



**Universidade Estadual de Campinas**

**Faculdade de Ciências Médicas**

**Departamento de Saúde Coletiva**

**Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Coletiva**

**Isabela Aureliano**

**As práticas de cuidado aos usuários em sofrimento psíquico e suas interfaces com a Política Nacional de Humanização, na Atenção Primária - relato de experiência**

**Campinas - SP**

**2023**



**Universidade Estadual de Campinas**

**Faculdade de Ciências Médicas**

**Departamento de Saúde Coletiva**



**Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Coletiva**

**Isabela Aureliano**

**As práticas de cuidado aos usuários em sofrimento psíquico e suas interfaces com a Política Nacional de Humanização, na Atenção Primária - relato de experiência**

Trabalho de conclusão apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Coordenação: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Rosana T. Onocko Campos

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Juliana Azevedo Fernandes

**Campinas - SP**

**2023**

“É necessário se espantar, se indignar e se contagiar, só assim é possível mudar a realidade.”

(Nise da Silveira)

## **RESUMO**

Este trabalho apresenta a relevância da Política Nacional de Humanização (PNH) na Atenção Primária em Saúde (APS), a partir da realidade constatada no cotidiano da residente e do olhar e considerações fundamentadas em um aporte teórico sobre a Humanização. Pretende tensionar a utilização hegemônica do modelo biomédico disseminado em todo o sistema de saúde brasileiro e as limitações que o envolvem. Ponderar, entre críticas e considerações, como esta política, principalmente em casos de sofrimento psíquico, pôde redirecionar o cuidado em saúde nas narrativas apresentadas, com base em seus princípios e diretrizes. Passando por um breve resumo histórico da Saúde no Brasil, suas lutas e conquistas, se utilizando metodologicamente do referencial da cartografia, possui como objetivo norteador a reflexão sobre o processo de cuidado na atenção à saúde, a partir das experiências da residente.

Palavras chave: Política Nacional de Humanização; Cuidado; Sofrimento Psíquico; Saúde; Atenção Primária.

## SUMÁRIO

<b>1. Apresentação</b>	<b>5</b>
<b>2. Introdução</b>	<b>6</b>
<b>3. Metodologia</b>	<b>11</b>
<b>4. Objetivos</b>	<b>13</b>
<b>5. Desenvolvimento</b>	
<b>5.1. Notas sobre um cotidiano na atenção primária</b>	
<b>- Interlocuções possíveis</b>	<b>14</b>
<b>5.2. Entre a formulação teórica</b>	
<b>e a realidade vivida</b>	<b>19</b>
<b>6. Considerações finais</b>	<b>27</b>
<b>7. Referências Bibliográficas</b>	<b>29</b>

## 1. APRESENTAÇÃO

As ponderações e análises aqui propostas baseiam-se nas experiências vivenciadas enquanto Terapeuta Ocupacional no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). O projeto pedagógico desse programa aposta na inserção dos residentes nos campos de atuação a partir da construção de um Itinerário de Formação, conceito proposto por Oury (1990). Este dispositivo convoca ao desenvolvimento de um processo de formação a partir da singularidade de cada indivíduo, do compartilhamento em grupo e do vínculo estabelecido pelo coletivo de residentes. De forma geral, prevê a imersão em diferentes serviços da atenção primária, secundária e terciária, e também a participação em espaços de controle social (ONOCKO-CAMPOS, EMERICH, RICCI, 2019).

Pautada nesse itinerário, vale dizer que cheguei à Residência a partir de alguns percalços na graduação que, mesmo com muita resistência, me levaram a um auto conhecimento profissional importante, para concluir então minha admiração e paixão pela Saúde Mental. Em um primeiro momento, trabalhei em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas durante todo o meu primeiro ano, experiência que pôde me situar mais de perto sobre a realidade do sistema público de saúde. Além disso, foi possível me debruçar em temas sobre o cuidado de pessoas em vulnerabilidade que fazem uso de substância, assim como da Clínica Ampliada e da Saúde Coletiva.

Em meu segundo ano de residência, estive inserida no Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), campo que me permitiu experimentar a complexidade de demandas da atenção primária, especialmente ao que diz respeito ao sofrimento psíquico, que será o recorte de meu trabalho, e que ao mesmo tempo me provocou inúmeros desconfortos e interesses nas formas de se produzir saúde, a partir do cotidiano que vivi nas Unidades de Estratégia de Saúde da Família.

## 2. INTRODUÇÃO

Primeiramente, gostaria de destacar a dimensão que o modelo biomédico ocupa (e já ocupou) na saúde, pois permeia toda prática que realiza-se atualmente nas instituições de saúde. Este paradigma se apoia num ideal restritivo e normativo dos indivíduos, e tem como foco ações individuais e pontuais. Tal modelo de atenção que opera ainda hoje em nossos serviços, coloca a dimensão cuidadora como secundária e complementar, pois está centralizado a partir do que é específico, da especialidade. Busca, em sua finalidade do cuidado em saúde, a produção de procedimentos, que pode ter como consequência o silenciamento do usuário. É visível que este modo de atuar favorece a fragmentação das intervenções em saúde, que dá ênfase na hierarquia médica e oferece uma clínica degradada, baseada em respostas imediatistas às demandas mais evidentes, em atendimentos do tipo queixa-conduta (FERTONANI et al 2015).

Nessa perspectiva, torna-se escasso o espaço para o estabelecimento de vínculos e para um acompanhamento longitudinal, integral e singular do processo de adoecimento dos sujeitos e coletivos. Porém, para tensionar o debate hegemônico de atenção à saúde, é necessário considerar que o modelo biomédico está no imaginário popular como a própria noção de cuidado em saúde. Sendo assim, lutar contra as tecnociências seria negar um sistema que já conquistou seu espaço e exerce importante função. Ou seja, não busca-se aqui sustentar qualquer modelo anticientífico, mas inserir propostas de permeabilidade da humanização na concepção de saúde e prática de cuidado (BASTOS DE PAULA, 2015).

Não muito antigamente, as pessoas consideradas desviantes da ordem social eram trancafiadas em manicômios, os quais estavam situados em locais afastados do meio urbano, com a função de exclusão e higienismo social. Dessa forma, a experiência do adoecimento psíquico era assinalada pela desterritorialização e desumanização dos sujeitos, que trouxe consequências cruéis e duradouras (FURTADO, MIRANDA, 2006).

Meu incômodo, como residente, se dá a partir do reconhecimento dos limites e consequências vindas da exclusividade de se pautar nestes modos de se produzir saúde. A própria história da Saúde no Brasil, mostra que tal cerceamento juntamente com a escassez subjetiva supracitada, acaba por não atingir com plenitude os direitos coletivos e individuais conquistados até aqui e é por si só contraproducente, se não, o oposto ao lutado, conforme veremos a seguir.

A partir da década de 1970, os movimentos sociais somados ao Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira (RSB), reclamam a necessidade de uma assistência em saúde universal, direito de todos e como dever do Estado. As primeiras experiências de Atenção Primária em Saúde no Brasil ocorreram na primeira metade do século XX, sendo adotada em ações pontuais, referentes à vacinação ou por um viés sanitário, por exemplo. Ela baseia-se em estratégias e premissas formuladas na Conferência Internacional de Alma-Ata, na qual a meta “Saúde para todos” foi definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS); no entanto, houveram muitas adaptações culturais e referentes a demandas específicas no momento em que as ações em saúde da Atenção Primária foram implementadas aqui em território nacional. Neste contexto, vale ressaltar a presença e relevância da RSB, que realiza há muitos anos, articulações políticas e sociais pleiteando uma assistência à saúde como direito universal e dever do Estado; em 1986 ocorre a 8ª Conferência Nacional de Saúde, na qual efetiva-se os alicerces políticos para aprovação dos princípios e diretrizes do SUS (MELO et al 2018).

Assim nascem a Constituição Federal e o SUS, em 1988 e 1990 respectivamente, que contam com os princípios fundamentais da universalidade, integralidade e equidade do acesso e diretrizes de descentralização, regionalização e da participação social (PAIM, 2011; BRASIL,1990a; BRASIL, 1990b). A Constituição de 1988 determina o SUS como um sistema público e com direção única em cada esfera do governo. Em seguida, em 1990, as Leis Orgânicas da Saúde (8.080 e 8.142) regulamentam o SUS, para garantir saúde pública e redução das desigualdades na assistência à saúde no país.

Nessa direção, formulou-se em 1994 a proposta de inserção da Estratégia Saúde da Família (ESF) na Atenção Primária com o intuito de promover mudanças no modelo assistencial em saúde. A ESF prevê ações multidisciplinares pelo viés interdisciplinar, ofertando um cuidado em saúde territorial, a partir de onde as pessoas vivem seus cotidianos. Seu foco é nas famílias e comunidades, não descaracterizando o sujeito de sua história e contexto social. É focada no vínculo com os sujeitos e as comunidades, ocupando lugar de referência em saúde daquela população adscrita, em busca de facilitar o acesso. (FERTONANI et al 2015).

Importante ressaltar que, quando tratamos do conceito de território na Atenção Primária, tal proposta ultrapassa os contornos geográficos. Deleuze e Guatarri (1997) nos convidam a uma leitura com base no desejo, dos agenciamentos com esses sujeitos a partir do território, para viabilizar a apropriação destes espaços concretos e abstratos que habitamos,



que constitui então o conceito de território existencial. Portanto, o território a que me refiro é vivo e está em constante movimento, pois envolve espaços de trocas, dimensões sociais, políticas e relacionais. Compreende-se que através do território se constrói a transitoriedade entre cultura, política, relações econômicas e de afeto entre as pessoas e comunidade, constituindo assim “lugares para viver” (LIMA, YASUI 2014).

Em 2006, a fim de regulamentar e adequar as normas nacionais para a APS, criou-se a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Nela, é feita uma revisão das diretrizes e normas para a organização da APS, para o Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Fica responsável por ser a porta de entrada do SUS, pela solução dos problemas recorrentes de saúde no território, assistência integral e longitudinal, entre outras. Já em 2008, criou-se o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com a finalidade de ampliar a capacidade de resposta das equipes de Saúde da família, constituído por profissionais de diferentes áreas do conhecimento. Em 2011, há uma Revisão da PNAB, que define a Atenção Básica como coordenadora da integralidade do cuidado e ordenadora das redes, além de reforçar as estratégias já previstas na PNAB 2006. Além disso, visa a ampliação de autonomia dos sujeitos e grupos sociais, sendo a APS responsável pela gestão das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames), protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, dentre outros (BRASIL, 2006).

A partir de 2017, várias portarias publicadas descaracterizaram, ao longo do tempo, a própria noção de Atenção Primária à Saúde no país. A revisão da PNAB em 2017 (Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017) traz uma defesa por planos privados “populares” de saúde, o foco se torna a eficiência econômica, e a própria palavra ‘humanização’ desaparece dos princípios enunciados (BRASIL, 2017).

Alguns anos depois, sob a desordem do governo Bolsonaro, é instituído o Programa Previne Brasil pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Trata-se de um novo modelo de financiamento que altera algumas formas de repasse das transferências para os municípios, que passam a ser distribuídas com base em três critérios: captação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas. Nesta proposta, busca-se uma lógica pautada no desempenho/merecimento, sendo as ações direcionadas pela busca de poucos e insuficientes indicadores atrelados a financiamento. Além da pobreza desta indução, que desconsiderou todos os outros aspectos da clínica individual e coletiva que se faz na

APS, aumentou a iniquidade entre os municípios com maior ou menor capacidade de alcançar tais indicadores (BRASIL, 2019).

Ainda sentindo todos esses últimos acontecimentos, enfrentamos a pandemia SARS COVID-19, que desestabilizou o setor da saúde de uma maneira geral, com importante adoecimento físico e psíquico dos profissionais, e tendo a APS sofrido importantes prejuízos relacionados por exemplo, ao comprometimento da integralidade do cuidado e ao desempenho das atividades essenciais, e também referente a longitudinalidade do cuidado, que ficou bastante fragilizada (OLIVEIRA et al, 2021).

É necessário também contextualizar a atuação e realidade de um serviço da atenção primária, especificamente da estratégia de saúde da família (ESF), nos dias de hoje. A distribuição populacional para cada equipe da ESF, numerosa e muitas vezes em contextos socioculturais de extrema vulnerabilidade, a crescente solicitação por atendimentos em urgência e a complexidade das demandas postas na atenção primária, provocam uma reorganização de cuidado constante e uma dificuldade de promover um cuidado adequado (de acordo com o que prevê as políticas) e humanizado para os indivíduos e coletivos do território. Além disso, o histórico desinvestimento na saúde (especialmente na atenção primária), também interfere (e muito) na prática dos profissionais do serviço de saúde, com baixa remuneração, falta de RH e precárias condições de serviço, de forma que esses profissionais estão desgastados e oferecem o cuidado de maneira pouco implicada (FERTONANI et al 2015).

Nesta perspectiva, o modelo e as Políticas de atenção à saúde anteriores tornaram-se insuficientes para atender a complexidade e integralidade das demandas da população. De maneira mais subjetiva mas bastante imprescindível, nas últimas décadas descobrimos a necessidade de humanizar nossa prática em saúde, já que tornou-se cada vez mais distanciada e alheia aos sujeitos e comunidades. Em contrapartida ao modelo anterior de ‘tratamento’ às pessoas adoecidas psicicamente, a Reforma Psiquiátrica nos propõe a ampliação de arranjos que visem um cuidado em saúde mental que extrapole os muros institucionais e seja flexível às demandas particulares de cada sujeito.... busca uma efetiva ruptura com o paradigma da cultura manicomial (FURTADO, MIRANDA, 2006).

Na atenção primária em saúde, o cuidado em saúde mental se faz em liberdade e em seu próprio território. Dessa maneira, pessoas em sofrimento psíquico constroem uma relação

com seu espaço de tratamento mais significativa e potente, já que é ali onde sua vida cotidiana acontece. Há espaço para espontaneidade, manutenção de seus laços sociais, pluralidade de modos de se expressar a identidade e de exercer seu poder contratual. Em casos de maior complexidade ou crise, acionamos outros serviços da rede através do dispositivo de Matriciamento, para que possamos nos responsabilizar de forma coletiva entre os diferentes níveis de atenção à saúde (RICCI, 2017).

A fim de dar uma possível resposta às necessidades nos serviços, surge uma potente estratégia de mudança do modelo e gestão de saúde. Assim, é criada a Política Nacional de Humanização (PNH), vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, e neste momento de comemoração de seus 20 anos de existência, a escolhi como panorama político para me fundamentar. Em sua proposta, a PNH enfatiza a construção de processos coletivos para enfrentamento das práticas desumanizadoras, visando mudanças em um cotidiano dos serviços de saúde que colocam em ato os princípios do SUS. A PNH toma como base as experiências bem sucedidas de humanização, uma ideia diferente de fazer política e gerenciar a prática (PASCHE, 2009).

Tal Política aposta na inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na produção e orientação do cuidado e dos processos de trabalho. Através da inclusão dos profissionais na gestão, torna-se mais possível que estejam ativos nas mudanças e reinventem os próprios processos de trabalho no cotidiano. Já com o usuário, tal inclusão potencializa a corresponsabilização de seu cuidado, tirando-o da postura passiva comum (PASCHE 2009).

A partir de experiências do “SUS que dá certo”, surgem princípios da PNH para nortear o cuidado em saúde:

Transversalidade: nos saberes e poderes, de forma a romper com a lógica da hierarquização ao reconhecer que as diferentes formas de saber-fazer podem compor na ação cotidiana dos serviços, produzindo deslocamentos sem negar as especificidades de cada um, mas colocando todos em relação, em rede (BRASIL, 2013).

Indissociabilidade entre atenção e gestão: diz de uma influência mútua entre tais recursos, de maneira a envolver trabalhadores e usuários no funcionamento da gestão para assim participar ativamente nas decisões que lhes concernem e influenciam diretamente em seu cotidiano de trabalho e cuidado (BRASIL, 2013).

Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos: orientados pela ética (e também construções históricas) é possível mobilizar desejos e vontades pela mudança, de maneira que as pessoas envolvidas sintam-se incentivadas a participar dos processos de construção de saúde com responsabilidades compartilhadas (BRASIL, 2013).

Tem como diretrizes o Acolhimento, a Gestão Participativa e Cogestão, Ambiência, Clínica Ampliada e Compartilhada, Valorização do Trabalhador e a Defesa dos Direitos dos Usuários. É possível a partir de seus princípios e diretrizes notar uma certa direção que teremos ao pautar a construção de nossas ações em cuidado. Mais à frente irei me aprofundar nesta essência da Política e nos desfechos relacionados ao dia a dia nos serviços de saúde (BRASIL, 2013).

Para direcionar este trabalho, tomo o próprio eixo fundamentador da PNH como uma importante ênfase teórica. Esta política busca enfrentar propensões predominantes e que se efetivam de forma iatrogênica, pois sua efetividade não é simples, já que exige muito mais do que “mudanças e/ou aprimoramentos técnicos e procedimentais; mais do que refinamento e racionalização administrativa e gerencial” (SOUSA & MENDES, 2009) ou qualquer viés relacionado a “gentileza que gera gentileza”. A Política Nacional de Humanização vem para preconizar modos de atenção à saúde que apostem na impossibilidade de separação entre atenção e gestão, potencializando a comunicação e compartilhamento das responsabilidades entre os atores envolvidos (SOUSA & MENDES, 2009).

Pensando nas inúmeras divergências a respeito do conceito de Humanização que vêm surgindo desde a homologação da política, torna-se necessário as contextualizar e para isso, coloco aqui alguns entraves que dificultam sua aplicação (tanto em minha prática como em uma realidade mais geral), para que possamos analisar tais obstáculos/resistências e explorarmos as possibilidades de trazer essa política para a radicalidade a qual se propõe.

Não há aqui qualquer interesse em uma ampliação excessivamente abstrata dos conceitos apresentados, de maneira que se torne unicamente uma utopia. Tentarei aqui, provocar um desconforto com relação às certezas que normalizamos e discutir possibilidades de ampliação no cuidado em saúde baseado em que se objetiva a Política Nacional de Humanização, juntamente com minha vivência, que poderão direcionar o leitor. Há um compromisso ético-político em minha narrativa e escrita, sempre direcionado para o direito à saúde de todas as pessoas, pensando em uma produção de saúde intencional.

Pretendo, neste trabalho, realizar uma discussão sobre a minha experiência na atenção primária, partindo de teóricos que dialogam sobre a Política Nacional de Humanização e as tecnologias leves do cuidado, para então refletir sobre a efetivação das mesmas na clínica cotidiana.

### **3. METODOLOGIA**

O trabalho foi construído a partir da abordagem qualitativa, descritiva, analítica, que teve como referencial metodológico a Cartografia, a qual permitiu ampliar o olhar sobre o cotidiano e as relações. Este estudo foi realizado no município de Campinas, durante o segundo ano de residência em saúde mental.

A metodologia qualitativa surge pela insuficiência dos métodos quantitativos em responder às questões de base subjetiva, de processos e significados, com relação à vivência. Trata-se então, de uma forma de pesquisar na qual o sujeito pesquisador se insere na realidade do objeto pesquisado, se colocando à disposição do que se faz imprevisível, e levando em conta, impreterivelmente, “a complexidade histórica do campo, o contexto do objeto pesquisado e a experiência vivida” (FERIGATO, CARVALHO, 2011).

Podemos nos apropriar desses conceitos para pensar no método cartográfico, admitindo que há diversas zonas comuns entre este método e a pesquisa qualitativa. A cartografia pauta-se na Filosofia da Diferença e assim, na intencionalidade de compreensão do sujeito, da produção de subjetividades, ligados essencialmente aos processos que cercam os encontros que baseiam nossa experiência (FERIGATO, CARVALHO, 2011).

Para Passos, Kastrup e Escóssia (2009), na cartografia, o pesquisador não parte do que já sabe a respeito de determinada realidade, grupo, funcionamento institucional. Contrapõem-se à tradição de partir de metas e parte-se do caminho percorrido, repleto de entraves e oportunidades, impasses e descobertas.

Na perspectiva trazida por tais autores, cartografar diz respeito a acompanhar processos e dar vazão para afetos que atravessam os encontros, de imergir no território existencial através de situações reais e singulares, com postura de receptividade afetiva que somos convocados; pois imersos no contexto do qual estudados, somos afetados e afetamos cada sujeito e conjunto social.

Assim, o percurso metodológico trilhado para este trabalho consistiu na apropriação de tais conceitos para orientar a minha caminhada, de maneira a observar a dinâmica de trabalho na qual estive inserida, e resgatar as vivências, a partir da ótica da Política Nacional de Humanização, para assim identificar construções próprias do contexto que vivenciei. A partir de uma compreensão aprofundada dos aspectos e direcionamentos da Política Nacional de Humanização, pude me atentar às construções nos espaços de cuidado, que estavam pautados ética e politicamente na humanização.

#### **4. OBJETIVOS**

Objetivo Geral:

Refletir sobre o processo de cuidado aos usuários em sofrimento psíquico na Atenção Primária em Saúde e suas interfaces com a Política Nacional de Humanização, a partir da experiência como residente.

Objetivos Específicos

1. Realizar uma revisão teórica sobre a Política Nacional de Humanização
2. Descrever narrativas de vivências sobre os caminhos possíveis para aplicação dos princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização na Atenção Primária
3. Discutir sobre a relação entre a política pública e a prática no cotidiano do serviço de saúde e seus atravessamentos;
4. Refletir sobre os potenciais da humanização nas diferentes inventividades dos serviços de saúde, especificamente na área da saúde mental;

## 5. DESENVOLVIMENTO

### 5.1 Notas sobre um cotidiano na atenção primária - interlocuções possíveis

Ao longo de meu segundo ano de residência em saúde mental, a Política Nacional de Humanização dialogou com inúmeras construções coletivas (usuário-gestão-profissionais) de diferentes formas, a partir do próprio território no qual tive a oportunidade de estar junto. Com a intenção de ilustrar minha prática, trago para a narrativa algumas cenas e também produções que enriqueceram, não apenas a minha vida profissional, mas também o SUS como proposta ética política responsável com os cidadãos.

Como um dia normal no Centro de Saúde, já definida a equipe de ESF para a qual eu faria matriciamento, me dirijo para a reunião de equipe. Ali, entre fofocas e desabafos, surgem algumas discussões de casos e, com a minha presença, totalmente direcionados para a saúde mental. Estava eu ali, cansada e atrasada por conta do atendimento estendido momentos antes, e pronta para receber mais uma lista de casos para os quais a equipe parece esperar que eu solucione a demanda em saúde mental.

Durante a discussão, a enfermeira da equipe cita o caso de um certo menino que, inicialmente, apresenta dificuldade de aprendizagem e de comportamento, tendo sido encaminhado pelos profissionais da Residência de Pediatria. Tem nove anos, é preto, filho de pai e mãe em vulnerabilidade social, separados, que fazem uso de substância psicoativa. Penso, então, ser necessário conhecer essa criança para entender como sua história influencia no que sente e como se apresenta hoje.

Ao lhe encontrar pela primeira vez, chega com a avó. Paciente mostra-se bastante desconfiado e enrijecido com o encontro. Estava agitado e curioso com os materiais, mas “poucas idéias” comigo. Fica atento às perguntas que faço, me responde algumas e corrige a avó em outras. Avó conta que ele residiu com pai e mãe até os cinco anos; em seguida, morou com ela e o pai até os oito anos. Atualmente, reside apenas com sua avó, pois o pai precisou sair do território após sofrer tentativa de homicídio com sete tiros em frente de casa. A criança soube do acontecimento no dia seguinte; hoje conta dando risadas, logicamente sem compreender a dimensão de tal situação. Além disso, tem medo de dormir sozinho e dorme na mesma cama com a avó.

É uma criança da periferia, que gosta de soltar pipa e brincar na rua. Ao longo de nossos encontros, ele tentava trapacear nas atividades. Também tinha muitos entraves para continuar atividades que sentia dificuldade e não chegava ao final. O primeiro objetivo de minha terapêutica era a vinculação com o paciente, o que certamente envolveria a integração do afeto, visto as diversas vivências de abandono em sua vida. Só após construir um vínculo e dar espaço e condições para essa criança se sentir segura comigo, foi possível trabalhar as questões que lhe causam sofrimento psíquico e dificuldades em seu cotidiano.

Aos poucos, bem aos poucos, começa a dizer uma coisa ou outra de seu cotidiano, incluindo sentimentos confusos que apareciam e expressava com o corpo. Em dado momento de nossa construção terapêutica, a avó consegue a guarda do neto, o qual com muita alegria verbaliza “agora eu sou seu, vó” (sic). Até aquele momento, esse menino sentia não ser de ninguém, o que lhe desestabilizava e ainda o atravessava muito. Com este cenário, meu raciocínio clínico precisava pautar-se em tecnologias relacionais, pois do contrário, eu jamais conseguiria acessar essa criança em suas questões mais internas

Se descolarmos seus sintomas de sua história de vida, facilmente entraríamos em um reducionismo que resumiria o paciente às suas queixas pontuais. No entanto, se considerarmos tais sintomas como ponto de partida do cuidado, para explorar sua história de vida, compreender como tais queixas ressoam em seu cotidiano, conseguimos auxiliar o sujeito a construir autonomia e sua própria narrativa de vida.

Assim como nos direciona a PNH, pautei meu raciocínio clínico em ações em que ele se constituísse enquanto protagonista da própria vida e de tudo que ali produzíamos, para que, além de desenvolver confiança na terapeuta e naquele espaço, pudesse levar tal consciência para a vida. Conduzi as ações de maneira a incentivar sua corresponsabilização no cuidado ao trazer para atenção sua questão com o desrespeito às regras e insistência na desonestidade, não apenas por atravancar nossa relação, mas principalmente por todas as consequências que isso produz em suas relações interpessoais e ressoantes às regras sociais. Certamente, seu acompanhamento em saúde mental não se encerra comigo; no entanto, foi possível redefinir as demandas e começar a produzir cuidado a partir de um lugar mais saudável e respeitoso com o sujeito, a partir do que ele traz.

Outra temática que sustenta a necessidade de discussão é com relação ao processo de apropriação dos espaços (subjetivo e físico) e do próprio cuidado do sujeito. Ocorre que, de



maneira automática, nós profissionais de saúde às vezes, nos comportamos de maneira a restringir a utilização dos serviços que são direito dos usuários. Comentários como “já estamos oferecendo o atendimento, o que mais fulano quer?” ou mesmo “não remarque de imediato, espere o sujeito vir até aqui para solicitar” são corriqueiros e já é incorporado no raciocínio clínico dos integrantes da equipe, de maneira que indagar tal certeza precisa ser feito de maneira cautelosa.

Decorre que, explorar o tema de apropriação do cuidado e capacitar-se para promover tal sentido, torna-se indispensável, se pensamos numa clínica ampliada e compartilhada, inclusive na responsabilização do cuidado. Portanto, analisemos tal lógica na prática que pude vivenciar. Esse processo se constitui a partir das relações, especialmente de afeto e confiança, estabelecidas entre profissionais e usuários, e que foi possível identificar no grupo de mulheres do qual fiz parte durante todo meu segundo ano de residência. Naquele espaço, a troca era possível já que a base do grupo é a comunicação e o respeito. Ali, profissionais estão para compor e conduzir de maneira bastante atenta e sutil, mas muitas vezes não há necessidade de condução mais ativa, pois as participantes constroem o próprio sentido daquele encontro. Há muita potência em permitir que aspectos psicoafetivos atravessem as relações, de maneira que o processo saúde e doença ganhe novo significado. No grupo, o sentido de saúde de cada mulher encontra-se com o da outra, e a partir da sensibilidade do encontro, é possível ampliar a percepção sobre si e sua própria identidade.

A vivência deste grupo de mulheres se constrói a cada encontro, a partir do que partilhamos, ou seja, das memórias, dos sentimentos, das conquistas, das dores e sofrimentos, e do que mais as atravessa de maneira semelhante. A partir da identificação e a troca de afetos, semanalmente esta grupalidade se reestrutura a partir do novo, e do acolhimento que cada uma ali recebe e oferece uma para a outra. Assim, cada palavra dita, cada encontro de olhares, de emoções, de toque, ressoa entre elas; são afetadas pelo que a outra traz e afeta pelo que sente e faz. Pode ser uma senhora militante que afeta uma senhora extremamente tradicional; alguém que traz a angústia da sobrecarga, deixando as outras inflamadas de revolta, de maneira a acolher, sentir e partilhar de outras possibilidades de vida. Assim, saem com um pouquinho uma da outra, construindo outras maneiras de existir e estar no mundo.

Convém aqui nos interpelarmos a respeito da forma como o dispositivo do acolhimento pode se fazer presente em nosso cotidiano de trabalho. Sabemos bem que, ocorre um equívoco no cotidiano da unidade, pois a população já está adaptada e acostumada com o

desenho de acolhimento usado há muito tempo, que é de queixa-conduta. No entanto, quando há um processo de sensibilização do profissional para afetar-se com o sofrimento do outro, seja de maneira natural e/ou através de capacitações/rodas de conversa, a própria população se mostra resistente com a mudança.

Escutar tais sujeitos com afeto e responsabilidade, poderá proporcionar a descoberta de suas necessidades, pois nem sempre estão facilmente identificadas pelo próprio sujeito, quem dirá pelo profissional que o escuta. Merhy (2004) ao escrever sobre o ato de cuidar, declara que “podemos ser operados, examinados, curados do câncer, mas não ter tido nossas necessidades sanadas”. Ofertar a chance de que o sujeito encontre espaço para se expressar e assimilar suas necessidades, possibilitará uma maior efetividade no trabalho e maior satisfação e bem estar do sujeito. Isso poderá poupar tanto o serviço e seus profissionais, quanto o sujeito e a comunidade de incorrer em respostas sintomáticas e iatrogênicas, além do esgotamento de ambas as partes.

A fim de ilustrar e fundamentar tal proposta política (uma das diretrizes da PNH), trago uma cena de acolhimento que vivenciei. Em uma tarde movimentada do serviço, a enfermeira responsável por realizar os acolhimentos recebe uma jovem senhora que vem solicitar o agendamento de uma coleta de papanicolau, que necessita realizar em decorrência de uma investigação em saúde. Ao buscar os meios para tal agendamento, a profissional identifica três agendamentos anteriores, em que a paciente havia faltado ou saído às pressas antes da coleta. Ao invés de realizar novo agendamento, questiona a mulher sobre o motivo de não ter realizado a coleta do exame. Ela então se emociona, se perde em lágrimas e expõe as causas da não conclusão. Conta que possui grande dificuldade e isso se dá por traumas anteriores relacionados aos partos que vivenciou, os quais lhe causaram grande sofrimento em decorrência da violência obstétrica que sofreu. Por isso, hoje entra em pânico ao deitar na mesa do exame, pois lhe remete a tais traumas. Imediatamente, a profissional acolhe seu sofrimento, legitima sua questão e em seguida, vai ao meu encontro para pensar junto uma forma de cuidado para a paciente.

Assim, propusemos a essa pessoa que pudéssemos realizar um acompanhamento em saúde mental (especificamente em terapia ocupacional), pois o exame se fazia imprescindível em sua vida naquele momento (para investigar possíveis riscos à saúde). A mulher aceitou e iniciamos o acompanhamento, para cuidar de seu sofrimento e poder pensar em possibilidades singulares para lidar com a necessidade de realizar tal procedimento. Deste

modo, tal dispositivo efetuou-se de forma singular e atenta; foi possível acolher seu sofrimento, cuidar das causas e consequências em sua vida cotidiana e articular com serviços da rede uma forma de realizar o exame sem que ela estivesse em sofrimento.

Uma nova recordação surge em minha memória. Ocorre que, logo em minha chegada no campo, percebo intenso atrito entre população e equipe; semanalmente, alguma cena de conflito sucedia naquele local. Brigas, gritos, xingamentos e desvalorização se tornaram corriqueiros. Assim, a partir da compreensão de um conjunto de profissionais da equipe, sobre a relação frágil e o distanciamento da comunidade com os trabalhadores, todos os desentendimentos e disputas que estavam cada vez mais presentes no cotidiano do serviço, criou-se um recurso para promover aproximação.

Durante dos encontros do grupo de artesanato, o assunto surgiu e profissionais e usuárias pensaram em um modo de aproximar as relações. Foi feita uma feira de artesanato para profissionais e comunidade, com café da manhã, rodas de conversa e venda de produtos artesanais. Esses produtos foram confeccionados por usuárias deste grupo de artesanato, que ocorre no centro de saúde, ou seja, utilizamos de algo muito próprio daquele espaço para que pudéssemos criar um mecanismo para envolver a comunidade e a equipe, proporcionando momentos diferentes e potentes. Nesse momento, foi possível ampliar o olhar sobre as humanidades ali presentes, enxergar diferentes nuances da pessoa para além da doença (paciente) e utilidade profissional (trabalhadores).

Pude conviver com profissionais extremamente competentes e humanas. Uma das enfermeiras da equipe foi percebendo que, boa parte dos incômodos e reatividade dos pacientes se dava por conta da falta de informações que eles obtinham enquanto aguardavam por atendimento ou acolhimento. Assim, observou que conforme ela deixava os usuários à par do que estava acontecendo, eles ficavam menos reativos, menos ansiosos e muito mais apropriados do que estava acontecendo do que diz respeito ao cuidado deles. Tornou-se mais uma possibilidade de corresponsabilização dos processos de saúde, pois quando os usuários se apropriam destas informações, na perspectiva de não haver uma verticalidade nas relações e sim uma horizontalidade, aquilo que era apenas um adoecimento individual se amplia para uma questão coletiva de todos ali presentes.

Para finalizar minha demonstração de um “SUS que dá certo” , trago uma questão importante que surgiu como construção ali naquele centro de saúde, relacionada à valorização

do trabalhador. Na direção de identificar como a PNH se construiu em minha experiência, uma de suas diretrizes surgiu de maneira admirável e surpreendente, a partir da percepção de um distanciamento importante na equipe. Ali, como em qualquer espaço de um SUS pós pandemia e de desvalorização/sucateamento, as pessoas estão cansadas e desanimadas. Estavam se equivocando e se importando pouquíssimo com que o outro fazia, uma prática bastante fragmentada. Foi então que começamos a falar sobre as profissões, explicando o que e como cada um exercia suas atividades e atribuições, das mais genéricas às mais singulares. Assim, tornou-se mais possível acolher o saber do outro profissional, enxergar as potencialidades e possibilidades de construir junto, desenvolvendo um autêntico respeito mútuo; e mais do que isso, gerou identificação entre os trabalhadores.

## **5.2 Entre a formulação teórica e a realidade vivida**

A fim de fundamentar a discussão a respeito das diversas cenas e dispositivos citados acima, tratei alguns autores e autoras para compor teoricamente determinados aspectos que considero importantes para colocar como objetos de análise. Quando pensamos na produção de saúde a partir da perspectiva do encontro, nos alicerçamos na não neutralidade de tal espaço, de maneira a experimentar a subjetividade que a novidade produz em si mesma (BONDÍA, 2002).

Ao nos propor uma reflexão sobre a experiência, Bondía (2002) traz a necessidade de ir além de uma visão pré programada de cuidado, inclusive para que o ato de ‘pensar’ seja sobre dar sentido ao nosso cotidiano, a quem somos e às experiências, e não apenas para “raciocinar”. Experiência, nos ensina ele, “é o que **nos** passa, o que **nos** acontece, e o que **nos** toca”. Partirei, portanto, de tal caracterização sobre o conceito, que muito me faz sentido.

Evocar questões relacionadas ao sentido da existência para cada um, na construção de cuidado, produz um desvio e uma nova linha de significado em saúde que nos convoca a repensar o lugar que estamos ocupando em nossas relações terapêuticas. Nessa direção, consideramos que o significado de saúde e doença é diferente e único para cada sujeito, para que seja possível então, tornar as experiências de saúde singulares (BONDÍA, 2002).

O autor faz uma comparação importante sobre a informação e a experiência, pois nossa cultura ocidental e pós moderna costuma considerar a informação como uma

experiência, quando não o é. Há uma diferença importante entre o saber de experiência e o saber coisas (estar informado); o excesso de informação faz com que “tudo que se passa esteja organizado para que nada nos aconteça”; ou seja, tal obsessão por “saber de tudo” nos deixa escassos de experiências reais, o que esbarra diretamente em nossa produção de cuidado com os sujeitos. Levamos para dentro de nossa terapêutica tal prepotência de pensar que podemos opinar e argumentar sobre qualquer questão referida pelo usuário, pois possuímos alguma informação a respeito, e inclusive desprezando qualquer saber que o próprio sujeito venha a trazer sobre si mesmo (BONDÍA, 2002).

Pensemos em nosso cotidiano de trabalho; o usuário raramente “reclama” da falta de conhecimento técnico do profissional durante seu atendimento; o mais comum é que seu protesto seja direcionado à falta de responsabilidade e interesse destes, com relação ao sujeito e a complexidade de seu adoecimento. Assim, pessoas que já se sentem angustiadas e desinformadas, começam a sentir um desamparo frente às respostas do serviço de saúde para seu sofrimento (MERHY, 2004).

Merhy (2014), em seu livro “Saúde a cartografia do trabalho vivo”, discute a respeito de importantes conceitos que considero direcionadores para uma melhor compreensão de nossa prática profissional. Os conceitos que desejo salientar aqui dizem respeito ao Trabalho Morto e o Trabalho Vivo em Ato. Em seus direcionamentos, o autor define o trabalho morto como aquilo que é anterior e posterior ao trabalho em si, ou seja, a matéria prima, os instrumentos utilizados, saberes tecnológicos e organizacionais que foram produzidos anteriormente e por fim, o produto. Já o trabalho vivo em ato, compreende o trabalho em si, que ocorre de forma intencional, momento em que o trabalhador tem o grau máximo de liberdade.

Nosso trabalho em saúde, pontua ele, é centrado no trabalho vivo em ato, permanentemente, “processo de intervenção em ato, operando como tecnologias de relações, de encontros, de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados” (MERHY, 2014, pág. 49). Sendo assim, é este (o trabalho vivo em ato), o ponto central para o desenvolvimento das capacidades criativas dos indivíduos envolvidos, tornando possível a elaboração de distintos sentidos e arranjos tecnológicos para as ações em saúde, tema central desta discussão (MERHY, 2014).

Seguindo tal lógica, o autor reforça uma abordagem terapêutica que venha a partir do encontro entre as duas partes, que produz uma troca mútua e pode vir a criar momentos instigantes, de falas, acolhimento, produção de vínculos, aceitação e também de esperança frente aos problemas que serão enfrentados. Reforça, principalmente, que nossa organização deve estar pautada em uma lógica usuário-centrada, e nada diferente disso (MERHY, 2014).

Outro ponto importante para ser destacado é a falta de tempo, característica bem presente em nossa cultura do imediatismo, marcada pela obsessão com o novo. Os acontecimentos se reduzem a um estímulo fugaz, uma excitação breve e intensa. Nessa direção, o encontro genuíno entre indivíduos não acontece; não possui investimento de troca, subjetividade; impede a conexão significativa, pois não há tempo para se ter de fato uma experiência. Não é possível desenvolver uma relação com o outro, torna-se apenas uma passagem desafetada (BONDÍA, 2002).

Teixeira (2005) nos convida a pensar na mecanização dos processos inclusive de humanização, para podermos pensar quando a experiência de fato é única, ou seja, se dá de maneira inédita.

Trago esse apanhado teórico para que possamos dar início a discussão com relação ao modo como nos colocamos com os pacientes, e em nossas relações entre pares. O quanto tem sido possível estar em contato com o outro de forma genuína e responsável? Pasche (2009) ao colocar a Política Nacional de Humanização em debate, nos direciona para elementos distintos e necessários que são indispensáveis para compor nossa construção da prática em saúde. Ele nos convoca a refletir sobre o movimento de abertura que a PNH nos proporciona, ao:

“Abrir-se para alteridades, mas também incidir sobre quem força a passagem; dar passagem e abrir passagem; influenciar e deixar-se influenciar. Propor-se a sínteses, a deslocamentos, à construção de percepções comuns, permitidos pelo encontro com a diferença. Mas também de ratificação de diferenças, de discordâncias e de não acordos. Coragem, generosidade, dar passagem, permitir-se tocar pela diferença para diferir, tudo isto com o propósito de aprimorar o SUS. Esta é uma aposta ético-política que une muitos

sujeitos que têm por intento, com suas reflexões e ações práticas, qualificar serviços e práticas de saúde em defesa da vida, melhorando nossa experiência de viver em sociedade” (PASCHE, 2009).

Neste sentido, entendemos que afetar e permitir ser afetado exige disposição para estar vulnerável ao desconhecido, pois nos coloca diretamente na exposição ao inesperado; existe um risco de que não estejamos protocolarmente preparados para o que há de vir a partir do encontro, e isso movimenta outros sentidos a respeito do cuidado e da relação terapêutica (SOUZA & MENDES, 2009).

Em nossa proposta de cuidado a partir da PNH, o sujeito encontra espaço de fala, o encontro torna-se possibilidade de construção de espaços sociais e de apropriação das práticas e do próprio cuidado. A vivência de Sato & Ayres (2015) corrobora para essa noção, na direção em que seu projeto de pesquisa, baseado na PNH, realiza mudanças coletivas no espaço físico da ambiência de um centro de saúde, de maneira a provocar uma apropriação coletiva (e ativa) daquilo que era usado apenas para uma espera passiva. Essa apropriação dos espaços permite inclusive uma apropriação de si mesmo, tanto dos profissionais quanto dos usuários, que são convocados cotidianamente a mudar a lógica que lhes orientava anteriormente (SATO; AYRES, 2015).

Sato e Ayres (2015) também trouxeram uma perspectiva importante, a qual me aludiu diretamente àquela ação da Feira de Artesanato que citei anteriormente. Havia ali uma disponibilidade e vulnerabilidade diferentes do que vivenciamos no cotidiano. Isso possibilitou que cada sujeito envolvido no encontro viesse a imprimir sua própria identidade, de maneira a produzir trocas potentes, como foi possível identificar em falas como “como é diferente ver a pessoa fora das paredes do consultório”, “a comunidade está humanizando os trabalhadores”.

Em seu texto, Ayres (2004) narra a cena de uma consulta de médico e paciente, na qual a paciente com hipertensão arterial apresentava-se constantemente de mau humor e ele como profissional, estava sempre reativo a tal comportamento, realizando os mesmos procedimentos obrigatórios. A partir do momento em que traz para luz a superficialidade da relação, torna-se possível realizar uma leitura do caso, que nos traz uma ressignificação interessante sobre a nossa percepção perante o comportamento dos sujeitos. Ele compreende

que, todo o “mau humor” e reclamação demonstrados nas consultas, era a mera expressão da “infelicidade” e insatisfação da paciente com aquela forma de assistência em saúde. Percebe que a mesma prática, costuma produzir o mesmo resultado (AYRES, 2004).

Com objetivo de associar tais práticas ao viés político que me baseio, trago um ensaio no qual Benevides & Passos (2005), autores que estiveram implicados na construção da Política Nacional de Humanização, contam a intenção que possuíam na criação da PNH e todas as deturpações do conceito que surgiram com o tempo, desviando o foco da radicalidade que representa. Os autores trouxeram dois importantes desafios para enfrentarmos, que se estendem até os dias atuais, referentes à humanização: o conceitual e o metodológico (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Compreende-se que o primeiro desafio apresenta-se no próprio nome da política, por conta do equívoco (ora intencional, ora despropositual) em tornar ou associar a humanização a um voluntarismo ou assistencialismo. É de senso comum essa noção de característica “humana” referente ações e comportamentos munidos de piedade e caridade. Tal ideia vem a permear as estruturas políticas, e assim, as movimentações governamentais reveladas como “humanistas”, surgem como dádivas ou favores para a população, reforçando ainda mais as concepções alienantes. Essa forma de pensar a humanização não interessa nem um pouco à PNH, pois é oposta ao marco legal do SUS e ao exercício de direitos dos cidadãos. Como já abordamos anteriormente, a humanização proposta na PNH diz respeito à inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado, atribuindo aos coletivos às mudanças na maneira como se faz saúde (BENEVIDES; PASSOS, 2005 e SOUZA; MENDES 2009).

Tal falha na observância do conceito da humanização incorpora-se nas ações, de maneira a distanciar usuários e profissionais de tal proposta, pois se veem obrigados a cumprir as novas regras (com nome de humanização das práticas), tornando estes ainda mais coadjuvantes e desapropriados daquilo que eles mesmos constroem no cotidiano dos serviços. Tal situação é recorrente nas realidades do país e os autores chamam de “conceito-sintoma”, pois “padroniza as ações e repete modos de funcionar de forma sintomática”. É justamente neste ponto que identificamos o desafio metodológico, pois nos desapoderamos do movimento pela mudança das práticas de saúde, reproduzindo os modelos já instituídos (BENEVIDES & PASSOS, 2005).



Para fomentar ainda mais nossa discussão sobre o desafio metodológico, vale dizer que os críticos às propostas de humanização diziam que os projetos em desenvolvimento não chegavam a questionar os modelos de atenção já instituídos, entendendo então, tais práticas como um fim em si mesmo. Em parte, trouxeram uma importante colocação, pois nos convoca a pensar a direção que a humanização em saúde vai tomando na prática. De fato, há uma certa conformação em adequar propostas externas aos serviços, de maneira vertical, a fim de cumprir “agenda”, como uma deliberação obrigatória; os autores chamam tal prática de “modismo”. Este direcionamento, somado à fragmentação da humanização (humanização do parto, humanização hospitalar...), descaracterizou toda a proposta ético-política da PNH e de seu ponto de partida - o próprio cotidiano de ações no serviço (BENEVIDES & PASSOS, 2005).

Para somar a este tema, vale considerar o debate que Teixeira (2005) traz, na direção de problematizar qualquer definição do ser humano que vá por uma perspectiva generalista e definitiva, baseando sua discussão no tripé conceitual: encontros-afetos-conversas. Através destes pilares, foi possível em minha prática produzir ações em saúde de forma responsável, de maneira intencional e consciente. Em conformidade com tal perspectiva, Ayres (2004) recomenda que consideremos as trocas intersubjetivas a partir do diálogo entre os sujeitos e suas implicações simbólicas, provocando a necessidade de cada autor de ação de cuidado a se responsabilizar pelos projetos de felicidade dos indivíduos alvo, sendo cada movimento em saúde uma escolha.

Por mais que questões estruturais, burocráticas e relativas à garantia de acesso e capacitação técnica sejam profundamente importantes em nossa realidade, em que tais condições não estão asseguradas, a PNH nos convida a pensar, como nos diz Souza & Mendes (2009) “o humano em sua condição, simultaneamente, complexa, exuberante e problemática, sobretudo em relação aos processos de saúde/doença”. A partir de tais concepções, o leque de possibilidades para a humanização se amplia, direcionando-nos a agir e examinar os modos como se produzem as relações e nossos saberes frente ao outro, de maneira a produzir alternativas eficientes e que nos impulsionam (SOUZA; MENDES, 2009).

Retomando o estudo de Teixeira (2005), o autor utiliza-se da base filosófica de Espinosa para nos sugerir a definir as coisas a partir de sua potência, que pode se alterar a depender de como se baseia a relação de cada indivíduo e suas especificidades (CHAUÍ,

2003). A compreensão de Espinosa sobre uma “filosofia do encontro”, que também baseia minha argumentação, me levou a considerar a potência dos indivíduos associada à potência do coletivo como a premissa de um cuidado em saúde e de cada relação estabelecida.

Além disso, vale direcionar, mesmo que brevemente, nossa discussão para os aspectos relacionados à polarização quando falamos de tecnologia e humanização. Para Ayres (2004), uma relação de cuidado se dará a partir da junção dos aspectos técnicos com os aspectos humanistas de atenção à saúde, e não unicamente um deles de maneira isolada. Teixeira (2005) indica que constantemente partimos do pólo oposto as tecnologias, produzindo uma enganosa dicotomia: fator humano *versus* tecnologia. Ao pensarmos em nossa prática de cuidado a partir da humanização, precisamos considerar a relevância e a necessidade de apropriação das tecnologias que temos à nossa disposição.

Com o propósito de integrar às tecnologias disponíveis, Merhy (2004) define o conceito de Tecnologias Leves de Cuidado, que diz respeito às tecnologias relacionais, nas quais sua produção se dá a partir de “produtos” simbólicos. Elas abrangem o espaço relacional entre os sujeitos, e se constroem através de ações ampliadas e de sabedoria prática, olhares singulares, compatíveis a cada realidade vivenciada. Não são padronizadas num sentido de repetição do pré-estabelecido, mas possibilitam um agir suscetível à mudança e a reconstruções conforme necessidade. Como exemplos temos o vínculo, o afeto, a escuta, e tantas outras ações que dizem respeito à dimensão humana de cuidado (MERHY, 2004).

Para dar um sentido de tal tecnologia em nossas práticas cotidianas, escolhi trazer para o desenvolvimento de meu raciocínio uma técnica que potencializa o dispositivo de acolhimento; mas antes, torna-se necessário compreender como é realizado hoje. Na atenção primária, tem sido uma prática esvaziada se seu significado, visto a forma como é conduzido visando a resolutividade das demandas. Diariamente, são realizadas ações de acolhimento nos centros de saúde, tendo como base alguns recursos próprios da prática de triagem.

No entanto, o acolhimento proposto pela PNH vem de outra perspectiva. A Política traz o acolhimento como uma diretriz e pressupõe uma práxis que transpassa um dispositivo no serviço, mas abarca toda uma série de práticas e trocas realizadas na instituição. Amparada nesta concepção, temos então uma ação que visa reconhecer o que o outro traz como legítimo e singular, construído de maneira coletiva, com objetivo de obter relações de vínculo e confiança (BRASIL, 2003).

Nesse viés, Teixeira (2005) nos propõe uma ressignificação de tal prática, que vai de acordo com o que a Política Nacional de Humanização nos sugere. O autor descreve a técnica do Acolhimento Dialogado como

“uma técnica de conversa de apoio ao processo de conhecimento das necessidades, fundada em certas disposições ético-cognitivas: (1) o reconhecimento do outro como um legítimo outro; (2) o reconhecimento de cada um como insuficiente; (3) o reconhecimento de que o sentido de uma situação é fabricado pelo conjunto dos saberes presentes. Ou ainda: todo mundo sabe alguma coisa, ninguém sabe tudo e a arte da conversa não é homogeneizar os sentidos fazendo desaparecer as divergências, mas fazer emergir o sentido no ponto de convergência das diversidades” (TEIXEIRA, 2005).

Tal ferramenta nos convoca, como Bondía (2002) reclama aos seus leitores, a parar; pois para viabilizar e sentir a mudança de paradigma, de concepção e modo de funcionar, é necessário parar. Paramos e observamos nossa trajetória, a repetição e o modo mecânico com o qual temos construído as práticas de saúde; notamos a inconsistência e falta de envolvimento com aquilo que fazemos. Se considerarmos que os sujeitos participantes do encontro são sensíveis ao que lhes passa, conseguimos partir de um lugar diferente, em que há uma disponibilidade interna para aprofundar o cuidado em saúde e suas nuances, direcionando-nos para uma compreensão de sujeito que abraça as subjetividades (BONDÍA, 2002).

Para proporcionar uma prática acessível de acolhimento, precisamos identificar potencialidades tecnológicas em nosso cotidiano. É necessário abrir espaço para um discurso livre, de forma a rejeitar o sentido estrito de conduzir o discurso do paciente para a complementação de informações de que o profissional precisa, e não necessariamente o sujeito alvo. A escuta precisa ser autêntica, partir do interesse dos sujeitos; não há como ser protocolar, pois desse modo, você restringe a resposta e também a apropriação do usuário em seu próprio cuidado. Assim, uma boa pista para orientar nossa escuta é apresentada na ética

de Espinosa, ao nos dizer que “não se trata de negar absolutamente que haja uma competência no sábio, mas de reconhecer que ninguém pode ser competente pelo outro, no lugar do outro” (CHAUI, 2003).

Finalizando a discussão, vale ressaltar, um pouco mais, o emprego dos princípios e diretrizes da PNH na atuação profissional da Atenção Primária. Durante nossas trocas e estruturações de projetos terapêuticos, o esforço para extrapolar os muros do modelo biomédico se faziam intensos, visto que cada trabalhador ali conseguia compor com seu repertório de saberes e experiências. Em especial, tenho interesse em enfatizar a crítica e posicionamento dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que continuamente convocaram a equipe a exercer o princípio da transversalidade, ao trazer seu olhar que baseia-se impreterivelmente no vínculo e no território; além disso, são os profissionais que de forma disparada, fazem maior defesa dos direitos dos usuários e colocam o corpo inserido nas relações comunitárias que é onde tudo acontece.

## **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Para concluir as considerações e reflexões aqui feitas, considero importante dizer que houve alguns atravessamentos institucionais que surgiram durante minha trajetória na atenção primária como residente terapeuta ocupacional. Dificuldade de entrada em setores como o acolhimento, que são mais direcionados ao núcleo da enfermagem, o ‘moralismo’ presente no discurso de algumas pessoas na equipe e também reuniões de equipe intensas e fatigantes, são questões que estiveram presentes em meu cotidiano.

Contudo, apesar dos percalços vividos, muito se pôde construir a partir de minha imersão na estratégia de saúde da família, como vimos ao longo da discussão. Este texto enfatiza o quanto a Política Nacional de Humanização nos convida a constantemente repensarmos nossa prática e produzir diferentes formas de cuidado de si, da equipe e da comunidade, assim como de participação e gestão. As tecnologias leves chegam para confrontar a forma enrijecida com a qual tratamos a saúde e exercemos nossa prática. A troca de afetos é o que permite questionar as lógicas presentes, pois nos autorizamos a sentir o

outro e nos expor ao imprevisível, considerando aspectos simbólicos presentes nos encontros e nas relações.

Nessa direção, nossa prática está (ou deveria estar) pautada em movimentos de experimentação, de construção de modos de subjetivação e consequente abertura para a espontaneidade. É necessário, portanto, extrair vitalidade, otimismo e compromisso com nosso fazer micropolítico no cotidiano, para assim possibilitar a abertura de linhas de fuga em processos instituídos, pois a PNH é uma política que desafia e nos instiga a produzir ações comprometidas com experiências singulares. Busca gerar um reencantamento com o SUS, pensando na humanização como inclusão do diverso.

Por fim, as ações e criações metodológicas precisam estar em plasticidade contínua, de maneira a considerar as mudanças sociais e políticas de cada momento histórico, sem se perder em qualquer ideia totalizante. Reforçar a relevância das construções internas de cada equipe e território é o caminho mais florescente que podemos traçar, para que venha a nos inspirar cada dia mais.

## 7. REFERÊNCIAS

AYRES, J. R. DE C. M.. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 16–29, set. 2004.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E.. Humanização na saúde: um novo modismo?. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 17, p. 389–394, mar. 2005.

BONDÍA, J. L.. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista Brasileira de Educação**, n. 19, p. 20–28, jan. 2002.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>

BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm)>

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. 1.ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2.436 de 21 de setembro de 2017. Programa Previne Brasil.

BASTOS DE PAULA, S, H. Construção histórica de modelos de intervenção em saúde. In: \_\_\_\_\_. Memórias e histórias da Atenção Básica do Estado de São Paulo. São Paulo: Instituto de Saúde, p. 13-34, 2015.

CHAUI, M. Política em Espinosa. Companhia das Letras, São Paulo, 2003.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia. São Paulo: Ed. 34, v.4, 1997.

FERTONANI, H. P., PIRES, D. E. P., BIFF, D. e SCHERER, M. D. dos A. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 6, pp. 1869-1878. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ZtnLRysBYTmdC9jw9wy7hKQ/?lang=pt&format=pdf>

FERIGATO, S. H.; CARVALHO, S. R.. Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: conexões. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, n. 38, p. 663–676, jul. 2011.

FURTADO, J. P., MIRANDA, L. O dispositivo "técnicos de referência" nos equipamentos substitutivos em saúde mental e o uso da psicanálise winnicottiana. *Rev. Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 4 , n. 3, p. 508- 524, 2006.

LIMA, E. M. F. A.; YASUI, S. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. *Saúde em Debate*, v. 38, n. 102 , pp. 593-606. 2014. Disponível em: <https://chooser.crossref.org/?doi=10.5935%2F0103-1104.20140055>

MELO, E. A., MENDONÇA, M. H. M., OLIVEIRA, J. R., ANDRADE, G. C. L. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde em Debate* [online], v. 42, pp. 38-51, 2018, v. 42, pp. 38-51. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S103>>.

MERHY, E. E. O Ato de Cuidar: a Alma dos Serviços de Saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Ver – SUS Brasil: cadernos de textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p.108-137. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 4ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

OLIVEIRA, B.V.S.; ALENCAR NETA, R.L.; NASCIMENTO, I.M.G.; OLIVEIRA, G.S.; MEDEIROS, R.L.S.F.M.; FEITOSA, A.N.A.; Impacto da pandemia do COVID-19 sob o cuidado na atenção primária à saúde: percepção de enfermeiros. *Saúde Coletiva*, 2021.

ONOCKO-CAMPOS, R.; EMERICH, B. F; RICCI, E. Residência Multiprofissional em Saúde Mental: suporte teórico para o percurso formativo. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, v. 23., e170813. 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/Interface.170813>>.

OURY, J. Itinerários de formação. *Revue Pratique*, 1, 42-50. 1991.

PAIM, J. S. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet: Saúde no Brasil*, pp. 11-31. 2011. Disponível em: <[https://actbr.org.br/uploads/arquivo/925\\_brazil1.pdf](https://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil1.pdf)>

PASCHE, D. F.. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, p. 701–708, 2009.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2009.

RICCI, E. Entre serviços e experiências de adoecimento: narrativas e possibilidades de recovery em saúde mental. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, Florianópolis*, v.9, n.21, p.212-228, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69547/41668>

SATO, M.; AYRES, J. R. DE C. M.. Arte e humanização das práticas de saúde em uma Unidade Básica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, n. 55, p. 1027–1038, out. 2015.

SOUZA, L.A.P.; MENDES, V.L.F. O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização (PNH). Comunicação saúde e educação. São Paulo, v.13, supl.1, p.681-8, 2009. Disponível em:<https://www.scielo.br/j/icse/a/OF9BP4OGyZgqpHCJTXRkdGb/?format=pdf&lang=pt>

TEIXEIRA, R. R.. Humanização e Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 585–597, jul. 2005.