

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Faculdade de Fonoaudiologia

LINGUAGEM E MATERNAGEM: CONSTRUINDO CONHECIMENTOS COM
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Caroline Lopes Barbosa

Nattaly Ferreira Castro

São Paulo

2008



Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
Faculdade de Fonoaudiologia

LINGUAGEM E MATERNAGEM: CONSTRUINDO CONHECIMENTOS COM
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Curso das
alunas Caroline Lopes Barbosa e Nattaly
Ferreira de Castro produzido na disciplina
eletiva: A relação mãe e bebê: uma
linguagem entre a Fonoaudiologia e
Psicanálise na Promoção da saúde na
Primeira Infância, orientado pela Prof^a
Ms. Maria Inês Tassinari.

São Paulo
2008

SUMÁRIO

Agradecimentos Caroline	4
Agradecimentos Nattaly	6
Resumo	8
Introdução	9
Capítulo I “Da Saúde Pública no Brasil até a Estratégia do PSF”	14
I. I QUALIS/PSF em São Paulo e a UBS Vila Ramos	19
Capítulo II “Saúde Coletiva: uma perspectiva de compreensão da produção das práticas em saúde”	36
Capítulo III “A relação mãe – bebê no acalanto da rede”	43
Metodologia	48
Os Encontros: resultados e análise do processo	54
Considerações Finais	84
Referências Bibliográficas	88
Anexos	93

Agradecimentos Caroline

Em primeiro lugar, quero agradecer a Deus, por todas as oportunidades que me concedeu e por aquelas que ainda estão por vir. Sou eternamente grata!

À minha mãe, minha admiração e inspiração para viver. Muito obrigada pelo incentivo, apoio e amor incondicional.

Ao meu irmão, que nos momentos mais difíceis, sempre conseguiu me alegrar, com seu jeito divertido e irreverente.

À orientadora Prof^a Ms. Maria Inês Tassinari pela dedicação, generosidade, afetividade e cuidado em todo o trabalho realizado, na orientação teórica do Trabalho de Conclusão de Curso e na supervisão clínica do trabalho realizado com os agentes comunitários de saúde, muito obrigada pela rica contribuição em minha vida.

À minha parceira de trabalho Nattaly que se aproximou no último ano da faculdade e se tornou uma grande amiga e companheira de profissão, muito obrigada pelo acréscimo na minha vida e por compartilhar esse trabalho inesquecível.

À Luzia Giosa Graciano Gerente da UBS/PSF Vila Ramos por aceitar e apostar prontamente na nossa pesquisa, pelo acolhimento sempre com muita afetividade, pela confiança e por todo material cedido.

Aos agentes comunitários de saúde pela rica contribuição em nossas vidas, que talvez nem imaginem, pela confiança em oferecer não só a experiência profissional nos grupos de gestante/puericultura, visitas e trabalho na comunidade, mas também por confiar à nós a experiência pessoal de suas famílias e muitas vezes da própria infância. À vocês muito obrigada, pois sem esse encontro de afeto e cuidado esse trabalho não teria sido realizado.

Às Equipes de Saúde da Família da UBS Vila Ramos pela generosidade de disponibilizar os agentes comunitários de saúde para essa pesquisa, muito obrigada.

À Enfermeira Elisabete Alves Pinto pelo material cedido, pelas discussões enriquecedoras.

Aos médicos da família Fábio Bento e Aly Said pelas ricas discussões e contribuições no trabalho de pesquisa, na minha vida profissional e pessoal, muito obrigada.

À Lavinia Oliveira pela magnífica contribuição nesse trabalho como parecerista, pelas indicações bibliográficas e pelo olhar generoso e afetivo.

Às minhas companheiras de graduação, aquelas que se tornaram grandes amigas e que espero conviver pelos anos afora, pois deixaram comigo um pedacinho próprio e sem dúvida levam um pedacinho meu, muito obrigada.

À você que mesmo longe nesses cinco anos sempre esteve perto na minha vida, admirando, apoiando, incentivando e acreditando que eu sempre podia mais e mais, muito obrigada!

"Eu conheço o medo de ir embora. O futuro agarra a sua mão. Será que é o trem que passou ou passou quem fica na estação? O sol já nasceu na estrada nova e mesmo que eu impeça, ele vai brilhar".

Oswaldo Montenegro

Agradecimentos Nattaly

Primeiramente a Deus, o que seria de mim sem a fé que eu tenho nele.

À minha família, pela base sólida que sempre me deu força para encarar a vida de frente. Aos meus pais, pela dedicação em formar todas as suas filhas. A minha mãe por cumprir este papel magistralmente e pelo amor intenso. Essa monografia é uma homenagem ao seu trabalho. Ao meu pai por ser tão pai em minha vida, pelos pés no chão e pelo carinho sempre.

Às Minhas queridas irmãs, Chayla e Carla, por estarem sempre ao meu lado, pelos conselhos, exemplo de mulheres. À vocês meu amor incondicional.

À orientadora Prof^ª Ms. Maria Inês Tassinari por acreditar não só neste trabalho, mas em mim. Obrigada por todo exemplo profissional e por ter contribuído ao meu crescimento pessoal. À você meu sincero carinho e admiração.

À minha parceira de trabalho Caroline Lopes, que foi um presente de Deus, que deu luz a minha vida, me trouxe sabedoria, alegria, conselhos construtivos e sinceros. Me mostrou que sempre no escuro podemos ver uma luz, que podemos acreditar no amor verdadeiro e que sermos extremamente românticas é a nossa qualidade, é a nossa marca. Amo você!

À Luzia Giosa Graciano Gerente da UBS/PSF Vila Ramos por aceitar e apostar prontamente na nossa pesquisa, pelo acolhimento sempre com muita afetividade e confiança e por todo material cedido, muito obrigada.

Aos agentes comunitários de saúde, por toda experiência passada, por todo acolhimento e por ter contribuído tão ricamente para este trabalho. Muito obrigada.

À Lavinia de Oliveira por aceitar contribuir nesse trabalho como parecerista, pelas indicações bibliográficas.

Às minhas grandes amigas: Kell, Mariana, Karla, Juliana, Claudia por compartilhar as nossas vitórias, nossas dores e alegrias, nosso crescimento pessoal e profissional. Vocês trouxeram alegrias á minha vida e fizeram com que estes anos de faculdade se tornassem

inesquecíveis. Independente do caminho seguido por cada uma daqui para frente, Sucesso à todas. Amo vocês.

Ao meu amor, Wagner Matsubara, que esteve sempre ao meu lado me apoiando, incentivando e acreditando que eu sempre podia mais e mais. Pelo companheirismo, pela paciência, pelos belos e construtivos conselhos e os puxões de orelha. À você agradeço por ter entrado na estrada da minha vida e suprido toda a minha carência e amor. Amo Você, pelo o que você é, pelo que passei a ser depois que te conheci, por todos os momentos felizes que vivemos. Pela Saudade.

Resumo

Introdução: No campo da Saúde Pública, o modelo biologizante prevalece como referencial para compreensão dos processos associados ao adoecimento e a produção da saúde, no entanto o Campo da Saúde Coletiva se constituiu como outra referência cuja compreensão do humano e de seus sofrimentos inclui outras dimensões da produção da subjetividade, a social, a psíquica, a antropológica, sem restringir o adoecimento ao organismo. Os princípios da psicanálise apresentam para o campo do conhecimento um sujeito dividido entre desejo e necessidade, regido por uma lógica nem sempre compatível com a racionalidade consciente, pois determinada pelo inconsciente. Tal dimensão do humano pode ser muito útil às práticas em saúde, pois permite compreender o sujeito desejante e sua relação com as práticas em saúde. Em particular na Saúde Materna Infantil é fundamental articular os procedimentos destinados à promoção e prevenção da saúde física à relação entre mãe e bebê constitutiva do sujeito. Percebemos que **o cuidado com o outro se faz primeiramente por uma experiência de cuidado consigo.** **Objetivo:** Realizar uma análise do processo de trabalho com agentes comunitários de saúde, visando construir conhecimentos derivados do campo da psicanálise e da fonoaudiologia em relação direta com situações problema por eles enfrentadas, tendo como norte favorecer a promoção da saúde física e psíquica na primeira infância e o processo de aquisição da linguagem. O papel desempenhado pelo ACS é imprescindível devido ao seu duplo vínculo: ele faz parte da UBS, recebendo o treinamento técnico o qual o habilita a trabalhar como profissional na equipe de saúde, e, concomitantemente, pertence à comunidade à qual assiste, ou seja, o elo entre a equipe de saúde e a população. **Metodologia:** Nesse sentido criou-se um espaço para refletir a respeito das ações de saúde como prática ético-política, que implica a subjetividade de quem as realiza. As técnicas mais diretas de observação da criança e orientação aos cuidadores foram abordadas conforme os problemas apareceram, no entanto, a técnica por excelência foi potencializar o exercício da maternagem nos ACS's para que acolhessem e fortalecessem as mães para que essas se deleitem no exercício de sua função. Participaram dessa pesquisa dez ACS's, foram encontros semanais com duração de duas horas, na UBS/ PSF "Vila Ramos", no período de Maio à Setembro de 2008, ministrados pelas autoras deste TCC sob supervisão da orientadora e professora da disciplina eletiva. A linha metodológica adotada deriva de uma abordagem qualitativa em saúde, a pesquisa participante. Nessa abordagem há a necessidade dos pesquisadores conhecerem e compreenderem a dimensão coletiva e interativa do grupo a fim de abordar as dificuldades e elaborar estratégias possíveis no âmbito social. O discurso dos participantes fora analisado mediante técnica da análise do discurso de linha francesa. **Resultados:** O trabalho promoveu não só ampliar as referências dos ACS's a respeito da saúde física e psíquica na primeira infância, como também, redimensionou a relação que estabelecem com o próprio trabalho, seus limites e potências. Um dos desdobramentos mais significativos da proposta foi a experiência de cuidado vivida pelos ACS's no contexto grupal que segundo eles gerou efeitos terapêuticos valiosos para reconfigurarem a relação com os usuários e consigo. Pautados no eixo do exercício do cuidado com quem cuida, movido pela escuta e pelo acolhimento, pudemos construir conhecimentos com os ACS's a respeito da promoção à saúde na primeira infância. Mesmo sendo norteados pelos referenciais teóricos, esses saberes ganharam vida na circulação afetiva gerada pelo contexto grupal, cuja potência pode se estender para muitos processos de trabalho em diferentes equipamentos de saúde.

Decs/ Palavras Chave: Saúde da Criança, Linguagem, Maternagem e PSF.

Introdução

Essa pesquisa teve por objetivo realizar uma investigação participativa de parte do processo de construção de conhecimento dos agentes comunitários de saúde (ACS's), visando implementar suas referências para atuar na promoção à saúde na primeira infância. Para isso articulamos conhecimentos do campo da psicanálise e da fonoaudiologia em relação direta com situações problema por eles enfrentadas, tendo como norte dar maior suporte para que possam favorecer a promoção da saúde física e psíquica na primeira infância, diretamente associadas ao processo de aquisição da linguagem.

Pretendemos com essa proposta de trabalho dar subsídios teóricos aos agentes comunitários de saúde para ampliar a visão da complexa sustentação subjetiva oferecida pela relação entre a mãe e o bebê a qual deixa marcas constitutivas do sujeito e da relação deste com as experiências mais simples como dormir, comer, brincar e se desenvolver cognitivamente.

Nesse sentido integrando teoria e prática para que os agentes comunitários de saúde possam problematizar as ações voltadas para promoção da saúde na primeira infância. Estabelecendo relações entre o adoecimento e condições objetivas e subjetivas de sustentação do sujeito.

Sabemos que o manejo com as famílias é muito delicado, destacamos o trabalho com as mães e as crianças, já que na Unidade Básica de Saúde o ACS realiza trabalhos com grupos de gestantes e puericultura.

Situações de vulnerabilidade e risco social são questões de abrangência da saúde, cujo enfrentamento requer do ACS muito mais do que as visitas de rotina preconizam. Os inúmeros fatores que podem colocar uma criança em risco e vulnerável devem ser percebidos o mais cedo possível em tempo de reverter processos que podem ser cronificados marcando nocivamente toda existência do sujeito.

Nesse sentido demos importância para o espaço de interlocução e problematização, em cujo contexto os ACSs pudessem contar com mais um apoio para enfrentar os dramas cotidianos que encontram ao tentar para promover a saúde das crianças e das mães.

Vale ressaltar que não se tratava de um curso de capacitação em normas técnicas ou procedimentos pré-definidos, mas de propiciar recursos teóricos e práticos para que os agentes sejam auxiliados a definir estratégias singulares em cada caso mediante a discussão de quem são os sujeitos envolvidos, como podem ser sensibilizados, acolhidos e maternados para que possam oferecer à criança melhores condições de vida.

A direção deste trabalho seguiu gerando reflexões a respeito das ações de saúde como prática ético-política, ou seja, como ação que favoreça o exercício da liberdade, responsabilidade, autonomia e da cidadania. Os aspectos técnicos mais diretos de observação da criança e orientação aos cuidadores abordados se deram conforme os problemas apareceram, no entanto, ficou claro que a técnica por excelência é potencializar o exercício da maternagem nos ACS's para que acolham e fortaleçam as mães para que essas se deleitem no exercício de sua função, vendo graça valor e sentido em cuidar de seus bebês, já que é nesse cuidado que se funda o sujeito e toda a base da constituição subjetiva e da entrada no simbólico.

Os encontros aconteceram, na Unidade Básica de Saúde – Programa Saúde da Família “Vila Ramos”, ministrados pelas autoras desse Trabalho de Conclusão de Curso. O projeto teve aprovação do Comitê de Ética da Faculdade de Fonoaudiologia PUC-SP (Anexo 1).

A metodologia de trabalho seguiu a periodicidade semanal, com horários pré-definidos, com duas horas de duração durante o período de três meses. Portanto foram realizados quinze encontros, perfazendo o total de trinta horas de trabalho no período de maio à setembro de 2008.

Os encontros foram divididos em uma hora teórica, com as temáticas descritas abaixo e a outra hora fora destinada à discussão de casos como objetivo de gerar maior associação entre os conceitos teóricos e a prática. Nesse contexto, focamos a identificação de possíveis problemas na infância, cujo fator de risco podia estar na fragilidade do vínculo, permitindo a compreensão da função do vínculo no desenvolvimento da criança e na constituição subjetiva.

As temáticas abordadas foram: Função do vínculo na constituição do sujeito; Desenvolvimento e Constituição Subjetiva; Relação mãe-bebê; Ampliação do olhar na infância; Audição e atenção; Aleitamento Materno: Alimento de corpo e alma; Alimentação e satisfação oral; Linguagem: do corpo a palavra; Hábitos orais e acolhimento do bebê; Brincadeira é coisa séria; Desenvolvimento Normal e Patológico; Trabalho com Crianças Institucionalizadas e Trabalho Corporal.

A linha metodológica adotada deriva de uma abordagem qualitativa em saúde, para tanto destacamos a Pesquisa Social, definida por Minayo (1992) como “teorias sociais que refletem posições frente à realidade, momentos do desenvolvimento e da dinâmica social, preocupações e interesses de classes e de grupos determinados” p. 23.

Dentro desse grande conceito de Pesquisa Social, destacamos a pesquisa-participante. Trata-se de um método, ou de uma estratégia de pesquisa com os quais se estabelece uma estrutura coletiva, participava e ativa ao nível de captação de informação.

Segundo Thiollent (1986) a pesquisa participante pode ser vista como modo de conceber e de organizar uma pesquisa social de finalidade prática e que esteja de acordo com as exigências próprias da ação e da participação dos atores da situação observada, no caso dessa pesquisa esses atores serão os agentes comunitários de saúde e as estagiarias em fonoaudiologia.

Para realizar a análise dos dados, partimos da técnica de análise do discurso, visto que nos permite compreender pelas formações discursivas os efeitos do trabalho.

Na história da reflexão sobre a linguagem, a análise de discurso construiu-se como uma proposta crítica que buscava problematizar as formas de reflexão estabelecidas. Ela pressupõe a lingüística, enquanto ciência positiva que descreve e explica a linguagem verbal humana, mas também abre um campo de questões no interior da lingüística ao referir o conhecimento da linguagem ao conhecimento das formações sociais. (ORLANDI, 1987)

A análise do discurso concebe o discurso enquanto objeto social e histórico, no qual sujeito e sistema se confrontam e busca determinar os processos histórico-sociais em jogo na constituição da linguagem. A linguagem é tida como produção, trabalho, ainda que simbólico construído na relação entre o homem e a realidade natural e social. Em sua função, a linguagem não é vista apenas como suporte de pensamento nem instrumento de comunicação.

Dessa maneira a participação ativa das pesquisadoras-participantes favoreceu ao longo do processo de investigação, a discussão entre os participantes com o objetivo de conhecer valores, experiências, histórias e referências das mais diversas, que possam estar associadas às questões inerentes a função materna e ao funcionamento da linguagem.

A partir da colocação de temáticas problematizadas, no sentido de ampliar a percepção dos participantes para sua própria prática com a comunidade - em particular com o manejo da mãe na relação com seu bebê - observamos que os ACSs passam a trazer para o grupo memórias de infância e muitas situações de suas histórias de vida as quais passam a constituir os “casos”, preconizados anteriormente como situações enfrentadas por eles no manejo com a comunidade. Essa mudança nos permitiu acolher os conteúdos trazidos como necessidade anterior à reflexão sobre o outro. Portanto, mesmo que sem intenção inicial, percebemos que o trabalho realizado, foi norteado pela questão: **Em que medida o cuidado com o outro se faz primeiramente por uma experiência de cuidado consigo?**

Na pesquisa participante há a necessidade dos pesquisadores conhecerem e compreenderem a dimensão coletiva e interativa do grupo a fim de abordar as dificuldades e elaborar estratégias possíveis no âmbito social.

Geralmente essa compreensão coletiva ocorre com pouca frequência no encontro profissional como salienta Tassinari (2007):

“Por defesa contra as vicissitudes do vínculo, os profissionais tendem a esterilizar ao máximo as relações com os usuários, direcionando-as para a objetividade do procedimento, não considerando os efeitos transferências nesses vínculos. Paradoxalmente, não relevando a dimensão subjetiva dos procedimentos, estão perdendo a grande função do profissional da saúde que é estabelecer uma relação a partir da qual o usuário não só se recupere da doença, mas passe a se tratar melhor enquanto sujeito e cidadão.”

Ainda nessa perspectiva a mesma autora refere que essa postura se mantendo na relação com as gestantes, impossibilita o acesso aos aspectos subjetivos da maternidade que são vividos de modo singular por cada mulher/mãe, compondo assim o vínculo da mãe com seu bebê, sustentáculo da constituição do sujeito, da aquisição da linguagem e da produção sintomática na primeira infância. Promover saúde para os bebês indefesos e incapazes de sobreviver pelos seus próprios recursos implica sustentar subjetiva e objetivamente as mães em suas realidades interna e externa.

Cabe ressaltar que os agentes comunitário de saúde são agentes de maternagem, já que potencializam a relação da mãe com seu bebê nos grupos de puericultura, o que também ocorre nos grupos de gestantes nos quais propõem temas em que as próprias futuras mães podem colocar suas questões.

Nesse sentido apoiar os agentes comunitários de saúde mediante tais referências, proporcionará não apenas subsídios teóricos, mas o acolhimento das angústias derivadas da atuação com a maternagem e transformá-la em conhecimento, segurança e cuidado para que haja uma melhor atuação.

Como modelo teórico utilizamos a psicanálise para dar conta de explicar amplos conceitos que abrangem a fonoaudiologia como: maternagem, vínculo mãe-bebê, constituição psíquica na primeira infância e aleitamento materno como promoção ao acesso do bebê à linguagem, pois os aspectos subjetivos são pouco abordados e entendemos que falar disso na saúde materna infantil é fundamental.

O trabalho promoveu não só a saúde na primeira infância, a partir da disponibilidade do ACS para lidar com a relação saudável da mãe com bebê, do qual depende a saúde física,

psíquica e o processo de aquisição de linguagem, mas também construiu processo de cuidado com esses profissionais que em algumas vezes não encontram nas reuniões de equipe.

Assim, é pertinente ressaltar que a função do ACS vai muito além de checar a situação das famílias das micro-áreas que estão sob sua responsabilidade, da marcação dos diversos grupos de controle e da distribuição dos comunicados para os pacientes sobre os seus compromissos na unidade de saúde.

O papel desempenhado pelo agente comunitário de saúde é imprescindível devido ao seu duplo vínculo: ele faz parte da Unidade Básica de Saúde, recebendo o treinamento técnico o qual o habilita a trabalhar como profissional na equipe de saúde, e, concomitantemente, pertence à comunidade à qual assiste. Essa condição o coloca na posição daquele que, em tese é o elo entre a equipe de saúde e a população atendida.

Foi nesse sentido que o a prática construída pelos encontros gerou material relevante para análise da situação dos ACSs e ainda de como a Universidade em parceria com o serviço, pode contribuir para melhorar a formação dos discentes - pois permite uma visão prática da realidade do serviço - bem como a prática do ACS, pois este pode contar com um espaço de interlocução e apoio ao exercício de suas funções.

Capítulo I “Da Saúde Pública no Brasil até a Estratégia do PSF”

O campo da Saúde Pública é um campo de conhecimento que se confunde com a prática, devido seu impacto social.

As práticas médicas de promoção e prevenção à saúde em que trabalhadores incumbidos por ações médicos-sanitaristas visitavam os domicílios a fim de controlar epidemias, já ocorriam na Europa nos séculos XVII e XVIII, construindo a Medicina Social e consolidando a Saúde Pública como dever do Estado. (ROSEN, 1994)

Para entender os sistemas de saúde no Brasil e em outros países se faz necessário organizar a história de alguns movimentos importantes, tais como: modelo da medicina comunitária, o modelo da medicina assistencial e da medicina previdenciária.

O movimento da Medicina Comunitária difundido nos anos 60 nos EUA, definida em 1978, na Conferência Internacional de Alma-Ata, como:

“Cuidados essenciais baseados em métodos práticos, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis e em tecnologia de acesso universal para indivíduos e suas famílias na comunidade, e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de desenvolvimento, dentro do espírito de autoconfiança e autodeterminação”. (OMS, 1979)

Nas décadas seguintes, após essa fusão nos EUA, esse modelo foi instituído em vários países da Europa, Asiáticos, Africanos e da América Latina.

As principais características da Medicina Comunitária são: O resgate da preocupação com a saúde dos grupos populacionais, embora se restrinja à população local, não se remetendo aos contextos sociais mais amplos e diluindo as determinações macrossociais; As ações preventivas e curativas, vistas como serviços básicos, são oferecidas universalmente, especialmente aos grupos vulneráveis e de risco; A estruturação do serviço é hierarquizada, os serviços de atenção primária, de natureza simplificada, funcionam como porta de entrada do sistema; A utilização de pessoal auxiliar treinado, orientado pelos profissionais de nível superior, visando à extensão de cobertura, inclusão de práticas médicas alternativas, busca aumentar a eficácia e a aceitação da população, bem como a revisão da tecnologia incorporada, objetivando redução de custos; A participação comunitária é incentivada, como forma de envolver a população na solução dos seus problemas.

As práticas políticas assistenciais seriam combinações tecnológicas estruturadas para o enfrentamento de problemas de saúde individual e coletiva em determinados espaços populacionais, incluindo ações sobre o ambiente, grupos populacionais, equipamentos comunitários e usuários de serviços de saúde. Não se trata de normas ou exemplos a serem seguidos, mas sim de racionalidades diversas que informam a práxis.

Vários programas criados a partir de 1974 e implementados pelo INPS e pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), e também pelo Ministério da Saúde, permitiram que uma nova camada da população, que antes não era assistida pela Previdência Social, passasse a ter acesso aos serviços. Mesmo assim, esse serviço já estava deficitário e dando os primeiros sinais de esgotamento.

Assim, nos anos 80, em termos de políticas de saúde, foram marcados pela implementação de programas de reorganização da atenção à saúde no Brasil, voltados para a descentralização e universalização do acesso. As AIS haviam sido criadas no início da década e depois, em 1987, é criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). O país já vivia um período político democrático, a Constituição da Nova República estava sendo criada, e nela estavam presentes os preceitos de criação de um sistema único de saúde descentralizado, integral e com participação social. (Costa, 1998:112).

No Brasil essas práticas são recentes, tendo em vista que as ações em saúde eram em nível individual e começaram com o surgimento da previdência social, vinculando assistência médica ao princípio do seguro social, colocando-a no mesmo plano de benefícios como as aposentadorias, pensão por invalidez e etc. Os modelos eram o INPS¹ e INAMPS², o Estado passou a priorizar o setor da saúde vinculado aos órgãos assistenciais, e só tinham direito à saúde aqueles que contribuía para previdência social, enquanto o governo investia cada vez menos em sua própria rede de assistência a saúde.

Esse modelo de saúde previdenciário só sofreu mudanças estruturais com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) que é o arranjo organizacional do Estado brasileiro que dá suporte à efetivação da política de saúde no Brasil, e traduz em ação os princípios e diretrizes dessa política, que compreende um conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde, e aglutina o conjunto das organizações públicas de saúde existente nos âmbitos federal, estadual, municipal, e ainda os serviços privados em saúde que o integram funcionalmente para a prestação de serviços aos usuários desse sistema, de forma complementar, quando contratados ou conveniados para tal fim.

¹ INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

² INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

Importante dizer que o SUS não se resume a um sistema de prestação de serviços assistenciais. É um sistema complexo que tem a responsabilidade de articular e coordenar ações promocionais e de prevenção.

Segundo Fontinelle, 2003, o SUS é um produto da reforma sanitária brasileira, originada do movimento sanitário, processo político que mobilizou a sociedade brasileira para propor novas políticas e novos modelos de organização de sistema, serviços e práticas de saúde.

A Constituição Federal em 1988 fixou princípios que orientaram a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Estes princípios referem à ampla legitimidade do sistema e são: a universalidade, a integralidade e a equidade:

Universalidade: refere-se ao acesso de toda população aos serviços de saúde, independente da inserção no modo de produção, ou poder econômico.

Integralidade: conceito amplo que pode ser analisado sobre vários prismas, mas é entendida, no contexto do SUS, como a integração ou articulação dos serviços de saúde desde a atenção básica à saúde até a atenção mais especializada, possibilitando aos usuários deste serviço uma abordagem integral, com livre acesso aos diferentes níveis de atendimento. No texto constitucional referente ao SUS, destaca-se a prioridade às ações de promoção a saúde e prevenção de doenças. A promoção a saúde foi definida como “*processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação nesse processo*”, definição da carta de Ottawa de 1986, resultante da Primeira Conferência Internacional de Promoção a Saúde.

Equidade: a equidade busca atender todas as necessidades em saúde, respeitando as diferentes demandas, ou seja, o atendimento as questões de saúde em uma comunidade urbana certamente será diferente do atendimento a comunidade rural, pois as duas comunidades possuem prioridades opostas que devem ser atendidas com ações pertinentes a essas realidades.

As diretrizes organizativas do sistema visam imprimir racionalidade ao seu funcionamento, sendo essas, a descentralização, a regionalização, a hierarquização dos serviços e a participação comunitária, denotando o avanço significativo nas políticas públicas de saúde.

A descentralização com ênfase na municipalização da gestão dos serviços e ações de saúde constitui-se como avanço político-administrativo dentro da reforma do sistema de saúde no Brasil. Por meio da distribuição planejada de recursos assistenciais no território, a partir da distribuição populacional, visando a integração das ações e das redes de cuidado no campo de

atuação da atenção primária³, definida pelo ministério como: atenção básica⁴, garantindo a população o acesso oportuno e continuidade do cuidado em saúde. O profissional de saúde compreende a necessidade do paciente, e, quando esta exige intervenções de maior complexidade, necessariamente pode-se contar com encaminhamentos aos equipamentos de média⁵ e alta⁶ complexidade, como define o Ministério da Saúde.

A lei previa tais ações e para que elas fossem viabilizadas criaram-se estratégias para a atenção básica como convênios com hospitais e clínicas privadas, o que foi chamado de expansão da rede, pois a abrangência da assistência ao SUS ampliou-se e a cobertura na atenção básica também, cabe aqui ressaltar que o Programa Saúde da Família, entre outras estratégias, surge a partir desse modelo integral a saúde.

A política proposta para a saúde, (SUS), não abrange somente aspectos orgânicos, mas também engloba aspectos sociais, habitacionais, éticos e políticos.

Baseada nas experiências em vários países e as realizadas e, a partir desses três eixos principais: 1) descentralização, no plano administrativo; 2) o controle social, no plano político da saúde e 3) atendimento integral à saúde, foram elaboradas estratégias de reorganização da atenção básica. Estratégias que viabilizassem a política de saúde, (SUS), tais como: “ações programáticas”, “modelo técnico-assistencial em defesa da vida”, “vigilância da saúde” e a “ações de promoção à saúde”, destacando então, inicialmente em pontos isolados do território nacional, como no Norte e Nordeste, o “Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS”, e, posteriormente o Programa Saúde da Família, na esfera da atenção básica federal.

Em meados 1991, surgiu no Brasil, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), mais precisamente região Norte e Nordeste, em cidades pequenas, situadas em áreas de baixa densidade populacional, em que a escassez de serviços e profissionais de saúde era acentuada, evidenciando um alto índice de morbidade e mortalidade, características de países de terceiro mundo, dentre esse índice, destacamos a mortalidade infantil e materna.

³ Atenção Primária – É baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde.

⁴ Atenção Básica compreende a atenção primária à nível federal no Brasil.

⁵ Média Complexidade compreende a atenção secundária à saúde é responsável por uma assistência mais especializada, ou seja, realiza a diagnose e a terapêutica de casos que exigem uma maior complexidade tecnológica.

⁶ Alta Complexidade compreende a atenção terciária já exigem serviços de alta complexidade, em que os casos, necessitam de hospitais especializados e equipamentos de alta tecnologia.

À medida que o PACS foi se fortalecendo, sentiu-se a necessidade de ampliar a atuação dos agentes comunitários de saúde (ACS's). Foram criadas as primeiras equipes de saúde da família, no início de 1994, por meio de uma parceria entre Ministério da Saúde/MS e o fundo das ações unidas para a infância/UNICEF, mediante parâmetros que visam promover a saúde e recuperá-la de modo integral.

Diversos países têm adotado o modelo de saúde da família na estruturação de seus níveis básicos de atenção à saúde. Destacam-se o Reino Unido, Cuba, Espanha e Canadá.

“De fato, uma análise da concepção brasileira da Saúde da Família evidencia a articulação de noções e conceitos provindos de distintas disciplinas do campo da Saúde Pública e Coletiva, que se traduzem em princípios e diretrizes operacionais que buscam conformar um modelo de atenção pautado pela organização sistêmica dos serviços (complementaridade e hierarquização), pelo caráter multiprofissional das equipes de trabalho, pela utilização da informação epidemiológica para o planejamento e programação das ações de saúde e pela busca de integralidade das práticas (promoção, proteção e recuperação) ainda que no âmbito da Atenção Primária, ou como se convencionou denominar no SUS, da Atenção Básica, pelo Ministério da Saúde, 1998; 2000.” (Teixeira e Solla, 2006, pp 40 - 41).

O PSF foi uma estratégia do Ministério da Saúde atrelada a reorganização da atenção básica no país, pois incorpora os princípios básicos do SUS; universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade, estruturada no espaço físico de uma Unidade Básica de Saúde/ Programa Saúde da Família.

Nas citações abaixo vemos os efeitos do PSF na conjuntura de implantação do SUS:

“(…) a Saúde da Família, vem sendo concebida como parte de uma estratégia maior de mudança do modelo de atenção, a medida que se conjuga com mudanças na organização da atenção de média e alta complexidade induzidas por políticas de regulação e controle. A pertinência dessa estratégia para a expansão da cobertura da atenção básica vem sendo evidenciada pela enorme expansão do número de equipes do PSF implantadas em todo o país (aproximadamente 20 mil), ainda que não se possa afirmar que, no conjunto, as ações e serviços produzidos signifiquem de fato, a mudança de conteúdo das práticas e da forma de organização do processo de trabalho prevista nos documentos oficiais.” (Teixeira e Solla, 2006, pp 40 - 41)

Na atenção básica, os procedimentos clínicos são realizados atendendo as ações mais imediatas a saúde, pois se utiliza de instrumentos materiais (equipamentos de baixa complexidade) e instrumentos não-materiais (saberes técnicos e dispositivos de organização do trabalho de alta complexidade), buscando a integralidade e o desafio da humanização na saúde do Brasil.

A implantação do PSF nas grandes cidades lida com um desafio ainda mais complexo. Trata-se de mudar o modelo assistencial, pois além de ampliar a cobertura da população pela atenção básica reverter também a lógica da priorização das especialidades.

I. I QUALIS/PSF em São Paulo e a UBS Vila Ramos

Na cidade de São Paulo, a expansão da atenção básica se deu a partir de 1997 e seguiu uma trilha bastante particular, pois esta foi reestruturada mediante parceria do Ministério da Saúde, Governo do Estado e Prefeitura com a Fundação Zerbini. Dessa relação surgem os QUALIS/PSF, organizados inicialmente na região norte da, visando favorecer a busca da qualidade como inseparável da integralidade na assistência, o mentor da lógica de funcionamento e sustentação das equipes foi Davi Capistrano⁷ que em seu texto a respeito deste período escreve:

“Convencido da potencialidade do PSF, tanto para melhorar de imediato as condições da assistência como para constituir-se em estratégia de mudança do modelo assistencial e de implantação efetiva do SUS, o professor Adib Jatene procurou em 1997 o governador de São Paulo Mário Covas e o secretário José da Silva Guedes, propondo a expansão do QUALIS para novas áreas da cidade. Tanto governador como o secretário conheciam, pessoalmente, os resultados alcançados em Itaquera. Decidiram expandir o programa. O secretário sugeriu as áreas da Zona Norte e do Parque São Lucas, onde havia, respectivamente, uma unidade construída e reformada duas vezes, que jamais havia funcionado e outra em fase de conclusão, depois de oito anos de interrupção das obras. Foi redefinindo o uso previsto para aqueles prédios, que passaram a abrigar ambulatórios de especialidades e equipes de saúde da família, “sedes” dos programas para os bairros circunvizinhos à Vila Nova Cachoeirinha (Zona Norte) e Parque São Lucas (Zona Sudeste), ao qual se agregou o distrito de Sapopemba, o mais populoso e problemático da cidade.

⁷ CAPISTRANO, D. (1997) “Programa de Saúde da família em São Paulo”, mimeo.

Em novembro daquele ano foi celebrado acordo com a Fundação E. J. Zerbini⁸, designada gerenciadora do programa, e no dia 18 de fevereiro foram inauguradas as Unidades de Saúde “Vila Espanhola” (Z/N) e “Jardim Guairacá” (Z/S).” (p. 2)

Cabe ressaltar que no município de São Paulo, foi estabelecido um convênio entre o Ministério da Saúde, a Secretaria Estadual de Saúde e gerenciadoras do Programa da Família, tais como a: Fundação E. J. Zerbini, responsável pelo QUALIS II e III (Vila Cachoeirinha e Brasilândia), a Irmandade Santa Marcelina, designada para o QUALIS I na região do Parque São Lucas e Sapopemba, a Universidade de Santo Amaro e a Associação Congregação Santa Catarina responsável pelo QUALIS IV.

“A implantação do QUALIS / PSF começou por onde deveriam ter início todas as iniciativas de renovar nosso sistema de saúde: pela mobilização da comunidade. Cada um dos bairros, conjuntos habitacionais e favelas teve a oportunidade de reunir seus moradores, de conhecer detalhadamente as propostas, de debatê-las com os técnicos responsáveis pela construção do programa. E a cada técnico teve a oportunidade de conhecer a história daquelas comunidades, suas formas de convivência e organização, a hierarquia de seus problemas estabelecida por quem os sofre, as suas aspirações e frustrações”. (idem)

O QUALIS deriva do conceito de saúde integral, sendo sigla da proposta de Qualidade Integral à Saúde, ou seja, a assistência à saúde articulada à integralidade das redes de cuidado, a humanização da prática em saúde e a mobilização social a fim de reconstruir o sistema de

⁸ A Fundação Zerbini foi criada em 1978, pelo cirurgião [Euryclides de Jesus Zerbini](#) e colaboradores, com a missão de dar apoio financeiro ao Instituto do Coração do Hospital das Clínicas, o Incor. Com esse propósito, investe integralmente seus recursos na manutenção e ampliação das atividades do Incor, incontestavelmente um centro de excelência na medicina brasileira cujo padrão de qualidade é reconhecido mundialmente. Suas receitas advêm de [doações](#) e de serviços prestados pelo [Instituto do Coração](#) na assistência aos pacientes e também no ensino e na pesquisa e desenvolvimento em saúde – áreas que contam com apoio financeiro de agências de fomento e órgãos governamentais nacionais e internacionais. Caracterizada como instituição de direito privado e de utilidade pública, filantrópica, beneficente e sem fins lucrativos, a Fundação Zerbini não possui acionistas ou cotistas.

Com 30 anos de existência, o modelo vitorioso Incor-Fundação Zerbini tornou-se referência e foi seguido por grandes instituições de saúde em todo o país e na América Latina. Consulta ao site <http://www.zerbini.org.br/>, às 20:30h em 18/10/2008.

saúde e os processos de cuidado. Sem dúvida esse é o diferencial das unidades básicas de saúde em São Paulo que nasceram dessa proposta.

Dentro desse contexto situamos a Zona Norte, que como vimos recebeu as primeiras iniciativas dentro QUALIS, local onde realizamos este trabalho de pesquisa.

Antes de abordarmos a UBS Vila Ramos, cabe compreender melhor a história do bairro e de sua população, cuja intensa luta política, resultou na criação do Posto de Saúde Vila Ramos em 1982 transformando-se em 1998 numa das primeiras UBS a receber implementos do nova estratégia de atenção básica à saúde.

O bairro de Vila Ramos está situado na Região Norte de São Paulo, na divisa do sub-distrito da Freguesia do Ó e V. Nova Cachoeirinha. Os bairros que pertencem à Unidade são: Jd. Cachoeira, Jd.Adélia, Pq. Mandi, Pq.Itaberaba, V.Bancária e V.Ramos. As principais avenidas são: Inajar de Souza, Deputado Emilio Carlos e Itaberaba.

O bairro foi "fundado" em 1965; antes de serem loteados, os terrenos pertenciam a um advogado chamado Ramos, por isso o bairro recebeu essa denominação. O mesmo vendeu as terras para uma Companhia chamada Bandeirantes, que loteou a região e vendeu os lotes a preço barato, com financiamento a longo prazo.

Os primeiros moradores relatam que não haviam ruas, apenas mato, não possuíam energia elétrica e nem água. Utilizavam-se de água de poço, escavado pelos próprios moradores e serviam-se da energia elétrica de um bar da redondeza. (Depoimento do morador José Francisco dos Santos- usuário da UBS – Vila Ramos).

O bairro não possuía nenhum meio de transporte urbano, alguns utilizavam-se de "pau de arara" para chegarem ao trabalho, os mesmos embarcavam na Av. Deputado Emílio Carlos.

Outros necessitavam procurar caminhos alternativos em época de enchentes para chegar à Av: Dep.Emílio Carlos, pois a única passagem era uma ponte por cima do Rio Cabuçu, que em época de chuvas, era coberta pelas águas. Relatam que precisavam levar um par de sapatos na bolsa para poderem trocar e chegarem limpos ao trabalho. (Depoimento dos moradores Lúcio B. de Souza e Lúcia Francisco de Souza).

Em 1970 chegou a energia elétrica e, com a construção do Cemitério de V. Nova Cachoeirinha, em 1972, todos os poços da região foram aterrados; alegavam os técnicos que a água estava contaminada(sic) e a Sabesp canalizou a água.

Em 1980 iniciou o asfalto, as ruas foram gradativamente asfaltadas.

Os moradores dessa região utilizavam a Santa Casa, o Hospital Matarazzo e o Hospital das Clínicas para terem atendimento médico, vacinavam os seus filhos no Posto de Saúde da Casa Verde Alta.

Entre os bairros há uma favela denominada Jardim Cachoeira, conhecida como Divinéia, fundada em 1968, sendo o primeiro morador o Sr. José Gama Barbosa, migrante de Alagoas.

O terreno onde se localiza a favela pertence a PMSP, situa-se em um morro. Os moradores “invadiram” o terreno e foram construindo seus barracos, uns de madeira, outros de alvenaria e, do morador entrevistado, de material aproveitado encontrado nos lixos da redondeza. (Até hoje a residência do Sr. José é de material aproveitado).

Utilizavam-se de água de mina, localizada no "pé do morro"; não possuíam energia elétrica e não havia saneamento básico, os detritos eram jogados no córrego que atravessava a favela (ainda hoje existe o córrego) e quando chovia o córrego transbordava alagando toda a favela; alguns moradores perdiam seus pertences.

Com o aumento da população da favela teve início a criminalidade com roubos, homicídios e o comércio de drogas, deixando os moradores temerosos quando saíam para trabalhar, pois não sabiam se iam encontrar seus pertences ou seus familiares quando voltassem. O entrevistado perdeu 2 netos assassinados.

Em 1989 a favela foi beneficiada pelo Projeto Pró-Favela, foram contemplados com a energia elétrica, a canalização da água e uma parte do esgoto foi canalizado, pois ainda há uma parte do córrego que falta canalizar. O esgoto é despejado numa galeria subterrânea que deságua no Rio Cabuçu, situado na Av: Inajar de Souza. Com a vinda de outros moradores, os mesmos fizeram instalações clandestinas ocasionando vazamentos e desaguando pelas ruas da favela e na Escola.

A comunidade é situada na Rua das Meninas/ que apesar de não constar do Mapa de São Paulo, os moradores consideram como endereço oficial. Têm essa denominação devido à grande número de meninas, as quais iniciaram precocemente a atividade sexual.

Devido a localização dos bairros, em terrenos acidentados, os moradores da área utilizam de escadões para trafegar de um bairro para outro. O maior escadão possui 98 degraus. Esses escadões são pontos de consumo de drogas.

Em 1979 foi inaugurada uma Escola Municipal para atender a população da favela, porém há muita evasão escolar.

Em 1978 veio residir na Favela Jardim Cachoeira a Sra. Alveci Oliveira D.Santos que iniciou, junto aos moradores, reuniões com o objetivo de despertar o sentido de comunidade, cidadania e organização de luta para reivindicarem a água e luz para a comunidade. Através dessas reuniões fundaram a Associação de Moradores da Favela Jardim Cachoeira que, até hoje continua atuante e lutando pelos direitos à cidadania, pela canalização do córrego e por melhores condições e qualidade de vida.

Na região há uma Sociedade Amigos de Bairros, no Parque Itaberaba, que não têm nenhuma história de luta pela região. Atualmente a sede da Sociedade é utilizada para alfabetização de adultos.

Há uma grande concentração de igrejas evangélicas na região, não conhecemos nenhum trabalho dessas instituições; um Lar Espiritual onde são desenvolvidos cursos profissionalizantes, fornecimento de enxovais para gestantes e evangelização. Há duas igrejas católicas na região, onde desenvolvem-se trabalhos com jovens (Centro de Juventude-C.J.).

Na região não há nenhum tipo de lazer; há somente um campo de futebol que é administrado pelo CDM (Centro Desportivo Municipal), que aluga o campo para times de futebol jogarem nos fins de semana. Esse campo é conhecido como: "o campo de futebol da Favela Divinéia", por isso os outros moradores não o utilizam.

Na área adstrita da Unidade há 2 escolas sendo uma Municipal, com ensino de 1º grau, e uma Estadual, com ensino de 2º grau, além de uma creche Municipal que atende crianças de 0 a 6 anos com limite de 80 vagas.

O comércio da região é constituído de super-mercado, mini-mercados, bares, açougues, padarias e, um comércio informal de bombonieres, caldo de cana/doces e salgadinhos localizados na área da favela.

Em 1982 foi inaugurado o Posto de Saúde de Vila Ramos, foi uma conquista da comunidade que realizou vários abaixo assinados e contatos com os Secretários de Saúde, solicitando a construção do Posto de Saúde.

Quando foi inaugurada a unidade, o trabalho se restringia ao atendimento pediátrico e vacinação.

Devido ao posto ser pequeno, a população reiniciou sua luta para a expansão da unidade. Reivindicavam sala de curativos, inalação e mais consultórios médicos para atendimentos ginecológicos e clínico geral.

Tal reivindicação foi atendida em 1989, expandindo o atendimento para 2 pediatras, 2 clínicos geral, 2 ginecologistas e 1 dentista.

A população que mais utilizava o Posto de Saúde era a da favela; com o passar do tempo outros moradores também passaram a freqüentar a unidade, por ser a única unidade que possuía atendimento médico.

Os funcionários do Posto de Saúde, que desempenham suas funções desde a inauguração do mesmo, relatam que os moradores não aceitavam as rotinas da unidade, exigiam atendimento médico de imediato e quando não eram atendidos ameaçavam os funcionários.

Quando existia a distribuição de leite, para os desnutridos, o Posto era frequentemente assaltado.

Com o passar do tempo a comunicação entre funcionários e moradores foi melhorando não havendo mais atritos, tendo a intervenção sistemática da líder de comunidade Alveci.

A Unidade Básica de Saúde PSF/QUALIS Vila Ramos, inaugurou suas atividades dentro do Programa Saúde da Família em Abril/1998⁹, tem até o momento, 18.244 pessoas cadastradas com uma maior concentração na faixa etária de 15 anos à mais. O maior Índice é de pessoas do sexo feminino. Destacamos que, 4.625 das pessoas cadastradas são analfabetas, concentradas na faixa de 60 anos.

Na área abrangida pelo PSF - Vila Ramos, podemos notar diversos contrastes sócio-econômicos. Relacionamos abaixo alguns exemplos:

- Trata-se de uma área topograficamente irregular, com uma parte baixa onde se situa o posto e uma favela, com coleta de lixo centralizada, esgoto a céu aberto e as casas, embora, a grande maioria seja de alvenaria, não possuem acabamento interno ou externo. E uma área de aclive onde estão as residências com melhor padrão de construção e condições de higiene e saneamento básico ideais.
- Destacamos também o número de habitantes por moradias; enquanto existem casa com 6 cômodos e 3 pessoas, encontramos outras de apenas 1 cômodo e 12 pessoas, sendo a média de 4 pessoas por 4 cômodos.
- Apesar dos contrastes existentes nota-se na comunidade um senso de valorização da família e religiosidade, tendo várias Igrejas e Centros-Espíritas.

Desde a implantação do Programa Saúde da Família, notamos grandes progressos nessa região, pois os moradores das áreas mais privilegiadas, que não se utilizavam desse serviço anteriormente hoje usufruem do nosso atendimento com a mesma freqüência que os

⁹ Dados retirados do Perfil Institucional da Unidade Básica de Saúde PSF Vila Ramos produzido pela gerente Luzia Giosa Graciano.

moradores da área mais próxima do posto e mais carente.

Essa aceitação pela comunidade dessa nova forma de assistência, nos incentiva a melhorar o nosso trabalho, aprimorando nossos conhecimentos para cada vez melhorar e atuarmos na promoção da saúde das nossas famílias.

Além do atendimento médico, dentário e de enfermagem, a unidade realiza grupos terapêuticos e educativos de: Prevenção do Câncer Ginecológico, Grupo de Hipertensão Arterial, Grupo de Puericultura, Grupo de Gestantes, Grupo de Diabetes e Grupo de Verminose. Realizamos uma caminhada com os usuários diagnosticados Hipertensos, Diabéticos e Jovens Obesos, com o objetivo de estimular a prática habitual de uma atividade física descobrindo dia a dia, os benefícios desta para a sua saúde. Essas atividades são desempenhadas pelos profissionais técnicos da unidade e agentes comunitários.

Os grupos são desenvolvidos na unidade e no Lar Espiritual. Percebemos que tal atividade tem uma participação efetiva da comunidade atingindo o objetivo proposto.

A Unidade Básica de Saúde Vila Ramos teve seu início peculiarmente, pois foi através da participação da comunidade que a Prefeitura de São Paulo / Secretaria de Saúde e Sub-Prefeitura da Freguesia do Ó construiu essa unidade.

Atualmente as Unidades Básicas de Saúde que eram gerenciadas pela Fundação E. J. Zerbini, como é o caso da Unidade Básica de Saúde Vila Ramos, estão sob a responsabilidade da SPDM¹⁰, alterando o perfil institucional dessas UBS's.

O PSF, entre os anos de 2002 e 2004, passou pelo processo de municipalidade, o que gerou mudanças de rumos e uma nova filosofia para a consolidação do SUS.

Os municípios foram fortalecidos com a implantação de programas importantes que ainda se apresentavam de forma incipiente, como o programa de saúde da família (PSF).

O município de São Paulo assumiu a tarefa de implantação do programa saúde da família, em janeiro de 2001, como a principal estratégia norteadora da organização da Atenção Básica, na perspectiva de fortalecimento do SUS no município.

¹⁰ A SPDM constituiu-se em uma associação privada filantrópica, reconhecida como entidade de utilidade Pública Federal, Estadual e Municipal. As instituições UNIFESP (Federal) e a SPDM (Filantrópica) são parceiras em diversos convênios no âmbito Estadual e Municipal. A UNIFESP e a SPDM a partir de 2001 tem participado na implementação do PSF através de Convênios celebrados com vários municípios do Estado de São Paulo. Consulta ao site http://www.psfunifesp.com.br/nossa_historia.asp as 20:00h no dia 07/09/2008.

Em 2001 foram divulgadas as diretrizes gerais para a implantação do PSF no município incorporando as recomendações do Ministério da Saúde.

A estruturação do PSF, pela gestão municipal, foi uma decisão política que possibilitou a expansão da cobertura da população por essa estratégia. Em 2002, com a municipalização, as unidades básicas de saúde e as equipes do QUALIS passaram a integrar o programa de saúde da família do município que atualmente conta com 1026¹¹ unidades básicas de saúde com o programa saúde da família.

Como podemos conferir nos dados do Ministério da Saúde, essa mudança teve reflexos substanciais na saúde materna infantil, campo que particularmente nos interessa.

“Em 15 anos de Programa Saúde da Família, os indicadores de saúde tiveram melhoras expressivas. A mortalidade infantil teve uma diminuição superior a 50%. Aumentou o percentual das mulheres que fazem o pré-natal nos três primeiros meses, que cresceu de 62,4%, em 2000, para 77,1% em 2006. Foi implantado um sistema de vigilância nutricional”¹².

Sabemos que toda prática em saúde está diretamente relacionada com o profissional que a executa, portanto a expressividade dos dados numéricos não pode ofuscar a qualidade dos processos que os engendrou.

Um aspecto dessa realidade é o modo como se dá a formação dos profissionais de saúde para desenvolver práticas que se pautam em princípios nem sempre contemplados na formação técnica específica, como por exemplo o exercício do cuidado em saúde, o acolhimento e o manejo adequado da rede de referência, ou seja, na formação acadêmica nem sempre o aluno¹³ tem oportunidade para compreender o papel ético e político das práticas em saúde.

Além desse problema que afeta a maior parte dos profissionais em diferentes categorias, gostaríamos de salientar questões associadas à preparação do Agente Comunitário

¹¹ Fonte: Associação Saúde da Família; SIAB/ Maio/ 2008.

¹² Saúde da Família revoluciona atendimento no país - 04/08/2008 – “Indicadores de saúde no país melhoram em 15 anos de estratégia: mortalidade infantil diminuiu, gestantes fazem mais pré-natal e idosos recebem mais cuidado” – consulta ao site <http://portal.saude.gov.br/saude/> as 20:33h do dia 07/09/2008.

¹³ Em 2003, tendo ciência do *gap* entre a formação do profissional de saúde e as reais necessidades dos serviços oferecidos pelo SUS, o Ministério da Saúde Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde criou a Políticas de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde.

de Saúde (ACS), o qual exerce função primordial para a efetivação dos objetivos da atenção básica à saúde.

A ocupação agente comunitário de saúde foi impulsionada em 1991, devido à criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), elaborado como uma estratégia pelo Ministério da Saúde, para desenvolver ações no primeiro nível de atenção à saúde, com a responsabilidade no acompanhamento a grupo materno-infantil, família, de acordo com as necessidades de cada comunidade, com vistas a minimizar o alto índice de mortalidade infantil e fatores de risco, em regiões de escassez de serviço, como no Norte e Nordeste do país.

A vocação instituinte dos agentes esteve associada à promoção da saúde materna e infantil, o que nos interessa diretamente, pois embora os dados a respeito da mortalidade infantil apontem que há competência na prevenção de agravos à saúde da mãe e do bebê, estamos ainda distantes de exercer a promoção a saúde incluindo elementos não apenas orgânicos como indicadores de avanço na saúde desta população. Os agentes comunitários estão na linha de frente do vínculo com a população, por isso carecem de apoio para exercer esse papel imprescindível de duplo vínculo: ele faz parte do posto de saúde, recebendo o treinamento técnico o qual o habilita a trabalhar como profissional na equipe de saúde, e, concomitantemente, pertence à comunidade à qual assiste. Essa condição o coloca na posição daquele que, em tese é o elo entre a equipe de saúde e a população atendida.

Com relação às exigências para atuação como ACS e os critérios para sua admissão, foram definidos e encontram-se na portaria nº 3822, de 16 de outubro de 2002, do Ministério da Saúde e estabelecem:

"É recomendável que a equipe de uma Unidade de Saúde da Família, seja composta, no mínimo, por um médico generalista (médico da família), enfermeiro, auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde - ACS. Os demais profissionais de saúde poderão ser incorporados a essas unidades básicas, de acordo com as demandas e características da organização dos serviços de saúde locais, devendo estar identificados com uma proposta de trabalho que exige criatividade e iniciativa para trabalhos comunitários e em grupo. Os profissionais das equipes de saúde serão responsáveis por sua população adscrita, trabalhando em regime de dedicação integral. Para garantir a vinculação e identidade cultural com as famílias sob sua responsabilidade, os Agentes Comunitários de Saúde devem residir nas suas respectivas áreas de atuação"

Como podemos observar, as equipes são responsáveis por uma determinada área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) e cada ACS responsável por uma micro-área e acompanhar em média 150 a 200 famílias nos domicílios, em geral, proporcional a 1500 à 2500 pessoas.

Os únicos critérios para seleção do agente comunitário de saúde são: ser alfabetizado, ter no mínimo 18 anos e residir na comunidade há pelo menos dois anos. Com relação à formação teórica e técnica, há discussões e controversas. A profissão foi regulamentada prevendo que cabe ao enfermeiro - definido pelo Ministério da Saúde como enfermeiro instrutor-supervisor¹⁴ - dar subsídios teóricos e supervisão aos ACS's.

A profissão de agente comunitário de saúde foi regulamentada pelo presidente Fernando Henrique Cardoso, que sancionou a Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002, aprovada pelo Congresso Nacional.

Segundo texto publicado na *Revista Brasileira de Saúde da Família, ano II nº5 Maio de 2002*, no período expansão do PSF, as Secretarias Estaduais de Saúde assumiam a coordenação e a própria execução do processo seletivo dos ACS's. Essa seleção incluía as fases de mapeamento dos municípios, divulgação e aplicação das provas e entrevistas. Tal determinação faz-se necessária para inserir o ACS no âmbito do sistema local de saúde, com a garantia de capacitação e supervisão, como condição para o alcance de bons resultados, esses, diretamente associados à justa compreensão de sua função e das condições para executá-la.

Com o crescimento das equipes e fortalecimento do modelo de assistência, foi sendo necessário regulamentar e sistematizar as responsabilidades desses profissionais atuantes no PSF, portanto a portaria nº3822 prevê:

“Cabe aos agentes comunitários de saúde: "fortalecer o elo entre os indivíduos/famílias/comunidades e os serviços de Saúde; participar do processo de territorialização realizando o mapeamento de sua microárea de atuação e colaborando no mapeamento da área da UBS; cadastrar as famílias de sua microárea de atuação e atualizar os dados mensalmente; identificar e priorizar as famílias expostas a condições de risco individual e coletivo sob a orientação da equipe; realizar, por meio de visita domiciliar, acompanhamento

¹⁴ Na Revista Ampliada e Atualizada: O trabalho do Agente Comunitário de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 2000. Material distribuído aos ACS's como norte para sua atuação profissional, define-se que: “O ACS é treinado e orientado em seu trabalho por um enfermeiro, chamado de instrutor-supervisor. Esse enfermeiro fica na unidade de saúde.”

mensal de todas as famílias sob a sua responsabilidade na lógica da vigilância à saúde; coletar e registrar corretamente as ações desenvolvidas e as informações colhidas na comunidade, para análise da situação das famílias acompanhadas; participar no processo de programação e planejamento local das ações relativas ao território de abrangência da Unidade Básica de Saúde, com vistas à superação dos problemas identificados; informar os demais membros da equipe de saúde acerca da dinâmica social da comunidade, suas disponibilidades e necessidades; desenvolver ações básicas de saúde nas áreas de atenção em todas fases do ciclo de vida nos Projetos Prioritários, com ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças, mobilizando as comunidades com vistas à ampliação de autonomia na saúde; atuar de forma integrada com os diversos segmentos das comunidades, a exemplo dos clubes de mães, associações de bairros, grupos de teatros etc., na perspectiva de estabelecer canais de diálogo e participação efetiva entre as equipes nucleares e as famílias, criando vínculo e compromissos compartilhados na tarefa de promover a saúde;

Conversar e orientar indivíduos/famílias/comunidades no que se refere ao direito à saúde e sua forma de acesso; inserir-se de forma permanente nos processos de formação, capacitação educação, junto às equipes nucleares e demais profissionais da rede do Sistema Municipal de Saúde e outros setores do governo local; participar e contribuir na execução da agenda municipal da saúde, segundo sua qualificação profissional, a exemplo do cartão SUS, controle da Dengue e outras doenças de caráter sazonal ou importância epidemiológica, combate à violência, ação da cidadania em defesa da vida eliminação da fome, desemprego, etc.¹⁵"

Em particular, no que se refere à saúde da criança, nosso foco de atuação, está previsto que todos os municípios brasileiros devem desenvolver ações e estratégias para alcançar a atenção básica com qualidade, para isso há uma proposta de ampliação da atenção básica trazida pela Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/SUS 01) definindo: ações de saúde da criança; ações de saúde da mulher; controle da tuberculose; eliminação da hanseníase; controle da hipertensão; controle da diabetes melitus e ações de saúde bucal.

Dentro desse contexto que centramos a nossa atuação com os agentes comunitários de saúde, em uma proposta de encontros com o objetivo de ampliar a visão dos ACS's a respeito da primeira infância, construir recursos para que possam identificar possíveis problemas na

¹⁵ Grifo nosso.

relação mãe - bebê e no processo de aquisição de linguagem, os quais se associam diretamente as condições objetivas e subjetivas necessárias ao desenvolvimento e a constituição psíquica da criança.

Escolher os agentes como interlocutores e protagonistas da proposta de matriciamento aqui desenvolvida, foi uma decisão respaldada em experiências de trabalho, principalmente nas atividades de estágio em fonoaudiologia nas UBS's. Tais experiências mostraram que mesmo sendo previstas as reuniões de equipe como um dispositivo de relação interdisciplinar, o trabalho de fato compartilhado e construído em parceria acontecia com o agente de saúde. Tal fato pode ser remetido à avidez desse profissional por espaços de discussão e reflexão a respeito das densas realidades de sofrimento enfrentadas em seu cotidiano.

Assim, pareceu-nos bastante pertinente ressaltar a importância do agente comunitário de saúde e por isso nosso desejo em construir conhecimento com este profissional, pois a função do ACS vai muito além de checar a situação das famílias das micro-áreas que estão sob sua responsabilidade, da marcação dos diversos grupos de controle e da distribuição dos comunicados para os pacientes sobre os seus compromissos na unidade básica de saúde. Esses profissionais criam vínculos de co-responsabilidade com a população assistida, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade.

É nítida a importância deste profissional para viabilizar a atenção básica da saúde, uma vez que depende do ACS à identificação de demandas e leitura de situações problema que merecem ser cuidadas na comunidade e nas famílias, a fim de diminuir danos e agravos à saúde. No entanto parece haver uma discrepância entre os critérios de seleção e os programas de formação destes profissionais e a extensa dimensão de suas funções. Na prática, quando um ACS está despreparado para sua função, acarreta diversos problemas no cotidiano da equipe, pois sua atuação fica limitada às funções burocráticas sem condição de conduzir para equipe sinais de prejuízos à saúde, sem que fossem denunciados pela doença já instaurada.

Para que o ACS esteja apto a desempenhar sua função de forma competente, acreditamos ser necessário além da capacitação inicial (tradicional) – a fim de abordar a competência profissional -, o ACS conte com recursos para refletir a respeito de sua prática e ampliar seu modo de compreensão da abrangência de suas ações. Não se trata de fornecer apenas capacitações técnicas visando procedimentos específicos ou o conhecimento de determinados processos patológicos, mas de um contexto de interlocução de conhecimento e cuidado, em que possa perceber os princípios e referências que sustentam suas ações.

Em particular, entendemos que este trabalho de pesquisa foi viabilizado pelo contexto de interlocução onde a prática desenvolvida pelos ACS's é matéria prima para fazer valer aportes teóricos e conceituais.

Por isso formalizar o conhecimento que os agentes possuem sobre a relação mãe e bebê na promoção da saúde da primeira infância, a partir das discussões de situações problemas, permite ações práticas de suporte teórico e de cuidado, esse último, não só com as mães e bebês, mas também com esses profissionais que algumas vezes utilizam suas experiências pessoais e de conhecimento popular para orientar os usuários.

Nosso trabalho está arraigado na Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminho para educação permanente em saúde, que tem por objetivo promover na sociedade civil a formação e a produção do conhecimento nos profissionais na saúde, em todos os níveis, a gestão social das políticas públicas de saúde.

Assim, ao trabalhar as especificidades desses campos, o Departamento de Gestão da Educação na Saúde, promove a política nacional de educação permanente em saúde, articulando quatro eixos fundamentais: a relação entre a educação e o trabalho; a mudança nas políticas de formação e nas práticas de saúde; a produção e a disseminação do conhecimento e a educação nos locais de serviço.

O Sistema Único de Saúde (SUS) busca reorientar as estratégias e modos de cuidado, tratamento e acompanhamento à saúde individual e coletiva da sociedade brasileira, provocando importantes mudanças no processo de ensino dos profissionais de saúde.

“A Educação Permanente em Saúde, em suma apresenta-se, portanto, como uma proposta de ação estratégica capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde e para a organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas várias esferas de gestão, e as instituições formadoras (Ministério da Saúde, 2003).”

Baseado no pressuposto da aprendizagem significativa, essa, promove e produz sentidos, transformando as práticas profissionais baseada na reflexão crítica acerca das práticas reais, dos profissionais reais, em atuação na rede de serviços.

A educação permanente é a realização do encontro entre o mundo de formação e o mundo de trabalho, em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Propõe-se que os processos de qualificação dos trabalhadores da

saúde utilizem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações e do controle social em saúde.

A formação e o seu desenvolvimento englobam aspectos de produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de conhecimento do SUS. Vemos na proposta da educação permanente, a mudança das estratégias de organização e do exercício da atenção, construída na prática das equipes.

O Ministério da Saúde ao elaborar a política nacional de educação permanente em saúde, entendia que as demandas para capacitação não se definem somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização, nem das orientações dos níveis centrais, mas, prioritariamente a partir dos problemas da organização do trabalho, e da unidade de saúde, considerando a necessidade de prestar atenção relevante e de qualidade. É a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho - em cada serviço de saúde - que são identificadas as necessidades de capacitação, garantindo a aplicabilidade e a relevância dos conteúdos e tecnologias estabelecidas, ou seja, a lógica da educação permanente é descentralizadora, ascendente e *transdisciplinar*.

O conceito de Transdisciplinaridade é um termo recente, originalmente criado por Piaget no I Seminário Internacional sobre pluri e interdisciplinaridade, realizado na Universidade de Nice, em 1970, dando então início ao estudo desse conceito que visa articular uma nova compreensão da realidade entre e para além das disciplinas especializadas. A transdisciplinaridade é uma abordagem que passa entre, além e através das disciplinas, numa busca de compreensão da complexidade. É a partir desse conceito que arraigamos nossa atuação¹⁶.

Essa abordagem pode propiciar a democracia na instituição; desenvolver capacidades de aprendizagem, de docência e de enfrentamento criativo das situações de saúde; de trabalhar em equipes matriciais e de melhorar a qualidade do cuidado à saúde, bem como, a constituir práticas técnicas críticas, éticas e humanísticas.

¹⁶ Alfredo Jerusalynsky (1999) no prefácio livro “Psicanálise e Desenvolvimento Infantil: uma proposta transdisciplinar”, esclarece, em poucas palavras, a diferença entre os conceitos utilizados para abordar determinadas relações de equipe. Diz ele que “a simples justaposição multidisciplinar, na qual as tentativas de compartilhar conceitos acerca de tarefas esbarram na diversidade das linguagens e formações técnicas”, dificulta a construção de condutas sintônicas entre os profissionais, pois não haveria um campo comum de interlocução. A respeito do modelo interdisciplinar, afirma que “a persistência e o respeito pelo verdadeiro protagonista do trabalho, a criança, provocam convergências nas quais as práticas se influenciam reciprocamente, produzindo questionamentos, reformulações e algumas superposições conceituais aparentes.” Esse modelo, pressupõe a criança como foco da relação entre a equipe, ou seja: o que é melhor para o bebê? Seria a pergunta a nortear nossa proposta de trabalho com os ACSs e outros membros da equipe do PSF que se fizerem presentes. Alfredo continua dizendo que do exercício contínuo do interdisciplinar, tendo bases conceituais comuns e não só um objeto de trabalho comum, é condição para chegar no transdisciplinar.

Desse modo, transformar a formação e gestão do trabalho em saúde não pode ser uma questão simplesmente técnica, já que envolve mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde, e, principalmente, nas pessoas.

Para ser possível, a educação permanente necessita de ações no âmbito da formação técnica, de graduação e de pós-graduação; da organização do trabalho; da interação com as redes de gestão, de serviços de saúde, de equipes matriciais e do controle social nesse âmbito.

No plano teórico, a experiência brasileira focaliza a ação dos agentes comunitários de saúde, na educação em saúde, que seria mediada por uma formação humanista e por uma atividade prática com vistas ao desenvolvimento da autonomia e da criticidade dos homens e mulheres no exercício da cidadania e da defesa dos seus direitos à saúde.

A participação popular também está prevista como princípio e diretriz do SUS, acreditando que promoção à saúde é uma forma de humanizar em serviço e educar em saúde, visando que a população conheça seus direitos e deveres como cidadãos possuidores de consciência crítica. E é nesse sentido que o agente comunitário de saúde se insere.

Pelo exposto percebe-se os avanços, mas também as lacunas da proposta de Saúde da Família, as quais, na prática concreta dos serviços, podem vir a ser superadas pelo diálogo e incorporação críticas de outras propostas que contemplam a redefinição do conteúdo das ações.

Nesse sentido a educação em serviço se faz pertinente a esses profissionais, ACS's, de fato necessitam de conceitos sobre a atuação real, sobre os problemas reais da comunidade e com profissionais reais, que também façam parte desse processo de atuação na unidade de saúde. Em outras palavras, há a necessidade de encontros de interlocução entre ACS's e outros profissionais da saúde, que vá para além das Reuniões de Equipe, das quais o foco principal é: metas de atuação (número de atendimentos) e solução de problemas emergentes dos usuários, ficando aquém a possibilidade de reflexão da atuação e a articulação de teorias e saberes.

Há também a necessidade de espaços de cuidado para esses profissionais da saúde, pois necessitam de momentos para expor suas dificuldades frente ao trabalho executado e suas indagações a despeito do próprio funcionamento do programa saúde da família e de suas famílias, que são cuidadas por eles mesmos.

Nosso interesse não é dar condições aos agentes comunitários de saúde para eles ensinarem as mães a maternar, até por que essa tarefa é impossível, pois depende de fatores inconscientes que não passam pela racionalidade prevista em apenas seguir um modelo de comportamento. Trata-se de potencializar as mães a respeito de sua função, fortalecendo-as

como portadora de recursos para exercer todos os cuidados necessários ao seu bebê com íntima confiança em seus recursos podendo assim sustentar a esperança que será possível, mediante essa riqueza subjetiva, seu filho construir autonomia objetiva. Apesar de toda dedicação e empenho das mães, a maior aventura nessa empreitada é supor em seu filho um sujeito para além do seu controle e domínio, mas que pode estar ligado a ela amorosamente por toda vida.

Capítulo II “Saúde Coletiva: uma perspectiva de compreensão da produção das práticas em saúde”

A idéia de saúde coletiva amplia a prática clínica à medida que insere a qualidade de vida, moradia, habitação, cultura e educação como garantia para a saúde.

Nessa perspectiva, os fatores biológicos, genéticos e fatores orgânicos não são as variáveis prioritárias a serem consideradas na produção de riscos e de problemas de saúde, pois se entende que o processo saúde x doença não se limita apenas a esses fatores, mas que se desdobra mediante relações complexas que envolvem fatores sociais, políticos e subjetivos. Assim os paradigmas que norteiam as políticas públicas e as ações voltadas para saúde se pautam mais diretamente no conceito de promoção à saúde. Nesse contexto teórico e político a estratégia assistencial do PSF se consolida e a ele deve responder os efeitos de suas práticas.

Podemos ler nas palavras de um dos mais importantes sanitaristas do país, protagonista dessa forma de pensar e produzir, que:

“O desafio da saúde coletiva não é diferente: partindo de conhecimentos genéricos sobre epidemia, vulnerabilidade e de medidas de promoção ou de prevenção eficaz, analisar cada situação específica e construir um projeto de intervenção com uma combinação singular de ações dirigidas a fatores biológicos (vacinas, bloqueio medicamentoso, etc.), subjetivos (vitalidade, auto-estima do grupo, capacidade de estabelecer compromissos e contratos, etc.) e sociais (programas intersetoriais, mobilização comunitária, etc).” (CAMPOS, pp. 66-67: 2007).

Podemos tomar como exemplo desse referencial teórico conceitos que passam a ser significativos na elaboração das práticas de promoção à saúde, um deles, talvez, o fundamental na estruturação de nossa proposta de trabalho com os ACS's; a teorização em torno da concepção de sujeito e da construção da subjetividade. Uma vez que, importa conhecer para quem são idealizadas as práticas e seus efeitos na condição de vida sócio-cultural-política, mas, também psíquica, articulando assim realidade externa e interna, produção das condições de vida e dos sujeitos simultaneamente.

Podemos observar a partir de CAMPOS (2007) subjetividade como fator particular que influencia a co-produção da saúde:

“A subjetividade é toda e qualquer manifestação dos sujeitos viventes. Por isso, tratar da subjetividade é impossível sem o apoio em certa teoria do sujeito. O método Paidéia adota a concepção de que o sujeito individual e coletivo, bem como sua práxis, são sempre “co-produzidos”, estando sempre envolvidos. Nesse sentido, é impossível pensar em subjetividade sem uma base material, biológica, sobre a qual se constitui o sujeito real. Por outro lado, fatores externos ao sujeito interferem no modo de vida e de funcionamento das pessoas.” (pp 65 - 66)

A partir desse amplo conceito, a saúde coletiva, como o próprio nome diz, tem como objeto de estudo e atuação os processos coletivos, os agrupamentos populacionais recortados em: etapas territoriais, faixa etária, exposição a riscos, vulnerabilidade, processo de saúde/doença fragilizadas e situações momentâneas, como no caso dos grupos de gestantes e puericultura.

Esses dispositivos de cuidado coletivo, os grupos, necessitam de “fatores de proteção, capazes de potencializar o sujeito a reconstruir seu modo de vida apesar do problema de saúde. Identificar objetos de investimentos da pessoa ou do agrupamento, rede de apoio, mecanismos de proteção, etc” (CAMPOS, 2007: pp. 83), sendo imprescindíveis e essenciais para o sucesso do projeto clínico-terapêutico a que se propõe.

Ainda nas palavras de CAMPOS (2007) esses dispositivos de cuidado coletivo, os grupos, necessitam de,

“fatores de proteção, capazes de potencializar o sujeito a reconstruir seu modo de vida apesar do problema de saúde. Identificar objetos de investimentos da pessoa ou do agrupamento, rede de apoio, mecanismos de proteção, etc” (p. 83)

As chamadas “redes de apoio e proteção”, são essenciais para o sucesso do projeto clínico-terapêutico a que se propõe. Entendemos que o trabalho que desenvolvemos com

Ainda partilhando com CAMPOS, 2007 a despeito dos grupos e suas interlocuções, faz-se necessário pensar os profissionais:

“ao estabelecerem relações de trabalho com uma pessoa ou com um grupo contratransferem sentimentos e impressões, prejudgando estes usuários

segundo critérios estereotipados. Esta padronização automática ocorre segundo categorias originárias da história pessoal de cada profissional, da instituição ao qual se filiam (médicos, enfermeiros, etc) ou da organização em que trabalham (sistema público, pronto-socorro, hospital, etc.). Assim, é importante refletir sobre o tipo de sentimento que cada caso produz no profissional responsável: indiferença burocrática, desafio profissional, vontade de ajudar, indisposição em função de alguma característica do usuário, como alcoolismo, dependência a drogas, violência, religião, ideologia, etc. Da mesma maneira, o usuário transfere aos profissionais, e ao serviço, afetos diversos que precisam ser compreendidos pelos dois lados: dependência absoluta do técnico, esperança mágica, revolta, desafio, etc.”

Os efeitos das relações interpessoais, no processo saúde/doença, são inquestionáveis, tanto na potencialização da cura quanto gerando agravos e impossibilidade de superação da doença.

Nessa medida a abordagem dos ACS's oferecida por esse trabalho tinha por objetivo principal construir novas referências sobre a função constitutiva da relação, dos laços afetivos desde o nascimento, mediante a relação mãe bebê, mas que, no entanto, na perspectiva da saúde coletiva, está na base da tecnologia para produzir saúde.

Para Merhy (2007) o cuidado em saúde é a tecnologia de maior magnitude para promover a saúde, ou seja a experiência efetiva de ser cuidado, visto e considerado em suas limitações e possibilidades favorece a relação do usuário com o serviço e com seu corpo, diminuindo fatores subjetivos que aceleram o adoecimento, como auto punições, auto-depreciação, violência a si e ao outro, bem como tendência à vitimização e depressão.

Podemos afirmar experiências psíquicas muito complexas e desafiadoras fazem parte do cotidiano dos ACS's. Apesar disso não é possível, na presença das demandas cotidianas, estabelecerem com clareza as posturas mais adequadas em situações que envolvem dramas morais, conflitos éticos e que extrapolam a identificação de necessidades básicas de atenção à saúde física.

Partindo desse pressuposto toda prática social incluindo as realizadas no sistema de saúde são produto da subjetividade de quem as realiza que também produzem a subjetividade. Podemos pensar em qualidade de vida associada à experiência de sentir-se escutado, cuidado e considerado em seus conflitos, seus dramas e dificuldades, ou seja, essa prática seria o cuidado em saúde.

É comum observarmos na prática com os ACS's queixas relacionadas ao apoio restrito que recebem para o exercício de sua função tão complexa junto à comunidade. Embora, haja bastante oferta de cursos e formação teórica para os ACS's, entendemos essas queixas remetidas a outra necessidade, ou seja, a de contarem com espaço de interlocução disponível para trabalharem suas próprias dificuldades, angústias, limitações em relação ao que é idealizado para cumprirem e as díades profissional – usuário.

Podemos destacar mais diretamente em relação ao cumprimento das tarefas dos ACS's associadas à promoção da saúde materna infantil, segundo Agenda de Compromissos para a Saúde integral da Criança para Redução da Mortalidade Infantil, criado pelo Ministério da Saúde, 2004:

“As equipes de atenção básica devem estar capacitadas para acolher precocemente a gestante, garantindo orientação apropriada quanto aos benefícios da amamentação para mãe, a criança, a família e a sociedade. A abordagem durante o pré-natal é de fundamental importância para as orientações sobre como o leite é produzido, a importância da amamentação precoce e sob livre demanda. A importância do alojamento conjunto, os riscos do uso de chupetas, mamadeiras e qualquer tipo de bico artificial; orientação quanto ao correto posicionamento da criança e pega da aréola; como realizar a ordenha manual do leite, como guardá-lo e/ou doá-lo; como superar dificuldades como o ingurgitamento mamário, oferecer apoio emocional e estimular a troca de experiências, dedicar tempo e ouvir suas dúvidas, preocupações e dificuldades. Ajudando, assim, a aumentar sua autoconfiança para a capacidade de amamentar e envolver os familiares e a comunidade nesse processo.”

Assim, é possível identificar a importância de um olhar ampliado para reconhecer que todos os cuidados que se tem com a mulher e mãe, antes mesmo do nascimento do bebê, são importantes também para a saúde mental da futura criança. Sua relação com o bebê e a maneira como essa família se dispõe a cuidar da criança, enfim, como essa criança é recebida e “endereçada” ao mundo, são fatores fundamentais para a saúde mental.

Nesse contexto, os profissionais que atuam na rede de cuidados, que se relacionam com a família e com a criança têm responsabilidade em zelar também por sua saúde mental. O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento se coloca como o eixo privilegiado do

cuidado com a criança, possibilitando a identificação de necessidades especiais que merecem abordagem oportuna e deve ser realizado pela equipe de saúde, ainda conforme a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança:

“As equipes de saúde mental devem ser habilitadas a intervir nos casos em que se caracteriza a necessidade de uma abordagem mais específica. Devem ser definidas a rede e o fluxo de assistência capazes de fazer o acolhimento de bebês para avaliação e o tratamento psicoterapêutico de crianças. Os profissionais devem estar aptos a identificar e referenciar as crianças que demandam intervenção, nos casos em que há sintomas indicativos de autismo, psicose, ou neuroses mais severas. Nos demais casos, é indispensável que os profissionais da saúde mental, em parceria com as equipes de saúde da família, possam verificar em que medida os problemas apresentados pela criança podem ser resolvidos com sua inclusão em atividades de socialização, em oficinas culturais e esportivas da própria comunidade. Muitas das demandas atuais à saúde mental decorrem da impossibilidade da cidade oferecer espaços de participação social, de exercício do protagonismo infanto-juvenil, bem como da falta de perspectivas e de oportunidades para a produção dos talentos, aptidões e mesmo do efetivo exercício de cidadania de crianças e jovens. E é por isso que se deve reconhecer a importância e o significado dos espaços de construção coletiva e de efetivo exercício da intersetorialidade, fundamentais na luta para assegurar o lugar da criança no seu território, na comunidade e na cidade.”

O agente comunitário de saúde é o ator fundamental para perceber os primeiros sinais de problema na relação mãe-bebê. Pois desde a gestação cabe a ele garantir a assiduidade da mãe as consultas de acompanhamento durante a gestação, previstas ao longo dos nove meses.

A equipe de saúde mental foi designada pelo Ministério da Saúde em 2004, denominada Equipe de Apoio Matricial, ou seja, equipes volantes de saúde mental que tinham como plano de trabalho três idéias centrais, definidos por Lancetti¹⁷. A primeira é que os recursos das comunidades deveriam ser considerados para estabelecer Projetos terapêuticos. A segunda é a ressignificação do sintoma de tal forma que possa ser pensado a partir da

¹⁷ Apesar da potência do dispositivo Equipe Matricial de Saúde, Lancetti (2006) salienta, que “o termo matricial é pobre, pois a matriz evoca algo fantástico que é a maternidade, mas também um mecanismo fixo, deixando de contemplar o aspecto fundamental da prática que é o que se faz em movimento, como atender juntos”. (p.36)

realidade da rede de apoio. A terceira idéia é que a invenção, ou seja, a criatividade proveniente das experiências vividas deve fazer parte do método.

O conceito de matriciamento deriva da combinação entre a eficiência das ações, a produção de resultados para a produção do melhor cuidado em saúde, através da capacidade de se produzir cuidado em saúde, isso justifica e fundamenta nossa atuação nessa pesquisa.

Pensar sobre matriciamento se faz necessário no dia-a-dia das unidades básicas de saúde, principalmente aquelas que acolhem o programa saúde da família, pois recebem as equipes matriciais contribuindo nos processos produtivos da transdisciplinaridade.

Merhy, em 2004, no documento produzido para o Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde toma o conceito de matriciamento para além do processo das equipes de saúde da família e repensa essa ação estendendo-a para toda instituição de saúde.

“Gerencialmente, é possível matriciar toda a organização de saúde conforme o desenho abaixo, procurando construir a figura do gestor do cuidado, que poderá ou não ser um médico, mas que sempre será um cuidador. Mesmo quem atua como trabalhador de uma unidade de produção, pelo domínio que tem de uma certa competência específica, pode ser um cuidador de certos usuários, passando a responder pela produção do PTI (projeto terapêutico individual), usuário centrado, perante o estabelecimento, mas, quando ligado a uma unidade de produção de procedimento bem definida, responde pelo produto que essa unidade tem como sua identidade ao gestor do cuidado. Este é aquele que o serviço toma como seu referencial para a produção dos resultados principais do estabelecimento.”

No documento Humaniza SUS: Equipe de Referência e Apoio Matricial elaborado pelo Ministério da Saúde em 2004 há definições para o trabalho da equipe de saúde mental, como vemos a seguir:

“As equipes de referência propõem um novo sistema de referência entre profissionais e usuários, cujo funcionamento pode ser descrito da seguinte forma: cada unidade de saúde se organiza por meio da composição de equipes, formadas segundo características e objetivos da própria unidade, e de acordo com a realidade local e disponibilidade de recursos. Essas equipes obedecem a

uma composição multiprofissional de caráter transdisciplinar, isto é, reúnem profissionais de diferentes áreas, variando em função da finalidade do serviço/unidade (por exemplo: equipe de saúde da família quando for uma Unidade de Saúde da Família). As equipes podem também se organizar a partir de uma distribuição territorial. Neste caso, os usuários de um território são divididos em grupos, sob a responsabilidade de uma determinada equipe de saúde, denominada equipe de referência territorial. Assim, em uma unidade de saúde mental, de reabilitação, ou em um hospital ou ambulatório de especialidades, são organizadas equipes de referência multiprofissionais com caráter transdisciplinar (variando segundo o objetivo e característica do serviço) que se responsabilizam pela saúde de um certo número de pacientes inscritos, segundo sua capacidade de atendimento e gravidade dos casos.”

A cerca do trabalho de apoio à equipe da saúde da família nas reuniões semanais também está prevista a participação da equipe matricial, no entanto ainda falta a elaboração de políticas públicas mais eficientes no sentido da participação ativa desses profissionais na educação permanente em serviço, há ressalva de em algumas unidades de saúde acontecem, mas ainda não é parte fundante dessas equipes essa prática.

A despeito da dimensão política dos programas de educação em serviço MOTTA, 2004 faz uma bela colocação crítica:

“As reflexões aqui colocadas nos remetem a pensar num emaranhado de relações, conceitos e legislações que passam a integrar o espaço privilegiado de formação para o trabalho em saúde. Suas ferramentas agregam valores ao processo de planejamento das ações de ensino, mas desafiam os educadores da sua área a buscarem uma nova arquitetura para a construção de oportunidades afinadas com a nova conjuntura.”

Esse trabalho foi fundamentado nessa ampla e discutida política do SUS na qual a Fonoaudiologia ganha espaço no programa saúde da família, seja nos estágios da graduação, seja na atuação profissional mediante o NASF¹⁸.

¹⁸ Núcleo de Apoio à Saúde da Família

Capítulo III “A relação mãe-bebê no acalanto da rede”

Muitos conceitos da psicanálise têm sido bastante úteis para ressignificar as práticas em saúde, salientamos em particular a concepção de sujeito, submetido ao inconsciente cuja lógica de funcionamento segue o princípio do prazer e não da realidade, o inconsciente é também atemporal e não se desgasta com o tempo, por isso experiências muito precoces vividas nos primórdios da constituição subjetiva continuam produzindo efeitos até a fase adulta.

Nessa perspectiva de apreensão do produção do sujeito, a maternagem¹⁹, como concebida por Winnicott é um dos conceitos chave para que possamos compreender a transformação do bebê em sujeito. Embora todo desenvolvimento possa estar potencialmente garantido pela herança genética e pelas condições favoráveis da gestação ao nascimento, a psicanálise nos ensina que só haverá um sujeito se este for sustentado simbolicamente no desejo da mãe, ou de quem exerce a função materna, ou seja, alguém que faz uma adaptação sintônica entre o ambiente e as necessidades do bebê a ponto deste ter a sensação que criou a realidade pelo seu desejo.

A segurança no ambiente proporcionada por esses primeiros registros de satisfação, quando suficientemente vivida vai permitir que o bebê perca a onipotência sem perder a potência e o desejo por explorar o mundo e investir na realidade.

Em linhas muito gerais, a construção da confiança no ambiente dependerá do acerto rítmico entre a condição psíquica da mãe para se ocupar totalmente do bebê - pelo menos nos três primeiros meses de vida - em seguida as experiências de separação paulatinas irão funcionar ao mesmo tempo como frustração e impulso para o bebê saudável construir outros objetos de interesse e novas relações de descoberta. Esse impulso para o mundo é o germe de todo processo de desenvolvimento e maturação, pois ele irá favorecer as experiências motoras sensoriais e de linguagem. Portanto, nessa abordagem, não basta condições orgânicas íntegras para haver um sujeito em desenvolvimento, é necessário que este se constitua psiquicamente para poder enfrentar o mundo e se oferecer à experimentação.

¹⁹ O conceito de maternagem pode ser compreendido como o conjunto de cuidados dispensados ao bebê que visa suprir suas necessidades. Essas, por sua vez, são entendidas, segundo as definições de (Winnicott 1999) como: necessidade de *holding*, que significa não apenas o ato de segurar o bebê, mas contê-lo física e emocionalmente; de *handling*, que diz respeito aos cuidados de manuseio do bebê; e, ainda, de “apresentação do objeto”.

Os primeiros anos de vida se caracterizam pela ocorrência das experiências fundamentais para a constituição psíquica da criança e as aquisições de: linguagem, motricidade, conhecimento e a toda estruturação neuroanatômica.

Sem dúvida são nesses primeiros contatos com o mundo que as marcas subjetivas se dão. Jerusalinsky em 2008, tendo por base a psicanálise Lacaniana afirma que:

“Por isso, as experiências de vida que têm efeitos constituintes para um bebê referem-se não só à experimentação direta do que a criança seja capaz de fazer com diferentes objetos do mundo, mas fundamentalmente à relação, ao laço que ela estabelece com algumas pessoas centrais para sua existência: aquelas que encaram as funções materna e paterna. É a partir de tal laço que se institui um sentido simbólico para sua existência e que a possível exploração dos objetos pelo bebê adquire alguma significação.”

Entendemos que não se trata apenas de se estimular o bebê, mas sim maternar. Há a necessidade de se empregar então o que atualmente chamamos de maternagem e oferecer ao bebê todo o aparato subjetivo para que este encontre na relação mãe – bebê não só as marcas de necessidade como (alimentação, banho entre outros), mas também as marcas de satisfação (o olhar, a voz e o prazer da manipulação do seu corpo).

Essa relação com pessoas que exerçam a função materna e/ou função paterna²⁰ potencializam o bebê para que este esteja imerso no desejo de um Outro, Outro que será primordial na sua constituição psíquica.

Na primeira infância, como é comum, o brincar com o corpo é fundamental para que a criança não apenas por que se oferece como objeto de desejo aos seus pais, mas também por se colocar na posição de sujeito desejante, situação que sem dúvida é corriqueira no cotidiano familiar, mas que a família algumas vezes desconhece a importância, embora o faça naturalmente, quando tudo segue bem. No entanto falhas na constituição psíquica podem ser inferidas quando esses jogos sensoriais e motores não estão presentes.

A criança quando começa a balbuciar ou dá pequenos indícios de vocalização necessita que as pessoas - a mãe inicialmente e por extensão, os adultos do seu convívio - apostem nos seus gestos e vocalizações como linguagem, como marcas da sua presença

²⁰ A função paterna é tematizada pela psicanálise lacaniana como a função de corte e separação entre a simbiose inicial vivida pela mãe e o bebê, ou seja, cabe a esta incluir outros elementos nessa relação que marcam limites para criança, pois a mãe deseja também outros objetos e por isso não se fixa apenas ao bebê, o que é bastante saudável para ambos, pois favorece a entrada do pai real, se este já tem seu lugar simbolicamente demarcado pelo discurso materno.

simbólica, produtora de sentidos. Dessa perspectiva, podemos afirmar que a escuta é o meio por excelência no qual a fala começa. No entanto em muitos casos, por dificuldades da mãe em reconhecer-se no bebê e percebê-lo como sujeito, não escuta seus efeitos e passa assim a diminuir essa habilidade do *infans*, podendo acarretar em atraso no processo de aquisição de linguagem ou outros sintomas.

Encontramos mães que por diferentes razões estão fragilizadas na relação com seus bebês, e precisam ser escutadas em suas fantasias e temores para que possam escutar seus pequenos. Algumas vezes o que Winnicott chama de “*loucura necessária á todas as mães*” ainda não se configurou, e, para algumas não se configurará se não houver a intervenção de um profissional.

Para Tassinari essa ainda é a grande questão nas unidades de saúde e em toda relação profissional que se configura na forma “paciente” *versus* “profissional”, segundo a autora:

“Por defesa contra as vicissitudes do vínculo, os profissionais tendem a esterilizar ao máximo as relações com os usuários, direcionando-as para a objetividade do procedimento, não considerando os efeitos transferências nesses vínculos. Paradoxalmente, não relevando a dimensão subjetiva dos procedimentos, estão perdendo a grande função do profissional da saúde que é estabelecer uma relação a partir da qual o usuário não só se recupere da doença, mas passe a se tratar melhor enquanto sujeito e cidadão”. (2007)

Ainda compartilhando com a autora, essa postura se mantendo na relação com as gestantes ou as recém-mães, impossibilita o acesso aos aspectos subjetivos da maternidade que são vividos de modo singular por cada mulher/mãe, compondo assim o vínculo da mãe com seu bebê, o sustentáculo da constituição do sujeito, da aquisição da linguagem e da produção sintomática na primeira infância. Para tanto promover saúde para os bebês indefesos e incapazes de sobreviver pelos seus próprios recursos implica sustentar subjetiva e objetivamente as mães em suas realidades interna e externa, acrescenta a autora.

Vale ressaltar que os agentes comunitários de saúde são agentes de maternagem, uma vez que, potencializam a relação da mãe com seu bebê nos grupos de puericultura e nos grupos de gestantes, dos quais propõem temas em que as futuras mães podem colocar todas as suas indagações e colocações a cerca da maternagem.

Nesse sentido apoiar os agentes comunitários de saúde mediante tais referências, proporcionou não apenas subsídios teóricos, mas o acolhimento das angústias derivadas da

atuação com a maternagem e transformou em conhecimento e segurança para melhor atuação e funcionamento do Programa Saúde da Família.

Para este trabalho, nos inspiramos também na concepção de Duvidovich & Winter (2004) que estabelecem um paralelo entre a função do profissional da saúde e ao exercício da maternagem, “ou seja, os profissionais (agentes da maternagem) capacitados são os que vão aplicar a técnica da maternagem e se utilizar dela, caso precisem, por meio da escuta dos coordenadores capacitados.” (pp 52)

No entanto nossa proposta se distanciava do termo capacitação, a medida, que valorizamos o conhecimento dito de senso comum para que através dele novos conceitos e formas de pensar a primeira infância fossem internalizados por esses profissionais, desta forma não visávamos capacitar, mas sim potencializar o que já existia nesses profissionais para que eles assim o fizessem com as mães e seus bebês.

Entendemos que os aspectos subjetivos são pouco abordados e entendemos que falar disso na saúde materna infantil é fundamental.

A proposta de trabalho visava dar subsídios aos agentes comunitários de saúde para que se criasse uma visão integral da relação mãe e bebê e seus desdobramentos na promoção da saúde na primeira infância.

Desse modo pretendíamos promover a saúde na primeira infância contando com a disponibilidade do ACS para promover a relação mãe bebê da qual depende a saúde física, psíquica e o processo de aquisição de linguagem.

Metodologia

A Escolha da Metodologia:

A metodologia seguida é de pesquisa participante, pois o trabalho realizado se constituiu num espaço de interlocução que priorizou a interação e troca de conhecimento entre os participantes tendo em vista a expectativa e a vivência individual e coletiva. Essa metodologia pressupõe uma relação calcada no diálogo e na participação ativa dos pesquisadores no processo.

Desta forma, a pesquisa participante esta apoiada em duas correntes: a sociológica, que emerge da crítica ao método positivista dominante nas ciências sociais, e a educativa, com raízes no fundamento da educação libertadora e na investigação temática, que visava desenvolver um processo de formação da consciência crítica dos setores populares para a compreensão da realidade histórico-social na qual se inseriam. Paralelamente surgem duas modalidades de pesquisa de caráter participativo, a investigação militante e a observação participante, ambas com origem nas ciências sociais, porém incorporadas freqüentemente em pesquisas qualitativas.

Contudo, é no início da década de 80 que surge conceitual e metodologicamente a pesquisa-ação participante na America Latina, em meio um panorama de reação aos regimes autoritários e aos modelos político-econômicos excludentes, instalados em um numero significativo de países (GAJARDO, 1986).

As denominações atribuídas à investigação de caráter participante são inúmeras: observação participante, investigação alternativa, pesquisa confronto, auto-senso. A despeito disso, BRANDÃO (1991) entende que elas se originam de práticas e preocupações muito próximas e parecem apontar para o mesmo horizonte. É uma modalidade nova de conhecimento do mundo e das condições de vida das pessoas, a partir de um trabalho que recria, de dentro pra fora, formas concretas de pessoas, grupos ou classes populares participarem do direito e do poder de pensar, produzir e direcionar o uso do saber a respeito de si próprios.

A pesquisa participante segue os moldes da pesquisa ação, mas na realidade o que realizamos foi uma investigação participativa, uma vez que esta visava a síntese entre o estudo dos processos de mudança social e o envolvimento do pesquisador na dinâmica desses

processos. Através da observação crítica e da participação ativa, o pesquisador coloca sua fundamentação científica a serviço do movimento social com o qual está comprometido. Esse modelo explica os fenômenos sociais e favorece a aquisição de um conhecimento e de uma consciência crítica do processo de transformação pelo grupo que o vive. Desta forma, as pessoas passam a assumir conscientemente seus papéis de protagonistas e atores sociais (BRANDÃO, 1991).

Os princípios metodológicos que orientam a pesquisa participante são: o compromisso do pesquisador com a causa popular; a produção do conhecimento a partir do próprio grupo; o retorno sistemático das informações colhidas com o objetivo de elevar o nível de consciência do grupo; a retro-alimentação dialética das bases para os intelectuais engajados; o pesquisador é o dirigente da sistematização e da articulação do conhecimento particular com a reflexão mais geral; o abandono a arrogância tradicional do erudito e o rompimento da assimetria de relações.

As características da investigação participativa tornam-na um instrumento utilizado nos programas que buscam a participação de setores populares na produção de novos conhecimentos científicos, em uma prática voltada à ação transformadora da sociedade. O saber por si só não transforma a realidade, e a vinculação deste a uma ação organizada é indispensável. Dentro das condições de existência dos grupos, a educação popular concretiza-se na atividade educativa dirigida e direcionada pelo próprio grupo a qual se constituiu em um processo de análise e crítica de sua própria história e de construção de um conhecimento capaz de sustentar seu poder de resistência e imposição de novas regras de vida social.

Importante ressaltar que esta pesquisa foi de caráter exploratório, por se tratar de um campo de estudo extremamente amplo.

Associada a essa metodologia da investigação participante para realizar o trabalho, utilizamos alguns conceitos da Análise do Discurso de linha francesa (AD) para organizar e proceder a análise dos dados, pois ambas as teorias estão afinada do ponto de vista epistemológico. A inclusão da AD permite explicar o funcionamento discursivo e objetivar a construção dos dados.

Na história da reflexão sobre a linguagem, a AD construiu-se como uma proposta crítica que buscava problematizar as formas de reflexão estabelecidas. Ela pressupõe a lingüística, enquanto ciência positiva que descreve e explica a linguagem verbal humana, mas também abre um campo de questões no interior da lingüística ao referir o conhecimento da linguagem ao conhecimento das formações sociais. (ORLANDI, 1986)

A análise do discurso concebe o discurso enquanto objeto social e histórico, no qual sujeito e sistema se confrontam e busca determinar os processo histórico-sociais em jogo na constituição da linguagem. A linguagem é tida como produção, trabalho, ainda que simbólico construído na relação entre o homem e a realidade natural e social. Em sua função, a linguagem não é vista apenas como suporte de pensamento nem instrumento de comunicação.

Segundo PÊCHEUX (1997), para análise de discurso, o processo de constituição de qualquer seqüência verbal que se produza é determinado por suas condições de produção, isto é, pelos interlocutores e pelo contexto histórico, social e ideológico envolvido e pela formação discursiva no qual é produzida. Dito de outra forma, as palavras mudam de sentido segundo as posições sociais sustentadas por aqueles que as empregam, ou seja, elas adquirem seu sentido em referência a essas posições, às formações ideológicas nas quais essas posições se inserem.

É a ideologia que fornece evidência que fazem os indivíduos acreditarem na transparência da linguagem, na existência do sentido único, no sentido literal das palavras e, assim, mascara o caráter material do sentido. Do mesmo modo, os indivíduos são interpelados em sujeitos que falam, sujeitos do seu discurso, pela ideologia, pelas formações discursivas que, na linguagem representam as formações ideológicas que lhes são correspondentes. A ideologia age por meio de uma ilusão discursiva do sujeito, que o leva a acreditar que é fonte exclusiva de seu discurso quando na realidade retoma sentido pré-existentes.

Assim podemos entender que todo discurso nasce de outro discurso, por isso é que segundo ORLANDI (1986), não se deve falar em discurso, mas em estados, momentos do processo discursivo.

A análise do discurso interessa-se mais pela compreensão do processo discursivo do que pela interpretação. Ela procura mostrar a materialidade do sentido e os processos de constituição do sentido, problematizando a atribuição de sentido ao texto. O domínio de sua reflexão discursiva é o fragmentário, o disperso, o incompleto, o não transparente, enfim, a opacidade da linguagem. Em última instância, a análise do discurso visa explicar o funcionamento discursivo, através de uma análise não subjetiva.

Nos princípios teóricos da análise do discurso, temos a heterogeneidade, que é a concepção de que a constituição do texto não é homogênea, ela se da na relação radical de seu interior com seu exterior. Há formas que podem ser manobradas por um discurso que marcam sua relação com seu exterior, é a heterogeneidade mostrada. Por outro lado, há um nível de heterogeneidade constitutiva do discurso que o relaciona ao interdiscurso, este por sua vez é a

memória discursiva à qual toda formação discursiva se associa e é constitutiva de formulações que repetem, recusam e transformam outras formulações.

Esta formulação estaria colocada de alguma forma no cruzamento de dois eixos: um eixo do pré-construído, do domínio de memória e outro eixo de constituição do enunciado, que oculta o primeiro eixo, uma vez que o sujeito que enuncia é produzido de forma a interiorizar, ilusoriamente, o pré-construído que sua formação discursiva impõe. Alguns fenômenos de importância considerável pela análise do discurso como a pressuposição e a negação, podem ser igualmente objeto de análise por meio da polifonia. Por outro lado, a heterogeneidade pode resultar de operações metadiscursivas que o locutor constrói, com o objetivo de elaborar níveis distintos no interior de seu discurso.

Os conceitos de processos parafrástico e polissêmico são fundamentais na articulação do discurso, enquanto a polissemia é responsável pela constante possibilidade de sentidos diferentes, múltiplos, a paráfrase assegura a reprodução do sentido legitimado para buscar a reconstituição da história do processo discursivo estabelecido pelo grupo.

Inicialmente a proposta de trabalhar com os agentes comunitários de saúde foi desenvolvida como parte do estágio realizado na disciplina eletiva, “A relação mãe e bebê: uma linguagem entre a Fonoaudiologia e Psicanálise na Promoção da saúde na Primeira Infância”, nosso objetivo era disponibilizar aos ACS’s os conhecimentos trabalhados na disciplina, por isso estabelecemos temáticas que funcionaram como elementos disparadores de associações nos integrantes do grupo. Essas associações articuladas aos conceitos e pressupostos teóricos voltados para compreensão da constituição do bebê em sujeito mediante a relação materna, é que foi matéria prima proveniente da relação entre as pesquisadoras e os ACS’s.

Além do que fora inicialmente planejado, vivemos uma experiência muito intensa e íntima com os Agentes, pois o grupo foi se tornando espaço muito vivo e aberto ao imprevisível, sendo a teoria um mote que ajudou a pensar na vida, nos conflitos que ficaram pelo caminho e que em muitos momentos reapareciam na relação com o usuário.

Ao final dos encontros foi realizada uma devolutiva do material utilizado no curso, através de uma apostila que foi disponibilizada na UBS. Como também um retorno oral, numa roda de conversa, das produções dos relatórios finais elaborados por eles.

1. O Grupo Pesquisado

O presente estudo foi desenvolvido com Agentes Comunitários de Saúde, da Unidade Básica de Saúde “Vila Ramos”, localizada na Vila Nova Cachoeirinha, região norte de São Paulo. Todo material exposto a seguir foi organizado mediante anotações sistemáticas dos encontros por uma das pesquisadoras durante a atividade e logo após a finalização de cada um deles, ambas discutiam o material em estado bruto, reformulavam articulando a memória das duas pesquisadoras para em relação à experiência, como num “diário de bordo”. Esse material além de subsidiar a pesquisa, era trazido para supervisão semanal onde a dinâmica do grupo era discutida, bem como as temáticas subjacentes e possibilidades de análise das situações relatadas pelos integrantes.

Para a realização do trabalho, dois agentes comunitários de cada equipe foram convidados para a formação do grupo, o critério da escolha do ACS ficou por conta da própria equipe, algumas equipes fizeram sorteio devido o grande interesse, já outras a enfermeira escolheu os participantes.

O grupo foi constituído por Dez (10) Agentes Comunitários de Saúde, sendo estes:

1. Vitória: 21 anos de idade, 2 anos de PSF, Gosta e Participa de grupos de gestantes e puericultura.
2. Taiane: 46 anos de idade, 10 anos de PSF, Participa dos grupos de gestante e puericultura, refere ter muito manejo, diz sempre conversar com os bebês.
3. Rita: 42 de idade, 6 meses de PSF, tem dois filhos, refere ser apaixonada pelo neto e que está experiência a ajuda nos grupos de gestantes.
4. Vanusa: 34 anos de idade, 6 anos de PSF, é mãe e também participa dos grupos de gestantes.
5. Mônica: 26 Anos de idade, 4 Anos de PSF, Participa dos grupos de gestantes e puericultura e é da equipe (1) que tem o maior número de gestantes.
6. Tadeu: 45 Anos de idade, 1 Ano e meio de PSF, participa de grupos de gestantes e puericultura, trabalha na pastoral da criança.
7. Márcia: 40 Anos de idade, 10 Anos de PSF, é mãe e diz “Quero aprender, porque tudo o que sabemos hoje não sabíamos antes do PSF, não pude fazer pelo meu filho o que hoje faço pelo meu sobrinho”. Participa dos grupos de gestantes e puericultura.

8. Caio: 31 Anos de idade, 5 meses de PSF, participa dos grupos de gestantes e puericultura e refere observar bastante porque nunca teve essa experiência.
9. Fernanda: 31 anos de idade, 2 Anos e 8 meses de PSF, gosta muito dos grupos de gestantes e puericultura. Participa de projeto da igreja aos sábados com bebês e desenvolvem temas também.
10. Regina: 35 Anos de idade, 6 Anos e 1 mês de PSF, tem 3 filhos, gosta de trabalhar com gestantes e grupos de crianças, participa das oficinas de linguagem.

O nome dos participantes foi alterado a fim de manter a privacidade destes.

Esse trabalho passou pelo Comitê de Ética da Faculdade de Fonoaudiologia da PUC-SP, sendo aprovada para realização mediante protocolo nº 259/2008.

Os Encontros: Resultados e Análise do Processo

1º encontro: Apresentação do grupo, dinâmica de grupo a partir do tema: “Linguagem e Maternagem”

Pedimos para cada um se apresentasse e em seguida pedimos que se dividissem em três grupos e oferecemos materiais como: cartolina, canetas, cola, tesoura, régua e revistas e iniciamos uma dinâmica com intuito de que colocassem na cartolina recortes das revistas que representassem suas idéias sobre maternagem e linguagem.

Essa atividade foi desenvolvida sem anteciparmos nada sobre a teoria, apenas havíamos nos apresentado e explicado em linhas gerais os objetivos do trabalho.

Segue abaixo os resultados obtidos através da Leitura e explicação da produção feita por cada grupo:

Grupo 1 (G1) - Vitória/ Taiane/ Rita

“Família é tudo, cada pessoa nasce com a personalidade, mas não é porque tem alguém ruim que todos serão ruins. Tem a avó que dá carinho aos seus netos. Na infância tudo é flores, estamos descobrindo as coisas, a crianças não vê quando tem problemas, não tem noção da vida adulta. Descobrimos as coisas-fase sexual, as crianças não sabem muito.” No relato de suas produções , havia sempre um porta voz, um integrante do grupo que explicava para os demais o que eles haviam pensando sobre maternagem e linguagem.

Taiane contou de um caso que não havia relação entre mãe e bebê não tinha nenhum afeto e ela interviu, pois a filha dela começou a cuidar dessa criança, fazendo carinho, toque e com dois meses a criança passou da passividade para atividade e gosta de carinho agora.

Grupo 2 (G2) - Mônica/ Vanusa/ Tadeu

“Mãe que se relacionam com seus filhos desde a gestação, é o inicio de tudo, é muito importante a mãe conversar com seu bebê, tudo o que ela espera. A linguagem começa aqui, no vínculo. A família é parte importante, a relação é parte importante, a criança não sabe, ela

não nasce sabendo é na relação que vai aprender o olhar o amor desta mãe, se ela o estimular de forma amável, é bem provável que esta criança também será amável”

Mônica a partir de observações das famílias de usuários expõe ao grupo uma afirmativa: “Uma família com três crianças com problemas de fala, e a mãe não assume que essa família tem alguma coisa porque não nasceriam três assim com problema de linguagem. Até crianças que têm problemas de deficiência tem que ser estimulada, trabalhada. Moradia de risco, pois por trabalhar fora e os filhos ficam só, pois fica muito tempo fora e o diálogo fica de fora, só para as obrigações. Na infância às vezes não é só felicidade tem pais que ficam em casa e não dão atenção e não ligam. Experiência de linguagem negativa, mães xingando filhos, marca eles... Diálogo é tudo!!! Quem não se comunica se trumbica...”

Grupo 3 (G3) - Márcia, Regina, Caio, Fernanda.

“Criamos o cartaz, pensando criança precisa disso, daquilo: esporte, escola – educação, união, amor, proteção, pai (difícil), família, alimentação, parte odontológica, médico, fonoaudiológico (saúde geral) que não acontece – uma utopia. Tudo isso levaria a um adulto realizado. Quando visitamos a puerpério chegávamos no nenê, hoje fazemos diferente, olhamos a mãe e depois o bebê.”

Percebemos que os ACS's estavam a vontade para se expressarem, houve atenção por parte de todos durante a explanação do protagonista de cada grupo e pudemos perceber o início de certa cumplicidade.

Nesse encontro podemos observar certa desconfiança em relação ao próprio discurso, já muito habitual e conhecido a respeito do que uma criança precisa para se desenvolver. Essas máximas já conhecidas parecem ocupar o lugar de indagação que a temática proposta eliciava, ou seja, “maternagem e linguagem” não foram temas enfrentados, mas sim o que pensam a respeito da mãe e sua função. Ninguém perguntou o que é maternagem ou mesmo estranhou o termo. Mas todos trouxeram elementos muito significativos do que se espera da função materna: por exemplo o G1 estabelece que o bebê pode sofrer diferentes influências “não é por que um ruim que todos serão ruins”, diz também que a avó pode participar dessa função, relevando a parentalidade como recurso no exercício da função materna. Tal aspecto pode ser bastante aproveitado quando estamos diante de uma mãe deprimida ou com limitações para acolher o bebê.

O G2 traz como aspecto importante o vínculo, percebemos que esse termo está definido como sinônimo de amor e cuidado, o que se associa a função materna, mas não a recobre totalmente.

O G3 faz explanação mais genérica a respeito do que a criança precisa, aparece a palavra “amor” e também “pai”, no entanto não se detém em abordar mais diretamente o processo de cuidado materno, embora se refiram ao cuidado como mãe.

O significante “linguagem” foi o mais silenciado nas associações trazidas. Isso não quer dizer que estivesse ausente, pois no G1, por exemplo, pudemos destacar a menção à linguagem corporal existente entre o adulto e o bebê e seus efeitos na atenção do bebê para o ambiente mediado pelo toque. Já o G2 associa linguagem à fala e ao vínculo, com assertivas bastante coerentes e afinadas com os conceitos teóricos da psicanálise Winnicottiana, mesmo que não o soubessem. Vemos ainda nesse grupo o termo “linguagem negativa”, exemplificada como xingamentos, ou seja, psicanaliticamente falando, esses participantes percebem os efeitos destrutivos dos traços identificatórios marcados pelo discurso dos pais, ou seja, o poder das palavras na constituição do sujeito também aparece como associação entre maternagem e linguagem.

O G3 marca com destaque que ver o bebê sem ver a mãe é incorrer num erro, no entanto não explicam por que mudaram o procedimento no puerpério. Continuamos aqui no terreno das boas intuições e que podem ou não gerar boas ações. Sigamos na análise.

2º encontro – Temática: Maternagem – Função Materna – Função Paterna – Linguagem.

Seqüência discursiva produzida após apresentação da primeira temática, inicialmente retomamos as discussões da semana anterior e todo o material que fizeram para que passemos os conceitos de maternagem e linguagem segundo as teorias que fundamentamos o trabalho.

O encontro derivou de pouca discussão, devido à densidade do assunto, os participantes se colocavam para tirar dúvidas e fizeram pedidos de ajuda no manejo com as mães e na atuação com os grupos de gestantes e puericultura.

Recorte 1 – ACS Vanusa: “As mães precisam de apoio da função paterna e não encontram.”

Recorte 2 – ACS Rita: “As avós têm relação materna com os bebês, mas não tem como não ter, somos mães duas vezes”.

Recorte 3 - ACS Mônica: “Há na nossa prática no grupo muita dificuldade de lidar com as mães que não cuidam dos seus filhos e tem ciúme dos filhos com os pais. Como trabalhar isso com as mães? Como atuar?”.

Nesta seqüência discursiva (**Recorte 1 e 2**), o emprego da palavra maternar não foi utilizado pelo grupo, mas sim o termo cuidar. Observamos novamente certa evitação do termo, nunca parafraseado, no entanto seu uso reverbera em associações polissêmicas com o termo “cuidado”, este sim muito presente nas produções discursivas e bastante corrente no cotidiano da UBS.

O que seria cuidar? E como esse significante se articula ao termo maternar que sequer pode ser repetido pelos ACS's? Percebemos nesse momento que começou a aparecer a necessidade do grupo discutir os problemas que enfrentam no cotidiano, no manejo com as mães.

Nesse encontro houve um pedido direto (**Recorte 3**), para que fossem abordados, mais praticamente, os problemas já que a relação entre as mães e seus bebês foi formalmente trabalhada como o essencial na infância, de que modo favorecê-la?

Evidenciamos aqui certo silêncio após este pedido, silêncio expectante, como se nós de fato fossemos a fonte do conhecimento e das respostas, olhares ávidos nos mostraram que poderíamos cair na armadilha de acirrar a assimetria da transferência e nos tornarmos mestres e não agentes potencializadores da interlocução e construção conjunta como pretendíamos.

O recurso foi devolver a questão ao grupo: como proceder?

Poucas respostas apareceram, mas no geral tinham um cunho pedagógico visando convencer as mães ou mesmo mostrar as possíveis conseqüências de seu comportamento inadequado. Seguimos retomando os enunciados que apareceram no primeiro encontro, um deles se remetia a orientação do olhar; ver a mãe. Daí foi possível caminhar na perspectiva de pensar por que será que a mãe age assim?

Nesse momento passam a relacionar a história das mães como um fator que influencia no modo como se relacionam com os filhos.

3º encontro - Sexualidade Infantil

Fizemos uma apresentação a respeito de sexualidade infantil, com conceitos de Freud, seguem no (Anexo 1). Exploramos os conceitos dos encontros anteriores, e, esses pareciam já fazer parte do discurso dos ACS's, como veremos nos dados abaixo.

Colocamos a musica, “Beija eu” (Anexo 2) de Arnaldo Antunes e pedimos para que ouvissem e com a experiência que já possuem permitissem ouvir com mais profundidade.

Essa música fala da relação afetiva do filho e Arnaldo Antunes, há na letra um discurso erotizado, bem como o gênero usado denota uma linguagem infantil. O grupo imaginava a música como parte da história de um casal libidinalmente envolvido, quando explicamos a quem se destina a música e os conteúdos a respeito da sexualidade infantil, houve surpresa.

Após o término da música e da explicação a ACS Rita retira seu aparelho de celular e mostra ao grupo o vídeo de seu neto chupando o dedo do pé.

Iniciamos a apresentação, mas em todo momento éramos tomadas pelas dúvidas e questões que surgiam do denso conteúdo. A maioria dos ACS's, já possuía algum conhecimento sobre Freud, e, a medida que falávamos o que a psicanálise propõe para a sexualidade infantil, eles interrompiam para relatarem as experiências com seus filhos e usuários.

Seqüência discursiva produzida quando levamos ao grupo a relação erotizada da mãe com seu bebê e a retomada da função materna e paterna e o circuito pulsional, que segundo Laznik (1997).

Recorte 4 – ACS Mônica: Como a gente faz nos casos que a família (mãe) tem essa maneira de maternar – privando da possibilidade da criança se tocar e se conhecer? Como atuar com adultos (mãe) com a falta de respeito dos adultos com as crianças?

Recorte 5 - ACS Márcia: “Meu sobrinho está com 7 meses e no banho começou a apertar o “pipi” e começou a ficar durinho. Nós (ACS , irmã e cunhado) curtimos esse momento. Hoje eu vejo desse jeito, mas antes com o meu filho não conseguia, achava errado e cortava. Hoje, depois do PSF, 10 anos atuando e lendo, e, agora com esse curso é diferente minha visão. No entanto, na área as mães e famílias pela religiosidade e cultura não deixam.”

A temática da sexualidade infantil nos pareceu importante principalmente para mostrar como as experiências de satisfação e prazer promovem a relação do bebê com o ambiente e favorecem assim a exploração do mundo, o que gera mais recurso cognitivo e de linguagem. Foi bastante significativa a apreensão do conceito de sexualidade como vivências de erotização não restritas ao órgão sexual, mas presente em diferentes vivências da criança, como a alimentação, o banho, a troca de fraldas e o contato com o corpo do adulto. Salientamos a diferença entre a sexualidade genital adulta e a sexualidade infantil, a linguagem da ternura e a da sedução.

Tal temática trouxe muitos exemplos de abuso sexual e violência na infância. Também passam a compreender melhor seus próprios enunciados a respeito do significante “amor” que fora utilizado de modo genérico, mas pode ser aberto e revisto mediante diferentes contextos amorosos: o amor fraterno, o amor do casal, o amor da mãe pelo bebê e etc. amor também pode ser pensado como expressão de afeto, investimento libidinal e pulsional e não como oposto ao ódio, que também está presente na intensidade ambivalente de nossos investimentos afetivos.

Nesse encontro, muitos agentes passam a trazer situações nas quais as mães parecem sentir ódio do bebê. Pudemos colocar que faz parte da meternagem odiar, mas a mãe suficientemente boa, não atua no ódio, mas preserva seu bebê, embora este não a gratifique sempre. Sentir é diferente de agir e negar o sentimento pode ser muito prejudicial, pois não aceitá-lo como natural pode gerar culpa que vai afastar ainda mais a mãe do bebê, dificultando o vínculo.

Percebemos que vários ACS's passam a rever posturas moralizantes, como se a compreensão da ambivalência dos afetos os fizesse menos exigentes e duros consigo mesmo e com os usuários.

Observa-se que há muitas questões no como agir em situações que demandam uma modificação na postura de mãe, de pessoa, em que não cabe aplicar apenas seus conhecimentos técnicos, mas agir de tal forma que a mãe se sinta cuidada, maternada e por isso mais leve para estar com seu bebê.

4º encontro: Porque a criança fala?

Segue abaixo a seqüência discursiva após termos perguntado ao grupo: por que a criança fala? Como mote disparador da discussão que seria sistematizada coma o material preparado previamente.

Recorte 6 - ACS Rita: “Estimula porque ela quer se comunicar, se expressar ou porque necessita de algo. A mãe quer falar com o bebê dentro da barriga. O bebê já “sai falando”.

Recorte 7 – ACS Mônica: “As primeiras palavras: “mamãe”, “dá”, “não”, principalmente quando chora. Minha filha começou a andar com 7 meses e a falar também, muito cedo, né.”

Recorte 8 – ACS Taiane: “Durante a gestação é perigoso passar nervoso? Prejudica o bebê? Eu normalmente respondo que sim, por experiência própria, o bebê nasce agitado. A mãe fica sensível é difícil aceitar que esta grávida.”

Pesquisadora 1: Idealizamos o bebê, ele tem um lugar na fala e na vida dos pais, antes mesmo de nascer.

Recorte 9 – ACS Caio: “Na maioria das vezes o pai não está presente. Existem vários tipos de mãe, minha mãe teve uma vida muito difícil, teve meu irmão aos 19 anos e sempre esteve ao nosso lado.”

Recorte 10 – ACS Rita: “É muito difícil ver a própria irmã maltratar o filho, é difícil não se revoltar, pois são famílias que convivemos todos os dias. É muito difícil aceitar o que é meu e o que é dele. Dá vontade de brigar, eu perdi meu filho e daria a vida para tê-lo ao meu lado.”

Recorte 11 - ACS Márcia: “Vivemos num jogo, sabemos que devemos ter uma postura da porta pra fora, mas aqui dentro de nós é diferente, sentimos e nos magoamos frente a realidade. Somos muito cobrados, em todas as capacitações. Já vamos tensos porque sabemos que seremos muito cobrados até em reuniões de equipe.”

Recorte 12 – ACS Mônica: “Muitas vezes vamos para os cursos porque somos obrigados e acaba sendo uma besteira, mas na hora de cobrar é bem diferente.”

A temática proposta permite aos ACS's falarem, é evidente que já podiam fazê-lo, no entanto o que têm agora é um espaço de escuta inédito, não um curso ou uma cobrança, mas um lugar na fala e na escuta das pesquisadoras. Esse contexto propiciou a percepção do que é primordial para que alguém fale: ser escutado. Portanto falar com o bebê não se restringe a dar a eles palavras e sentidos, mas perceber-lhe, escutar seus gestos, incômodos e indícios de sentido, e, a partir daí colocar palavras na relação. O banho simbólico é indissociável do contorno afetivo que vai dar ao sujeito um lugar no funcionamento simbólico.

Se “existem vários tipos de mães”, a paráfrase presente no enunciado do ACS Caio (**Recorte 9**), nos encaminha para uma outra máxima, existem vários tipos de bebês e, portanto, podemos deduzir que as condutas generalizantes, propostas em palestras e cursos de treinamento não são úteis para todos. Singularizar os procedimentos, adequando-os à realidade percebida faz parte do cuidado com o outro a partir do outro e não de como o idealizamos ou imaginamos.

Outra marca nos processos discursivos na seqüência acima é a projeção direta da experiência pessoal, com a irmã e com a própria mãe, servindo de modelo referencial para compreender a situação de maternagem, em seus limites, desastres e também em sua potência. Por outro lado vemos a consideração do sistema de saúde enquanto co-responsável por determinantes que restringem o vínculo das mães com seus bebês, quando não são devidamente cuidadas, as progenitoras tendem a repetir práticas abandonicas ou agressivas com seus filhos.

Segundo Rita isso gera revolta no ACS, pois não se sentem amparados nas equipes e nas capacitações para dar outro tratamento às situações de maus tratos observadas em algumas relações entre mães e seus bebês. Tal fato parece apenas reproduzir punições e não produzir soluções provenientes do cuidado e do vínculo com as mães.

O tema proposto gerou associações muito pertinentes, foi curioso perceber que o grupo realmente não estava tão interessado em encontrar respostas, mas processar suas questões, discutir suas idéias e sentimentos e assim alçar certa possibilidade de compreensão que e não de acúmulo de informação. Mônica associa os cursos a mais uma postura impositiva de seus superiores, o que de saída já gera certa indisponibilidade para se exporem. Certamente as relações hierárquicas são necessárias, mas ponderamos que se o serviço pode ser discutido e apreendido por todos, em contextos dialógicos mais livres, teremos grande chance de experimentar a co-gestão e não apenas a submissão aos imperativos burocratizantes.

5• Encontro: continuação Porque a criança fala?

Seqüência discursiva produzida após uma breve retomada da temática.

Recorte 13 - ACS Taiane: “Não sei o que se passa na cabeça das mães de hoje, geralmente maltratam porque tem alguns problemas. Percebo que não tem nada a ver com a idade, algumas com 15 anos de idade cuidam muito bem dos filhos. Outras que têm filhos mais velhos rejeitam e tudo mais. Acho que é da pessoa mesmo, viu.”

Recorte 14 - ACS Vanusa: “A usuária se separou e mãe falava do pai da criança para os filhos, falava mal para criança de dois anos, ela começou a chupar chupeta de novo e ficar igual bebê. Quando ela engravidou o pai queria que ela abortasse, mas a mãe não quis e se separou. Lembrei do curso e resolvi conversar com ela, depois ela veio no grupo e perguntei como estava a situação. Ela referiu que melhorou bastante, mas ainda estava difícil não falar do pai para os filhos, mas sentia que quando conversa comigo podia falar de toda essa angústia e que vai mudar a postura com seus filhos, assim eles também mudam.”

No encontro seguinte, podemos observar que os processos discursivos ressignificados mediante a interlocução, transformam a memória o que pode potencializar novas formas de ação. Agir, no caso relatado acima, foi aplicar o recurso da escuta, o que vemos proposto pela ACS Vanusa com a mãe angustiada que pode expressar seus conflitos. Em seguida outro modo de agir da mãe que também pode ser configurado.

6º encontro: Aleitamento Materno – entre o prazer e a necessidade

Seqüência discursiva produzida no momento em que tematizamos com o grupo a relação de afeto da mãe e seu bebê no momento da amamentação.

Recorte 15 – ACS Taiane: “A mãe sabe sentir quando seu filho está com fome, mesmo longe da criança.”

Recorte 16 – ACS Vitória: “Eu fui amamentada no seio até os 7 anos de idade! Minhas irmãs ficavam muito bravas , mas eu adorava.”

Recorte 17 – ACS Mônica: “Os bebês que são amamentados por mais tempo são mais apegados à mãe.”

Recorte 18 – ACS Vanusa: “As mães não querem mais amamentar os seus filhos e ficam bravas quando falamos sobre isso e falam elas acham que é fácil.”

Recorte 19 – ACS Mônica: “Mesmo quando falamos todos os benefícios da amamentação parece não causar efeito nas mães.”

Recorte 20 – ACS Rita: “Mas tem algumas que não amamentaram porque estavam com problemas nos seios e não por descaso.”

Recorte 21 – ACS Mônica: “Eu achava que quando não amamentava o corpo voltava mais rápido.”

Pesquisadora 2: Além de todos os benefícios para o bebê, amamentar ajuda sim, o corpo da mãe voltar ao normal mais rápido.

Recorte 22 - ACS Mônica: “Mãe sofre muito com todos os deveres de mãe, e nos o amamos da mesma forma. E tem mulheres que não querem de forma alguma ser mãe. Amanhã vou conversar com a minha amiga, pra ela procurar ajuda. É muito triste, a criança é muito linda e a mãe não gosta dela, sente ciúmes da relação dela com o pai. E essa criança não tem um olhar feliz, ela parece triste. É muito difícil lidar com isso, mas ela teve muitos problemas de família.”

A temática do aleitamento é bastante debatida em cursos e treinamentos, sabemos que esse fator tem sido altamente relevante para diminuir agravos à saúde na primeira infância e conseqüentemente garantir a redução da mortalidade infantil, no entanto apesar dos ACS's serem portadores do discurso oficial, parafraseando essas vozes institucionais, poderiam por isso parafrasear as máximas teóricas, no entanto se detém nos entraves à amamentação, nos fatores subjetivos que infelizmente impedem que essa facilidade seja desfrutada pela dupla, ou faz com que o aleitamento seja vivido como dificuldade e perda.

Embora tenham dificuldades para formular hipóteses a respeito das dificuldades subjetivas que impedem as mães de amamentar, novamente se abrem para relações causais

que extrapolam o julgamento moral. Também passam a expor idéias sobre o aleitamento, experiências pessoais e também com as usuárias. Novamente a polissemia se mostra no significante aleitamento, não é possível defini-lo do mesmo modo, cada mãe fará como pode, ou como foi auxiliada a viabilizar o aleitamento. Um darão em excesso, outras ficarão frustradas por não conseguir e outras, por preconceito ou idéias equivocadas sobre perder peso ou voltar ao corpo que tinham antes da gestação desistem da experiência.

7º encontro: Hábitos orais: do prazer ao vício.

Seqüência discursiva produzida no momento em que mostramos o tema ao grupo, e perguntamos á eles o que achavam.

Recorte 23 - ACS Regina: “O dedo é o pior!”

Recorte 24 - ACS: “Se eu pudesse chupava chupeta até hoje, é tão gostoso, acho que é carência, estou abrindo aqui, pela primeira vez, uma coisa minha! Acredito que isso que sinto é pela carência da minha mãe, pois ela trabalhava muito e não dava muita atenção.”

Recorte 25 - ACS Vanusa: “Uma usuária minha falou que o filho bebê está colocando o dedo na boca. Eu fui à casa dela e falei que ao invés de deixar colocar o dedo na boca, era pra ela dar mais o seio, porque assim ele diminui a vontade de sugar. Ontem fiz grupo e falei da parte emocional, aquilo que aprendemos aqui. Do vínculo, olhar, toque. Elas ficavam olhando, gostavam e falavam “nossa não sabíamos disso!”.

Relato de caso:

Recorte 26 - ACS Márcia: “Uma usuária veio com cólica, achava que era uma infecção urinária e quando o médico a examinou viu que ela esta grávida de 9 meses! Ela tem 18 anos

de idade e no mesmo dia que passou aqui teve o nenê. No hospital mesmo disse que não queria o nenê. Quando o enfermeiro entrou, pediu pra ela pegar o bebê, pois ele estava chorando com fome e ela não quis pegar. Ninguém no quarto queria pegá-lo. Chamaram a assistente social e conversaram com a mãe que estava convicta de que não queria. Colocaram a criança no berçário, pois ninguém da família queria ele. Na mesma hora disse que era pra entregá-lo a adoção. *(ACS se emociona muito)* Fui fazer a visita de puerpério e o bebê não estava lá, foi horrível, ele ficou no hospital para adoção. Conversei com a família e eles não queriam nem saber do bebê. Comecei a chorar na frente da família e perguntei como eles fariam porque os vizinhos iriam perguntar.

Na área elas sofrem isso, porque o pai desse bebê – é casado e mora no quintal - foi um inferno porque descobriram que ele saía com ela e tinha relações. Teve briga no quintal a mãe da moça (avó) e tia irmã da moça falaram para o pai que se ele quisesse a criança era pra ele buscar lá no hospital e pra procurar fazer DNA.

Elas moram na minha área há 10 anos, não sei como foram capazes de fazer isso. Que frieza! Como faço agora com essa família? Vai passando os dias e a família continua com a mesma opinião, é muita frieza. Nós vamos acompanhar e visitar, até levamos o caso para reunião de equipe e trabalharemos até quando elas morarem lá.

Os vizinhos perguntam, quando elas chegaram, as pessoas foram visitar e levaram roupinhas. E elas falaram que deixaram o bebe lá. Todos estão revoltados, toda comunidade sentiu muito.”

A magnitude da experiência relatada pela ACS chocou todos os presentes, fora bastante difícil acreditar que é possível para uma mulher estar tão distante de si mesma, a ponto de não perceber a própria gestação. No entanto esse fato, revoltante para a maior parte do grupo, deixa exposta uma situação muito comum, o mecanismo de vitimização e culpabilização, muito presente na prática dos serviços. Nesse momento, nos pareceu que os critérios de cuidado e percepção do outro não poderiam ser aplicados a uma pessoa tão insensível como estava sendo caricaturada esta mãe, mas com o decorrer da situação foi sendo possível ampliar a visão dos fatos. A dificuldade em saber-se conscientemente grávida, já impedia a existência simbólica desse bebê, ou seja, para essa mãe, ele era ninguém, portanto ela dá a essa criança a chance de ser alguém para outra mulher que de fato pode maternar, o que em última instância significa “ser alguém para alguém”, ou estar de fato vivo no desejo do outro que materna.

Crises morais, religiosas e projeções de valores e experiências fazem parte do cotidiano do ACS o que dificulta muito o exercício de sua função, por isso espaços coletivos de reflexão são tão fundamentais para exorcizar fantasmas de culpas inconscientes e compor rede de responsabilidade e recursos.

A diferença entre os dois registros na apreensão da realidade pelo bebê, do registro da necessidade ao registro do prazer, também provou importantes descobertas no grupo, principalmente a constatação consciente de que nem tudo que dá prazer está associado a necessidade, portanto nem todo processo de produção de saúde vai seguir a lógica racional do bem estar físico, pois nem tudo que faz bem para o corpo, traz satisfação para a alma. A dinâmica intrincada entre desejo e necessidade entre consciência e inconsciente deve ser considerada, tanto para pensar na relação da mãe com seu bebê, quando deste bebezinho com objetos que lhe parecem tão caros, mas que pouco significam para o adulto, como sua chupeta, a fraldinha ou o ursinho. O conceito de objeto transicional foi contextualizado para chegarmos à discussão a respeito dos sinais de desenvolvimento psíquico do bebê.

8º encontro – Avaliação individual do Trabalho Realizado até o momento.

Nesse encontro optamos por avaliar o trabalho, pois como estávamos praticamente na metade do processo, poderíamos realizar mudanças, se nos parecessem necessárias mediante a experiência literalizada pelo grupo. Solicitamos que escrevessem a respeito da experiência e fizessem sugestões para continuidade a partir desse encontro.

ACS 1º Márcia

“Para mim foi ótimo, pois aqui pude expressar os meus sentimentos profissionais e pessoais e com relato de nossas experiências também profissionais e pessoais. Tenho muito mais a acrescentar no meu dia-a-dia na micro-área. As discussões foram muito importantes para o meu crescimento e também para poder desabafar algumas situações pessoais e lembranças do meu passado, casos que me afetam ainda hoje, foi importante estar aqui fazendo esse curso, pois pude trabalhar o meu lado psicológico, pois não tive esse espaço nesses 10 anos de ACS, por causa da correria do dia-a-dia, por achar que estava forte e não estar. Ajudou mais, pois meus companheiros puderam saber mais um pouco de mim como pessoa. O mais relevante foram as discussões e a forma que as fonoaudiólogas nos orientam e confortam e como somos importante. Obrigada.”

ACS 2° Tadeu

“O curso foi muito interessante, no conteúdo e nas trocas de experiências entre nós agentes. As discussões foram de grande importância para gerar reflexões sobre como melhorar o nosso trabalho e o companheirismo. As lembranças nem sempre foram boas, mas nos fizeram repensar o fato de sermos agentes de transformação. Os casos nos fazem lembrar de que se não encontramos vamos encontrar muita coisa na nossa área. O envolvimento de cada nós, tanto os agentes como as fonoaudiólogas, na questão da experiência de vida, no levar adiante o que foi visto aqui.”

ACS 3° Regina

“O curso foi proveitoso. As discussões foram muito ricas e disputadas, nos levam a repensar nas técnicas que usamos no nosso trabalho. Me fez lembrar de quando fui mãe pela primeira vez e quanto amadureci no meu trabalho podendo até usar minhas experiências para ajudar famílias que atendo. O bate papo, e saber da experiência de cada um nos faz aprender e trocar coisas boas com os colegas e com as educadoras que são muito pacientes e motivadoras.”

ACS 4° Mônica

“O curso está sendo muito interessante e muito proveitoso. Desperta para novas idéias, estratégias para aplicarmos no dia-a-dia, tanto na vida pessoal como profissional. Os casos discutidos tem sempre haver com o cotidiano, trazendo novas experiências. Um dos temas mais importante pra mim, foi o que a falta de amor, carinho e atenção pode trazer de conseqüências para a vida de uma criança e logo pra um adulto. O que as vezes já tem conhecimentos, mas está adormecido. Devíamos ter mais capacitações relacionada as famílias, que é o nosso ponto forte no PSF e é pouquíssimo divulgado em cursos e capacitações. Momentos como esses são muito prazerosos, inclusive porque está sendo ministrado por pessoas que estão fazendo parte do dia-a-dia que são as fonoaudiólogas, que nos dão todo espaço para nos expressarmos, mostrando muito interesse nos que a gente tem a dizer.”

ACS 5° Rita

“O curso até o momento esta excelente. Estou aprendendo e me aprimorando muito. As discussões é a parte que acho mais importante, pois é rica essa troca de experiência para

nosso serviço como ACS. Acho que deveria ter mais cursos como esse e para todos os ACS. E minha sugestão é que nos próximos encontros sejam trazidos casos especiais como: Autismo, Síndrome de Down , paralisia cerebral para podermos nos aprimorar nesses casos, pois existem casos assim na comunidade e não sabemos , não temos esclarecimentos e experiências suficientes para lidarmos com eles .E com este curso estamos aprendendo muito. As fonos nos deixam a vontade para nossas trocas de experiências.São muito pacientes e nos auxiliam em nossas dúvidas.É ótimo.”

ACS 6°Vitória

“Para mim o curso têm sido maravilhoso, aprendi muito questões que eu jamais imaginava conhecer e tive a oportunidade de mostrar um pouco dos meus conhecimentos. Aprendi muito com as discussões dos casos, achei muito legal saber de outros casos e experiências dos colegas. Para mim todas as temáticas foram muito importante, assuntos muito necessários nos dias de hoje. Gostei muito da forma com que as “pro” Carol e Nattaly, estão passando este curso. São muito pacientes nos dando oportunidade de falar.”

Recorte 27 - ACS Mônica: “O curso é muito bom, muito proveitoso. Nós vamos sentir falta do material, para passarmos nos grupos”

Recorte 28 - ACS Tadeu: “Onde conseguimos este material? Apostila?”

Pesquisadoras: Providenciaremos o material, fiquem tranquilos.

Recorte 29 - ACS Márcia: “Como minha vida não foi fácil. Eu era casada com um homem horrível (parece aquele da novela das 21h) sofri muito e meu filho também. Como essa criança que não fala (da novela). E hoje vejo aquele homem de 29 anos, que as vezes parece aquele menino de 7 anos.

Recorte 30 - ACS Taiane: “Meu marido bebia muito, andava armado. E hoje ele mudou, é uma pessoa diferente. Já passei situações como ACS de ter que separar a mãe batendo a cabeça da criança na parede (5 anos a criança tinha).”

Recorte 31 – ACS: “Esse curso, mesmo para aqueles que estão há mais tempo na UBS. Aprende muito. Há muita troca, tem muito haver com a comunidade e com o que vivemos na família. Nós podemos ver o que discutimos aqui. E nos ajuda a trabalhar na minha micro-área.”

Recorte 32 - ACS Rita: “Sinceramente eu aprendi muito, as discussões me ajudaram muito a trabalhar na micro-área”.

Recorte 33 - ACS Vitória: “Nos temos capacitações para dengue , p.a mas saúde mental, os casos mais graves.”

Recorte 34 - ACS Mônica: “Esse curso nos ajudou a não julgar as pessoas (usuários). Ir na casa das pessoas e entender melhor o que acontece.”

Recorte 35 - ACS Márcia: “Fui na casa da menina que abandonou a filha e me surpreende a frieza dessa família. Ainda está na dieta (40 dias) e ainda vai ao fórum para destituir. O homem (pai da criança) ainda vai buscá-la na rua para tirar a história a limpo. A frieza dela é impressionante, porque é como se “aquilo” sáísse... Eu tento entender o porquê e como que a avó fez isso também, que amor é esse?”

Recorte 36 - ACS Mônica: “Aquele caso da minha amiga. Ela melhorou bastante. Encontrei com ela e dei o encaminhamento para o SEDES. Achei que ela está melhor. Conversa com a criança. Não esta sentindo tanto ciúmes da menina com o pai.”

Nesta seqüência dramas familiares, exposição das dores ao grupo; e apresentação da melhora através do grupo. Nesse sentido eles mesmos estão se escutando, esse processo foi extremamente importante, uma vez, que espaços como esse não acontecem.

9 • Encontro - O Toque Terapêutico

Seqüência discursiva produzida no momento em que discutíamos função materna e paterna e o repensar a respeito de pré- conceitos em relação a abrigos infantis. Essa temática de discussão foi previamente solicitada pelos ACS's.

Recorte 37 - ACS Mônica: “Há crianças com muita necessidade do toque, por não receber afeto, carinho em casa. Na área, as crianças ao me verem correm até mim, me sinto a “Xuxa”, eles correm para me abraçar.”

Uma das ACS`s relata que aos 12 anos ficou por um tempo na FEBEM e que era muito difícil, refere que lá tinha as “mães” mas havia muitas confusões por interesse de certas mães. Apesar disso, havia a busca da ACS por alguém que pudesse ser a mãe pra dar carinho e amor.

Recorte 38- ACS Tadeu: “As crianças reconhecem as funções de cada pessoa. Quem pode nos dá carinho ou não, assim eles podem ir buscar nas pessoas.”

Relato de Caso:

Recorte 39 - ACS Márcia: “Eu tenho uma usuária que perdeu a guarda da criança por ter se envolvido no tráfico de drogas e a criança foi para um abrigo em São Bernardo do Campo. Tive que acompanhá-la e achei super bacana porque a criança tinha tudo no abrigo: casa, comida, a mãe social e era feliz lá. A mãe biológica entrou com recurso e conseguiu a guarda, e a criança demorou a reconhecê-la como mãe, e infelizmente hoje a criança passa por mais dificuldades do que quando estava no abrigo.

Há um outro caso que vem me incomodando bastante, uma usuária de 36 anos tem um caso com um homem há 10 anos, e ele é casado e tem nove filhos com a esposa. Ela é portadora de HIV e usuária de drogas. Engravidou e está com sete meses (menina), o rapaz só tem filhos homens e está muito feliz com essa gravidez por ser uma menina. Ela já tem uma filha menina que a tia quem cuida (adotou). O pai falou que quando a criança nascer levará a menina para ela cuidar (esposa).

Perguntei para a mãe se ela deixaria levar sua filha e ela responde que sim “se ele quiser levar eu deixo, lá ela viverá melhor a esposa dele só tem meninos, deve gostar da menina.

Aí eu perguntei se ela acha que a esposa dele não precisará fazer exames um dia e descobrir que tem HIV? E ai saberá que o marido tem outra pessoa, será que ela vai aceitar sua criança? A mãe disse que não tinha pensado nisso.

Tentei mostrar a ela que já possuía roupinhas, o berço e que já tem as coisinhas dela, mas a usuária respondeu que vai montar o berço e que está tudo guardado.

Ambígua a situação, porque ela quer o bebê, mas quer dar para não deixar o bebê atrapalhar a liberdade que ela tem, e lá com pai e a esposa dará uma melhor educação.

Ela continua usando drogas, mesmo grávida. Eu perguntei se ela sabe as consequências das drogas, ela respondeu que sabe que via reportagens de bebês com deficiências. Perguntei sobre a Ruth (a filha que é criada pela tia) como ela vê essa gravidez? Como reage? Disse que a filha está adorando, fala que vai levar a menina para passear, mas que ela não vai deixar.”

Nesse momento o grupo está tomado pelo caso, e, também interfere no discurso de Márcia fazendo perguntas e colocações.

Recorte 40 - ACS Márcia: “Temos que pensar em algumas coisas para falar nos grupos sobre isso, é o segundo caso que tenho na área!

Como podemos abordar algo para sensibilizar as mães por que daqui a pouco isso vai se propagar na área. É tudo isso, é droga, gravidez, o homem com a família! Estamos pensando em trabalhar isso nos grupos, antes que comece a pipocar. A comunidade acaba sabendo de tudo, como faz para doar, quais os locais. Fica fácil doar o filho, não é?!

Esta seqüência nos mostra o drama do agente com essas questões e o medo de levar esse caso para reunião de equipe. Este foi um momento silenciado pelo grupo e também pelas pesquisadoras para escutar o relato do agente, que naquele momento, mostrava-se sofrida pela situação e consciente da responsabilidade de sua decisão e complementou dizendo que casos como este não se poderia levar na reunião de equipe, pois sabia que se este caso fosse levado ao conselho tutelar e com isso seria tirada a guarda do bebê, e ela sabia que mesmo a mãe estando ainda meio perdida, havia já seus primeiros sinais de afeto com o filho. Neste momento, a escuta e olhares emocionados se dirigiam até ela, e deu início a uma troca de experiência e opiniões dos agentes comunitários, eles começaram a falar o que fariam neste caso. Nesse momento Márcia escutava atentamente o grupo. Em seguida, finalizou com um agradecimento, e nos disse que realmente aquele era o espaço que tinha para se abrir, passar suas dores e angústia das situações vividas e também para tomar consciência da importância do seu trabalho como agente comunitário de saúde.

Neste encontro Márcia complementa dizendo (como aparece no recorte 39) que muitas vezes o abrigo de crianças acaba sendo a melhor opção, pois viu que no caso relatado acima, a criança era melhor cuidada e amparada efetivamente no abrigo. O grupo se mostra surpreso, pois não imaginavam essa situação com crianças institucionalizadas e passam a ver que a

maternagem acontece onde há afeto, amor e a vontade de maternar e não necessariamente com a mãe biológica. Neste momento surge o desejo do grupo em visitar um abrigo.

O silêncio de Regina é bastante significativo, pois esperava-se de alguém que efetivamente viveu num abrigo (ela morou na FEBEM) tivesse uma opinião sobre o assunto e contribuísse de modo mais direto para demovê-los da polêmica levantada: “é melhor a criança ir para instituição ou permanecer com os pais biológicos?” No entanto, seu silêncio reforça a difícil situação enfrentada pelo poder público, aqui representado pelos profissionais do PSF, pois devem tomar uma decisão com base em fatos objetivos, os maus tratos e omissões da família, mas não podem dimensionar os efeitos subjetivos desse afastamento. Na verdade nem a criança pode saber o que seria melhor, no entanto supomos no silêncio da criança que não falou pela voz da Regina- adulta, muitas fantasias de abandono, perdas e desamparo concretizadas pela condição de institucionalização e que tomaram sua voz num silêncio altamente doloroso.

Os efeitos de amparo e abrigo associados aos de desamparo e abandono são imponderáveis, no entanto na comoção dos ACSs ao tratarem desse tema, aparece uma certa necessidade de saberem como influenciam nessa decisão, ou ainda, que poderiam influenciar as famílias para minimizar a vulnerabilidade social das crianças.

Vemos novamente aqui um sofrimento pelo que não conseguem fazer e ainda certa culpa por não poderem dividir suas dúvidas na reunião de equipe que nos dizeres de Márcia aparece não como apoio, mas como local de resolução de problemas mais de modo normativo do que compreensivo, agir apenas de modo normativo acarretaria em denúncias desmedidas para o Conselho Tutelar.

10º encontro - Desenvolvimento e Constituição

Seqüência discursiva no momento em que terminamos a apresentação do tema.

Recorte 41 - ACS Márcia: “Minha mãe engravidou aos 16 anos, do moço que morava na rua do trabalho dela, ela era empregada doméstica, a mãe dela, minha avó aceitou o filho, mas não queria que eles ficassem juntos, porque ele era muito rico. Esse homem foi o grande amor da vida dela e não podia ficar com ele. Depois de um tempo, conheceu um outro homem, casou e teve 4 filhos”.

Aos treze anos de idade a ACS descobriu que o homem que o criava não era seu pai biológico, e, que o grande amor da vida da mãe era seu verdadeiro pai. A ACS casou-se aos 14 anos de idade, com um rapaz muito agressivo. Atualmente são separados.

A seqüência mostra novamente que as temáticas foram apenas dispositivos que propiciam uma reflexão das próprias escolhas, o que redimensiona o exercício de sua função no trabalho, pois a retomada da própria vida, da infância e conseqüentemente a troca de experiências, possibilita certo distanciamento dos efeitos dessas marcas, para poder vê-las impregnando suas práticas no cotidiano.

Márcia passa a rever sua extrema indignação com situações de injustiça vividas pelos usuários, o modo como se envolve excessivamente buscando culpados e desejando a resolução de problemas dessa natureza que nem sempre passam pela lógica que ela os observa. Foi possível nesse contato rever sua postura percebendo como tenta resolver seus conflitos passados no presente do seu trabalho.

Neste momento, mais uma vez o silêncio toma conta do grupo junto a um olhar de acolhimento de cada participante. Silêncio envolto pela densa dimensão dos problemas que podem ser pensados, de certo modo compreendidos, mas que parecem intransponíveis. A sombra da impotência quase recobre tantas ações de potência desses trabalhadores que precisaram aqui ser maternados.

11° Encontro – continuação: Desenvolvimento e Constituição do Sujeito

A continuação do tema baseou-se na exposição passo-a-passo do desenvolvimento da primeira infância e segunda infância: desenvolvimento da linguagem, desenvolvimento físico, desenvolvimento cognitivo e a constituição psíquica. Neste encontro todos os participantes estavam curiosos em saber cada etapa do desenvolvimento, pois como eles mesmos disseram, estes conhecimento já tinham e até mesmo na própria experiência de mãe e de pai. No entanto, gostaram do material que segundo eles estava bem explicativo e questionaram como poderiam ter acesso ao mesmo, pois ficaria mais interessante para levar aos grupos. Após entrarmos em consenso decidimos fazer uma apostila com todo material exposto.

Basicamente nesse encontro ao compartilharmos a teoria, ficaram como expectadores curiosos e satisfeitos por estarem tendo a oportunidade de sistematizar conhecimentos que intuitivamente já utilizavam, no entanto ganham novas expressões e palavras que passam a

utilizar como significantes necessários a muitos significados dispersos na experiência. Foi um momento de síntese.

12° encontro - Audição na Criança

A temática escolhida para esse encontro derivou da necessidade em discutir casos com essa patologia.

Recorte 42 - ACS Vitória expõe ao grupo a deficiência auditiva de seu pai e questiona alterações decorrentes da mesma.

Informações importantes como a sustentação da rede de saúde auditiva do município, detecção precoce e como encaminhar bebês para avaliação audiológica foram muito úteis. Permanecemos mais uma vez na função de ensinar, entendemos que depois de tanta exposição estavam necessitando ouvir, embora participassem solicitando esclarecimento de questões técnicas.

13° encontro - Brincar é coisa séria!

A temática do brincar na abordagem psicanalítica, desperta o contato com seus modos duros de relembrar a infância, a ludicidade não podia ser valorizada em prol da produtividade esperada das crianças pobres, que também deveriam contribuir para o sustento das condições materiais da família. O contexto grupal retoma a configuração de *holding*, muitas lembranças podem ser acolhidas, catarticamente despejadas, mas contornadas pela afetividade do grupo.

Seqüência discursiva produzida no momento em que perceberam que o tema apresentado pelas pesquisadoras foi um dispositivo para relembrar a infância, mas não dos casos da comunidade, das crianças da micro-área, mas sim da própria infância.

Recorte 43 - ACS Mônica: “Porque em todos os momentos falamos das nossas vidas?”

Recorte 44 - ACS Tadeu: “Acho que a gente criou uma ilusão que aqui a gente pode falar de nós, que é um lugar para isso”.

Recorte: 45 - ACS Regina: “Acho que é porque aprendemos a lidar com a situação”

Neste momento o grupo começa lembrar as brincadeiras de infância, os brinquedos que mais gostavam e até mesmo os que eram transformados em brinquedos, como por exemplo, pedaços de madeira; caixotes; garrafa entre outros e se questionaram, do que as crianças de hoje estão brincando? Elas estão brincando? Do que meu filho está brincando? Estas lembranças e questionamentos os levaram a uma análise crítica da situação atual das crianças, pois muitos, segundo eles não sabem brincar ficam trancafiados em seus quartos em frente ao computador.

Embora o discurso parafraseado de tantas críticas ao uso indevido de meios eletrônicos na infância, passam a perceber a função do brincar, como um espaço intermediário entre a fantasia e a realidade, entre a vida cotidiana e a reflexão criativa, o devaneio e mesmo essa experiência tão real de “criar a ilusão de falar de nós”. Por um lado é ilusão, pois o inconsciente não está todo no discurso, mas podemos manter a ilusão que temos acesso ao mais profundo de nós quando falamos. Ilusão é mesmo uma vivência necessária para criar a realidade e suportar estar nela, o enunciado de Tadeu traz a força originária da função do brincar na teoria Winnicottiana, um espaço transicional que faz da realidade algo mais verdadeiramente nosso.

A ACS Regina também expressa que sua vivência no grupo permite “lidar melhor com a situação”, como não explicita qual situação se refere, podemos pelo contexto da temática comparar o adulto que fala à criança que brinca, buscando recursos para lidar com as situações reais e se apaziguar com a realidade.

14º Encontro - Violência Infantil

Seqüência discursiva após ter apresentado ao grupo o tema e eles acabam mostrando há vários tipos de violência e que eles se deparam com todos os tipos, diariamente.

Recorte 46 - ACS Vanusa: “Tem uma gestante na minha área que ficou grávida na adolescência e a mãe não aceitava, colocou para fora de casa. E eu encontrei com ela e ela me disse que o que a machucava muito era a mãe agredi-la com as palavras. Quer sair de lá, pois não quer o filho nessas condições de agressão, ela quer criá-lo com amor e carinho.”

Recorte 47 - ACS Taiane: “Na minha micro-área tem um lago que as crianças ficam na rua e a enfermeira falou: “olha a quantidade de gente na rua.” e eu falei: “Simone você quis dizer quanta gente na boca, fico pensando que essas crianças não têm uma chance na vida, eles vivem nisso.” Esses dias, vi o professor de educação física no campo que tem aqui, o cara humilhava tanto eles, com nomes horríveis (é voluntário). A gente pensa, poxa não tem recurso, lugares, clubes. Tem esse professor de capoeira, e ele não tem uma postura legal, tem uma mãe que não gosta de um dos filhos e pediu pra esse mesmo professor dar uma surra nele, e no fim ele deu. Está vendo, a gente fala, vamos levar para um clube, esportes gratuitos para acontecer essas coisas! Temos medo!”

Recorte 48 - ACS Vitória: “A gente percebe que quando a mãe tem um filho de cada pai, é diferente a relação que ela terá com os filhos, eu vejo isso nas casas a gente vê isso.”

Recorte 49 - ACS Taiane: “Tinha na minha área, uma menina que foi estuprada e engravidou, tem uma menina fruto dessa violência. Eu percebia o quanto ela violentava a criança e judiava, ficava chateada, e, eu falava pra ela que a criança não tinha culpa dessa agressão.”

Colocamos a música Toquinho

“não deixe nunca seu filho sozinho, castigo não fazem ninguém ser bonzinho...”

Recorte 50 - ACS Mônica: “Nos grupos da equipe 1 a gente aborda sobre o tema de violência doméstica e limites, a gente começa perguntando o que elas acham da violência doméstica, elas respondem “ há quando eles fazem alguma coisa de errado e eu bato! Ah, não! Eu converso com eles e tento resolver. A partir disso fazemos os grupos, mediados pelo que elas falam.”

Recorte 51 - ACS Mônica: “As crianças são agredidas diariamente, os adultos acham que as crianças devem respeitar eles e tudo, mas eles não são respeitados. A gente é visto como agente de transformação, mas percebemos que lidamos com famílias e as nossas famílias”

Recorte 52 - ACS Taiane: “Às vezes a gente não aprende com as técnicas aprendemos com o dia-a-dia. Na minha micro-área tenho cinco famílias que são as minhas: a família 89, 88, 87, 90, 40. É eu que tenho que cuidar deles porque não tem outro ACS pra cuidar deles, é difícil cuidar deles como família e profissional da saúde. Minha irmã tem hipertensão, diabetes e

muita depressão. Minha mãe tem TOC, meu irmão tem esquizofrenia, meu irmão da família 87 tem convênio é a mais tranqüila, mas a minha cunhada não fala comigo.”

Recorte 53 - ACS Mônica: “Eu não sei como tem gente que não pira aqui, viu!”

Recorte 54 - ACS Taiane: “Não gostaria que fosse assim, deveriam aumentar nosso salário, valorizar mais!”

Nesta seqüência, pode-se perceber uma valorização do próprio trabalho de agente comunitário de Saúde, que não existia anteriormente, e sua importância na comunidade. Isso se deu a partir da reflexão do próprio trabalho, e também com a escuta do trabalho realizado pelo companheiro, as dificuldades passadas por ele, a responsabilidade de cuidar de tantas famílias incluindo a do próprio agente e a possibilidade da escuta do próprio trabalho.

Observamos aqui a força do interdiscurso, que constitui espelhos para que os agentes vejam a dimensão de suas tarefas e percebam os próprios recursos, no entanto se percebem com poucos recursos externos já que devem contar mais com seus recursos internos para sustentar suas práticas.

15° Encontro - Avaliação coletiva do trabalho

1° Momento

Pedimos uma reflexão dos encontros, o que foi mais significativos nesses 3 meses. Os encontros, as temáticas, a proposta das duas estagiárias em fonoaudiologia, os encontros com ACS's de equipes diferentes, as discussões, avaliar o processo por inteiro. Sem a nossa interferência, apenas norteando que esse texto pode ser lido por um leitor desconhecido, que

não viveu intensamente esse espaço de interlocução. Uma análise solitária, experiência de cada um.

Seqüência discursiva produzida quando pedimos à eles uma reflexão dos três meses de encontros.

Recorte 55 - ACS Márcia: “Nós enquanto profissionais crescemos muito, a experiência foi muito rica, a densidade a profundidade do trabalho foi além do imaginado. Vai acabar esse momento, e agora? A gente não vai ter mais esse lugar.”

Recorte 56 - ACS Regina: ”Mas a gente criou isso aqui entre nós, e vamos contar uns com os outros, para além daqui.”

Recorte 57 - ACS Márcia: “Há algumas semanas que minha área esta com essa crise que as mulheres engravidam que querem abortar. Até minha sobrinha já marcou o aborto para segunda feira e está se alastrando. Conversei com a médica que decidiu ir a micro-área e vamos discutir na área. Aqui é o lugar para falar disso, na reunião de equipe não posso ficar chorando, falando isso. Aqui é o espaço para isso, estou sofrendo muito com tudo isso.”

Recorte 58 - ACS Caio: “Tem lugares que são melhores que a nossa própria casa.”

Recorte 59 - ACS Mônica: “Na verdade foi uma terapia, O que a gente faz com a comunidade, nos grupos, vocês fizeram com a gente.”

Nesta seqüência, podemos identificar a importância do espaço de cuidado que tiveram, e a preocupação com o fim de um espaço de escuta. A Fala de Márcia nesta seqüência nos mostra que muitas vezes eles se deparam com situações que lhes trazem angústia; medo; sofrimentos e responsabilidade nas decisões que muitas vezes é tomada pelo próprio agente, por não ter como levar estas questões á reuniões de equipe. Desta forma, podemos acreditar que o espaço foi muito além de construir conhecimento com estes profissionais, passamos a construir cuidado.

Segue a avaliação do trabalho realizado, nesses quinze encontros, elaboradas pelos Agentes.

1º ACS Mônica.

“Tudo na vida é aprendizado, assim como esse curso, que fez com que eu refletisse a respeito de muitas coisas que às vezes passam despercebidas na corrida do dia-a-dia. O tema do curso foi linguagem e manutenção, o que foi literalmente desenvolvido, nós também tivemos duas “mamães” que nos escutaram, tiveram um olhar totalmente diferenciado dos outros cursos, deixando que por muitas vezes a gente não focasse o tema em cima do nosso trabalho e sim das nossas famílias.

Hoje tenho muito mais segurança para trabalhar com algumas situações, isso me mostra o quanto seria importante se tanto os usuários, quanto os funcionários pudessem desfrutar desses momentos e o quanto é importante a gente ter com quem dividir somar e multiplicar.”

2º ACS Rita

Este curso foi um dos melhores e mais proveitosos que já fiz como A.C.S.

Foi muito esclarecedor e útil em todos os sentidos para o tipo de trabalho que exercemos aqui no PSF.

Com este curso, tirei dúvidas e aprimorei meus conhecimentos em relação a manutenção e a vários temas aonde vou poder ajudar muito os meus usuários e nos grupos de puericultura. Acho que todos os ACS deveriam fazer esse curso.

A troca de experiências também foi de suma importância para todos nós. Foi um curso agradável, importante, necessário aonde nem víamos o tempo passar, nunca, jamais, foi entendente como outros cursos que já participei. Uma nota de 0 a 10 para esse curso?

1000.

3º ACS Vitória

“Querida Dizer que para mim, esse curso teve uma grande importância, foi um momento que tivemos para passar e aprender novas experiências, com a comunidade, nossa família, nosso trabalho, nossas vidas. Aprendemos muito a cada etapa, cada temática que foram elaboradas, cada tema teve sua importância, às vezes mais para uns que para outros, tivemos momentos que queríamos falar, porque aquele assunto mexeu mais, momentos que só queríamos escutar, mas no geral conseguimos entender bem a importância e o valor de tudo que foi falado.

Quero já agradecer, a atenção e o carinho que as fono Caroline e Nattaly nos deram, conseguimos ver o quanto o nosso trabalho é valorizado por elas, por disporem de tempo e dedicação para nos capacitarem.

“Obrigado, valeu muito esse momento em nossas vidas.”

4° ACS Regina

“Posso dizer por mim que sou mãe, as vezes pensamos que sabemos tudo sobre nossos filhos, pois já passamos pelo mesmo processo algumas vezes. No curso pude compreender melhor algumas fases da minha vida como mãe e também com os meus filhos. As professoras usaram temas que nos faziam descobrir coisas novas e trocar com nossos colegas de trabalho.

Pude entender melhor a dificuldade de algumas mães em cuidar, e ate em aceitar seus próprios filhos, pois o ato de cuidar não precisa necessariamente ser dos pais e sim de quem ama, e das pessoas que como eu, amam o que faz.

Facilitou no meu trabalho com minha comunidade, e na conversa com mães que por muitas vezes não sabiam mais o que fazer para ajudar seus filhos, em cada fase de suas vidas.

Nossas discussões sempre muito acaloradas, sempre traziam em foco nossas famílias, e através disso percebi que quando uns grupos de pessoas se encontram na unidade, principalmente com as mães, acontece o mesmo, querem falar delas e das dificuldades que tiveram durante o processo de maternagem.

Aprendemos sobre cuidar, os estímulos, os tipos de desenvolvimento, o individuo em quanto esta só, e com os outros, e as formas de amar de cada um.

Adorei fazer o curso e sentir pelas aulas que não pude vir, espero ter contribuído com as professoras que são nota 10.

Obrigada Carol e Nattaly.

Beijos Regina.”

ACS 5° Vanusa

Este curso foi uma experiência muito boa para mim, porque quando a Carol e a Nattaly começaram com este curso eu imaginei que é só para falarem de amamentação.

Mas quando elas começaram a trazer as temáticas sobre o desenvolvimento do bebê, psico e social, o papel da maternagem na vida das crianças, o crescimento social e emocional de cada bebê. Mostraram-me, que a maternagem não é somente amamentar, mas sim uma troca de amor um olhar diferenciado para os bebês e seus familiares, os cuidadores, que foram o papel da maternagem para o bebê. E este curso também foi um espaço para os profissionais se cuidarem e discutirem suas experiências pessoais e familiares. Pena que não puderam todos os profissionais fazerem este curso porque foi muito bom. Acredito que agora estou mais qualificada e mais segura para orientar e conversar com meus usuários da micro área sobre o que aprendi neste curso. O grupo também teve um bom entrosamento, mesmo quando o tema era mais polêmico, as meninas também estavam bem seguras sobre todos os assuntos, sempre nos ajudando e tirando as dúvidas.

Sei que o curso agora tem uma outra visão, Carol e Nattaly Obrigada por tudo.

Beijos Vanusa

ACS 6° Taiane

“O curso no início foi de maneira teórica e depois com o passar dos encontros a leitura dos temas era difícil ser feita devido a dinâmica do grupo que é muito espontânea.

O tema era começado a ser lido e explicado e as fonos eram sempre interrompidas devido experiências e casos que os ACS viviam na microarea e no convívio pessoal de cada um com sua própria família.

Todos os ACS's teve o espaço de falar o que pensavam e sentiam dos temas que eram discutidos , com isso teve um crescimento muito grande do grupo e de fácil entendimento dos temas.

Esse curso foi para mim de grande ajuda profissional para que eu possa ter uma forma de entender as famílias da microarea e orientá-las. Também para que eu tenha o olhar para as crianças e com isso entendê-las e ajudar as famílias a entendê-las também e saber que crianças são pessoas com direitos e sentimentos como qualquer “adulto”. Sou agente de saúde a 10 anos e sempre estou aprendendo e esse curso foi um espaço de aprendizado e entendimento com as famílias que tenho na microarea. Dia 15.9.08 começarei em outra função na UBS Vila Ramos como auxiliar de consultório dentário. Mas apesar de não ter mais a função de ACS usarei da mesma maneira este curso de linguagem infantil nos grupos que a odonto faz na unidade básica e nas microarea.

Muito Obrigada.

Taiane

ACS 7° Caio

“Hoje é o ultimo dia de 15 encontros de uma capacitação de fonoaudiologia. A princípio achei que seria maçante, chato mesmo esses encontros, com o passar dos dias percebi que era mais do que falar de audição, na qual era a minha primeira impressão, fui me integrando com as experiências dos colegas e capacitadoras. Me peguei falando de mim, algo não comum da minha personalidade, serviu para que eu apesar de ter tido outros compromissos e por isso ter participado menos do que gostaria, aprendesse mais sobre os vários assuntos relacionado com nos seres humanos, do que eu supunha saber.

O dinamismo das capacitadoras, que me passaram segurança para tal observação, as diversas histórias ou experiência dos meus colegas enfim o ambiente saudável que se criou.

Por fim, o saber é mais do que livros, apostilas e internet, o saber é acima de tudo, conhecer um pouco mais de cada um.”

ACS 8° Márcia

“Para mim que estou há 10 anos, achei muito importante esses encontros, pois aumentou minha bagagem de experiência para poder trabalhar nos grupos de gestante de puericultura, na microarea e também na minha vida pessoal, pois o que as estagiarias de fonoaudiologia nos passaram com muita clareza sobre crianças desde o momento que foram geradas foi importante.

Um trabalho com os agentes comunitários de saúde que não tinha sido feito antes, e elas trouxeram essa preocupação em nos ajudar a lidar com muitas situações do dia-a-dia. Trouxeram suas experiências dos abrigos, situações que nem pensávamos que existia, que nos surpreendeu e tanto é, que despertou em nos a vontade de ir visitar algum desses abrigos, situações de crianças com suas mães, que com a intervenção desse trabalho maravilhoso mudou a vida da criança. Precisa tanto para tudo isso acontecer, ter amor ao que se está fazendo, ter e olhar diferenciado sobre as situações e não digo somente em relação ao trabalho de fono e sim também de psicologia. Eu como ACS no curso, não me coloquei somente como profissional de saúde, me coloquei como pessoa, desabafei como nunca, coisas que guardava há anos e sofria com isso. Desde então me sinto melhor, as fonoaudiólogas souberam dar esse curso com muitas seguranças sobre tudo e desejo que esse olhar para os ACS, porque trabalhamos com a comunidade continue, pois crescemos muito nesses três meses. Sei hoje conversar e orientar os usuários com clareza e também trabalhar e ter projetos de grupos novos na micro-área. Penas que eram de sexta-feira, pois os grupos e situações da minha equipe acontecia no mesmo dia. Nós ACS gostaríamos que sempre tivéssemos esse olhar por parte das fonoaudiólogas, pois elas tem prazer em nos acompanhar nas nossas historias, uma atenção especial para nossas frustrações, tristezas e também nossas alegrias. Muito obrigada”

Em todos os textos redigidos por eles aparece o significativo cuidado, e, de alguma maneira colocam a angústia do término desse espaço. Há nas produções um tom romanceado do trabalho que foi realizado, a constante menção de afeto, cuidado, aprendizado através da troca e a superação de dificuldades pessoais e no manejo do trabalho como agente comunitário de saúde.

Esse encontro foi embalado por muito afeto e emoção, após a escrita desses textos, sentimos que havia uma dificuldade em encerrar o grupo, todos queriam colocar alguma questão própria ou da comunidade.

Nesse sentido, fica evidente que o trabalho realizado não só fortalece o ACS, mas constrói a possibilidade de articulação e interlocução do conhecimento, mesmo que os conceitos não apareçam diretamente no discurso.

As marcas subjetivas deixadas por esse trabalho somente aconteceram devido o encontro de afetividade e cuidado que se criou no decorrer das semanas.

Cabe ressaltar que, pela faculdade de fonoaudiologia, tivemos a possibilidade de elaborar certificados à todos os ACS's. Por ser uma pesquisa-ação, entendemos que os ACS's são co-autores desse processo juntamente conosco.

Considerações Finais

Será mesmo tempo de concluir? Parece que acabamos de nos dar conta de tudo o que vivemos, da potência dos encontros, da circulação afetiva que possibilitou às palavras terem tanta importância e por isso de fato produzir saber, que etimologicamente se associa a sabor.

Esse sabor de colocar o saber a serviço das relações cotidianas onde as práticas de saúde se efetivam, transformou o saber em instrumental técnico em intervenção diferenciada dos procedimentos generalizantes.

Entre tantas questões que foram abordadas na análise vamos salientar nesses apontamentos finais algumas que nos permitiram compreender melhor o universo do ACS, seus dramas e recursos.

Chamou-nos atenção a valorização da experiência de ser escutado. Sabemos que escutar é partir da fala do outro, tomá-la como disparadora da produção de significação. De modo diferente ouvir se limita a função de captar os sons e processá-los, capacidade comum a todos os humanos que contam com sistema auditivo íntegro. A percepção gerada nos ACS pela operação da escuta foi que seus saberes tinham pertinência, coerência e potência, o que vimos alavancar a satisfação e motivação para continuarem exercendo suas funções.

Apesar da valorização da escuta, que em última análise seria o aval para produção da fala, o silêncio apareceu em vários momentos e em diferentes atores desse processo. Como fonte originária do sentido, o silêncio, segundo ORLANDI (2007), não é vazio, mas pode abrigar inúmeros dizeres que estão em processo de produção, pois ainda não encontraram no sujeito seu lugar definido, ou a posição que este quer tomar em relação a determinado assunto ou situação. Por isso relevamos o silêncio como valioso sinal de elaboração, reflexão, apaziguamento para emergir numa descoberta ainda incomunicável, mas rica em associação de sentidos.

Nem sempre o silêncio se refere a produção, temos também o silenciamento, que é produzido pela obstrução da escuta do outro, gerado pela impossibilidade de se perceber sendo ouvido, então, silenciar é uma forma de resistência e sobrevivência em contexto dialógicos autoritários, meramente operacionais e hostis, como muitas vezes é são percebidas as reuniões de equipe.

Vimos também que os ACS subliminarmente transitam entre a onipotência e a impotência. Pelo vínculo que têm com a comunidade parecem em algumas situações sentirem-se aptos a resolver tudo e a equipe de certa forma, segundo o discurso deles,

pressiona para que o façam. No entanto, quando percebem a falácia de tentarem vestir o estereótipo do “super-herói da saúde”, parecem ficar impotentes, pois não puderam mudar tudo como gostariam. Esse drama é fonte de muita culpa e fragilização da própria estima como trabalhador. Percebemos que o trabalho realizado permitiu que entrassem em contato com os limites do outro (usuários), da rede de saúde onde se inserem, e não só de si mesmos. Aprender a potências das pequenas ações permitiu que trocassem impotência e onipotência por potência que precisa ser reconhecida, inclusive para que se percebam mais humanos do que têm se permitido ser.

Se mais humanos, num dizer psicanalítico, “atravessados pela castração”, podem perceber que o controle total e a onipotência devem ser abandonados para que a vida seja viabilizada. Assim fica mais fácil compreender os limites alheios, julgar menos com valores morais e agir exercitando a escuta para a história do outro, seus valores e verdades tão fundamentais para sobrevivência física e psíquica.

Nossos parceiros se referiram ao trabalho realizado no grupo como “terapia”, o que em muito nos alegrou, pois os efeitos terapêuticos são efeitos de cuidado, atenção e compromisso com a dor e a história do outro, nessa medida o processo de trabalho gerou uma vivência de cuidado que pode ser transmitida na relação com o usuário, bem mais do que aplicação de conceitos, o trabalho gerou nova referência de relacionamento e vínculo.

O conceito de maternagem construído por Winnicott mediante a observação do modo delicado, implicado e intenso pelo qual as mães se relacionam com seus bebês para transformar o ambiente num lugar que a vida valha à pena, se mostrou um aporte muito útil para dimensionar a relação de cuidado do ACS com os usuários, com a equipe e com as mães. Pois, assim como as mães podem transformar o ambiente pela relação, o contexto do grupo se revelou um germe dessa potência afetiva, ou seja quando nos acolhemos, apoiamos e compreendemos generosamente o ambiente muda, independente do lugar onde estamos inseridos.

Pautados no eixo do exercício do cuidado com quem cuida, movido pela escuta e pelo acolhimento, pudemos construir conhecimentos com os ACS a respeito da promoção à saúde na primeira infância. Mesmo sendo norteados pelos referenciais teóricos, esses saberes ganharam vida na circulação afetiva gerada pelo contexto grupal, cuja potência pode se estender para muitos processos de trabalho em diferentes equipamentos de saúde.

Referências Bibliográficas

AMARANTE, P. “**Saúde Mental e Atenção Psicossocial**”. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007

BRASIL. Secretaria Municipal de Saúde. Decreto- Portaria nº 3822, de 16 de outubro de 2002. Aprova o documento norteador - **Responsabilidades da Rede de Apoio à Implantação do Programa Saúde Família**, São Paulo, SP, 2002.

BRASIL. Ministério de Saúde. **Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil**. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Políticas de Saúde. **Revista Ampliada e Atualizada: O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília, DF, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Educação na Saúde. ver SUS Brasil: cadernos de textos (Série B. Textos Básicos de Saúde)**. Brasília, DF, 2004, p.108-137.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Gestão do Trabalho da Educação na Saúde. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para educação permanente em saúde**. Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Gestão do Trabalho da Educação na Saúde. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde**. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria Executiva Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Política HumanizaSus: Equipe de Referência e Apoio Matricial, Série B. Textos Básicos de Saúde**. Brasília, DF, 2004.

BRANDÃO, H. H. N. **“Introdução à Análise do discurso.”** Campinas: Editora da Unicamp, 1991.

CAMPOS, G. W. de S. **“Um método para Análise e Co-gestão de Coletivos”.** São Paulo: Editora Hucitec, 2000.

CAMPOS, G. W. de S.; MINAYO, M. C.; AKERMAN, M.; DRUMOND, M. J.; CARVALHO, M. Y.; **“Tratado de Saúde Coletiva”**, Rio de Janeiro: Editora HUCITEC e Editora FIOCRUZ, 2007.

CAMPOS, G. W de S. **“Clínica e Saúde Coletiva Compartilhadas: Teoria Paidéia e Reformulação Ampliada do Trabalho em Saúde”** in **“Tratado de Saúde Coletiva”**, Rio de Janeiro: Editora HUCITEC e Editora FIOCRUZ, 2007.

DOLTO, F. **“No jogo do Desejo”**. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 1986.

_____ **“Tudo é Linguagem”**, São Paulo: Editora Martins Fontes, 1999.

FONTINELE, J. K. **“Programa Saúde da Família (PSF) comentado”**, Goiânia: Editora AB, 2003.

FREIRE, P. **“Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa”**, São Paulo: Editora Paz e Terra, 2003.

_____ ; **“Pedagogia do Oprimido”**, São Paulo: Editora Paz e Terra, 2003.

GAJARDO, M. **“Pesquisa Participante na América Latina”**, São Paulo: Editora Brasiliense, 1986.

História da Fundação Zerbini e a Relação com o Programa Saúde da Família. Disponível em <http://www.zerbini.org.br/>. Acesso em 18/10/2008 às 20:30h.

História da SPDM e a Relação com o Programa Saúde da Família. Disponível em: http://www.psfunifesp.com.br/nossa_historia.asp. Acesso em 07/09/2008 às 20:00h.

JERUSALINSKY, J. **“Estimulação Precoce – Um Olhar que Faz a Diferença”**; in **A Mente do bebê: o fascinante processo de formação do cérebro e das personalidades**. 2ª Edição Revisada e Atual. São Paulo: Duetto Editorial, 2008.

LANCETTI, A. **“Clínica Peripatética”**, São Paulo: Editora HUCITEC, 2006.

LAZNICK, M. C. **“Poderíamos pensar numa prevenção da Síndrome Autística?”** In: **Palavras em torno do Berço**, Salvador: Editora Álgama, 1997.

_____ **“Psicanalistas quem trabalham em Saúde Pública.”** São Paulo: Editora Pulsional, ano XIII, n. 132, abr 2000.

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.

MINAYO, M. C. de S. **“O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde”**, São Paulo: Editora HUCITEC, 1992.

MOTTA, J. I. J.; BUSS, P.; NUNES, T. C. M. **“Novos Desafios Educacionais para a Formação de Recursos Humanos em 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.174-181. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

NUNES, E. D. **“Saúde Coletiva: Uma História Recente de um Passado Remoto”** in **“Tratado de Saúde Coletiva”**, Rio de Janeiro, RJ, Editora: HUCITEC e Editora FIOCRUZ, 2007.

ORLANDI, Eni Puccinelli **“A análise do discurso: algumas observações”**, In: DELTA, vol. 2 n° 1, 1986.

ORLANDI, Eni Puccinelli. *As formas do silêncio – no movimento dos sentidos*. Campinas, SP: Editora da UNICAMPI, 2007.

Revista Brasileira de Saúde da Família, “**Desafios e conquistas do PSF**”, ano II nº5 Maio de 2002.

PÊCHEUX, M. “**Semântica e Discurso: uma crítica à afirmação do óbvio**”, Campinas: Editora da Unicamp, 3ª ed., 1997.

ROSEN, G. “**Uma História da Saúde Pública**”. São Paulo: Editora UNESP/ HUCITEC/ ABRASCO, 1994.

Saúde da Família revoluciona atendimento no país - 04/08/2008 – “**Indicadores de saúde no país melhoram em 15 anos de estratégia: mortalidade infantil diminuiu, gestantes fazem mais pré-natal e idosos recebem mais cuidado**”. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/saude/> . Acesso em 07/09/2008 às 20:33h.

SILVA, R. de C. da. “**Metodologia Participativa para Trabalhos de Promoção de Saúde e Cidadania**”, São Paulo: Editora Vetor, 1ª ed., 2002.

SILVA, A. E.; NEVES, C. A. B.; RAUTE, C.; PASSOS, E.; BARROS, R. B. de; JOSEPHSON, S. C.; “**Subjetividade questões contemporâneas**”. São Paulo: Editora HUCITEC, 1997.

SPITZ, R. A. “**O Primeiro ano de Vida**”. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2004.

TASSINARI, M. I. “**A relação mãe e bebê: uma linguagem entre a Fonoaudiologia e Psicanálise na Promoção da Saúde na Primeira Infância**”; *in mimeo*, Proposta para Disciplina Eletiva Faculdade de Fonoaudiologia, 2008.

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P.; “**Modelo de Atenção à Saúde: Promoção, Vigilância e Saúde da Família**”, Salvador: EDUFBA, 2006.

THIOLLENT, M.; “**Metodologia da Pesquisa-Ação**”, São Paulo: Editora Cortez, 3ª ed., 1986.

WANDERLEY, D. de B. **“Palavras em torno do berço: intervenções precoces bebê e família”**, Salvador: Editora Ágalma, 1997.

WINNICOTT, D.W. **“Os Bebês e suas Mães”**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

_____ **“O Brincar e a Realidade”**. Rio de Janeiro: Editora Imago, 1995.

_____ **“Pediatria e Psicanálise”**, Rio de Janeiro: Editora Imago, 1993

_____ ; **“O Ambiente e os processos de maturação”**, Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1982.

WINTER, T. R. & DUVIDOVICH, E. **“Maternagem: uma intervenção preventiva em saúde; abordagem psicossomática”**, São Paulo: Editora Casa Psicólogo, 1ª ed., 2004.

Caroline Lopes Barbosa

Aluna do Curso de Fonoaudiologia da PUC – SP.

Nattaly Ferreira Castro

Aluna do Curso de Fonoaudiologia da PUC – SP.

Prof. Ms. Maria Inês Tassinari – Orientadora da Pesquisa e Professora da Faculdade de Fonoaudiologia da PUC – SP.