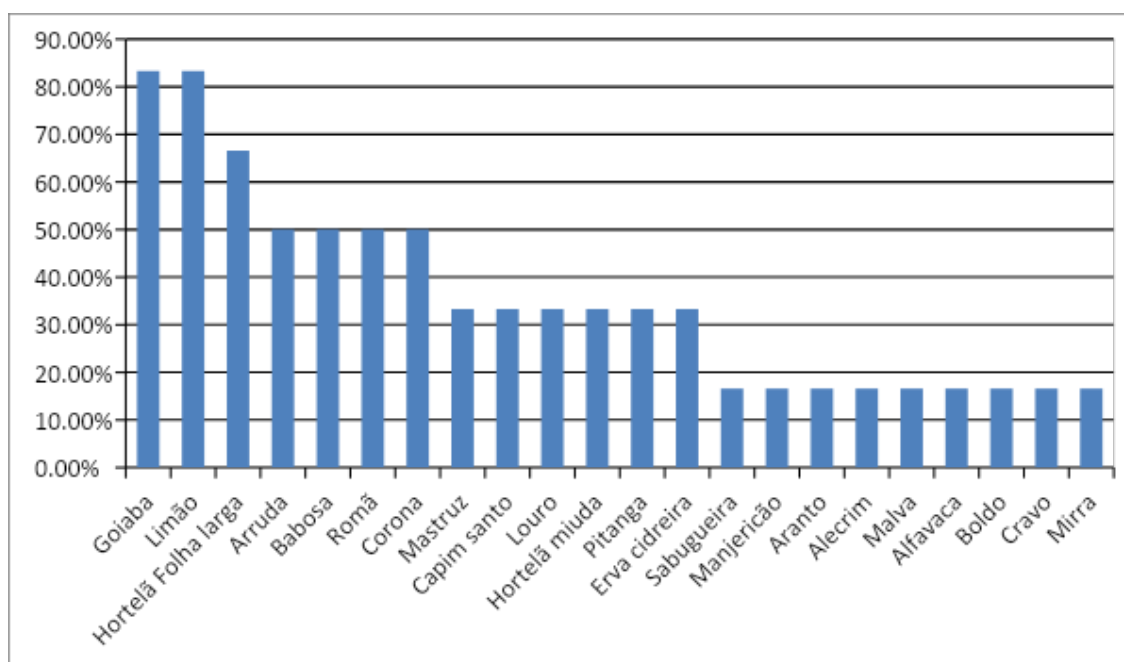
Em seu estudo realizado no Sertão Pernambucano, Rapozo (2018) relata a importância do quintal produtivo para as famílias, visto que, a partir da produção neles, elas puderam ter maior acesso a alimentos em quantidade e qualidade para o autoconsumo e para geração de renda em feiras agroecológicas locais. Silva; Anjos; e Anjos (2016), em seu estudo desenvolvido em Colombo (Paraná), apresentam que boa parte dos participantes da pesquisa consomem os alimentos produzidos no quintal regularmente e este proporciona uma grande variedade de frutas e outros alimentos, promovendo a SAN das famílias.

O cultivo de plantas nos quintais e seu espaço em si tornam-se, também, um local de lazer, ao promover a comensalidade, conversas e trocas, mantendo a cultura e tradição alimentar na medida em que se cultiva os alimentos regionais (ROCHA, 2017), possibilitando a criação de ambientes saudáveis com sistemas naturais equilibrados e contribuindo para a qualidade de vida (CARNEIRO *et al.*, 2013).

Quanto às plantas medicinais, identificou-se 22 variedades de plantas medicinais cultivadas nos quintais produtivos das mulheres, encontrados goiaba, limão, hortelã da folha larga, arruda, babosa, romã e corona (Cf. gráfico 2). Todas as plantas cultivadas são utilizadas pelas mulheres e suas famílias, principalmente na forma de temperos, chás, defumadores e lambedores:

Eu gosto de usar as ervas para temperar a comida, fazer lambedor, fazer chá para a labirintite, enxaqueca, dor no estômago, e até para deixar a casa mais cheirosa (TULIPA, 2021, n. p.).

[...] eu uso todas elas (as plantas). Uso mais para fazer chá para a dor de cabeça, um lambedor, chá para a tosse, diarreia, e infecção na barriga (NARCISO, 2021, n. p.).

Gráfico 2 – Plantas medicinais cultivadas nos quintais produtivos de mulheres, Caruaru-PE:

Fonte: Elaborado pelos autores.

Nas falas das mulheres, foi possível observar a importância das plantas cultivadas em seus quintais para o bem-estar físico, mental e espiritual. As entrevistadas sorriam, orgulhando-se de ter as plantas medicinais, saber cultivá-las e indicá-las aos que precisavam de tratamento:

[...] para mim, isso (cuidar das plantas) é uma terapia. Eu gosto de ter as plantas porque quando eu estou com desgosto espairoço a cabeça mexendo nelas, e a família vem buscar os remédios quando precisa (TULIPA, 2021, n. p.).

Ajeitar o quintal é uma festa, um “interto” para mim, é um divertimento (MARGARIDA, 2021, n. p.).

Muitas vezes eu estava desgostosa costurando na máquina, aí mexia nas plantas. É uma terapia para quem tem depressão (Tulipa).

[...] eu converso com minhas plantas e esqueço de tanta coisa [...] (MAGNÓLIA, 2021, n. p.).

O estudo de Rapozo (2018) relata o uso recorrente de plantas medicinais de quintais produtivos de mulheres como forma de bem-estar e cura de doenças do corpo e do espírito. Por muitas vezes, o cultivo de plantas — medicinais, alimentícias e não alimentícias — é considerado uma terapia, por ocupar um local de afetividade,

autoestima, identidade e satisfação. Na pesquisa de Silva; Anjos; e Anjos (2016), as falas das mulheres trazem um sentido de pertencimento e gratidão aos quintais produtivos, por “distrair e ocupar a mente” ao cuidar deles.

Participantes da pesquisa de Camargo *et al.* (2015) relataram que o envolvimento nos cuidados das plantas melhorou a saúde como um todo, mas principalmente nos aspectos mentais, por distraí-los, ocupá-los e fazê-los “esquecer os problemas”. O cultivo de plantas pode elevar a autoestima e a autonomia, ajudar em mudanças alimentares, melhorar o relacionamento social e interpessoal e auxiliar na melhora de sintomas psíquicos (SOUZA; MIRANDA, 2017).

Os usos de plantas com propriedades terapêuticas são valorizados como práticas de cuidado. Neste sentido, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS tem como finalidade ofertar serviços e produtos relacionados à fitoterapia, acupuntura, homeopatia e outras práticas integrativas e complementares (PICs) à população no SUS, atuando como um estímulo e fortalecimento do uso de plantas medicinais (BRASIL, 2015).

Ao serem questionadas sobre a existência e a possibilidade de comercialização do que é cultivado e produzido a partir dos quintais produtivos, a maioria das mulheres respondeu que não havia interesse em comercialização, visto que os produtos eram consumidos pela própria família e dados de forma gratuita para outras pessoas do território. Como uma forma de troca, as plantas, frutas e lambedores produzidos são compartilhados entre as mulheres, sem atribuição monetária. Falar sobre a venda dos produtos foi visto como um insulto, pois, para elas, o conhecimento adquirido de forma gratuita não pode ser vendido:

[...] quem chegar precisando de lambedor, eu dou. Gasto lenha, gasto gás, gasto mais de quilo de açúcar, mas não vendo. Deus me livre de vender o que eu aprendi a fazer de graça. Eu me sinto bem quando posso servir ao próximo [...] (TULIPA, 2021, n. p.).

[...] não tenho interesse em vender não. Eu dou a quem precisa [...] (NARCISO, 2021, n. p.).

[...] quem quiser eu dou, não gosto de vender não. Você acredita que as galinhas põem ovo, e eu não vendo os ovos? Sempre dou ao pessoal, já ajuda para comer alguma coisa [...] (MARGARIDA, 2021, n. p.).

Os quintais produtivos são locais de trocas e geração de renda entre as mulheres. No entanto, nas falas delas não se nota o almejo da aquisição de renda no sentido capital-monetário. Os relatos remetem à economia feminista solidária ou ao ecofeminismo, que quebram o conceito de que a

economia se reduz à economia mercantil (NOBRE *et al.*, 2015) e vão além, trazendo possibilidades de trocas sem visar à lucratividade.

O ecofeminismo destaca a contribuição das variadas culturas tradicionais, como quilombolas, pescadores, ribeirinhos, indígenas, dentre outros, visto que promovem a sustentabilidade da vida humana em sua relação com a natureza, mostrando formas diferentes de economia e dando importância ao que não é economicamente relevante para a racionalidade capitalista, como a qualidade de vida, a cultura, o conhecimento tradicional e as trocas (JALIL, 2009).

A Soberania Alimentar traz contribuições sobre a produção, distribuição e comercialização dos alimentos na medida em que defende a valorização de saberes culturais, a agroecologia, a garantia da sustentabilidade e o fortalecimento das economias locais (BRASIL, 2012). Indo muito além da qualidade e quantidade do alimento, a Soberania Alimentar também defende as dinâmicas de troca e circulação de alimentos cultivados e produzidos, de forma justa e solidária. O trabalho das mulheres rurais é fundamental e peça-chave na garantia da Soberania Alimentar, as quais são protagonistas na produção de alimentos em seus quintais e roças, garantindo a troca de alimentos entre as famílias (NOBRE *et al.*, 2015).

Esse estudo demonstrou, portanto, que os quintais produtivos das mulheres da área rural de Caruaru trazem benefícios para elas, suas famílias e para a comunidade em geral, desde a oferta de plantas medicinais, alimentos seguros e saudáveis e a troca de alimentos e produtos entre elas até a promoção de espaços de lazer e descanso que garantem o bem-estar físico, mental e espiritual.

Referências

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2006.

BRASIL. *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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 16 out. 2022.

BRASIL. *Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006*. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2006. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11346.htm. Acesso em: 22 out. 2022.

BRASIL. *Política Nacional de Alimentação e Nutrição*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <https://alimentacaosaudavel.org.br/biblioteca/publicacoes/politica-nacional-de-alimentacao-e-nutricao-pnan/7367/>. Acesso em: 22 out. 2022.

BRASIL. *Guia alimentar para a população brasileira*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf. Acesso em: 22 out. 2022.

CAMARGO, R. et al. Uso da hortoterapia no tratamento de pacientes portadores de sofrimento mental grave. *Enciclopédia Biosfera, Centro Científico Conhecer*, Goiânia, v. 11, n. 22, p. 3634-3646, 2015. Disponível em: <http://www.conhecer.org.br/enciclop/2015c/agrarias/horta%20terapeutica.pdf>. Acesso em: 22 out. 2022.

CARNEIRO, M. G. R. et al. Quintais produtivos: contribuição à segurança alimentar e ao desenvolvimento sustentável local na perspectiva da agricultura familiar (O caso do Assentamento Alegre, município de Quixeramobim/CE). *Revista Brasileira de Agroecologia*, Pelotas, v. 8, n. 2, p. 135-147, 2013. Disponível em: <https://orgprints.org/id/eprint/25585/>. Acesso em: 22 out. 2022.

JALIL, L. M. *Mulheres e soberania alimentar: a luta para a transformação do meio rural brasileiro*. 2009. 197 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais em Desenvolvimento, Agricultura e Sociedade) – Instituto de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <https://tede.ufrj.br/jspui/handle/jspui/1241>. Acesso em: 22 out. 2022.

NOBRE, M. N. P. et al. *Economia feminista e soberania alimentar: avanços e desafios*. São Paulo: Sempre Viva Organização Feminista, 2015.

RAPOZO, B. M. S. Quintais agroecológicas e soberania alimentar na agricultura camponesa do sertão do Pajeú, Pernambuco. *Revista Política e Planejamento Regional*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 194-215, 2018. Disponível em: <https://www.revistappr.com.br/artigos/publicados/artigo-quintais-agroecologicos-e-soberania-alimentar-na-agricultura-camponesa-no-sertao-do-pajeu-pernambuco.pdf>. Acesso em: 22 out. 2022.

ROCHA, F. R. F. *Quintais produtivos e horta escolar: conservação ambiental, segurança alimentar e educação para saúde em Mossoró (RN)*. 2017. 101 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Naturais) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Mossoró, 2017. Disponível em: https://www.uern.br/controladepaginas/mestrado-dissertacoes-defendidas/arquivos/2212fernanda_rizia.pdf. Acesso em: 22 out. 2022.

SILVA, A. C. G. F.; ANJOS, M. C. R.; ANJOS, A. Quintais produtivos: para além do acesso à alimentação saudável, um espaço de resgate do ser. *Guaju*, Matinhos, v. 2, n. 1, p. 77-101, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/guaju.v2i1.46738>. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/guaju/article/view/46738#:~:text=Para%20al%C3%A9m%20da%20produ%C3%A7%C3%A3o%20de,cultivo%20como%20ocupa%C3%A7%C3%A3o%20e%20terapia>. Acesso em: 22 out. 2022.

SOUZA, T. S.; MIRANDA, M. B. S. Horticultura como tecnologia de saúde mental. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, Salvador, v. 6, n. 4, p. 310-323, 2017. Disponível em: <http://repositorio.bahiana.edu.br/jspui/handle/bahiana/830>. Acesso em: 22 out. 2022.

O sorriso do preto: o cuidado em saúde bucal de comunidades quilombolas no agreste meridional em Pernambuco

Regina Gabriela Mesquita Dias

Alexsandro de Melo Laurindo

José Marcos da Silva

Um sorriso tido com uma estética agradável representa um dos mecanismos pelos quais os indivíduos se apresentam conforme os padrões desejados e impostos pela sociedade. Portanto, a falta de dentes e, conseqüentemente, o comprometimento desse “sorriso padrão” é vista como uma desfiguração facial, configurando um estigma e uma ameaça à identidade individual, social e familiar do indivíduo.

O sorriso afetado por desordens bucais e dentárias interfere no cotidiano e na qualidade de vida das pessoas, apresentando-se relacionado ao estilo de vida, aos fatores socioeconômicos e ao acesso aos serviços de saúde (SANTILLO, 2013).

Para Jesus; e Assis (2010), o acesso vai além da conexão pura e simples ao conceito de porta de entrada; ele se configura como um dispositivo transformador da realidade. Nesse sentido, a qualidade de vida e a saúde bucal estão intimamente relacionadas ao modo como o indivíduo se percebe atravessado em contextos sociais, políticos e de acesso a cuidados em saúde bucal. A condição de saúde bucal pode expressar uma história vivida, marcas dentárias que exprimem políticas públicas escassas, direitos negados e um racismo incrustado na garantia de acesso aos serviços de saúde dessa população. Os agravos em saúde bucal, bem como a cárie dentária, têm sido considerados como “doença social”.

Promover a saúde bucal representa o enfrentamento da realidade de uma formação em Odontologia voltada para a lógica mercadológica não social e centralizada no consultório, que não contribui para que os cirurgiões-dentistas compreendam possibilidades de sua

atuação no território vivo, produzindo cuidado em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) (BIDINOTTO *et al.*, 2017; BRASIL, 2005, 2012).

A perspectiva para o cirurgião-dentista no SUS, especificamente na Estratégia Saúde da Família (ESF), é carregada pelo desafio de haver um profissional comprometido com a visão ampliada sobre o objeto de sua prática como coletivo em um contexto de determinação social da Saúde, capaz de entender os usuários considerando os vários aspectos de suas vidas, de suas culturas, do território em que vivem e dos condicionantes da saúde, e não apenas um conjunto de sinais e sintomas restritos à saúde bucal (BIDINOTTO *et al.*, 2017; MIRANDA *et al.*, 2020).

Sendo assim, na Odontologia, o sorriso padrão é visto como estética favorável e perfeita, excluindo a subjetividade de cada indivíduo — especialmente quando se trata do sorriso preto, do sorriso dos ancestrais escravizados ao serem selecionados pela arcada dentária — e considerando um sorriso ancorado em valores de mercado tão altos que parte da população brasileira, ou sua grande maioria, não tem acesso. Esse acesso, por sua vez, precisa ir além das práticas técnicas convencionais centradas em recuperação do elemento dentário, devendo-se pensar no cuidado em saúde bucal como um movimento político e de direito individual constituinte de qualidade de vida, que respeita o *fazer-saúde* das comunidades tradicionais (BIDINOTTO *et al.*, 2017).

Dito isso, a escrita deste capítulo apresenta a vivência de dois anos de um profissional residente dentista em três comunidades quilombolas, no formato de relato de experiência (DALTRO; FARIAS, 2019). Trata-se de um texto que se ocupa com reflexões de uma pessoa em sua história, sentimentos e afetações partilhadas a partir da vivência nas comunidades quilombolas de Caluete, Estrela e Timbó, localizadas no município de Garanhuns, no Agreste meridional pernambucano.

As comunidades integram o campo de atuação da equipe multiprofissional do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família com Ênfase na População do Campo da Universidade de Pernambuco (RMSFC/UPE) desde o ano de 2015.

Para a coleta dos dados, fez-se uso do conteúdo produzido a partir de um diário de campo, de documentação audiovisual, de registros de atendimentos e de cuidados realizados junto às comunidades ao longo dos anos de 2020 e 2021.

Para a coleta, foi utilizada a observação participante, proposta por Minayo (2011), por meio da qual é colocada a perspectiva a partir do contato direto do observador com o fenômeno observado, a fim de se obter informações sobre a realidade e seus contextos:

Figura 1 – Matriz de análise da reprodução social do cuidado em saúde bucal de comunidades quilombolas no Agreste meridional de Pernambuco:

Níveis hierárquicos (Unidades de Análise)		Dimensões da reprodução social (macrocategorias)				
		Biocomunal	Auto Consciência e Conduta	Econômica	Política	Ecológica
Contexto	Brasil	Idade	Experiências traumáticas em saúde bucal	Renda por meio de auxílio governamental	Política de Saúde Bucal	Saneamento Básico
	Pernambuco	Sexo	Higiene Bucal	Agricultura familiar	Política Saúde da População Negra	Fluoretação das Águas
	Agreste Meridional	Segurança Alimentar e Nutricional	Percepção de cuidado em saúde bucal	Número de pessoas na família	Política Saúde População do Campo	Acesso à água
Ancoragem	QUILOMBOS DE CALUETE, ESTRELA E TIMBÓ	Agravos em saúde bucal	Racismo		Acesso aos cuidados de saúde bucal ofertados pelo SUS	Território-vivo
Subtexto	SÍTIOS		Uso de plantas medicinais		Atuação da REMSFC	
	FAMÍLIAS					
	INDIVÍDUOS					

Fonte: Elaborado pelos autores.

Para análise dos dados, foi utilizado um plano de análise baseado na matriz de Samaja (2000), com a qual buscou-se traduzir a realidade estudada para um modelo de matrizes os quais precisam ser pensados à luz das dimensões da reprodução social, sendo essa um descritor de como é a vida humana em articulação complexa de múltiplos processos sociais e históricos, de produção e reprodução social e por meio de tensões e conflitos que motivam ações de reparação e transformação.

O nível de ancoragem do estudo envolveu os territórios quilombolas de Caluete, Estrela e Timbó, em que a organização social e as relações de produção ocorrem no nível comunal, com valores de uso. O objetivo do estudo foi localizado nessa matriz, na célula de cruzamento da ancoragem com a dimensão biocomunal, de autoconsciência e conduta e política. Sendo assim, partindo do ponto do cruzamento dessas dimensões e do ponto de ancoragem, é possível conhecer e relacioná-las às demais dimensões e níveis hierárquicos no decorrer do estudo.

Na Odontologia, a biotecnologia contribui para a recuperação e reabilitação oral, ao passo que pode igualmente contribuir para o tecnicismo profissional que distancia as práticas técnicas de necessários cuidados com as pessoas. Isso se torna sensível quando se trata de comunidades quilombolas, compostas por pessoas pretas que são lamentavelmente excluídas do cuidado em Saúde.

As residências multiprofissionais são parte da política de formação de recursos humanos em Saúde e as atividades pedagógicas visam a qualificar profissionais recém-formados para o trabalho no SUS, contribuindo para qualificar a atenção em Saúde de comunidades com a participação social (LUCENA; SENA, 2020).

A RMSFC tem como proposta pedagógica formar profissionais que estejam sensíveis e comprometidos no cuidado em Saúde para as populações do campo, da água e das florestas, respeitando seus contextos de vida e trabalho. O programa de residência visa a fortalecer e reconhecer as necessidades de atenção à saúde, tendo como base de atuação a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

Em 13 de abril de 2020, teve início a turma de residentes que assumiria o cuidado como Núcleo Ampliado de Saúde da Família (Nasf) do quilombo Caluete, que há quatro anos estava sem assistência da Unidade de Saúde da Família (USF), situação motivada pela sua distância da USF (Miracica 1) e pela divisão territorial de Garanhuns com outro município, desconsiderando-se o território quilombola.

Essa situação de exclusão do território quilombola, que o coloca como um local que não pertence aos limites administrativos, gerando o descaso com a garantia do direito à saúde, pode indicar certo racismo ambiental — política, prática ou diretiva conduzida por instituições governamentais, jurídicas, econômicas, políticas e/ou militares que afete ou prejudique racialmente, de formas diferentes, voluntária ou involuntariamente, as condições ambientais de caráter social de grupos ou comunidades (BULLARD, 2005).

A população se encontrava desassistida e os cadastros no e-SUS Atenção Básica estavam desatualizados. Após o conhecimento dessa situação, foi dado início ao recadastramento das famílias e à formalização do processo de vinculação (cadastrar, acolher e proteger).

Após isso, foi desenvolvido, em 2020, um plano de cuidado com atividades de cuidados compartilhados, e, a partir de fevereiro de 2021, além de Caluete, os quilombos de Estrela e Timbó passaram a ser adscritos e receberam equipes de residentes do Nasf e da REMSFC.

As ações realizadas foram de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, educação popular, vinculação aos processos de territorialização e diagnóstico com metodologias ativas e comunitárias, além de orientações para que adotassem as recomendações de medidas sanitárias para a prevenção da Covid-19. Ademais, assumiu-se a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) como norteadora das ações e do processo de trabalho, que se iniciou com a territorialização e o mapeamento da área de atuação da equipe e com a identificação de grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades.

Atuar num quilombo requer a apreensão do conceito de território. Um quilombo, por exemplo, é a materialização desse conceito, bastante conhecido pela obra do geógrafo brasileiro Milton Santos (2011). Afirmar os territórios dos quilombos de Caluete, Estrela e Timbó significa, portanto, demarcar o território como conjunto dos sistemas naturais e sistemas de coisas superpostas. O território tem que ser entendido como o território usado, não o território em si. O território usado é o chão mais a identidade; essa identidade, por sua vez, é o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence.

Nesse caso, o território é o fundamento do trabalho dos profissionais residentes; é o lugar da residência, das trocas materiais e espirituais e do exercício da vida. A partir disso, o *fazer-saúde* se ampara, neste caso, em um território vivo, em constante construção e transformação pelos encontros entre profissionais residentes e os quilombolas.

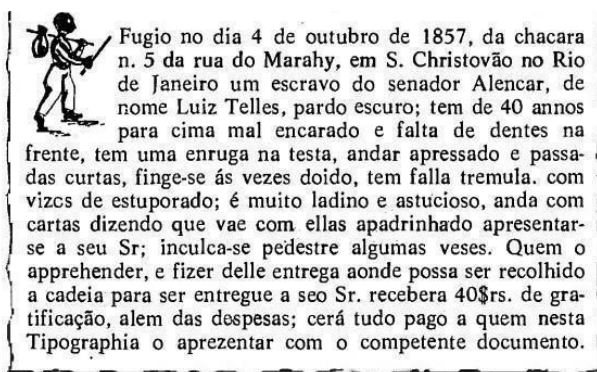
De acordo com Nascimento (1980), os quilombos são resultado da exigência vital dos africanos escravizados, no esforço de resgatar sua liberdade e dignidade em metódica e constante vivência dos descendentes de africanos que recusaram a submissão, a exploração e a violência do sistema escravista. Nos quilombos, todos preenchem uma importante função social para a comunidade, desempenhando um papel relevante na sustentação da comunidade africana, com focos de resistência física e cultural e locais de cuidado.

Este cuidado presente nas comunidades quilombolas e os modos como lidam com a manutenção da saúde se expressam nas contradições que existem acerca do não acesso e os modos possíveis de lidar com os processos de saúde-doença presentes em suas vidas. Logo, os habitantes resgatam, criam e inventam práticas de cuidado que não se apresentam apenas como um tratamento ao corpo, mas como cosmovisões que auxiliam os sujeitos a interpretar a realidade, produzirem escolhas sobre seus caminhos de cuidado e promoverem ações que retomam conhecimentos coletivos passados de geração em geração (FERNANDES, 2016; SILVA; LOBATO; RAVENA-CANETE, 2019).

As condições de saúde dos povos quilombolas estão diretamente atreladas à história e ao processo de escravidão no Brasil. A negação de direitos, expropriação de terras e o racismo são, por exemplo, efeitos do colonialismo, e atuar em saúde da população negra é contextualizar historicamente as injustiças produzidas contra esse grupo humano.

Na figura abaixo, estão anúncios que contribuem para a compreensão da escravidão e seus efeitos para a formação da sociedade brasileira. Os dois anúncios expostos mostram que a falta ou a perfeição dos dentes das pessoas escravizadas eram características para identificar aqueles que haviam “fugido”. Sabe-se que esses anúncios se tornam uma denúncia de marcas e sinais de uma população afetada gravemente com incontáveis problemas de saúde:

Figura 1 – Trecho de anúncio de jornal sobre escravo fugido:



Escravos Fugidos.

ATENÇÃO.

Fugio desde o dia 13 de agosto do corrente anno o escravo Luiz, com os signaes seguintes: alto e bem feito de corpo, tem dentes limados e perfeitos e o dedo mínimo do pé cortado; quando falla com mêdo é bastante gago. Este escravo é natural do Sobral e ha toda certeza que seguio para dito lugar por terra. pede-se por tanto a sua apprehensão a qualquer pessoa, que será bem recompensado; a entender-se com o seu senhor na rua Direita n. 112, ou na rua de Apollo n. 43, armazem de assucar.

Fonte: Freyre (1963).

Freyre (1963), em uma análise acerca de como as pessoas escravizadas eram relatadas em anúncios de fuga nos jornais da época, levanta uma importante questão, ressaltando que, além de mostrar inúmeros problemas de saúde bucal, os dentes *alvos* e *sãos* indicavam boa saúde e uma forma de selecionar os escravos bons e os ruins. Não são poucos os escravos fugidos que só faltam sorrir para nós dos remotos anúncios em que aparecem, tal a alvura dos seus dentes: “dentes alvos e todos são na frente”.

Os compradores, em geral matutos ou senhores de engenho, faziam os negros — quase nus (muitos só de tanga) — escancarar os dentes, arregalar os olhos, colocar a língua de fora, saltar, tossir, rir, dançar e mostrar as cicatrizes e as tatuagens por todo o corpo. Isso porque, pelo estado dos dentes, pela cor da língua, pelo brilho dos olhos, pela flexibilidade dos músculos, pelo ronco do peito e pelas cicatrizes de tribo ou “nação”, os compradores se julgavam capazes de reconhecer a verdadeira condição da pessoa escravizada, sua idade, sua moral e sua saúde, assim como de avaliar sua capacidade de trabalho (FREYRE, 1963).

A visão sobre como as características dentárias e as condições de saúde bucal destacadas nos anúncios podem ser consideradas como inexistentes nos dias atuais, assim como diz Grada Kilomba (2019), caminha ao lado da ideia de que a escravidão e o colonialismo podem ser vistos como coisas do passado, mas que, na verdade, estão intimamente ligados ao presente. A história da população preta assombra pelo fato de ter sido enterrada indevidamente: escrever e falar sobre essa história é uma maneira de ressuscitar uma experiência coletiva traumática e “enterrá-la” adequadamente. Assim, o descaso com que a saúde bucal das pessoas escravizadas é exposta nos anúncios coexiste com a dificuldade de acesso aos cuidados em saúde bucal ofertados atualmente, estando, assim, entrelaçados (DORNELES, 2021).

A marca dentária da população preta no Brasil é ancestral e expressa a história vivida; os “dentes limados” identificam nações e etnias, rituais e cultura. Por isso, a extração dentária, que gera a falta por mutilação, representa o apagamento e a condição de não pertencimento e de adoecimento bucal.

A ausência dentária é a denúncia que escancara a falta de políticas públicas que garantam o acesso a serviços de saúde. A dificuldade de acesso aponta que, embora o SUS proponha acesso igualitário aos serviços, é dada uma menor atenção a essa população, seja através de políticas públicas genéricas ou de políticas específicas. Isso só evidencia que ainda é preciso ampliar a discussão acerca do direito à saúde para que estratégias de acesso efetivas sejam delineadas (LIMA *et al.*, 2021).

Compreendendo que o processo saúde-doença tem um caráter histórico e social interligado, a odontologia de mercado nunca deixou de ter seu lugar de poder dentro dos serviços de saúde no Brasil, sendo ela reforçada pelas iniquidades raciais. Dito isso, é notório que ainda há, portanto, uma grande dificuldade de implementação de políticas públicas voltadas para a população preta quando se fala em saúde bucal.

Emmerich; e Castiel (2009) reforçam que, por mais que tenha emergido o pensar em uma Odontologia coletiva e comunitária, há uma profunda individualização do trabalho e da Odontologia numa perspectiva ainda bastante centralizada em quem produz e vende o objeto odontológico (o cirurgião-dentista), reforçando a odontologia dos desejos e das vaidades, que, por sua vez, entra em cena com o consumidor-paciente, ou seja, um ator que protagoniza e estimula o culto ao corpo e à estética e considera a saúde bucal como um produto a ser exposto nas prateleiras mais caras do mercado-saúde, excluindo, muitas vezes, o entendimento do cirurgião-dentista como cuidador-emancipador.

Sendo assim, não há como partilhar o fazer em saúde bucal quando o quilombo só é visto pelas janelas fechadas e cortinas estendidas de um consultório odontológico. Enquanto cadastrava uma família, ao perguntar sobre a disponibilidade de escova, pasta dental e fio de higiene bucal e receber como resposta que esses instrumentos eram compartilhados entre todos os membros da família; que a dor de dente era presente e conhecida no dia a dia; que não se sabia qual era a equipe de saúde bucal da USF referência daquele território; e notar que essas respostas se repetiam, cadastro após cadastro, o profissional que vivenciou todo o processo dessa pesquisa pôde observar que o acesso à saúde bucal e a população quilombola caminham distantes e desassociados, sendo, portanto, impossível romantizar a atuação profissional naquele momento.

O atuar em saúde bucal nesses territórios levantou muitas questões acerca do *fazer odontologia*, dos limites e das possibilidades dessa atuação,

sendo esses questionamentos frequentes em virtude das impossibilidades de atuação, principalmente na parte clínica da Odontologia. Essa situação pode ser exemplificada a partir da história de uma paciente comunitária que, em um processo doloroso de um dente cariado que necessitava urgentemente de extração, precisou fazer um percurso de ida e volta à USF sob um sol escaldante, percurso esse que totalizava 10 km.

Ao seu lado, estavam as duas filhas, que, por serem muito pequenas, não poderiam ficar sozinhas em casa. Ao chegar no referido e possível local em que sua dor iria cessar, o profissional cirurgião-dentista que se encontrava ali pediu para a paciente voltar posteriormente, pois ele já havia distribuído o número de fichas de atendimento do dia. Ou seja: uma relação sem diálogo, sem conversa e sem possibilidade de findar a dor da paciente.

Para Samaja (1998, p. 32):

Os processos de saúde e doença são concebidos como componente de um sistema de processos reais (materiais) e simbólicos (culturais), e são afetados quando algum desses processos é "interrompido, violado, bloqueado, falhado, perturbado e que os processos encarregados de os reequilibrar ou não existem ou não estão operando como deveriam (SAMAJA, 1998, p. 32).

Importa ressaltar que o cuidado em saúde bucal de quilombolas está implicado por inúmeros percalços, desde a construção histórica de como a saúde bucal de pessoas pretas era considerada até os dias atuais, em que se discute o não acesso, a falta de políticas públicas e as premissas mercadológicas em que a Odontologia esbarra.

A pandemia de Covid-19 produziu um cenário sombrio nesses últimos dois anos. Nesse contexto de dificuldades, os territórios quilombolas superaram as iniquidades de acesso à assistência em saúde por meio de ações de solidariedade e da articulação comunitária. Isso contribuiu para a produção de soluções comunitárias de cuidado, em articulação com a RMSFC/UPE.

Nesse sentido, apreender a importância da coesão familiar, da organização comunitária, da ancestralidade, da culturalidade e da espiritualidade torna-se essencial para a atuação adequada de profissionais de Saúde, com vistas ao respeito e à potencialização da prática de produção de cuidado nas comunidades.

Para Gomes; Gurgel; e Fernandes (2021), é necessário olhar para este *fazer-saúde* partindo da perspectiva da determinação social da Saúde e de como esta se relaciona aos processos de proteção e danos à saúde, nos modos e estilos de vida e nos movimentos de autonomia.

A produção de cuidado em saúde bucal, no caso aqui relatado, desenvolveu-se numa perspectiva emancipatória, promotora da autonomia e da

qualidade de vida a partir da visão de mundo dos próprios quilombolas. A dificuldade de acesso, pela regulação assistencial, aos procedimentos de média e alta complexidade, representa um grande impedimento para a integralidade do cuidado (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

No quadro abaixo, é apresentada uma síntese que resultou da reflexão a partir da escuta aos comunitários que expressaram queixas, demandas e propostas para a coprodução do processo *saúde-doença-intervenção* nos territórios quilombolas.

Para Campos (2012), a complexidade da produção de cuidado pode ser representada a partir dos domínios singular, particular e universal. O particular diz respeito aos aspectos biológicos e subjetivos; o singular, por sua vez, diz respeito aos movimentos reflexivos, como a compreensão do mundo e de si mesmo, a dominação/eliminação do outro, os espaços dialógicos com formação de compromisso e a construção de contratos; e o universal, que transcende ao sujeito, diz respeito às necessidades sociais, às instituições/ organizações, aos contextos econômico, cultural e social e ao ambiente:

Quadro 1 – Coprodução do processo saúde-doença-intervenção dos quilombos Caluete, Estrela e Timbó:

<p>Ações de domínio particular</p> <p>Acolhimento Atendimento individual Visita domiciliar Interconsultas</p>	<p>Implicações para o cuidado em território quilombolas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presença da equipe de Saúde da Família no território; - Formação de vínculo com os comunitários; - Conhecimento da cultura do território; - Superação do racismo individual, cultural.
<p>Ações domínio singular</p> <p>Atividades de promoção da saúde</p> <p>Ações de educação popular em Saúde</p> <p>Atividades de prevenção de doenças</p>	<p>Implicações para o cuidado em territórios quilombolas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Superação do racismo institucional; - Respeito às práticas tradicionais e ancestrais de cuidados; - Diálogo de saberes com as práticas de cura (uso de plantas, benzeduras, raízes, rezas); - Realização de exames e de testes diagnósticos no território; - Superação do racismo individual, cultural.



<p>Ações de domínio universal Gestão do cuidado Referência e contrarreferência</p>	<p>Implicações para o cuidado em territórios quilombolas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Garantia de realização de exames e testes diagnósticos; - Entrega dos resultados em tempo adequado; - Garantir a gestão do cuidado nas redes de Atenção em Saúde; - Acesso às consultas com especialistas; - Superação do racismo institucional.
--	---

Fonte: Elaborado pelos próprios autores a partir de Campos (2012).

Verifica-se as especificidades dos quilombos, bem como a concepção do processo saúde-doença e a intervenção que exige outro modo de cuidar dessa população. A partir disso, importa favorecer a presença de equipes de Saúde da Família preparadas para atuar conforme as implicações para o cuidado nos territórios, considerando o fazer-saúde diferente e superando as práticas convencionais.

A necessária presença das equipes de Saúde da Família, implicadas com a garantia do direito à saúde, favorecerá o acesso ao cuidado nos domínios singular, particular e universal, devendo também superar o atraso na realização e nas entregas de exames, aperfeiçoar vínculos, acolher demandas, enfrentar o racismo e produzir cuidado nas redes de Atenção em Saúde.

Nessa perspectiva, objetiva-se superar o lugar de “outridade”, que, como afirma Kilomba (2019), é o lugar do “não sujeito”, das pessoas pretas, dos quilombolas que precisam de cuidado, de um “não sujeito” que não é respeitado em suas práticas tradicionais e ancestrais de cuidados em saúde, a exemplo do uso das plantas medicinais e das curas espirituais.

A saúde bucal dos quilombolas deve estar dentro das linhas de ação das políticas de saúde, como aconteceu no programa Brasil Sorridente. Neste, foram incluídas a reorganização da Atenção Básica em saúde bucal, a ampliação e qualificação da Atenção Especializada (centros de especialidades odontológicas e laboratórios regionais de próteses dentárias) e a viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público. Dessa forma, buscou-se garantir a equidade, a universalidade e a integralidade no cuidado para com as comunidades tradicionais (DIAS, 2020).

Garantir o sorriso do preto foi uma experiência marcada pela compaixão com o sofrimento que ressoava na negação do sorriso, por falta de atenção em saúde bucal. Produzir cuidado em saúde bucal, neste caso, em diálogo

com os saberes populares dos quilombolas, representou o reconhecimento da dimensão de reprodução social biocomunal.

O encontro da profissional residente cirurgião-dentista com a realidade complexa da saúde no campo convocou a necessidade de outros saberes e a disponibilidade intersubjetiva para cuidar do sorriso do povo, mobilizando as relações interpessoais, a afetividade e a amorosidade para uma prática em Odontologia a partir de uma visão crítica das condições de saúde e da qualidade de vida dos povos.

As extrações dentárias foram realizadas a partir de rigorosa avaliação das condições de saúde e de riscos, considerando a mobilidade e a presença de abscessos. Muitos casos evoluíram para uma condição de dor intensa por falta de acesso à prevenção, à promoção e à atenção especializada para a reabilitação oral.

A extração deve ser evitada por se tratar de uma mutilação. No entanto, trata-se de uma medida de prevenção para outros processos patológicos mais graves que podem colocar em risco a vida das pessoas.

Um aspecto importante é o diálogo de saberes, uma vez que os dentes passaram a ser vistos como parte do corpo e seus adoecimentos como sugestivos de cuidados, e não de extrações dentárias por rituais. Assim, a extração desnecessária e de risco feita pelos rituais foram pontos confrontados, de modo que esses dentes não eram mais extraídos ou “limados” por causa deles, como os dos ancestrais. Ademais, a conscientização de que a falta de assistência em saúde bucal era a causa dos adoecimentos dos dentes favoreceu o reconhecimento da ausência do Estado na oferta de saúde bucal aos quilombolas.

As afetações de uma cirurgiã-dentista, nessas situações de extração de elementos dentários de um quilombola, está em compartilhar, no momento de dor, o reconhecendo às causas históricas e sociais que marcam a injustiça social e a desigualdade racial.

A aprendizagem que fica é a de que a proposta de Saúde da Família do Campo se alinha aos princípios solidários e humanitários do SUS, importando a indução da formação de cirurgiões-dentistas com habilidades e competências para atuar em comunidades do campo, pretas e quilombolas, sendo a residência multiprofissional uma proposta pedagógica assertiva que possibilita caminhos vivenciados no território quilombola, em que há a partilha, a resistência e a luta que se mantêm no sorriso preto.

À guisa de conclusão, verifica-se que as dimensões mais afetadas da reprodução social da saúde dos quilombos de Caluete, Estrela e Timbó foram a biocomunal; de autoconsciência e conduta; e política. Isso se traduz em como seus membros se renovam corporalmente e em suas inter-relações, construindo o meio comunal onde se realizam como indivíduos; em como a autoconsciência e a conduta relacionam-se com a

produção da cultura e de redes simbólicas mediadas pela linguagem e da elaboração-transmissão de experiências de aprendizagem em cosmologia e símbolos; e em como as políticas públicas incluem as relações materiais e jurídicas que constituem o Estado e fixam a sua essência.

As políticas públicas, escassas em saúde bucal, reforçam a dificuldade no acesso das comunidades quilombolas aos cuidados em saúde bucal, além de questões como racismo e *status quo* odontológico.

Os desafios se colocam para serem superados. Importa a afirmação da presença da Odontologia nos programas de residência em Saúde da Família, numa perspectiva de atuação centrada na pessoa e no trabalho em equipe multiprofissional, sobretudo para superar a ausência de uma política de saúde bucal que combata as desigualdades raciais.

Por fim, cabe um agradecimento ao sorriso do povo preto, que é resistência frente a um adoecimento em saúde bucal, à negação de direitos, à escassez de políticas públicas e ao aguçamento de vulnerabilidades sociais. O sorriso preto é um ato de resistência e um indicador de que a luta pelo sorrir e por um novo fazer odontológico que respeite esse sorriso continuará.

Referências

BRASIL. *Lei nº 11.129, de 30 de junho 2005*. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nº s 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2005. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111129.htm. Acesso em: 22 out. 2022.

BRASIL. *Glossário temático: promoção da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_promocao_saude.pdf. Acesso em: 22 out. 2022.

BIDINOTTO, A. B. *et al.* Autopercepção de saúde bucal em comunidades quilombolas no Rio Grande do Sul: um estudo transversal exploratório. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 91-101, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700010008>. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rbepid/2017.v20n1/91-101/>. Acesso em: 22 out. 2022.

BULLARD, R. Ética e racismo ambiental. *Revista Eco* 21, Rio de Janeiro, n. 98, 2005. Acesso em: 22 out. 2022.

CAMPOS, G. W. S. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria paideia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. *In: CAMPOS, G. W. S. et al. (org.). Tratado de saúde coletiva*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 41-80.

DALTRO, M. R.; FARIAS, A. A. Relato de experiência: Uma narrativa científica na pós-modernidade. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 223-237, 2019. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/4518/451859860013/451859860013.pdf>. Acesso em: 22 out. 2022.

DIAS, J. *et al.*, Vulnerabilidade em saúde bucal: ausência de flúor na água de abastecimento público em uma comunidade remanescente quilombola. *Facit Business and Technology Journal*, [S. l.], v. 13, n. 1, p. 57-69, 2020. Disponível em: <https://jnt1.websiteseuro.com/index.php/JNT/article/view/483>. Acesso em: 22 out. 2022.

DORNELES, D. R. Palavras germinantes: entrevista com Nego Bispo. *Identidades!*, São Leopoldo, v. 26, n. 1, p. 14-26, 2021. Disponível em: <http://revistas.est.edu.br/index.php/Identidade/article/view/1186/1010>. Acesso em: 22 out. 2022.

EMMERICH, A.; CASTIEL, L. D. Jesus tem dentes metal-free no país dos bangueiros? Odontologia dos desejos e das vaidades. *História, Ciências, Saúde*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 95-107, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702009000100006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/tSqXy8HzhV4DSr8CfcpkmMj/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 22 out. 2022.

FERNANDES, S. L. *Itinerários terapêuticos e política pública de saúde em uma comunidade quilombola do agreste de Alagoas, Brasil*. 2016. 217 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-07102016-175716/en.php>. Acesso em: 22 out. 2022.

FREYRE, G. *O escravo nos anúncios de jornais brasileiros do século XIX*. Recife: Imprensa Universitária, 1963.

GOMES, W. S.; GURGEL, I. G. D.; FERNANDES, S. L. Saúde quilombola: percepções em saúde em um quilombo do agreste de Pernambuco/Brasil. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 1-12, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021190624>. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sausoc/2021.v30n3/e190624/>. Acesso em: 22 out. 2022.

JESUS W. L. A.; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Ciências e Saúde Coletiva*, [S. l.], v. 15, n. 1, p. 161-170, 2010. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v15n1/a22v15n1.pdf. Acesso em: 22 out. 2022.

KILOMBA, G. *Memórias da plantação: episódios de racismo cotidiano*. Lisboa: Orfeu Negro, 2019.

LIMA, I. A. B. et al. Condições de saúde bucal da população quilombola no Brasil: uma revisão sistemática. *Comunicação em Ciências da Saúde*, Brasília, v. 32, n. 2, p. 29-38, 2021.

LUCENA J. F.; SENA J. G. B. Residência integrada multiprofissional em saúde e a pandemia de COVID19: um relato de experiência. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, Salvador, v. 12, n. 9, p. 1-6, 2020. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e4964.2020>. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/4964>. Acesso em: 22 out. 2022.

MINAYO, M. C. S. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 30. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

MIRANDA, L. P. et al. Saúde bucal e acesso aos serviços odontológicos em idosos quilombolas: um estudo de base populacional. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2. p. 1-13, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200146>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/9Kh9YPZ6NTwmz-bLJJdbMpgr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 out. 2022.

NASCIMENTO, A. *O quilombismo*. Petrópolis: Vozes, 1980.

SAMAJA, J. Epistemologia e epidemiologia: notas preliminares sobre a noção de ciência. In: ALMEIDA FILHO, N. et al. (org.). *Teoria epidemiológica hoje: fundamentos, interfaces, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p. 23-36.

SAMAJA, J. A. *Reprodução social e a saúde: elementos teóricos e metodológicos sobre a questão das "relações" entre saúde e condições de vida*. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. *Rev. Panam. Salud Publica*, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 260-268, 2012. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v31n3/12.pdf>. Acesso em: 22 out. 2022.

SANTILLO, P. M. H. et al. Impacto biopsicossocial da perda dentária em trabalhadores brasileiros de área rural. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, São João del-Rei, v. 8, n. 2, p. 233-247, 2013. Disponível em: http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/revista_ppp/article/view/536. Acesso em: 26 out. 2022.

SANTOS, M. et al. *Território, territórios: ensaios sobre o ordenamento territorial*. Rio de Janeiro: Lamparina, 2011.

SILVA, A. C.; LOBATO, F. H. S.; RAVENA-CANETE, V. Plantas medicinais e seus usos em um quilombo amazônico: o caso da comunidade Quilombola do Abacatal, Ananindeua (PA). *Revista NUFEN*, Belém, v. 11, n. 3, p. 113-136, 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912019000300008. Acesso em: 22 out. 2022.

PARA [NÃO] FINALIZAR

Darlindo Ferreira de Lima

Alexsandro de Melo Laurindo

José Marcos da Silva

A formação profissional em Saúde, na perspectiva do cuidado integral — um dos princípios centrais do Sistema Único de Saúde (SUS) —, deve apoiar-se principalmente nas demandas por políticas públicas que ampliem, renovem e transformem os modelos de gestão e produção de cuidado. Nesse horizonte, situam-se iniciativas como as da Reforma Sanitária, da Reforma Psiquiátrica, da Estratégia da Saúde da Família (ESF), das práticas de redução de danos e dos programas de Residência Integrada em Saúde.

A saúde mental é uma questão importante e isso pode ser percebido a partir dos dados de prevalência internacionais, que indicam que 3% da população apresenta transtornos mentais severos e persistentes, necessitando de cuidados contínuos, e 9% a 12% (totalizando cerca de 12 a 15% da população geral do país, em todas as faixas etárias) apresenta transtornos mentais leves, que necessitam de cuidados eventuais (BRASIL, 2006).

Acerca do aumento do consumo abusivo de álcool e outras drogas, que resultam em transtornos decorrentes do uso desses produtos, estima-se que a prevalência seja em torno de 6% da população (exceto tabaco). Ao se considerar apenas o álcool, entre os 12 e 65 anos de idade, o percentual é de 9% a 11% de pessoas em situação de dependência (BRASIL, 2006). Esse panorama epidemiológico da saúde mental assume relevância diante das situações de desalento, luto e tristeza pela pandemia de Covid-19.

Deve-se considerar que existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão a práticas de promoção da saúde ou de uma vida mais saudável. Pode-se dizer, além disso, que todo problema de saúde é também — e sempre — mental e que toda saúde mental é também — e sempre — produção de saúde (BRASIL, 2006).

Diante desse cenário, é necessário gerar um novo *status* da relação profissional com as várias formas de adoecimento psíquico, através da ressignificação da história de vida, do processo saúde/adoecimento e da concepção de que a produção de saúde é, também,

produção de sujeitos. Para tanto, faz-se necessária a produção de saberes e fazeres que se concretizam na criação de novas modalidades de cuidado e atenção e na construção de um novo olhar para a loucura.

O propósito desse livro foi demonstrar como é possível realizar ações, atividades e pesquisas a partir de uma visão ampliada sobre o processo *saúde-doença-cuidado* e justiça social, contribuindo para a implementação das políticas de Saúde capazes de realizar os princípios de universalidade, integralidade e equidade nos territórios mais diversos, de mentes e de lugares.

Para não finalizar, importa reconhecer a trajetória dos principais conceitos e práticas que orientam o campo da Saúde Coletiva, para que, dessa forma, desenvolvam-se estratégias para a atuação nos problemas de saúde através do planejamento dos serviços, dos processos de trabalho e da produção de tecnologias adequadas à realidade local.

Nessa perspectiva, esse livro contribui para inspirar o desenvolvimento do trabalho em equipe e com a comunidade, na perspectiva transdisciplinar e da integralidade do cuidado, com vistas à produção de cuidado em Saúde com ênfase em uma clínica que considera a intensificação da vida e não apenas o alívio dos sintomas e tratamento de doenças, partindo da complexidade das formas de articulação intersetorial e em redes de cuidado em Saúde.

Referência


BRASIL. *Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessário*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1734.pdf>. Acesso em: 22 out. 2022.

SOBRE OS AUTORES

Aguinaldo Soares do Nascimento Junior

Bacharel em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Residente do Programa de Residência Multiprofissional de Interiorização de Atenção à Saúde (PRMIAS) do Centro Acadêmico de Vitória (CAV) da UFPE.


 Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3452007641883900>

 Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2081-1057>

Alexsandro de Melo Laurindo

Bacharel em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Especialista em Saúde da Família com ênfase em Populações do Campo pela Universidade de Pernambuco (UPE) e residente em Saúde Coletiva, com área de concentração em Planejamento e Gestão pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA).


 Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4855930138179548>

 Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4418-9020>

Bruna Patrícia Ferreira da Silva

Bacharel em Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Especialista pelo Programa de Residência Multiprofissional de Interiorização de Atenção à Saúde (PRMIAS) do Centro Acadêmico de Vitória (CAV) da UFPE.


 Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9251279093743612>

 Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6746-5844>

Darlindo Ferreira de Lima

Doutor em Psicologia pela Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Professor associado do Núcleo de Saúde Coletiva (NSC) do Centro Acadêmico de Vitória da Universidade Federal de Pernambuco (CAV/UFPE).

 Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1949266361470037>

 Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3376-3560>

Fabiana de Oliveira da Silva Sousa

Doutora em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Professora adjunta do Núcleo de Saúde Coletiva (NSC) do Centro Acadêmico de Vitória da Universidade Federal de Pernambuco (CAV/UFPE).

 Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6386316480724794>

 Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4482-3151>

Gledson Wilber de Souza

Bacharel em Psicologia pela Universidade Federal do Vale do São Francisco (Univasf). Especialista pelo Programa de Residência Multiprofissional de Interiorização de Atenção à Saúde (PRMIAS) do Centro Acadêmico de Vitória (CAV) da UFPE.


 Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1529945207491886>

 ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3258-3143>

José Marcos da Silva

Doutor em Direitos Humanos, Saúde Global e Políticas da Vida pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Professor adjunto do Núcleo de Saúde Coletiva (NSC) do Centro Acadêmico de Vitória da Universidade Federal de Pernambuco (CAV/UFPE).

 Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1936644752029631>

 ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6379-793X>

Leila Maria Vieira Medeiros

Doutora em Ciências da Educação pela Universidade de Coimbra. Coordenadora do Serviço de Psicologia Aplicada (SPA) do Centro Universitário da Vitória de Santo Antão (Univisa).


 Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0442849333839411>

 ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1267-5227>

Lorena Albuquerque de Melo

Mestra em Saúde Coletiva pela Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE). Tutora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase em Populações do Campo da Universidade de Pernambuco (UPE).


 Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1661663846343148>

 ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5743-8148>

Mateus dos Santos Brito

Bacharel em Fisioterapia pelo Centro Universitário Social da Bahia (Unisba). Especialista em Saúde da Família com ênfase em Populações do Campo pela Universidade de Pernambuco (UPE). Mestrando em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA).


 Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2773616041459900>

 ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0763-7664>

Mylena Félix dos Santos


Graduada em Nutrição pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Especialista em Saúde da Família com ênfase em Populações do Campo pela Universidade de Pernambuco (UPE). Mestranda em Saúde Coletiva pela UFPE.


 Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1035913275969916>

 ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9803-3983>

Paloma Meirelles Oliveira

Bacharel em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Residente do Programa de Residência Multiprofissional de Interiorização de Atenção à Saúde (PRMIAS) do Centro Acadêmico de Vitória (CAV) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).


 Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0302466294768722>

 ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8446-5977>

Regina Gabriela Mesquita Dias

Graduada em Odontologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Especialista em Saúde da Família com ênfase em Populações do Campo pela Universidade de Pernambuco (UPE).


 Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0379022924467520>

 ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7791-8192>

Tália Cristina da Silva

Bacharel em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Residente do Programa de Residência Multiprofissional de Interiorização de Atenção à Saúde (PRMIAS) do Centro Acadêmico de Vitória (CAV) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).


 Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7898096301044917>

 ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0877-3553>

Thaiara Dornelles Lago

Graduada em Farmácia pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Especialista em Saúde da Família com ênfase em Populações do Campo pela Universidade de Pernambuco (UPE).

 Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4588632348889224>

 ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6132-7061>

Título	Saúde, trabalho e subjetividade na atenção básica em saúde
Autoria	Darlindo Ferreira de Lima, José Marcos da Silva e Alexandro de Melo Laurindo (Organizadores)
Formato	E-book (PDF)
Tipografia	Avenir
Desenvolvimento	Proexc



Rua Acadêmico Hélio Ramos, 20 | Várzea, Recife-PE
CEP: 50740-530 | Fone: (81) 2126.8397
E-mail: editora@ufpe.br | Site: www.editora.ufpe.br



PROEXC
PRÓ-REITORIA DE
EXTENSÃO E CULTURA

