

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE.**

ROSANE ASSUNÇÃO

**O CUIDADO NO PROCESSO DO SER E DO VIVER DE UMA EQUIPE DO
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Florianópolis, setembro de 2002.

ROSANE ASSUNÇÃO

**O CUIDADO NO PROCESSO DO SER E DO VIVER DE UMA EQUIPE DO
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Dra. Astrid Eggert Boehs

Florianópolis, setembro de 2002.

A851c Assunção, Rosane

O cuidado no processo do ser e do viver de uma equipe do Programa de Saúde da família / Rosane Assunção ; orientadora Astrid Eggert Bohs. – Florianópolis, 2002.
147 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2002.

Inclui bibliografia.

1. Cuidado transdimensional. 2. Serviços de saúde comunitária. 3. Programa de Saúde da Família. 4. Enfermagem – Filosofia. I. Bohs, Astrid Eggert. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU: 616-083

Catálogo na fonte por Onélia S. Guimarães CRB-14/071

ROSANE ASSUNÇÃO

**O CUIDADO NO PROCESSO DO SER E DO VIVER DE UMA EQUIPE DO
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Esta dissertação foi aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Florianópolis, ... de de

Dra. Elvira Pires de Pires
Coordenadora da PEN/UFSC

BANCA EXAMINADORA:

Dra. Astrid Eggert Boehs
Presidente

Dra. Ana Maria Nunes
Membro

Dra. Ângela Maria Alvarez
Membro

Dedico este trabalho àqueles que acreditam que a necessidade do crescimento pessoal surge para aprimorar e transformar nossas relações, unindo corpo e mente através de nossos sentimentos, emoções e intuições.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a todos que contribuíram direta ou indiretamente para a concretização desta dissertação...

A Deus, por estar sempre ao meu lado me iluminando e ajudar a superar os obstáculos, sem jamais prejudicar os que por ventura estiveram a minha volta.

Aos meus filhos, Cinthia e Guilherme, por terem segurado com muita garra uma mãe/pai ausente. Ser mãe, profissional e estudante só foi possível com o apoio incansável de vocês. Eu os amo muito.

Ao meu pai (in memorem), foi muito difícil perdê-lo no meio desta jornada. Minhas saudades e amor eterno.

Ao meu irmão Dinei, exemplo de que família vale a pena, meu sincero amor.

À professora Alcione Leite da Silva pela orientação, você foi à primeira luz dessa caminhada.

À professora Astrid Eggert Boehs, pela continuidade na orientação e pela possibilidade de poder conhecer o quanto é eficiente a sua atuação.

Às professoras Ana Maria Nunes, Ângela Maria Alvarez, Maria do Horto Catarina Fontoura, Lucia Tokase Gonçalves e à doutoranda Ana Izabel Jatobá de Souza por suas contribuições.

Aos participantes da equipe do PSF pelo esmero e carinho com que contribuíram para mais esse projeto em minha vida. Valeu Lucas, Gustavo, Cida, Luzia, Ângela, Shirley, Julia, Miriam, Vera, Helena, Clara e Vanessa.

Ao meu grande amigo Ricardo, pelo socorro providencial em cada momento, permitindo-me caminhar confiante.

À minha amiga Vera Regina, pelo ombro e palavras amigas sempre fortalecedoras.

A todos os amigos e amigas que de uma forma ou de outra se fizeram presentes animando e encorajando a minha caminhada.

Aos companheiros do Curso de Mestrado, que muito mais que troca de saberes, trocamos vivências e sentimentos.

A todos (as) o meu muito obrigada!

“Não obstante, não devemos nos iludir;
não basta ter um livro diante dos olhos –
é necessário saber lê-lo”

(Althusser, 1971).

RESUMO

ASSUNÇÃO, Rosane; **O Cuidado no Processo do Ser e do Viver de uma Equipe do Programa de Saúde da Família**. 2002. 142 f. Dissertação (Mestrado) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

A experiência ao trabalhar como enfermeira em uma equipe do Programa de Saúde da Família (PSF) que convive com tantos problemas, motivou-me a oportunizar um cuidado aos seus integrantes. Trata-se de um estudo que tem como objetivo desenvolver um processo de cuidado com a equipe do Programa de Saúde da Família de uma Unidade Básica de Saúde do município de Florianópolis, criando um espaço para reflexão acerca do processo de Ser e Viver e das práticas de cuidado à saúde da comunidade em que atuam. A proposta teórica do Cuidado Transdimensional, com seus padrões de significado e padrões estéticos, foi o guia teórico-metodológico. É uma proposta que emerge enquanto referencial catalisador de reflexão, consciëntização-ação-transformação, que possibilitou a equipe trilhar um encontro com seu ser, através da harmonia do corpo e da mente. Foi efetuada a combinação de um survey exploratório descritivo e o processo de cuidado. O survey objetivou caracterizar a Unidade Básica, seus trabalhadores e a equipe do PSF em foco, suas condições de trabalho, as condições sócio econômicas, saúde e lazer, bem como a situação familiar. Serviu como base para realizar o processo de cuidado desenvolvido a partir de oito oficinas com cinco etapas: relaxamento, as vivências que iniciavam os diálogos, criação de um espaço reflexivo, síntese dos problemas encontrados e suas negociações e avaliações. Verificou-se que o processo de vida dessa equipe é permeado de profundas diferenças no que se refere à realidade econômica entre os profissionais e os agentes de saúde. Outros agravantes são as deficiências de certos equipamentos, número reduzido de equipes e a falta de aceitação por parte de algumas pessoas da comunidade com relação à presença dos agentes nos domicílios, entre outros. Nos encontros, a equipe era oportunizada a refletir. Entre os participantes, a relação amiga esteve sempre presente, evidenciando uma aproximação entre seus pares, apesar das histórias e vidas marcadas por grandes desigualdades. Assim, houve mudanças no ato de pensar e de agir do grupo, possibilitando uma transformação voltada para o cuidado de si e do outro. O processo de cuidado desenvolvido criou condições no sentido de possibilitar melhorias no cuidado desenvolvido pela equipe, criando-se condições para aperfeiçoar as práticas de saúde à comunidade.

Palavras-chave: Cuidado Transdimensional; Programa de Saúde da Família; Saúde da Comunidade.

ABSTRACT

The experience of working as a Nurse in a team of the Family Health Program (PSF) which has to live along with so many problems moved me to offer their participants some form of care. This is a triangulation study having as a goal to develop a care process with the Family Health Program team of a Basic Health Unit in the county of Florianópolis, creating a space for reflection on the Being-and-Living process, and on the health care practices in the community in which the team performs. The theoretical proposition of transdimensional care with its standards of meaning and esthetical standards constituted the methodological guide. This is a proposal coming up as a reference basis to act as a catalyst of reflection, consciousness-action-transformation which allowed the team to follow a path to meet their being, through body and mind harmony. By combining a descriptive-exploratory survey and the care process, my objective was to characterize the Basic Unit, its workers and the PSF team in question, their work status, the socioeconomic situation, health and leisure, as well as family conditions. It served as a foundation to carry out the care process developed from 8 workshops with 5 stages: relaxation, the living experiences which triggered the dialogues, creation of a reflexive space, synthesis of problems, as found, and their negotiations and evaluations. It was seen the living process of this team is permeated with deep differences regarding economical reality among professionals and the health agents. Other complicating factors are the deficiency of some of equipments, the reduced number of teams, and the lack of acceptance by some of the community members concerning the presence of a visiting agent in their homes, among other factors. During the meetings the team was induced to reflection. Harmony was always present among participants, showing approximation between peers, in spite of histories and lives punctuated with great inequalities. Thus, changes were seen in the manner of thinking and acting of the group, allowing for a transformation turned to oneself and to the other. It was also considered the developed care process gave rise to conditions which were the foundation for improvement of the care ministered by the team, thus creating conditions to enhance health practices turned to the community.

Key Words: Transdimensional care; Family health program; Community health.

RESUMEN

La experiencia de trabajar como enfermera en un grupo del programa de Salud Familiar(PSF) el cual tiene que vivir tantos problemas, me inspiró a ofrecer a sus miembros algún tipo de cuidado. Este es un estudio que tiene como meta desarrollar un proceso de cuidado con el grupo de Programa de Salud Familiar con una Unidad Básica de Salud en el condado de Florianópolis, creando un espacio de reflexión sobre los procesos de Ser y Vivir y las formas prácticas que el cuidado médico tiene en la comunidad donde el grupo trabaja. La proposición teórica del cuidado Transdimensional, con sus patrones de significado y sus patrones estéticos, constituye la guía teórico-metodológico. Esta es una propuesta que sirve como base de referencia para actuar como catalizador de reflexiones-transformación-acción, sentido que le permite al grupo seguir en camino para encontrar su Ser, a través de la Armonía de cuerpo y Espíritu. Conviniendo un estudio descriptivo-exploratorio y el proceso de cuidado. Nuestro objetivo fue de caracterizar la unidad básica a sus trabajadores y el grupo de (PSF) en sí. Su estado de trabajo, la situación Socio Económica, salud, recreación y la situación familiar. En la que se llevaría a cabo el Proceso de Cuidado de ocho centros de trabajo con cinco etapas: relajación, las experiencias de vida que produjeron los diálogos, la creación de un espacio reflexivo, síntesis de problemas como aparezcan y sus negociación y evaluación. Fue observado que el proceso de vida del grupo está permeado con diferencias grandes sobre la realidad económica entre los profesionales y los agentes de salud. Otros factores que complican son la deficiencia de parte del equipo, el número reducido de propósitos y la falta de aprobación por algunos miembros de la comunidad en lo que se refiere a la presencia de un Agente en sus hogares. El grupo fue inducido a reflexión durante las reuniones. Entre los participantes la armonía siempre estuvo presente, mostrando la cercanía entre los miembros a pesar de historias y vida puntuadas con muchas desigualdades. Así, cambios fueron vistos en la manera de pensar y actuar del grupo, permitiendo una transformación dirigida hacia uno o hacia otros. También fue considerado que el desarrollo proceso de cuidado dio a la subida de condiciones que fueron la fundación para el mejoramiento del cuidado que el grupo administra. Esto creando las condiciones para mejorarlas Prácticas de Salud que se dan en la comunidad.

Palabras clave: Cuidado Transdimensional; Programa de Salud Familiar; Salud de la comunidad.

LISTA DE SIGLAS

ACS: Agentes Comunitários de Saúde

AFLOV: Associação Florianopolitana de Voluntários

CAPC: Centro de Apoio ao Paciente com Câncer

CONASEMS: Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASP: Conselho Consultivo da Administração Previdenciária

GEHCE: Grupo de Estudo de História do Conhecimento de Enfermagem

INAMPS: Instituto Nacional de Assistência e Previdência Social

LOS: Leis Orgânicas de Saúde

MS: Ministério da Saúde

OMS: Organização Mundial de Saúde

ONGs: Organizações Não Governamentais

PACS: Programa de Agente Comunitário de Saúde

PAIS: Programa de Ações Integradas de Saúde

PDA: Programa Docente-Assistencial

PREV-SAÚDE: Programa de Serviços Básicos de Saúde

PSF: Programa de Saúde da Família

SMS: Secretaria Municipal de Saúde

SNS: Sistema Nacional de Saúde

SUDS: Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

UBS: Unidade Básica de Saúde

UFSC: Universidade Federal de Santa Catarina

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Função dos integrantes da Unidade Básica de Saúde do Saco dos Limões, Florianópolis, Santa Catarina.....	65
Gráfico 2: Integrantes da equipe do Programa de saúde da Família por Função, na Unidade Básica de Saúde do Saco dos Limões, Florianópolis, Santa Catarina.....	66
Gráfico 3: Grau de instrução dos integrantes da equipe do Programa de Saúde da Família do Saco dos Limões, Florianópolis, Santa Catarina.....	68
Gráfico 4: Tempo de serviços dos integrantes da equipe do Programa de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde do Saco dos Limões, Florianópolis, Santa Catarina.....	69
Gráfico 5: Percepção da equipe do Programa de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde do Saco dos Limões, Florianópolis, Santa Catarina.....	71
Gráfico 6: Características do Cuidado a Saúde e Lazer da equipe do Programa de Saúde da Família, quanto ao sono e repouso, Saco dos Limões, Florianópolis, Santa Catarina.....	77
Gráfico 7: Terapias Alternativas utilizadas pela equipe do Programa de Saúde da Família do Saco dos Limões, Florianópolis, Santa Catarina.....	79
Gráfico 8: Características do cuidado a saúde e lazer da equipe do Programa de Saúde da Família, quanto ao uso de fumo, Saco dos Limões, Florianópolis, Santa Catarina.....	80
Gráfico 9: Características do Cuidado a saúde e lazer, quanto ao uso de álcool, da equipe do Programa de Saúde da Família, Saco dos Limões, Florianópolis, Santa Catarina.....	80
Gráfico 10: O que a equipe do Programa de Saúde da Família utiliza para combater o estresse, Saco dos Limões, Florianópolis, Santa Catarina.....	81

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Caracterização dos integrantes da Equipe do Programa de Saúde da Família da Unidade de Saúde Saco dos Limões, Florianópolis, Santa Catarina.....	67
Quadro 2: Características das condições de trabalho da equipe do Programa de Saúde da Família, quanto às horas trabalhadas, Saco dos Limões, Santa Catarina.....	70
Quadro 3: Dados econômicos da Equipe do Programa de Saúde da Família, Saco dos Limões, Florianópolis, Santa Catarina.....	72
Quadro 4: Características da Vida Familiar da Equipe do Programa da Família, Saco dos Limões, quanto à administração do lar, Florianópolis, Santa Catarina.....	75
Quadro 5: Características no acompanhamento do Cuidado a Saúde da Equipe do Programa de Saúde da Família, Saco dos Limões, Florianópolis, Santa Catarina.....	78
Quadro 6: Características do Cuidado a Saúde e Lazer da Equipe do Programa de Saúde da Família, quanto à diversão, Saco dos Limões, Santa Catarina.....	82
Quadro 7: Tipo de Lazer da Equipe do Programa de Saúde da Família, Saco dos Limões, Florianópolis, Santa Catarina.....	82

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Características das Condições de Trabalho e Realização Pessoal da Equipe do PSF do Bairro Saco dos Limões, Florianópolis – Santa Catarina.....	69
Tabela 2: Dados Econômicos da Equipe do PSF do Bairro Saco dos Limões, Quanto à Aquisição de Equipamentos Eletro Eletrônico, Florianópolis – Santa Catarina.....	73
Tabela 3: Características da Vida Familiar da Equipe do PSF, do Bairro do Saco dos Limões, Florianópolis – Santa Catarina.....	74

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2 DESENVOLVIMENTO.....	19
2.1 Revisão Histórica das Políticas de Saúde no Brasil.....	19
2.2 Programa de Saúde da Família: princípios norteadores.....	27
2.3 Programa de Saúde da Família: diretrizes operacionais.....	30
2.4 Programa de Saúde da Família: implantação no município de Florianópolis.....	33
2.5 Programa de Saúde da Família: processo de educação permanente.....	38
2.6 Programa de Saúde da Família: dimensão ética.....	41
2.7 Programa de Saúde da Família: produções em enfermagem e/ou no município de Florianópolis.....	43
2.8 As Perspectivas do Conceito de Cuidado e a Escolha do Cuidado Transdimensional para uma Equipe do Programa de Saúde da Família.....	45
2.9 Pressupostos e Conceitos do Referencial Teórico Adotado neste Estudo.....	49
2.9.1 Pressupostos do cuidado transdimensional.....	49
2.9.2 Conceitos.....	50
3 METODOLOGIA.....	54
3.1 Primeira Etapa do Estudo: <i>survey</i> exploratório.....	54
3.2 Segunda Etapa do Estudo: processo de cuidado.....	55
3.2.1 Dinâmica do processo de cuidado.....	58
3.2.2 A dinâmica das oficinas.....	60
3.3 Análise do Processo de Cuidar e Apresentação Textual.....	61
3.4 Proteção de Direitos Humanos.....	62
4 CONHECENDO O PERFIL DA INSTITUIÇÃO E DE SEUS TRABALHADORES E DA EQUIPE DO PSF.....	63
4.1 Perfil da Instituição.....	63
4.2 Apresentando a Equipe do PSF.....	65
4.3 A Equipe do PSF e sua Realidade Econômica.....	72
4.4 As Famílias da Equipe do PSF.....	74
4.5 A Saúde dos Integrantes do PSF.....	77
5 O PROCESSO DE SER, VIVER E TRABALHAR DA EQUIPE DO PSF.....	84
5.1 Desvelando o Ser.....	85
5.2 A Busca da Unidade no Viver e Trabalhar da Equipe.....	87
5.3 Uma Vivência Singular de Cuidado.....	92
5.4 Trans-dimensionando o Cuidado.....	97
5.5 Pensar e Planejar: práticas sem atributo de espaço e tempo.....	100
5.6 Para Além da Imaginação.....	104
5.7 Teatralizando o Dia a Dia da Equipe.....	108
5.8 Ética: construindo novos desafios.....	110
5.9 Pensando e Cuidando, uma Forma de Educar.....	114

6 REFLETINDO SOBRE O CUIDAR DO SER, DO VIVER E DO TRABALHAR DA EQUIPE DO PSF.....	120
6.1 O Cuidado Transdimensional na Saúde de Trabalhadores (as) da Equipe do PSF.....	120
6.2 O Cuidado Transdimensional e as Condições de Trabalho dos (as) Trabalhadores (as) da Equipe do PSF.....	122
6.3 O Cuidado Transdimensional e as Expressões da Equipe sobre as suas Famílias.....	126
6.4 O Cuidado Transdimensional e a Realidade Econômica da Equipe do PSF.....	128
7 A CUIDADORA CUIDANDO E SENDO CUIDADA.....	130
7.1 Facilidades e Dificuldades no Processo de Cuidar.....	133
7.1.1 As facilidades.....	133
7.1.2 As dificuldades.....	134
7.2 A Equipe do PSF Avaliando como Foram Cuidados Durante as Oficinas.....	135
7.3 A Cuidadosa sendo Cuidada.....	136
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	138
REFERÊNCIAS.....	141
ANEXOS.....	146
ANEXO A - Carta de Apresentação.....	146
ANEXO B - Instrumento I: Dados da Instituição.....	147
Instrumento II: Caracterização do (a) Trabalhador (a).....	149
ANEXO C - Informação e Consentimento Pós-Informação para Pesquisa....	157

1 INTRODUÇÃO

“Que eu me torne, em todos os momentos, agora e sempre, Um protetor para os desprotegidos, Um guia para os que perderam o rumo, Um navio para os que têm oceanos a cruzar, Uma ponte para os que têm rios a atravessar, Um santuário para os que estão em perigo, Uma lâmpada para os que não têm luz. Uns refúgios para os que não tem abrigo. E um servidor para todos os necessitados”
(Dalai Lama, 1999).

Nada transforma mais que a experiência, porque nela integramos as nossas capacidades e nossos potenciais. É na experiência, junto aos companheiros de jornada, que vamos construindo novos sentidos de ser e viver no mundo. Para mim, o sentido da vida está intimamente relacionado com a contínua aprendizagem, que contribui para nos tornar seres mais humanos e solidários. Ser solidário é estar aberto para si e para o outro, procurando, no coletivo, apoiar e buscar construir um mundo melhor para todos. Essa consciência, pouco expressiva em nosso meio, evidencia o estágio incipiente das visões de mundo que norteiam o pensar e o agir em coletividade.

Minha trajetória como enfermeira tem sido marcada pela preocupação em ampliar esta consciência coletiva, através da imensa necessidade que sinto de ajudar a cuidar das pessoas, procurando mudar algumas situações que as afligem. Minha natureza sensível levou-me a questionar as condições de vida dos (as) clientes e também das pessoas que cuidam desses clientes. Nesse sentido, tornou-se cada vez mais crescente minhas inquietações acerca da prática profissional, tendo em vista as inúmeras barreiras no cotidiano dessa prática, as dificuldades em superá-las, a pouca autonomia profissional, as condições precárias de trabalho e as inúmeras responsabilidades que contribuem para um dia-a-dia estressante e pouco acessível às mudanças. Soma-se a esses fatos o baixo salário e a falta de oportunidade de ascensão profissional.

Atualmente, desenvolvo atividades na área da saúde pública do município de Florianópolis como coordenadora do Centro de Saúde, supervisora do Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família

(PSF). Paralelo a este serviço, atuo também em um hospital público de Florianópolis. As dificuldades enfrentadas no cotidiano de minha prática de cuidado têm me levado a buscar formas de ampliação de conhecimentos e possibilidades com vistas a desenvolver um trabalho com melhor qualidade.

O curso de mestrado surgiu nesse momento, como possibilidade mais efetiva para o alcance desse meu anseio. Desse modo, busquei melhorias para as pessoas com quem trabalho e para o ambiente onde atuamos. Optei pelo desenvolvimento desse estudo na rede básica de saúde, com uma equipe do Programa de Saúde da Família, por achar que esse programa é a “espinha dorsal” do sistema de saúde em nosso município.

O PSF foi criado no país, em sua atual concepção, na década de 90, inspirado em experiências advindas de outros países, cujos resultados alcançaram níveis interessantes de qualidade. No Brasil, foi instituído oficialmente pelo Ministério da Saúde, em 1994. O objetivo do PSF é a promoção da saúde e a prevenção de doenças, estimulando o compromisso dos (as) trabalhadores (as) com o cuidado à saúde, na comunidade em que atuam. Através de estratégias criativas e transformadoras, reduziu sensivelmente a mortalidade infantil e também outros indicadores de saúde, possibilitando um serviço mais humanizado através da contribuição da comunidade nas decisões políticas. Assim, foi possível viabilizar metas como: planejar, prever e preparar a equipe de PSF, juntamente com suas comunidades, na tentativa de resultados positivos.

A prática do cuidado à saúde, voltada para o atendimento à família, é de fundamental importância em uma filosofia de trabalho interdisciplinar, em que os (as) profissionais de diferentes formações, especialidades e níveis de atendimento, em que trabalham, compartilham conhecimentos, respeitam a individualidade e as características do meio social a que pertencem os (as) clientes. Buscam, desta forma, valorizar aquilo que os (as) clientes acreditam ser verdadeiro, a partir de suas próprias perspectivas, crenças e valores. Esses profissionais devem residir, preferencialmente, na comunidade em que irão atuar, prestando assistência às famílias previamente cadastradas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), por meio de visitas domiciliares. O (a) profissional deve direcionar o foco de atenção para o (a) cliente, pois aprende, assim, a olhar pela ótica do mesmo, percebendo o que sente e sendo solidário com os seus problemas. É necessário que saiba

identificar e lidar com as situações comuns do dia-a-dia e também com problemas maiores, não esquecendo, todavia, da necessidade de ser crítico, em todas as situações para fornecer informações precisas, sempre centradas na família.

No PSF, o cuidado à saúde é desenvolvido por uma equipe que integra médicos, enfermeiros (as), técnicos (as) e auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e outros, quando se faz necessário. Estes (as) trabalhadores (as) acompanham uma área adstrita, com suas respectivas micro-áreas, geograficamente delimitadas.

O bairro em que atuo, Saco dos Limões, possui três áreas adstritas, sendo que cada área é dividida em 10 micro-áreas. No primeiro semestre de 2000 foi constituída a primeira equipe de PSF, na qual estou inserida como enfermeira supervisora. Fazem parte desta equipe: um médico de família, uma enfermeira (a pesquisadora), uma auxiliar de enfermagem e dez ACS. Nossa atuação tem sido permeada por dificuldades decorrentes, em grande parte, do acúmulo de atividades junto à Unidade Básica de Saúde (UBS) e seus respectivos programas, tornando esta prática fragmentada e insuficiente.

Minha intenção, ao desenvolver este estudo junto à equipe do PSF, em que sou membro integrante, se deu em decorrência da constatação do predomínio de trabalhadores (as) com baixa remuneração e pouco preparo para atuação, além das condições de trabalho inadequadas. O trabalho dessa equipe é imprescindível, principalmente por atuarmos em uma comunidade com inúmeras carências sócio-econômicas, na qual um grande número de analfabetos e desempregados proliferam.

Optei por olhar e atuar nessa realidade através das lentes do paradigma do Cuidado Transdimensional, proposto por Silva (1997), por identificar nele minhas crenças e valores. O Cuidado Transdimensional emerge do “diálogo entre o ocidente e o oriente, no sentido de se favorecer a uma mente comum, que é, sem dúvida, acompanhada de novas possibilidades criativas e transformativas no processo de ser e de viver no mundo” (Silva, 1997, p.138). Ao se constituir em um processo eminentemente participativo e reflexivo, em que os seres envolvidos, por meio de umas interações dinâmicas, intuitivas e criativas, oportunizam um caminhar rumo a novas experiências, nas quais, de forma original e única, se autoconheçam e se

autotransformem (Silva, 1997), este referencial se mostra apropriado ao estudo em questão.

Diante do exposto, o presente estudo tem por **objetivo geral**: desenvolver um processo de cuidado com uma equipe do Programa de Saúde da Família de uma Unidade Básica de Saúde do Município de Florianópolis, criando um espaço de reflexão acerca do processo de Ser e Viver e das práticas de cuidado à saúde da comunidade em que atuam. Com vistas a atingir este objetivo geral, articulo os seguintes objetivos específicos:

- a) Identificar, promover reflexão e formas de resolução de problemas nas condições de trabalho da equipe e das práticas de cuidado referentes à implementação e desenvolvimento do PSF;
- b) Identificar, promover reflexão e formas de resolução das condições econômicas de vida e as práticas de cuidado voltadas para a própria saúde e atividades sociais e de lazer de uma equipe do PSF;
- c) Identificar, promover reflexão e formas de resolução sobre a vida familiar de uma equipe do PSF;
- d) Avaliar o processo de cuidado realizado com uma equipe do PSF.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

“Preste mais atenção no silêncio entre minhas palavras, do que nas palavras que digo”
(Osho, 1995).

Neste capítulo, fez-se uma breve revisão histórica das Políticas de Saúde no Brasil, a partir do século XX, enfatizando as ações sanitárias de caráter público, que tiveram diferentes conotações segundo o contexto sócio-político-econômico, situando a criação do Programa de Saúde da Família - PSF. Prosseguiu-se apresentando os princípios norteadores e as diretrizes operacionais do PSF, seguidos da contextualização deste programa no município de Florianópolis. Destacaram-se, também, alguns aspectos relativos ao processo de educação permanente e à dimensão ética, que são primordiais para a organização e o desenvolvimento do PSF. Finalmente, exibiu-se a proposta teórica do Cuidado Transdimensional, que se constitui no referencial teórico-filosófico do cuidado desenvolvido junto a uma equipe do Programa da Saúde da Família.

2.1 Revisão Histórica das Políticas de Saúde no Brasil

A formação de políticas que determinam as ações de saúde pública no Brasil, voltadas para o controle das endemias e epidemias, trouxe, no início do século XX, a Reforma Carlos Chagas, que buscou uma ampliação das ações de saúde no país, fazendo com que se introduzissem os Centros de Saúde pelo Departamento Nacional, a partir de 1925, otimizando a atenção à saúde (SOUZA, 1995). Dessa época em diante, o foco central das ações sanitárias foi o combate às doenças que poderiam significar uma ameaça a capacidade produtiva dos trabalhadores.

Em 1941 e 1950, respectivamente, foram realizadas as 1ª e 2ª Conferências Nacionais de Saúde, tendo como pauta a valorização do *brasileiro* e a saúde abordada em âmbito institucional, tendo o trabalhador como enfoque principal (SOUZA, 1995). Em 1954, criou-se o Ministério da Saúde, que era, até então, vinculado ao Ministério da Educação. Este passa a ser responsável pela formulação das Políticas Nacional de Saúde, surgindo, então, o Instituto Nacional de Previdência Social, que tinha como propósito a expansão da assistência médica previdenciária no país (SOUZA, 1995).

Com a realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde em 1963, é discutida a Situação Sanitária Brasileira, que se resume em alguns princípios como: 1) priorização dos programas que beneficiem o maior número de pessoas a custos mais reduzidos; 2) utilização apropriada dos modernos conhecimentos científicos, ao alcance dos países desenvolvidos, com o objetivo de acelerar o declínio da mortalidade geral; 3) integração dos programas de saúde no plano geral de desenvolvimento econômico, com o máximo de aproveitamento dos recursos disponíveis; 4) fomento ao estudo dos problemas peculiares ao nosso meio, com incentivo à pesquisa, visando à correta solução; 5) estímulo à formação de pessoal técnico que atenda a efetiva demanda dos programas assistenciais; 6) fortalecimento da indústria farmacêutica estatal, objetivando o aumento da produção de agentes químico-profiláticos, necessários ao tratamento das grandes endemias que prevalecem entre as camadas mais pobres da população; e 7) Intensificação do sistema de planejamento para todas as atividades, de maneira a assegurar maior rendimento do instrumental médico-assistencial existente (BRASIL MS, 2001).

O objeto de discussão na 4ª Conferência Nacional de Saúde (1966) limita-se aos recursos humanos na área da saúde, pois, com a ditadura no Brasil, profundas transformações tidas com o tempo do “milagre econômico” (1968 a 1974) ocorreram, e a centralização do poder estatal, juntamente com uma política voltada a tecno-burocracia, passa a ser resumida apenas como uma medicina curativa praticada nos consultórios particulares, nos hospitais e nos ambulatórios da Previdência Social.

A 5ª e a 6ª Conferência Nacional de Saúde (1975 e 1976, respectivamente) tiveram a participação de profissionais da saúde, lideranças sindicais e partidos políticos, tendo naquelas ocasiões se solidificados pontos de

resistência às Políticas de Saúde vigentes. Sendo assim, foi criado, em 1975, o Sistema Nacional de Saúde (SNS), como tentativa de organizar as ações sanitárias no país (SOUZA, 1995).

De 1976 a 1979, foi implantado o “Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento” (PIASS), com o objetivo de destacar a atenção primária à saúde com baixo custo para as classes que não tinham acesso ao atendimento médico privado, resultando, desta forma, no desenvolvimento das ações ambulatoriais na rede pública. Isto ocorreu concomitantemente com os princípios propostos internacionalmente em Alma Ata (1978), com relação aos cuidados primários de saúde (SOUZA, 1995).

A atenção primária à saúde, no Brasil, a partir do final dos anos 70, desde a conferência em Alma Ata (1978), rearticulou-se através de movimentos populares, em que a população foi aos poucos reivindicando melhores condições no que se refere ao cuidado à saúde.

Da Conferência em Alma Ata se ponderaram recomendações que são fundamentais para a Saúde Pública como, quais sejam: a participação comunitária nos Cuidados Primários de Saúde; os cuidados à saúde em nível local que devem ser voltados para esta realidade; treinamento de Recursos Humanos em Saúde (médicos e enfermeiras), motivados para atender juntamente com educação continuada; utilização do povo como recurso importante para mobilizar o potencial humano de toda a comunidade; implantação dos Agentes Comunitários de Saúde, a fim de se estabelecer contato inicial entre os indivíduos da comunidade e o sistema de serviços de saúde. Este início oportunizou que se estabelecessem os pontos a serem trabalhados pela equipe. Tais Agentes podem ser treinados, em curto prazo, porém gradativo e ampliado, para desempenhar tarefas e são supervisionados pela equipe de saúde.

No ano de 1980 aconteceu a 7ª Conferência Nacional de Saúde com o intuito de implantar uma rede básica de saúde que coordenasse as ações de diferentes ministérios, mobilizando, inclusive, órgãos de competência internacional para o alcance da saúde para todos no ano 2000.

Criou-se, então, o Programa de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) direcionado para a assistência primária de saúde e serviu de base, em 1982, para elaborar o Plano de Reorientação de Assistência à Saúde, através do

Conselho Consultivo da Administração Previdenciária (CONASP) com a intenção de reverter o modelo médico assistencial tradicional. Posteriormente, surge o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), para a integração e a unificação dos serviços de saúde no setor público.

O PAIS foi transformado em diretriz política, passando a chamar-se Ações Integradas de Saúde (AIS). Em 1985, o AIS transformou-se em Política Oficial da Nova República, com pontos positivos de Implementação da Programação e Orçamentação Integrada de Saúde (POI) e a inversão da dotação orçamentária em favor do setor público.

De 17 a 20 de março de 1986, ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, tendo como tema o “O Direito à Saúde como Parte da Cidadania” e a reorganização do setor em Sistema Único de Saúde - SUS, marcando decisivamente a expressão “Reforma Sanitária”. Outra contribuição desta conferência foi a abertura de espaço para a participação popular, por meio de suas entidades representativas, na formulação das políticas, planejamento, gestão e avaliação das ações de saúde. Porém, as resoluções pouco foram implementadas na prática.

Em 20 de julho de 1987 foi criado, por decreto governamental, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que representou tentativas de institucionalizar os princípios da unificação e descentralização em nível dos estados, reduzindo o controle central exercido pelo Instituto Nacional de Assistência e Previdência Social (INAMPS). Contudo, logo se observou a estrutura inadequada de funcionamento do setor e a ausência de integridade das ações continuava sendo mantida.

Em Olinda (1988), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) aprovou o estatuto das entidades com a finalidade de lutar pela autonomia dos municípios; naquela ocasião, foi referendada a Carta de Olinda, cujo teor reafirma o apoio do CONASEMS à Reforma Sanitária.

Por ocasião da Constituição, aprovada em 1988, resgataram-se as propostas da 8ª Conferência e criou-se o Sistema Único de Saúde – SUS, regulamentado pelas Leis Orgânicas de Saúde (LOS).

Nos anos 90, com a Lei Orgânica da Saúde e as Normas Operacionais Básicas, se iniciou a implementação do SUS. Conforme indicado no artigo 198 da Constituição Federal, do Ministério da Saúde (2000), no SUS, as ações e serviços

públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com algumas diretrizes. A base do SUS está descrita em três princípios nas Leis 8080 e 8142, publicados em 1990. A organização do SUS, na Lei 8080, baseia-se na descentralização das ações e políticas de saúde tratando das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, que devem promover o atendimento integral à população. Já a Lei 8142 estabelece formas de participação e controle social da comunidade no acompanhamento das políticas e ações de saúde. Ambas as leis são conhecidas como Leis Orgânicas da Saúde, consagrando, desta maneira, os princípios fundamentais já incluídos na Constituição. Assim, a construção do SUS assegura os princípios da universalidade, igualdade e integralidade; direito à informação sobre sua saúde; com direção única em cada esfera de governo e com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios.

É importante ressaltar as inúmeras discussões ocorridas a partir da Conferência de Alma-Ata, com movimentos que defendiam saúde para todos, com acesso independente da condição social. Deste modo, a Comissão Nacional da Reforma Sanitária, criada a partir da Constituição Federal e 8ª Conferência Nacional de Saúde, passa a rever o sistema de saúde do brasileiro. Não faz tanto tempo, pensava-se a saúde como algo associado à ausência de doenças. Essa idéia equivocada, com o passar dos tempos, transformou-se, e o processo saúde-doença passou a ser observado a partir dos hábitos de vida, ambientes em que as pessoas viviam e dos comportamentos e respostas dos indivíduos a situações do dia-a-dia. Ao se conhecer as necessidades da população, verificou-se que um conjunto de fatores influenciava a idéia de saúde. Segundo o Ministério da Saúde (2000), a idéia de saúde passou a ser entendida como resultado de um conjunto de fatores que têm a ver com saneamento básico, condição social das pessoas, trabalho, renda, nível de educação, e assim por diante.

A 9ª Conferência Nacional de Saúde aconteceu em agosto do ano de 1992, em Brasília, e teve como tema “Saúde, Municipalização é o Caminho”. O diagnóstico da saúde no país, naquele momento, apontou um aprofundamento da crise do setor, pela diminuição dos recursos destinados à saúde e pelo aumento da demanda em consequência da deteriorização das condições sociais e econômicas da população brasileira. Esta Conferência com tema no modelo de sistema de

proteção social foi marcada por confrontos ideológicos, tendo, de um lado, o “bloco da seguridade social”, representado por entidades da Reforma Sanitária defendendo um estado de bem-estar social; e de outro, o “bloco do seguro social”, representado pelos empresários e interesses privados, defendendo a privatização da atenção à saúde.

A 10ª Conferência Nacional de Saúde foi realizada em setembro de 1996, preconizando um sistema de saúde realmente universal, igualitário e de qualidade. Outra forma de mudança importante foi à criação do Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS), pois se tornou uma estratégia para a mudança do modelo assistencial, tendo o Agente Comunitário de Saúde (ACS) a função de percorrer os domicílios cadastrando as famílias e identificando os principais problemas de saúde. Estes devem ter a referência de profissionais de saúde, e que sejam naturais da comunidade em que vivem, como também escolhidos pela mesma. Os profissionais de saúde devem aplicar o conhecimento técnico na solução dos problemas de saúde determinados à luz de necessidades sociais, orientando, ensinando e supervisionando os agentes de saúde da comunidade, co-educando a comunidade no que se relaciona à saúde, com funções técnicas, sociais e educativas (BRASIL MS, 2001).

É um trabalho que transformou o setor saúde, preconizando uma assistência mais voltada à família e buscando atendê-la em sua própria comunidade dentro de sua realidade. A partir do trabalho destes ACS, mediante de visitas em domicílios, podemos observar os hábitos de vida da comunidade e identificar os fatores de risco, as diferentes causas para o mesmo problema de saúde e a sua resolução. É, sem dúvida, uma atuação inovadora, uma vez que, o cuidado à saúde era anteriormente realizado só por profissionais da saúde.

O tempo passou e muitas discussões acerca do papel do ACS foram sendo tecidas. Inúmeras experiências de educação popular, que ocorriam de forma marginal no sistema de saúde, passam a contar com vários exemplos desenvolvidos em grandes municípios, trazendo à tona novas questões e reflexões. Os movimentos sociais de base passam a ser um espaço de reorientação da globalidade de suas práticas, à medida que dinamizam e fortalecem a relação com a população e com o setor saúde.

Dentro deste contexto, também surge o Programa de Saúde da Família (PSF), criado pelo Ministério da Saúde. Este Programa foi sendo implantado a partir de 1994 e ambos (PSF e PACS) surgem como estratégias para reorganizar o Sistema de Saúde, tentando, desta forma, assegurar os direitos constitucionais de equidade, universalidade, bem como da participação social na organização dos serviços de saúde.

Considerando a articulação entre o PSF e o PACS, abro aqui um parêntesis para alguns esclarecimentos acerca deste último. Desde 1978, a partir da Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, em Alma Ata, a atuação de Agentes Comunitários de Saúde vem sendo discutida. No Brasil, existiram muitas experiências neste campo, que disseminaram idéias e formaram recursos humanos na busca de alternativas que pudessem provocar mudanças no modelo assistencial. Estes projetos influenciaram o desenho e a concepção do PACS, tendo sido lançado em 1991, pelo Ministério da Saúde (MS), com o objetivo de contribuir para o enfrentamento dos alarmantes indicadores de mortalidade infantil e materna na região Nordeste do Brasil. Este modelo está pautado em princípios indutores de mudança do modelo tradicional, ou seja, provocar a vinculação dos indivíduos e famílias com as unidades básicas de saúde.

O PACS se consolida no contexto da municipalização e descentralização das ações de saúde, pois é o próprio município que opta pela implantação do PACS, assim como promove a seleção e treinamento dos ACS. Todo o processo de implantação e de funcionamento do Programa conta com recursos, orientação e apoio dos três níveis de governo: municipal, estadual e federal (BRASIL MS, 1997).

É uma estratégia de mudança de modelo, pautado na vigilância à saúde, que integra a agenda básica da comunidade solidária. Seu objetivo é proporcionar à população o acesso à universalização do atendimento à saúde e descentralização das ações. A meta é contribuir para a reorganização dos serviços municipais de saúde, integrando as ações entre os diversos profissionais com uma ligação efetiva junto à comunidade e às unidades de saúde.

A 11^a Conferência Nacional de Saúde aconteceu em dezembro de 2000 em Brasília. Definiu toda a estratégia de saúde até o ano de 2004, preconizando: a melhoria das condições de saúde e da existência efetiva de políticas sociais intersetoriais e de um compromisso com a vida e a dignidade humana. Nesse

sentido, a capacidade de reverter os atuais indicadores de saúde, com o fortalecimento do exercício da cidadania através do controle social, é um compromisso de todos. Outro fator de relevada importância é a regulamentação das transferências financeiras, visto que ocorreram de fundo para fundo, ou seja, dos estados para os municípios, garantindo o financiamento em todos os níveis de saúde. A autonomia dos municípios e estados para elaboração e execução de seus planos, inclusive com a aprovação dos Conselhos de Saúde, é iniciativa de estruturação da atenção básica que favorecem a articulação e integração com os demais níveis de atenção à saúde.

A efetivação do SUS, alicerçada nos princípios constitucionais e na legislação infraconstitucional, requer que as normas e procedimentos não extrapolem os dispositivos legais e sejam respeitadas as competências de cada uma das esferas do governo. Faz-se necessário que todos os níveis de gestão, federal, estadual e municipal, cumpram a legislação e apresentem para apreciação e deliberação pelos Conselhos do Plano Anual de Saúde. Somente com a reorientação da atual política pública, social e econômica, é que se pôde viabilizar com sucesso o processo de consolidação do SUS.

As políticas sociais e de saúde perderam sua dimensão integradora, tanto no âmbito nacional como no âmbito regional/estadual, caindo numa visão focalista, em que o *local* é privilegiado como o único espaço capaz de dar respostas supostamente mais “eficientes” e acordes às necessidades da população (não por acaso reduzida hoje à “comunidade”). Retrocedemos a uma visão “comunitária”, em que as *pessoas* e as *famílias* passam a ser as responsáveis últimas por uma saúde e bem-estar (SOARES, 2000, p.17, grifo do autor).

Com base no exposto, apresento a seguir os princípios norteadores do PSF.

2.2 Programa de Saúde da Família: princípios norteadores

É uma estratégia desenvolvida pelo Ministério da Saúde, que transforma a família em objeto precípuo de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive. Foi criada visando mudanças no atual modelo de assistência, tendo uma concepção centrada na promoção da qualidade de vida. Sua operacionalização tem início a partir da NOB-SUS – 96, em que é preconizada a reciprocidade dos profissionais de saúde e a população, com responsabilidade mútua na promoção e prevenção da saúde de sua comunidade. Embora rotulado como programa, o PSF, por suas especialidades, foge à concepção usual dos demais programas concebidos no Ministério da Saúde, mantendo relacionamento mais profundo e ousado com a comunidade. Não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde, pois é uma proposta substitutiva das práticas tradicionais e possibilita a integração e promoção da organização das atividades em um território definido (BRASIL MS, 2000).

O PSF não tem uma filosofia definida, porém, é um modelo que tem a responsabilidade de reestruturar o sistema de assistência na saúde pública. Trabalha com princípios de vigilância à saúde, apresentando características de atuação inter e multidisciplinar e responsabilidade integral sobre a população que reside na área de abrangência de suas Unidades Básicas. Desta maneira, tornou-se “singular” quando comparado com outros programas. Muitas peculiaridades são inerentes a este programa, haja vista que iniciou como um programa e passou a ser uma estratégia de reorganização sanitária.

O PSF é a atuação integrada das equipes em parceria com a comunidade e os diversos segmentos da sociedade.

Vincula-se, em grande medida, ao controle social das políticas de saúde pública, envolvendo, sobretudo, a participação popular como caminho para a democratização da sociedade e construção da cidadania. Dadas estas condições, podem estas experiências de implantação e qualificação do PSF, ao se desenvolverem, traduzirem importantes canais de mobilização para uma sociedade e um Estado mais democrático e eficiente no cumprimento das políticas públicas de saúde (MARTINI, 2000, p. 75).

Esta modalidade de atenção, ao focalizar-se na integração, “[...] favorece a organização das atividades em um território definido, tendo como propósito estimular o enfrentamento e resolução dos problemas identificados” (BRASIL MS, 1997, p.8). Desta forma, os conceitos de território se tornam chaves, já que estabelecem vínculos e laços de compromisso e de co-responsabilidade entre profissionais e a população. O PSF é marcadamente inovador em seu aspecto de relação interativa entre os profissionais e as comunidades. Trata-se, no entanto, de um projeto complexo, pelas suas tantas atribuições e propostas.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL MS, 1997, p. 10), o objetivo geral do PSF é:

[...] contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população.

Intervém, deste modo, sobre fatores de risco, objetivando a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde, humanizando as práticas de saúde através do estabelecimento de parcerias e desenvolvimento de ações intersetoriais. Então, o processo saúde-doença, organização dos serviços e produção social da saúde devem ter uma expressão da qualidade de vida e direito a cidadania com estimulação e organização da comunidade para que o efetivo exercício do controle social seja alcançado.

Uma das diretrizes do PSF é sem dúvida o cuidado domiciliar. É hoje uma tendência mundial, com vistas a viabilizar maior conforto para o (a) cliente, maior proximidade com a família e redução de custos.

O cuidado domiciliar pode ser entendido como cuidado desenvolvido com o ser humano (cliente e familiares) no contexto de suas residências, e faz parte da assistência à saúde dos envolvidos, compreende o acompanhamento, a conservação, o tratamento, a recuperação e a reabilitação de clientes, de diferentes faixas etárias, em resposta as suas necessidades e de seus familiares, providenciando efetivo funcionamento do contexto domiciliar, ou para pessoas em fase terminal, proporcionando uma morte digna e serena junto aos seus significantes (LACERDA, 1996, p. 20).

Prestar assistência em domicílio, conforme Vale (2000), possibilita à equipe de saúde uma compreensão mais abrangente do processo saúde – doença, que permite intervenções para além das práticas curativas. Seu propósito é propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados com atenção prioritária aos grupos como: saúde da mulher, hipertenso, diabético, idoso e saúde da criança, propondo-se a trabalhar com o princípio de vigilância em saúde. O PSF não pode ser visto como um sistema de saúde de pobres para pobres, mas sua compreensão só é possível através da mudança do objeto de atenção, devendo ser adequada às diferentes realidades locais, desde que mantidos os seus princípios e diretrizes fundamentais.

Para Wagner et. al (2000), o PSF “tem quatro princípios que são: o profissional da saúde é hábil; o profissional do PSF é fonte de recursos para uma população definida; a saúde da família é disciplina baseada na comunidade; e a relação/equipe/cliente é central”. É um serviço primário de atenção à saúde, tendo a possibilidade de estar em contato direto com a clientela em seu ambiente de moradia, isto é, seu bairro e até mesmo seu domicílio. Como refere Amador (2000 p. 39), “Saúde da Família não é um modelo novo, no sentido cronológico da expressão. Pode até mesmo ser considerado o mais basilar e antigo dos formatos de atenção à saúde”. Trabalhando sob esta ótica, o contexto da aproximação da família com a equipe tem mostrado, com destaque, resultados melhores na assistência prestada.

Segundo Denti (2000, p. 47),

[...] as ações do PSF podem ser entendidas como uma proposta que vem substituir, com muitas vantagens, as políticas de saúde anteriores, possuindo dimensões técnicas, políticas e administrativas inovadoras. Para que a estratégia funcione, todos os segmentos sociais envolvidos devem exercer de fato seu direito e seu dever constitucional. A sociedade passará a ter mais um instrumento que possibilitará sua organização; a equipe de saúde atuante deverá abandonar o antigo paradigma para possuir uma nova proposta de trabalho, visando à obtenção de resultados diferentes dos até então colhidos pelas práticas tradicionais de Saúde Pública.

Os princípios norteadores do PSF estão intimamente ligados a determinadas diretrizes operacionais, com vistas a garantir a sua efetiva organização e funcionamento, as quais apresento a seguir.

2.3 Programa de Saúde da Família: diretrizes operacionais

A implantação do PSF deve ser operacionalizada no município, com a co-participação do nível estadual. O processo possui várias etapas, não necessariamente seqüenciais, ou seja, podem ser realizadas de forma simultânea, de acordo com as diferentes realidades dos sistemas municipais de saúde. Para melhor compreensão dos vários passos que envolvem a implantação do PSF nos municípios, é preciso: 1) sensibilização e divulgação, com clareza, da definição do público a ser atingido pela mensagem veiculada; 2) adesão do município e do estado; 3) recrutamento de recursos humanos, com capacitação das equipes, treinamento introdutório, educação continuada ou permanente; e 4) financiamento para o programa que está claramente definido na Norma Operacional Básica em vigor, a NOB-01/SUS/96 (BRASIL MS, 1997).

Visando melhorar o modelo assistencial público de saúde vigente, o PSF propõe-se a trabalhar com a delimitação de micro-áreas, sendo que o administrador pode distribuir seletivamente os poucos recursos destinados à área da saúde. Para que seus objetivos sejam alcançados, são necessárias mudanças no objetivo de atenção, na forma de atuação e organização geral dos serviços, reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios. O PSF foi inspirado no modelo de saúde de Cuba e também no modelo canadense. Embora rotulado como programa, o PSF, em razão de suas concepções filosóficas, foge à concepção usual dos demais programas públicos de Saúde Pública, por não ser essencialmente vertical e paralelo às demais atividades desenvolvidas em saúde.

O PSF deve ter uma equipe habilitada e multiprofissional, com vistas a desenvolver atividades de atenção primária na comunidade vinculada a uma Unidade Básica. É o primeiro contato com a população, assegurando a referência e contra-referência na atenção à saúde. Substitui as práticas convencionais pela oferta de uma atuação centrada nos princípios de vigilância à saúde. Atua com a definição de um território geograficamente delimitado, que é a área de sua responsabilidade. Uma Unidade Básica pode trabalhar com uma ou mais equipes de PSF, dependendo do número de famílias de sua área de abrangência. No início da

implantação do serviço, é feito o cadastramento das famílias da respectiva área adstrita. Nesta etapa, inicia o vínculo da Unidade Básica com a comunidade, em que é feita a identificação das famílias, indicadores de saúde e condições de moradia, saneamento, entre outros. A partir da análise da situação de saúde local e seus determinantes, será feito planejamento das ações a serem desenvolvidas. A instalação do PSF deverá ser prioritariamente junto à Unidade Básica de Saúde (UBS), sendo que esta deverá ser adequada à nova dinâmica a ser implementada.

A equipe de PSF deve ser composta no mínimo por: um (a) médico (a) generalista ou da família, um (a) enfermeiro (a), um auxiliar de enfermagem e 6 agentes comunitários (as) de saúde. Outros (as) profissionais podem ser incorporados de acordo com a necessidade local. Estes profissionais são responsáveis por sua população adstrita, devendo residir no município onde atuam, trabalhando em regime de dedicação integral. Vê-se que, por esta forma de planejamento, este programa possui características próprias, privilegiando, sobretudo, os aspectos democráticos, enfatizando o dinamismo, tendo sempre em vista a convergência dos objetivos do programa com a vida das pessoas.

“No trabalho a ser desenvolvido, cada elemento da equipe possui atribuições legais e éticas constantes na lei do exercício profissional” (BRASIL MS, 1997, p. 13 e 14).

O (a) **médico (a)** - Deve procurar compreender a doença em seu contexto pessoal, familiar e social. A convivência contínua lhe propicia esse conhecimento e o aprofundamento do vínculo de responsabilidade para a resolução dos problemas e manutenção da saúde dos indivíduos. Estes devem ser compreendidos no contexto bio-psico-social, sendo que a atuação do (a) médico (a) não deve estar restrita a problemas de saúde rigorosamente definidos. Seu compromisso envolve ações que serão realizadas enquanto os indivíduos ainda estão saudáveis.

O (a) **enfermeiro (a)** - Desenvolve seu processo de trabalho em dois campos essenciais: na Unidade de Saúde, junto à equipe de profissionais, e na comunidade, apoiando e supervisionando o trabalho do ACS, bem como assistindo as pessoas que necessitam de atenção de enfermagem.

O (a) **técnico e auxiliar de enfermagem** - atuam nas Unidades Básicas de Saúde e no domicílio. Auxiliam os ACS em atividades de identificação das famílias de risco, acompanham as consultas de enfermagem, participam da

discussão e organização do processo de trabalho da Unidade de Saúde, entre outros.

Os (as) **Agentes Comunitários de Saúde** - Desenvolvem ações nos domicílios de sua área de responsabilidade e junto à Unidade para programação e supervisão de suas atividades. Atuam realizando mapeamento de sua área de atuação, cadastrando e atualizando as famílias de sua área, identificando indivíduos e famílias expostos à situação de risco. Realizam, por meio de visita domiciliar, acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade, coletando dados para, junto com a equipe, analisar a situação das famílias acompanhadas, principalmente no que concerne à criança, à mulher, ao adolescente, ao trabalhador e ao idoso, com ênfase na promoção da saúde e prevenção das doenças, educação em saúde e mobilização comunitária. Sua atuação objetiva uma melhor qualidade de vida mediante ações de saneamento e melhorias do meio ambiente, incentivando a formação de conselhos locais de saúde, orientando as famílias para a utilização adequada dos serviços de saúde, participando no processo de programação e planejamento local das ações relativas ao território de abrangência da Unidade de Saúde da Família.

As atividades devem sofrer avaliação constante, através do acompanhamento dos seguintes indicadores: conhecer a realidade das famílias, identificando os problemas, elaborando planos, juntamente com a participação da comunidade para o enfrentamento do processo saúde-doença, prestando assistência integral, resolvendo os problemas por meio do sistema de referência e contra referência, desenvolvendo processos educativos, promovendo ações intersetoriais para o enfrentamento dos problemas identificados. Tais ações são realizadas mediante de visita domiciliar, internação domiciliar e participação em grupos comunitários.

Considerando o contexto desta prática, abordo, a seguir, a implantação do PSF no município de Florianópolis, com destaque para a unidade básica na qual atuo.

2.4 Programa de Saúde da Família: implantação no município de Florianópolis

A implantação do Programa de Saúde da Família, conforme Costa Neto (Brasil, MS 2000 p. 14), também exigiu estratégias de transição na mudança de modelo, sendo necessário manter a convivência das duas lógicas de atuação por um determinado período. Normalmente, é um período de conflitos, em que entra em jogo uma série de interesses. Apesar de assessores oriundos do estado e da própria coordenação nacional terem aqui iniciado sua sensibilização com este tipo de proposta, a implantação na cidade de Florianópolis foi marcada por um atraso importante em relação aos outros municípios em Santa Catarina (SISSON, 2001).

Assim, alguns fatores levaram ao atraso na implantação do PSF em nosso município, a saber: a oposição política de atores importantes representados pelo Conselho Municipal e Fórum Popular de Saúde; corporativismo médico e da enfermagem; dificuldades financeiras e legais para contratação e seleção de pessoal com entraves burocráticos para solicitar equipes; desconhecimento e desconfiança em relação à proposta; falta de interesse, de agilidade e de articulação dos gestores (CONILL apud SISSON, 2001).

Numa conjuntura nacional em que o novo projeto ainda não havia preenchido de forma importante sua vocação de reformador do modelo assistencial, em Florianópolis, o PSF encontra, na gestão 1993-1996, resistências político-ideológicas tanto no sentido de oposição ao conteúdo teórico da proposta, como pela presença de um projeto próprio de regionalização dos serviços municipais de saúde, materializado em um trabalho denominado Oficinas de Territorialização¹ que, ao envolver toda a rede básica, colocava a nova proposta em segundo plano (SISSON, 2001).

Em 1995, se deu o início do processo de implantação do PSF no município de Florianópolis, só sendo efetivamente implantado no ano de 1996, pela constituição de seis equipes em locais considerados áreas de risco, distribuídas da seguinte forma: duas equipes no bairro do Monte Cristo, uma equipe no bairro Vila

¹ Oficinas de Territorialização – demarcação geográfica da área de abrangência da Unidade de Saúde.

Aparecida, duas equipes no bairro dos Ingleses e uma equipe no bairro da Tapera. Estas experiências funcionavam através de convênios firmados com Associações de Bairros, ou seja, Organizações Não Governamentais (ONGs). Assim, as equipes foram implantadas e mantidas com o apoio financeiro do Fundo Municipal de Saúde, que repassava às respectivas Associações conveniadas os recursos necessários e suficientes para a contratação e manutenção dos profissionais que trabalhavam na equipe. Teve como objetivo prevenir e realizar tratamento curativo de doenças e ações de vigilância à saúde através de consultas médicas e de enfermagem; atividades de enfermagem; visitas domiciliares e atividades de vigilância à saúde. De acordo com Sisson (2001), inicia-se em 1997 um processo de reorientação da rede básica de saúde com a mudança no modelo de atenção à saúde, implementação do gerenciamento e da informação na rede e articulação ensino-serviços de saúde como:

- a) Criação de uma estrutura de atenção que assegurasse qualidade de atendimento à saúde da mãe e da criança enquanto o sistema como um todo estivesse sofrendo reorientação.
- b) Necessidade de construção de procedimentos de gerência capazes de orientar o processo, com estruturas mais modernas de administração (segundo o gestor municipal, havia sinais de esgotamento da gestão; os tetos financeiros disponíveis para a cidade não estavam sendo atingidos e havia uma incapacidade de gastos).
- c) Implementação de um Programa Docente-Assistencial, para efetiva aproximação e respaldo das instituições de serviços com a instituição de formação, agora através de disciplinas curriculares, com o intuito de formar profissionais e desenvolver linhas de pesquisa que efetivamente influenciassem o sistema e auxiliassem na construção do modelo.

Desde 1996, o Pólo de Capacitação para pessoal do PSF vinha realizando treinamentos para os municípios da região. Tensões políticas entre governo do estado e governo municipal impediam a integração do município com o Pólo para a capacitação das equipes e apenas em 1999 se realizou um treinamento introdutório para os profissionais de enfermagem e de nível central da Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

De fevereiro de 1998 a agosto de 1999, deu-se início ao cadastramento da população de Florianópolis, pelos ACS sob a responsabilidade dos (as) enfermeiros (as) supervisores (as). Este cadastramento foi feito através de um formulário próprio que tem também como finalidade a implantação do cartão SUS. Só em setembro de 1999 os (as) enfermeiros (as) e ACS passaram a trabalhar no PACS efetivamente. Em 1998, o PACS começou a ser implantado nas Unidades Básicas de Saúde do município, com admissão imediata de 600 ACS por meio de seleção com prova escrita e entrevista. Os contratos destes ACS foram feitos pela Associação Florianopolitana de Voluntários (AFLOV) ligada à Prefeitura Municipal de Florianópolis (PMF). Foi implantado em 100% das Unidades Básicas de Saúde da Rede.

O Projeto de Lei que transformou o Programa de Saúde da Família em um serviço não mais terceirizado e sim um serviço de natureza eminentemente pública, com características mais amplas, democráticas e mais condizentes com as orientações do SUS, sofreu a adesão dos próprios profissionais da rede. Estes foram colocados em uma opção que os convertia ao novo modelo e às faixas salariais preconizadas, mais altas, num processo chamado de “internalização” do PSF (SISSON, 2001). Tal projeto foi encaminhado à Câmara de Vereadores em 12/05/98 e sancionado em 04/09/98 na forma de Lei número 5344/98. A partir daí, a gratificação de produtividade dos servidores da rede, que optaram por trabalhar no PSF, passou a ser instituída. O financiamento do PSF está definido na Norma Operacional Básica em vigor, a NOB 01/SUS/96. Deve ser visto como uma prática que torna eficiente a utilização dos recursos existentes com a capacidade de mostrar bons resultados.

O processo de implantação sofreu várias etapas:

a) Sensibilização e Divulgação

- Ênfase na missão da estratégia de saúde da família como proposta de reorganização de modelo assistencial;
- Utilização de diferentes canais de comunicação, informação e mobilização;
- Utilização dos meios de comunicação de massa para a disseminação da proposta;

- Envolvimento das instituições formadoras de recursos humanos para a formação de profissionais com perfil adequado a essa nova prática de trabalho;
- Ênfase na comunicação, informação e sensibilização junto aos profissionais de saúde.

b) Adesão

- O Município: elabora um projeto para suas equipes, obedecendo aos elementos fundamentais do modelo de saúde da família. Este projeto deve ser aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde e encaminhado pelo gestor à Secretária de Estado da Saúde (SES);
- O Estado - a Secretaria de Estado da Saúde submete sua proposta de adoção da estratégia de Saúde da Família que será analisada e levada à Comissão Intergestores Bipartite (representantes dos municípios e Secretário do Estado) para aprovação final. Posteriormente, será realizado o cadastramento das unidades de saúde da família.

c) Recrutamento e Seleção de Recursos Humanos

O município deve planejar e executar o processo de recrutamento e seleção dos (das) profissionais, contando com a assessoria da Secretaria de Estado e ou instituição de formação de recursos humanos.

d) Capacitação da Equipe

Devem ser capacitadas para contribuir com o atendimento das necessidades mais imediatas e garantindo a continuidade da formação profissional.

e) Treinamento Introdutório

Trata-se de uma etapa em que devem ser trabalhados os aspectos gerais das atividades a serem desenvolvidas pelas equipes, no seu caráter assistencial, gerencial e programático conforme a necessidade local.

f) Educação Continuada e Permanente

Esta etapa serve para mostrar que as equipes necessitam de educação e treinamento contínuos, a fim de atender as necessidades locais. O planejamento das ações educativas deve ser adequado às

peculiaridades locais, regionais, utilização de recursos técnicos disponíveis e integração com as universidades e instituições de ensino e capacitação de recursos humanos. Este tema será mais bem detalhado em um capítulo à parte.

A implantação do PSF no bairro Saco dos Limões foi um tanto conturbada e demorada em relação aos outros bairros, haja vista a dificuldade de formar a equipe. Um dos primeiros obstáculos encontrados para montar as equipes foi a carga horária diária de oito horas, dificultando, desta forma, a aceitação do (a) profissional médico (a), que normalmente tem outros vínculos, tornando pouco interessante a adesão deste profissional ao PSF. Outro problema com que nos deparamos foi em consequência do grande número de funcionários de enfermagem cedidos pela Secretaria de Saúde do Estado. Estes (as) profissionais técnicos (as) e auxiliares de enfermagem encontram-se em final de carreira, conseqüentemente, com salários elevados em relação à gratificação paga aos membros da equipe de PSF, inviabilizando mais uma vez a formação da equipe.

Só no ano de 2000 foi possível formar uma equipe: com um médico generalista, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e dez agentes comunitários de saúde. O Centro de Saúde necessita de uma segunda equipe de PSF, pois possui vinte ACS ligados a uma mesma equipe, sendo que o programa preconiza no máximo dez ACS por equipe, sobrecarregando, assim, a equipe já montada. O bairro conta com uma população aproximada de dez mil pessoas e algumas áreas de risco, tornando-se evidente a necessidade de se formar outra equipe.

Em nível municipal, dois tipos de programas PSF/PACS continuaram simultaneamente na rede. Porém, o PSF alcança atualmente 29 Unidades de Saúde (com 37 equipes), com uma coordenação acumulada pela direção do Departamento de Saúde da SMS, e o PACS está presente em toda a rede, com coordenação própria (SISSON, 2001).

A meta de 60 equipes para 2002, com 70% de cobertura, fez com que o Secretário Municipal de Saúde, através do modelo PACS/PSF, indicasse e realização de um concurso público para contratação de pessoal e formação de novas equipes. Esta meta foi idealizada na vigência da Lei de Responsabilidade

Fiscal no Brasil, num cenário de contenção financeira que cria dificuldades ao processo de municipalização das ações de saúde, especialmente no que diz respeito à expansão de recursos humanos para o setor (SISSON, 2001).

2.5 Programa de Saúde da Família: processo de educação permanente

A dimensão educativa em um processo educativo reflexivo direcionado para a equipe do PSF, com vistas à construção do conhecimento, possibilita um cuidado com qualidade. A Organização Mundial de Saúde (OMS), citada por Levy (2001), pontua que o foco da educação em saúde está voltado para a população e para a ação. De uma forma geral, seus objetivos são encorajar as pessoas: adotar e manter padrões de vida saudáveis, usar de forma judiciosa e cuidadosa os serviços de saúde colocados a sua disposição e tomar suas próprias decisões, tanto individual como coletivamente, visando melhorar suas condições de saúde e as condições do meio ambiente.

Os Pólos de Capacitação em Saúde da Família constituem-se através da articulação entre instituições de ensino superior e Secretarias de Estado e/ou Secretarias Municipais de Saúde. Tomando o trabalho como eixo do processo de formação e educação permanente dos profissionais de Saúde, buscam construir relações inovadoras entre os gestores do SUS e o aparelho formador de recursos humanos, baseados na identificação consensual de ações educacionais vinculadas à consolidação do sistema de saúde (BRASIL MS, 2000, p. 79).

Segundo Levy (2001), o saber é uma apreensão do real. Aprendizado é uma modificação do conhecimento. Frente aos desafios de construção de um novo modelo, baseado na família, conforme o Ministério da Saúde 2000, p. 15:

[...] pretendemos preparar um profissional apto a construir seu conhecimento e apropriar-se das novas teorias e práticas. Enfim, um profissional capaz de desenvolver, ao longo de sua carreira, um processo permanente de auto-aprendizagem”.

Percebe-se que as equipes de Saúde da Família são compostas, em sua maioria, por profissionais cuja formação não foi dirigida para este perfil, necessitando

de capacitação sistemática acerca da utilização adequada da estratégia do PSF, possibilitando a implementação correta do modelo (FELISBINO, 2000, p.139).

A preocupação rotineira do (a) profissional e das equipes é identificar problemas críticos de sua realidade de trabalho e buscar soluções apropriadas para sentir-se bem. O modelo que mais se adequa ao processo de educação permanente das equipes de Saúde da Família baseia-se na chamada Pedagogia da Problematização, que vem sendo adotado através de manuais vindos do Ministério da Saúde. O ponto de partida deste modelo é o repensar a própria prática, já que a Estratégia de Saúde da Família e a Educação Profissional trazem novas definições e relações político-pedagógicas.

Conforme Torrez (2000, p. 62), “do ponto de vista dos órgãos governamentais e das políticas públicas de educação e trabalho, está em curso a emergência de um novo modelo que altera radicalmente o panorama da Educação Profissional”. Todo processo educativo ligado à Estratégia de Saúde da Família deve estar embasado na estratégia de integração ensino-serviço, com momentos de concentração e dispersão, utilizando procedimentos de análise, reflexão crítica, síntese e a aplicação de conceitos, sempre voltados para a efetiva construção do conhecimento, por meio do estímulo ao permanente raciocínio clínico e epidemiológico, tanto para questões individuais como coletivas.

A metodologia apenas baseada em repasse de informação é inócua. Tal proposta, denominada de Pedagogia de Transmissão, baseia-se no princípio de que as idéias e as informações são os aspectos mais importantes da educação. Esta proposta leva as pessoas a adotarem atitudes passivas e pouco críticas diante dos fatos, restringindo-se a simples memorização do que lhes foi transmitido, mediante de um processo repetitivo de apropriação do conhecimento (BRASIL MS, 2000). Freire (1987, p. 68) destaca que:

[...] o educador já não é o que apenas educa, é educado em diálogo com o educando que, ao ser educado, também educa. Ambos, assim, se tornam sujeitos do processo em que crescem juntos e em que os ‘argumentos de autoridade’ já não valem. Para ser-se, funcionalmente, autoridade, se necessita de *estar sendo com* as liberdades e não *contra* elas.

Desta forma, deve ser concebido dentro das premissas básicas de ser um processo constante de promoção e desenvolvimento integral contextualizado da equipe.

A educação permanente da equipe de PSF deve pactuar estratégias operacionais para o cumprimento dos objetivos de formação, capacitação e educação permanente, destinados a consolidar o modelo de atenção à saúde, proposto para a ordenação do SUS. A capacitação dos profissionais, inseridos no modelo de atenção à Saúde da Família, precisa ter características básicas, devendo ser levado em consideração o contexto da realidade deste, para propiciar uma resolutibilidade eficaz no que diz respeito aos seus problemas buscando, através do auto-aprendizado, trocas de experiências e avaliação.

Frente ao papel estratégico que lhe é atribuído, caberá à Estratégia de Saúde da Família o atendimento às necessidades que o dinamismo dos problemas trazem para as equipes de PSF. Portanto, a educação permanente deve ser o objetivo central para a transformação do processo de trabalho. O cuidado, dentro de uma abordagem antropológica traz a necessidade de um envolvimento emocional, com troca de sentimentos, proporcionando acolhimento com vistas às orientações que devem ser voltadas para uma constante melhoria da qualidade das ações e serviços de saúde. Deste modo, torna-se necessário que seja estabelecida uma relação, com presença da emoção, do raciocínio e da lógica, criando-se um espaço para diálogo e reflexão.

No município de Florianópolis, a equipe de Saúde da Família tem participado freqüentemente de encontros e treinamentos, a fim de que se mantenha atualizada de todas as informações necessárias para o Programa. Estes treinamentos são feitos de forma sistemática, tanto para a equipe do PSF como para os ACS. Muitos dos treinamentos dados aos ACS são ministrados pelos (as) enfermeiros (as) da rede, enfatizando sempre os indicadores que devem ser trabalhados pela equipe. Outros treinamentos são ministrados pela vigilância epidemiológica, DST/Aids, S.O.S. criança, entre outros. Desta maneira, pretende-se que a equipe possa trabalhar com a sua própria realidade. A atuação do PSF é avaliada com freqüência em oficinas e encontros, para que se possam atingir os objetivos propostos pelo Programa em sua área de abrangência.

2.6 Programa de Saúde da Família: dimensão ética

Na sociedade em que vivemos, temos, muitas vezes, um cotidiano de crise dos valores éticos. Estes valores éticos implicam atitudes direcionadas para a preocupação, responsabilidade e envolvimento com os outros. Segundo Aristóteles, o pensamento constitui a virtude do indivíduo, como razão superior em seus procedimentos. O indivíduo é um ser feito para a consciência social – é um ser de vida pública e, como tal, é parte da sociedade. Assim, toda sua ação deve visar ao bem comum. Cada indivíduo é uma essência, surgindo desta uma atividade que é sua expressão, ou seja, a exteriorização do ato da essência. Mas essa atividade é determinada por um fim. Esse fim decorre, portanto, da atividade racional do indivíduo, que é a expressão do pensamento. A ética não é apenas o conhecer, mas o fazer. Conforme Valls (1994, p.7),

[...] a ética é entendida como um estudo ou reflexão, científica ou filosófica, e, eventualmente, até teológica, sobre os costumes ou ações humanas. Mas também chamamos de ética a própria vida, quando, conforme os seus costumes considerados corretos [...], a ética pode ser o estudo das ações ou dos costumes, e pode ser a própria realização de um tipo de comportamento.

Ao pensar comportamento humano, na visão de Padilha (1995, p. 118), [...] ética é teoria, investigação ou explicação de um tipo de experiência humana ou forma de comportamento dos homens, ou da moral, considerando, porém, na sua totalidade, diversidade e variedade.

Os padrões de comportamento ético deverão ser sempre em benefício da humanidade. A busca incansável do comportamento ético, pelo homem, tem trazido muitas preocupações ao longo do tempo, tentando observar e justificar o ético e o não ético, traçando um paralelo entre o bem do ser humano e a compatibilidade entre eles. Assim, a justiça, a equidade, o respeito à conduta desejável dos seres devem ser comportamentos sem possibilidades de variação no tempo. Desta forma, os deveres éticos emanam de um conjunto de vínculos racionais, bem como morais que ligam sua vida à sociedade e à sua profissão. “A ética profissional é uma ciência

que trata da utilização que o indivíduo faz da sua liberdade para proceder conforme os padrões de comportamento exigidos” (VALLA, 1998, p. 7).

Por conseguinte, de nada valem a ciência, a boa técnica, a esmerada tática, ou o conhecimento minucioso de todas as doutrinas, se não forem utilizados em favor do ser humano e em busca da melhor qualidade de vida. Qualidade esta que iremos falar a seguir, fazendo-se necessário adentrar em um desafio maior, voltado para a atenção básica de saúde como o Programa de Saúde da Família. Para Fortes (2000, p. 32),

[...] o trabalho em equipe multiprofissional é necessário e a troca de informações é fundamental para o desenvolvimento de um trabalho de qualidade na assistência ao indivíduo na sua totalidade. Porém, as informações devem ser limitadas àquelas que cada elemento da equipe necessite para realizar suas atividades em benefício do cliente. Ainda segundo o autor, [...] o dever de manter segredo das informações constitui-se em obrigações éticas dos profissionais, dos técnicos, dos auxiliares, dos médicos, das enfermeiras e dos Agentes Comunitários de Saúde.

É preciso repensar o ensino de uma nova ética que envolva questões mais profundas e com diversidade de pensamentos, reconhecendo o ser humano como ser complexo. O cuidado com famílias em domicílio faz do PSF algo eminentemente envolvido com os problemas destas e também como co-responsável na solução dos problemas levantados através de discussão com os demais integrantes da equipe na Unidade Básica de Saúde (UBS). O cumprimento do dever traz às nossas profissões dimensões éticas, em que a alavanca principal e efetiva é a transformação e a necessidade de uma nova consciência, voltada para os direitos do indivíduo. O Programa de Saúde da Família preconiza que se trabalhe com uma ética própria com compromisso e responsabilidade, pois o trabalho em domicílio está muito próximo da realidade e intimidade das famílias/pessoas. Dentro deste contexto, faz-se necessária uma abordagem contínua e sistemática direcionada para a formação dos profissionais e suas relações. A sensibilidade também deve ser afluída, principalmente no que tange ao envolvimento com o outro e, conseqüentemente, mais aberta à diversidade de idéias.

“Ética é o princípio da ordem, união, respeito, educação, moral, conduta ilibada, limite, amor e progresso. Ou seja, tudo aquilo que não traga prejuízo ao próximo, nem transgrida as regras estabelecidas pela sociedade”. Este conceito foi

elaborado durante a prática assistencial, junto com a equipe de PSF, e teve a participação de todos. Foi construído após momentos de reflexão sobre o tema.

2.7 Programa de Saúde da Família: produções em enfermagem e/ou no município de Florianópolis

Por se tratar de uma experiência recente, dispomos de um acervo pouco significativo de estudos sobre esta temática. Considerando esta lacuna, o tema se mostra fundamental, uma vez que penso que toda mudança de padrão gera expectativas e, portanto, novos desafios. A prática de assistência à saúde em domicílio está centrada no cliente para que se busque qualidade de vida, com possibilidades de integração de ações coletivas e individuais. Desta maneira, trata-se de uma estratégia de saúde que se baseia na captação de subsídios para a busca de elementos de análise e reflexão acerca dos procedimentos diários a serem tomados. Cada situação deve ser tratada isoladamente. De acordo com Denti (2000), em sua dissertação de mestrado², discute a reestruturação no setor saúde como um desafio proposto pelos gestores, na tentativa de mudar o modelo vigente, com baixos custos em resposta à crise vivida na saúde. Segundo a autora, a prática do trabalho com famílias tem encontrado alguns obstáculos em decorrência da incredibilidade por parte do usuário, devido à constante mudança de modelo de saúde através dos anos e, normalmente, com baixa resolutibilidade. Outro entrave é a estrutura eminentemente burocratizada, tornando necessário um dispêndio muito grande de tempo para o preenchimento de formulários, mapas e boletins.

Sisson (2001)³ propôs uma avaliação estratégica da implantação do Programa de Saúde da Família e do Programa Docente-Assistencial de Florianópolis. O Programa Docente-Assistencial (PDA) foi criado por meio de uma articulação com a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e a Secretaria

² Programa de Saúde da Família: Da "Proposta à Execução", Um Desafio Para a Reestruturação do Serviço de Saúde, desenvolvida junto à equipe de PSF do município do Alto Uruguai Gaúcho.

Municipal de Saúde (SMS), voltado para a capacitação de recursos humanos no setor público de atenção à saúde. A avaliação deve-se adequar à realidade da comunidade, através da integração das várias áreas de saúde da UFSC com a rede de saúde municipal. Assim, desenvolvem docência e assistência na Unidade ou área de saúde, configurada pela atividade docente-assistencial que compreende a atenção médica, de enfermagem, de nutrição, de farmácia, de serviço social, de psicologia com referenciamento às especialidades médicas do Hospital Universitário. Conforme Sisson (2001), o município conta com nove Distritos Docente Assistenciais e, em março de 2000, houve a implantação de uma conjugação PACS/PSF a ser testada no PDA. Porém, a distribuição geográfica e administrativa dos ACS não respeitou as normas do MS, ficando 20 ou 30 agentes ligados a uma única equipe, na maioria das áreas, em vez dos 10 preconizados. Conseqüentemente, há uma sobrecarga de trabalho para as equipes, sobretudo para os (as) enfermeiros (as) responsáveis pelos ACS.

Gaio (2001) propõe uma avaliação da implantação do Programa de Agente Comunitário de Saúde no município de Florianópolis (PACS). A autora vê o processo de implantação um tanto moroso, visto que só em 1999 deu-se início ao processo seletivo para a contratação dos ACS sob a supervisão do (a) enfermeiro (a) responsável. A equipe de PACS é voltada para o atendimento em domicílio com visitas mensais ou quando se faz necessário. Mantém um elo com a comunidade e o Centro de Saúde, para que o programa possa trabalhar as reais necessidades da comunidade. No município de Florianópolis, a implantação do PACS atingiu todo o território da rede municipal, com cobertura de 100% nas Unidades Básicas.

A implantação do Programa de Saúde da Família no município de Florianópolis foi também avaliada por Rosa (2001), através de pesquisa junto às famílias em um bairro carente que apresentava área de risco. Segundo a autora, apesar da implantação ter sido um tanto conturbado devido a problemas estruturais, a aceitação por parte das comunidades tem se mostrado positiva. O PSF no município conta com 37 equipes em 29 unidades. Desta forma, a tendência é expandir-se para todos os Centros de Saúde.

³ Trabalho de Tese de Doutorado, apresentado à banca de qualificação em agosto de 2001, ao Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo.

O Trabalho de Enfermagem em Atenção Primária à Saúde – A Assistência à Saúde da Família, é o título do estudo de Teixeira (2000), que tem como objetivo estudar a percepção dos (as) trabalhadores (as) de enfermagem quanto à configuração da prática de enfermagem em atenção primária à saúde na perspectiva de atenção em Saúde da Família. Este trabalho foi realizado em Batatais, município de São Paulo, com as trabalhadoras do PSF em uma abordagem direcionada para a integralidade, o cuidar da saúde, ir a busca do usuário e vínculo. A autora conclui que as trabalhadoras trazem à tona a percepção holística, a humanização da assistência, priorizando o vínculo que é mantido com as famílias.

2.8 As Perspectivas do Conceito de Cuidado e a Escolha do Cuidado Transdimensional para uma Equipe do Programa de Saúde da Família

Na visão de Philips (1993), o conceito de cuidar tem sido um foco de atenção das enfermeiras no mundo. O cuidado, para muitos autores, é o conceito central ou dominante na Enfermagem.

Morse et al (1990), efetuaram uma análise de 35 autores que, de forma explícita ou implícita, adotaram o conceito de Cuidado. Identificaram 05 perspectivas:

- a) Cuidado como gesto ou característica pessoa;
- b) Cuidado como afeto;
- c) Cuidado como imperativo moral;
- d) Cuidado como interação interpessoal;
- e) Cuidado como intervenção terapêutica.

De acordo com este estudo, três teorias sobre o cuidar se sobressaem: a teoria da enfermagem do Déficit de Auto-Cuidado de Dorotéia Orem; a teoria do cuidado humano de Jean Watson; e a teoria da Diversidade e Universalidade Transcultural do Cuidado de Madeleine Leininger.

As enfermeiras brasileiras também têm estudado sobre o conceito do Cuidado desde o início da década de 90. O Cuidado Transdimensional de Silva (1997) constitui-se em uma proposta teórico-filosófica resultante de sua tese de doutorado com co-orientação da teórica em enfermagem Jean Watson.

Alcione Leite da Silva é professora titular do Departamento de Enfermagem e da Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Titulou-se como doutora em Enfermagem pela Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, tendo realizado seu doutorado sanduíche no *Health Science da University of Colorado* – EEUU, defendendo a tese intitulada “Cuidado Transdimensional: Um Paradigma Emergente”. Recebeu também o título de Mestre em Enfermagem pela UFSC, com a dissertação “Experienciando o Cuidar de Clientes com a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida com base no Sistema Conceitual de Martha Rogers”, de especialista em Metodologia da Pesquisa pela Universidade de São Paulo e de Bacharel em Enfermagem pela Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto.

Como enfermeira, exerceu o cargo de chefia do Serviço de Enfermagem do Hospital Geral de Cuiabá-MT e de professora na Universidade Federal de Mato Grosso. Dentre as atividades exercidas, se destacam a de membro da diretoria da ABEn-MT e do COREn-MT; Coordenadora Didático-Pedagógica do Curso de Mestrado e Doutorado em Enfermagem da UFSC; Sub-coordenadora do Comitê de Ética em pesquisa com Seres Humanos da UFSC; Pesquisadora do CNPq e Vice-Presidente do Grupo de Apoio a pessoas com AIDS. É co-criadora do Programa Integrado de Pesquisa “Cuidando & Confortando” – PIP C&C e do “Grupo de Estudo de História do Conhecimento de Enfermagem” – GEHCE.

Suas áreas de interesse são: filosofia em enfermagem e em saúde, concepções teórico-filosóficas do cuidado, cuidado transdimensional, cuidado ao ser trabalhador, tecnologias avançadas de cuidado, gênero e saúde, processo de ser, viver, envelhecer e morrer saudável, construção de teorias e pesquisa qualitativa. É também consultora de vários periódicos nacionais. Participa extensivamente de conferências, tendo inúmeros trabalhos publicados em livros e periódicos científicos. Tem também ministrado cursos como professora convidada em Universidades de Puno – Peru e de Jönköping, Linköping e Nörköping, na Suécia. Recebeu inúmeros prêmios, dentre os quais, ressaltam-se: Vanda de Aguiar Horta e Edith Magalhães e

Nora Pedroso, promovidos pela ABEn Nacional nos Congressos Brasileiros de Enfermagem. Recebeu também o Diploma de Honra ao Mérito pela *Universidad Nacional de Altiplano* – Puno, Peru, pelo reconhecimento da destacada trajetória acadêmica, fecundo trabalho de investigação em favor do desenvolvimento da profissão de enfermagem e pelo apoio acadêmico àquela Universidade.

Encontra-se atualmente realizando seu estágio pós-doutorado na *La Trobe University* – Austrália, no qual amplia sua área de interesse para questões ligadas à “Cultura de Cuidado à Saúde de Mulheres Imigrantes na Austrália”.

Apesar da complexidade e da base inovadora, o Cuidado Transdimensional tem sido abordado em trabalhos de conclusão de curso de graduação, de mestrado e doutorado.

A escolha da realização do meu trabalho foi motivada por achar que o Cuidado Transdimensional era a inspiração que poderia transformar meus objetivos em um crescimento contínuo e cada vez mais rápido do pensar, do saber e do fazer, no campo pessoal, educacional, profissional e espiritual. O Universo do cuidado é “mágico”, e vê no ato do Cuidar e no aprender a cuidar, infinitos elementos, importantes para a essência que integra e transforma. Com um olhar crítico, Silva (1997, p. 24-25) responde à questão “Por que o Cuidado Transdimensional”:

Em primeiro lugar, a necessidade de adjetivarmos o cuidado emerge do fato de ser esta dimensão do saber teórico-prático do cuidado ainda não legitimado pela comunidade científica da enfermagem. Deste modo, este paradigma não é uma simples continuação do saber teórico-prático do cuidado; esta mudança parece representar um novo caminho no que diz respeito à estrutura do cuidado. Em segundo lugar, optamos pela terminologia Transdimensional por entendermos a realidade como indivisível, a qual ultrapassa a noção de justaposição das multidimensões e de suas inter-relações. Uma realidade complexa, paradoxalmente plural e, portanto, rica em diversidade, a qual extrapola a tridimensionalidade, indo para além da noção espaço-tempo.

Alguns autores sinalizam o potencial desse referencial teórico-filosófico em diferentes perspectivas. Silva et al (1999), em seu trabalho de conclusão de curso na graduação, desenvolveram uma atuação junto a mulheres com câncer em uma Unidade do Hospital de Caridade utilizando o Referencial Teórico do Cuidado Transdimensional e seus Padrões do Significado Estético como: o toque terapêutico e a musicoterapia. Esta atividade teve na maioria das participantes uma mudança, possibilitando uma sensação de bem-estar, profundo amor, leveza, paz,

tranqüilidade, relaxamento. Referem que melhorou inclusive a forma de pensar e agir.

Já Borgonovo (2001), em sua dissertação, utilizou o Cuidado Transdimensional junto a trabalhadoras de enfermagem psiquiátrica através de oficinas para facilitar o processo de ser e de viver saudável destas. O intuito era ampliar o saber e a percepção da realidade por meio de suas histórias de vida. O resultado foi muito positivo, como salientam: passamos momentos agradáveis, melhorei minha auto-estima; vejo o cuidado com outros olhos, mudei o comportamento inclusive com a família.

O enfoque dado por Bellaguarda (2002) em sua dissertação de mestrado, quando utilizou o referencial Teórico do Cuidado Transdimensional no processo morte-renascimento, foi a abordagem em domicílio junto a pacientes terminais. Utilizou padrões de significados e estéticos do cuidado com o objetivo de propiciar um morrer mais digno junto de seus familiares. Privilegiou a essência dos seres envolvidos, buscando a compreensão que somos muito mais do que aquilo que vemos. Esta atuação oportunizou um envolvimento positivo tanto das pacientes como dos familiares.

Nunes (2002) propôs cuidar de pessoas com câncer utilizando os pressupostos filosóficos do Cuidado Transdimensional. Sua pesquisa para a conclusão da tese de doutorado foi desenvolvida junto ao Centro de Apoio ao Paciente com Câncer (CAPC). Os temas que emergiam como significados de ter câncer e ser cuidado no Centro de Apoio foram: conhecendo a doença; expressando sentimentos e atitudes; tendo a doença como limite, resignificando o câncer; transmutando através da doença; reaprendendo a viver; e percebendo o cuidado.

Esta proposta teórica é um processo alternativo e tem sido aplicada por muitos. Tem grande importância tanto no plano individual como no coletivo. Beneficia o cuidado de si e o cuidado com os outros. Desta forma, tem na praticidade de sua utilização a oportunidade para o autoconhecimento e a autotransformação, estabelecendo a cada instante o morrer e o renascer para novas formas de pensar, sentir e agir.

Reconhecendo-se que a emoção, o amor e a intuição traduzem muito bem este referencial, alguns autores enfermeiros o têm utilizado, pois a cada dia aprendemos novas maneiras para este constante aprendizado. Silva e Monteiro

(1999) se valeram do referencial em seu trabalho de conclusão de curso intitulado “O Cuidado no Processo de Ser e Viver da Mulher com Câncer”. Foram realizados encontros com um grupo de pacientes oncológicos no hospital de Caridade no município de Florianópolis, utilizando os padrões estéticos do Cuidado como toque terapêutico e musicoterapia. Freitas (1999) trabalhou “O Cuidado no Processo de Ser e de Viver de Educandas de Enfermagem”, através de encontros com educandos de enfermagem na cidade de Rio Grande. A autora utilizou a proposta teórica do cuidado Transdimensional e a teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson.

2.9 Pressupostos e Conceitos do Referencial Teórico Adotado neste Estudo

2.9.1 Pressupostos do cuidado transdimensional

Segundo Silva (1997, p. 21, 25, 26, 37, 79, 81, 197):

Cuidado Transdimensional se caracteriza por uma forma inovadora de sentir, pensar e desenvolver o cuidado, que deve ser construído a partir da interação pelo diálogo permanente entre profissionais, indivíduos, famílias, grupos, comunidades e sociedades, sem perderem de vista a realidade Transdimensional[...]

O Cuidado Transdimensional, ao privilegiar a essência do ser, do mundo e da vida, restitui a eles as suas naturezas sagradas e inalienáveis, resgatando o sentimento de reverência e de respeito para com a própria vida [...]

O Cuidado Transdimensional emerge da relação estética entre os princípios femininos e masculinos e se expressa na convergência da arte, ciência e espiritualidade [...]

O Cuidado Transdimensional emerge da compatibilidade estética e amorosa entre os seres que cuidam e seres cuidados [...]

O Cuidado Transdimensional busca contemplar a totalidade do ser-meio-ambiente, extrapolando a tridimensionalidade para além da noção tradicional espaço-tempo [...]

O cuidado Transdimensional extrapola o processo saúde – doença, tendo como propriedade a vida em suas mais diversificadas formas de expressão e como meta a complexidade crescente de expressão da consciência e, conseqüentemente, da qualidade de vida do planeta [...]

O Cuidado Transdimensional requer novas habilidades/capacidades do ser cuidador, que extrapolam as capacidades intelectuais/racionais, como: amor, sabedoria, compaixão, solidariedade, intuição, criatividade, sensibilidade, imaginação, bem como formas multi-sensoriais de percepção [...]

O Cuidado Transdimensional emerge como referencial catalisador de reflexão, conscientização – ação – transformação [...].

2.9.2 Conceitos

Ser Humano: neste referencial, o ser humano é indissociável do seu meio ambiente, evoluindo juntos, através de uma contínua, dinâmica e complexa interação. Ser humano e meio ambiente consistem de um sistema complexo em sua unidade, singularidade e totalidade transdimensional de padrão, processo e interação, sendo o último concebido em uma ordem de complexidade muito superior ao primeiro. Paradoxalmente, esta unidade complexa se apresenta de forma plural, rica em diversidade e em inimagináveis possibilidades do ser (SILVA, 1997). Neste sentido, seres humano e meio ambiente estão ligados entre si por um laço que os conecta numa teia viva, pulsante, criativa, a envolver no dinâmico processo de ser e viver. É neste processo criativo, complexos e paradoxal, que os seres, humanos em suas interações consigo mesmos, com os outros e com o meio evoluem histórica e consciencialmente, construindo e desconstruindo incessantemente os significados de suas existências, de forma evidente e não evidente. Estes significados se expressam em determinado momento histórico, na singularidade das relações sociais, históricas e culturais.

O ser humano está em constante processo de aprendizagem. É dinâmico e se mantém interligado com um meio em mudança. É responsável e possui habilidades (capacidades) para cuidar de si e de seus dependentes. O ser se constrói a partir da interação, da busca da transformação, da desidentificação e do

avanço criador. É ilimitado em sua capacidade expressiva, a qual depende do seu nível consciencial. Deste modo, quanto maior a capacidade consciencial, maior a capacidade de percepção das interações que estabelece com um todo.

Os seres humanos, deste estudo, são as (os) trabalhadoras (es) de um Programa de Saúde da Família, que em sua maioria são agentes comunitários de saúde. De acordo com a proposta do Ministério da Saúde, o Programa de Saúde da Família, ao servir de elo entre a Unidade Básica de Saúde e a comunidade

[...] caracteriza-se como um modelo de assistência à saúde que vai desenvolver ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, através de equipes de saúde, que farão o atendimento na unidade local de saúde e na comunidade, em nível de atenção primária (BRASIL MS, 1994, p. 25).

O Meio Ambiente: Onde ocorre o cuidado da equipe consiste da totalidade de um campo, que se expressa de forma plural, embora nem sempre seja percebido em sua maneira integral. O comportamento sofre influência externa constante que o leva a mudanças, interagindo na formação da opinião, usos e costumes. Deste modo, o meio ambiente é composto de tudo que interage em determinados momentos específicos, em especial com os (as) integrantes da equipe do PSF, juntamente com o sistema, crenças e valores que determinam as ações humanas. Vivemos em um mundo cada vez mais complexo. Assim, mudanças por meio de reflexões vão emergindo e tornando visível a dimensão do ambiente/ser humano na busca da capacidade e do potencial de ser e viver (SILVA, 1997).

Processo de Vida Humana: é entendido como o movimento dinâmico e criativo do viver, no qual os seres humanos, de forma individual e coletiva, constroem e dão significados às suas vidas, expressando, mediante de relações sociais, históricas e culturais, a complexidade crescente de suas consciências (PEN – UFSC, 1999). São inúmeros os aspectos pelos quais se pode definir o processo de vida humana. Porém, ao se conquistar uma nova postura fundamentada no reconhecimento deste processo, Silva (2001, p. 5) salienta que o processo de vida humana é como algo que:

[...] se apresenta de forma complexa e transdimensional”. A delimitação deste estudo está voltada para o processo de vida humana, que tem no Cuidado Transdimensional uma perspectiva para a integração e transformação do processo de vida dos integrantes da equipe do PSF, em

que foram utilizados dados sobre as condições econômicas, de trabalho, de saúde, capacidade de auto-cuidar-se, vida familiar e atividades sociais e de lazer.

Trabalho de Enfermagem: O eixo central da Enfermagem em uma equipe de Saúde da Família está em fase de transição e constitui-se em um trabalho de grupo com uma visão de constante transformação, voltada para um novo modelo de atenção à saúde primária. Neste sentido, os novos padrões para atendimento à população ainda não estão totalmente claros, ficando algumas lacunas, pois as necessidades humanas diferem de pessoa para pessoa, fazendo com que a Enfermagem se adeqüe a uma forma inovadora de atenção à saúde. Segundo Silva (1997), é oportuno considerar que o trabalho de enfermagem é um compromisso que tem por finalidade um movimento em favor da vida humana. Ainda na concepção de Silva (1997, p. 67), “[...] a sobrevivência da Enfermagem, como a de outras disciplinas e profissões, está diretamente relacionada a uma perspectiva integrada de ações”. Estas ações devem viabilizar um processo permanente na busca de parcerias, unindo esforços e mobilizando pessoas para integrarem-se em um movimento conjunto, na busca de soluções para que possamos “construir saúde”.

Processo de Cuidado: Está intimamente ligado com o sentido da vida. Há muito para se aprender, visto que o processo de cuidado é criativo e imaginativo, ou seja, possui um dinamismo em que a cada instante nos deparamos com novas necessidades, as quais demandam novas maneiras de prestar o cuidado. Silva (1997) pontua o cuidado privilegiando a *transdisciplinaridade*, dizendo que não se pode pensar o cuidado como algo unidirecional, mecanicista e rotinizado. Todavia, a concretude deste processo busca mudanças e tem como desafio reorientar a formação, com o intuito de construir a capacidade para resolução dos problemas num processo permanente. O cuidado voltado a uma equipe do Programa de Saúde da Família é dialógico, educativo e sempre em construção. Emerge como uma *prática complexa*, pois jamais acontece da mesma forma em dois momentos, impossibilitando, desta forma, a prática mecanicista do cuidado. É uma prática *indeterminada*, caracterizando-se pela não repetitividade e pela imprevisibilidade, tornando os acontecimentos particulares, únicos e singulares (SILVA, 1997a, p.166-167). O processo de cuidado para a equipe de saúde da família tem ainda outros

padrões como a busca de parceria, uma prática que transcende o espaço e o tempo concretos e compartilhados fisicamente e a busca da unidade.

Vivemos em um mundo cada vez mais complexo, no qual a versatilidade e a flexibilidade se fazem cada vez mais necessárias. À medida que o desenvolvimento tecnológico avança rapidamente, é preciso que nosso lado emocional e espiritual também cresça. Através do padrão de cuidado da experiência interior, transformamos o vazio existencial em instrumentos para influência de sentimentos de amor, mudando padrões limitantes e exteriorizando experiências de integração e transformação da energia cósmica para o cuidado de si e do outro.

3 METODOLOGIA

“O cuidado é tão fundamental, que foi visto pelos gregos como uma divindade. Divindade que acompanha o ser humano por todo o tempo de sua peregrinação terrestre”
(Boff, 1997).

Esta prática assistencial foi desenvolvida com base na triangulação metodológica. Segundo Mitchell (1986) e Murphy (1989), a triangulação metodológica consiste na combinação de diferentes métodos e procedimentos de coleta das informações em um mesmo estudo, com vistas a abranger de forma mais acurada as várias perspectivas do fenômeno a ser investigado. Neste estudo, a triangulação dos dados foi de fundamental importância para conhecer as condições de vida e trabalho da equipe, para daí relacionar com o que foi exteriorizado pela mesma durante o processo de cuidado realizado por meio das oficinas.

Neste sentido, o presente estudo foi feito em dois momentos distintos, os quais se interpenetram, através dos seguintes métodos da pesquisa e intervenção: 1) survey exploratório descritivo; e 2) processo de cuidado, que serão mais bem especificados abaixo.

3.1 Primeira Etapa do Estudo: *survey* exploratório

A primeira etapa deste estudo consistiu de um *survey* exploratório, que teve como objetivo caracterizar a Unidade Básica de Saúde, na qual se insere o PSF e o processo de vida dos (as) trabalhadores (as). Os resultados dessa primeira etapa contribuíram para a identificação de questões para reflexão em grupo, na etapa seguinte deste estudo. Constou da aplicação de dois instrumentos com questões estruturadas e semi-estruturadas, desenvolvidos por Silva (2000). O Instrumento I é composto de dados da Instituição (Anexo A) e o Instrumento II, de

questões referentes à vida pessoal e profissional, com base nas seguintes categorias: trabalho, condições econômicas, características da vida em família, atenções de cuidado à saúde e atividades sociais e de lazer (Anexo B).

Os Instrumentos I e II foram preenchidos no primeiro encontro com a equipe, sendo antes fornecidos esclarecimentos a respeito dos objetivos e implicações deste para os (as) trabalhadores (as). A livre participação foi assegurada, sem riscos de qualquer penalidade.

A aplicação e análise dos instrumentos foram realizadas em janeiro de 2002. A análise dos dados foi feita mediante procedimentos de estatística descritiva, sendo apresentados através de gráficos e tabelas, convergindo para as principais categorias contempladas no questionário.

3.2 Segunda Etapa do Estudo: processo de cuidado

A segunda etapa deste projeto foi com base no processo de cuidado de Silva (1997, 1999, 2000b), que aborda o cuidado como caminho metodológico para a reflexão do processo de ser e viver do ser humano e para a construção do conhecimento. O cuidado é um processo dinâmico, flexível, eminentemente dialógico, reflexivo e emancipatório. Este processo de cuidado se dá através de uma relação de reciprocidade e intimidade, no qual as experiências/significados e o poder são socializados. O envolvimento dos seres, neste processo, acontece de forma horizontal e ativa. Ao invés de ser um processo unilateral e impositivo, os seres envolvidos no processo de cuidado criam um espaço para vivências, em que os significados emergentes são partilhados e negociados. A relação dialógica encoraja os seres envolvidos no processo a trabalharem juntos de forma igual para alcançarem um mútuo entendimento. A intenção do diálogo é voltada para a reflexão das experiências do ser e do seu processo de viver, buscando a tomada de consciência crítica acerca da sua posição no mundo (SILVA, 1997, 1999).

O processo de cuidado emerge das práticas colaborativas, sendo os significados são construídos, predominantemente, no âmbito de grupos, a partir de temas, como uma construção textual, criada pelos esforços para compreender a situação e tornar visível o processo de cuidado. Conseqüentemente, o processo de cuidado se constitui em espaço para a construção de conhecimento ligado a temas específicos e concretamente situados nas experiências dos seres envolvidos neste processo (SILVA, 1997, 1999).

Silva (1999) enfatiza que o papel da pesquisadora deixa de ser o de priorizar o avanço do conhecimento ou de resolver uma questão empírica. A preocupação principal é com a vida cotidiana destes (as) trabalhadores (as), com a busca de novas formas de consciência crítica e transformadora entre pesquisadora e participante. Deste modo, a pesquisa, como prática de cuidado, teve como meta inicial encorajar os participantes a refletirem sobre suas vidas, sobre as estruturas nas quais se inserem e estimular formas de mudança.

Neste processo, utilizei alguns padrões de significados do Cuidado Transdimensional de Silva (1997), os quais caracterizam o processo de cuidado, aqui desenvolvidos, como: parceria, experiência interior, busca de unidade, prática indeterminada e prática complexa.

O processo de cuidado caracteriza-se por uma **parceria** entre dois ou mais seres, que tem como meta a complexidade crescente de expressão da consciência. O encontro de cuidado é entendido como um acontecimento relativo, singular e original que envolve seres com os mais diversificados padrões e ritmos de expressão da consciência. Neste encontro, o ser cuidador e o ser cuidado são partes integrantes do cuidado, sendo suas capacidades de expressão da consciência fundamental para a qualidade do cuidado. No encontro do cuidado, os seres envolvidos recebem e doam, e esta interação é mais efetiva em decorrência da capacidade de expressão destes seres (SILVA, 1997).

O processo de cuidado emerge enquanto **experiência interior**, vivenciada pelos seres envolvidos no cuidado. A experiência interior, em sua contextualidade, pode se caracterizar por uma diversidade de expressão, na medida em que desloca a ênfase da informação para os significados. Daí a singularidade e originalidade de cada encontro do cuidado. Conforme Silva (1997), esta experiência pode ser rica em imagens simbólicas, as quais podem adquirir os mais diferentes

matizes e significados. Esta experiência pode também se caracterizar por cenas, em que o movimento, as cores, sons, odores se encontram presentes. Outras vezes, esta experiência pode se traduzir em intuições que surgem acompanhadas de um forte sentimento de certeza. Deste modo, o processo de cuidado requer, sobretudo, que valorizemos as nossas percepções, a sensibilidade, as idéias e imagens simbólicas (SILVA, 1997).

O processo de cuidado emerge enquanto **busca da unidade**, que não pode ser apreendida se não transcendermos a razão/intelecto como única forma de compreensão da realidade e as nossas usuais formas de percepção, tendo em vista a fragmentação inerente a elas. A busca da unidade implica que estabeleçamos uma comunicação, isto é, uma sintonia com a unidade do nosso ser, dos outros seres e do meio circundante. Esta busca da unidade requer uma visão de conjunto, na ousadia de querer compreender o todo, tendo em vista que partilhamos com este todo um destino comum (SILVA, 1997).

O processo de cuidado, enquanto **prática indeterminada**, caracteriza-se por uma não-repetitividade e pela imprevisibilidade do processo como um todo, tendo em vista que os acontecimentos são particulares, únicos e singulares, não podendo ser estruturado de forma rígida. Neste sentido, a nossa tentativa de prever, exatamente, o que irá acontecer subestima a qualidade e riqueza das vivências. Esta natureza do cuidado é decorrente, em parte, do fato de ser este um processo coletivo de trabalho, no qual os seres envolvidos no cuidado se constroem e participam da construção do outro. Por outro lado, estes seres, ao estarem submetidos a um processo contínuo de transformação, participam com suas complexidades e unicidades. Conseqüentemente, cada momento é único; tornando-se praticamente impossível prevermos como ele se comportará. Assim, o processo de cuidado requer abertura, flexibilidade, confiança no processo e a admissão de que somos eternos aprendizes na arte de cuidar (SILVA, 1997).

Finalmente, o processo de cuidado emerge enquanto **prática complexa**, por envolver uma multiplicidade e complexidade fenomênica que não pode ser contida e totalmente explicada pelas análises intelectivas. Esta complexidade é, em parte, fruto da impermanência deste processo, como também é a própria natureza dos seres envolvidos. Portanto, uma vez acontecido, não poderá voltar a ocorrer e ser idêntico àquele que existiu antes. A própria observação do fenômeno pode

alterar significativamente o fenômeno, tendo em vista a inseparabilidade do observador e do fenômeno observado. Tais fatos fazem com que o processo de cuidado não possa ser desenvolvido com base em modelos mecânicos, nem medido pelos tradicionais métodos de pesquisa. Considerando, também, a participação coletiva neste processo, e que cada um dos seres envolvidos no cuidado contribui com suas próprias capacidades, torna-se difícil definir os limites de participação de cada ser (SILVA, 1997).

Os padrões de significado do cuidado transdimensional motivaram as vivências durante as oficinas. O objetivo das vivências eram: a busca da unidade do ser, desenvolver o cuidado como parceria, buscar uma forma de desvelar a experiência interior e buscar o cuidado como prática singular. Portanto, estes padrões se constituíram em um guia para que o processo de cuidado ocorresse.

3.2.1 Dinâmica do processo de cuidado

Na abertura do primeiro encontro, apresentei a proposta deste estudo e, após, negociamos o seu desenvolvimento. Ficaram explícitas as responsabilidades de cada um (a) na construção deste processo.

A dinâmica do processo de cuidado se deu por meio de nove encontros direcionados para diferentes temas/categorias do processo de ser e de viver dos (as) trabalhadores (as). No primeiro encontro, foram preenchidos os instrumentos I e II pelos (as) participantes. A partir do segundo encontro ocorreram às oficinas de cuidado propriamente ditas. Apresentei, sucintamente, os resultados da etapa anterior do estudo, os quais serviram de base de reflexão para os outros encontros. Negociamos, também, a proposta que apresentarei a seguir. No entanto, devido a este processo se caracterizar pela imprevisibilidade, no decorrer houve mudanças que relataremos na descrição das oficinas.

Primeiro Encontro:

Neste primeiro momento, foi apresentada a proposta das vivências, negociações práticas para o desenvolvimento, e questões éticas da pesquisa. A seguir, foram entregues os Instrumentos I e II para o preenchimento, que ocorreu neste mesmo local.

Segundo Encontro:

Apresentação e discussão geral dos resultados da primeira etapa do estudo e início de reflexões acerca das condições de trabalho da equipe.

Terceiro e Quarto Encontros:**Temas:**

- a) Características do Trabalho no PSF;
- b) Articulação da política do programa com as atividades desenvolvidas na prática cotidiana da equipe do PSF;
- c) Facilidades e dificuldades da equipe referentes à implementação e desenvolvimento do PSF;
- d) Relações no trabalho;
- e) Plano estratégico para a resolução dos problemas encontrados.

Quinto Encontro**Temas:**

- a) Condições econômicas de vida dos (as) trabalhadores (as) do PSF;
- b) Plano estratégico para a resolução dos problemas encontrados.

Sexto Encontro**Temas:**

- a) Condições de saúde dos (das) trabalhadores (as) do PSF e atenções de cuidado à Própria saúde;
- b) Plano estratégico para a resolução dos problemas encontrados.

Sétimo Encontro**Tema:**

- a) Características da vida familiar dos (as) trabalhadores (as) do PSF;
- b) Plano estratégico para a resolução dos problemas encontrados.

Oitavo Encontro:**Tema:**

- a) Atividades sociais e de lazer dos (as) trabalhadores (as) do PSF;
- b) Plano estratégico para a resolução dos problemas encontrados.

Nono Encontro**Tema**

Avaliação geral do processo e elaboração do plano estratégico para a resolução dos problemas encontrados, por prioridade e aprazamento.

O processo foi bastante flexível, quanto aos horários, aos temas e padrões de cuidado, procurando atender as necessidades do grupo. Cada oficina teve três horas de duração, com intervalo de 30 minutos. O cronograma das oficinas, da prática assistencial, foi montado com ajuda dos (as) participantes e ficou visível a todos os funcionários da Unidade de Saúde, sendo fixado no mural da sala de escrituração da mesma e poderia ser alterado conforme necessidade sugerida pelo grupo. As oficinas foram realizadas durante o horário de serviço.

3.2.2 A dinâmica das oficinas

Constou de cinco momentos interligados. O primeiro momento constituiu-se na realização de um relaxamento, preparando o ambiente e criando um clima de bem-estar para o início do processo de cuidado durante 10 a 15 minutos. No segundo momento, realizaram-se as vivências propriamente ditas, explorando as questões escolhidas e iniciando os diálogos. Foram utilizadas diferentes

modalidades de expressão do ser, tais como, elaboração de cartazes, poesias, encenações, dentre outras, para a exploração da questão planejada para o dia, como condições de trabalho, família, saúde e outros. Em um terceiro momento, deu-se a criação de um espaço de cuidado, reflexivo, acerca dos significados emergentes. No quarto momento, procedeu-se uma síntese dos problemas encontrados procurando validá-los com o grupo, o que resultou nas negociações das estratégias de sua resolução. Estas três etapas duravam em torno de 02 horas e 15 minutos, intercaladas com o lanche. No quinto e último momento, que era breve, por volta de 20 a 30 minutos, fez-se uma avaliação do encontro (participação, dinâmica, etc.), com possíveis redirecionamentos para os encontros futuros, e assim encerrou-se com uma vivência.

3.3 Análise do Processo de Cuidar e Apresentação Textual

As informações que emergiram no processo de cuidado foram gravadas em fita cassete, após o consentimento dos (as) participantes, e então transcritas. Estas transcrições foram revisadas cuidadosamente para não deformarem ou perderem as informações. Também foram utilizadas anotações em um diário de campo.

Do relato dos encontros, foram retirados, primeiramente, os momentos importantes durante o processo de cuidado, em que a equipe refletiu sobre as condições de trabalho, a família, condições sócio-econômicas, saúde e lazer. Depois foi feita uma análise dos padrões de significado do cuidado e dos padrões estéticos do cuidado que ocorreram.

Finalmente, efetuou-se um balanço das principais facilidades e dificuldades para realizar o processo, e desta forma, a equipe pôde avaliar o cuidado prestado.

3.4 Proteção de Direitos Humanos

Este estudo seguiu as normas da Resolução nº. 196/96. Cada participante foi convidado (a) a assinar o formulário de consentimento livre e informado, contendo as informações requeridas (Anexo 3). Foi solicitada a permissão para gravar as discussões, como também se asseguram a confidencialidade e o anonimato das participantes, bem como a liberdade de recusa em participar ou a retirada do consentimento, em qualquer fase do estudo.

4 CONHECENDO O PERFIL DA INSTITUIÇÃO E DE SEUS TRABALHADORES E DA EQUIPE DO PSF.

“Os filósofos não têm feito mais do que interpretar o mundo de diferentes maneiras, mas o que importa é transformá-lo”.
(Marx, 1846)

4.1 Perfil da Instituição

Este estudo foi realizado com trabalhadores (as) do PSF, de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de um bairro do município de Florianópolis, Santa Catarina (SC). Faz fronteira com os bairros Mont Serrat, Costeira, Carvoeira, Pantanal, Serrinha e Prainha. Conta com um quadro funcional de 41 trabalhadores (as), ou seja, um clínico geral, um ginecologista, um pediatra, um homeopata, dois odontólogos, um auxiliar odontológico, quatro agentes administrativos, duas enfermeiras, dois técnicos de enfermagem, três auxiliares de enfermagem, um técnico de laboratório, dois auxiliares de limpeza e vinte agentes comunitários de saúde (ACS). Recentemente, a Unidade de Saúde mudou-se para uma nova sede, que se situa na rua Aldo Alves, próxima ao antigo terminal viário do Bairro Saco dos Limões, sendo inaugurada no dia 21/03/2002.

A nova Unidade conta com três consultórios médicos, um consultório odontológico, uma sala para a administração, uma copa, um pequeno almoxarifado, uma farmácia, uma sala para coleta de exames laboratoriais, uma sala para nebulização, uma sala de curativo, uma sala de procedimentos de enfermagem, uma sala de vacina, uma sala de esterilização, um expurgo, um setor de escrituração com bancos para a clientela sentar-se, enquanto espera, e uma sala de reuniões.

Trata-se de um serviço de referência, em que a clientela é oriunda do próprio bairro e bairros vizinhos, constituída das mais variadas classes sociais. A média de atendimento anual, tomando como base o ano de 2000, foi em torno de

99.120 clientes, distribuídos da seguinte maneira: 5000 em clínica geral; 4400 atendimentos em pediatria; 2640 de ginecologia; 528 atendimentos em homeopatia; 2880 coletas de exames laboratoriais; 2255 atendimentos em odontologia; 3300 coletas de exame preventivo do câncer ginecológico; 180 atendimentos de puérperas; 2200 atendimentos de puericultura; e 33600 visitas domiciliares feitas pelos (as) ACS. Existem vários programas em desenvolvimento como: Programa Capital da Criança, Programa Saúde da Mulher, Grupo de Gestantes, Coleta de Escarro, Teste do Pezinho, Programa Hora do Comer, Programa do Leite, Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

Os sujeitos deste estudo foram aqueles (as) trabalhadores (as) que se inserem nesta Unidade Básica de Saúde, mas que atuam sob minha coordenação, Programa de Saúde da Família (PSF). Eles atuam desenvolvendo determinadas práticas de cuidado à saúde, sendo as mais comuns são as visitas domiciliares em que é feito o acompanhamento domiciliar de determinados clientes, a saber: hipertensos, diabéticos, crianças de zero a seis anos, com atenção prioritária para as de baixo peso, suspeita de violência familiar, busca ativa da carteira de vacinação em atraso, assim como, das consultas pediátricas programadas, sem esquecer as puérperas e gestantes. Deste modo, novas formas de assistência vão sendo incorporadas na atenção básica à saúde, pois não se pode imaginar uma pessoa como um ser isolado.

Desta forma, as mudanças de paradigma emergem com os múltiplos aspectos de transdimensionalidade que envolve o ser humano, ou seja, uma nova concepção de assistência que utiliza a prática da internação domiciliar. Esta prática atende o cliente no meio onde está inserido, tentando resgatar o seu restabelecimento, como também, de seus familiares. Estas práticas de cuidado à saúde são desenvolvidas pelos (os) trabalhadores (as) que compõem o universo deste estudo, sendo constituído por um médico, uma enfermeira (pesquisadora), uma auxiliar de enfermagem e dez agentes comunitários de saúde, dos quais, nove é do sexo feminino e um do sexo masculino, totalizando 13 participantes. Ao dar início às oficinas, eu, enfermeira pesquisadora e membro integrante da equipe deste estudo, optei por não participar do estudo como integrante, temendo influenciar de certa maneira nos resultados.

4.2 Apresentando a Equipe do PSF

Optei por resguardar o anonimato dos (das) participantes, identificando-os com nomes fictícios: Lucas, Miriam, Gustavo, Vanessa, Ângela, Clara, Cida, Julia, Helena, Luzia, Vera e Shirlei.

Para atender as demandas da Unidade Básica de Saúde, e, por conseguinte, de sua área de abrangência, a equipe de saúde é constituída de diversos profissionais, que a seguir serão apresentadas através de dois gráficos.

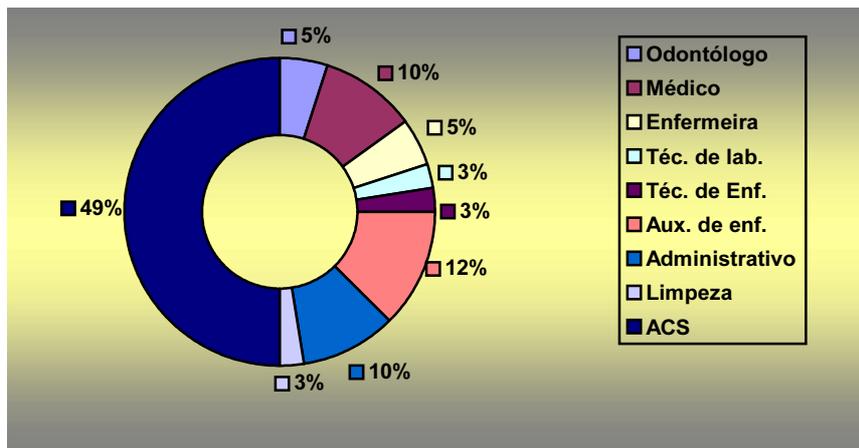


Gráfico 1 – Função dos Integrantes da Unidade Básica de Saúde do Bairro do Saco dos Limões, Florianópolis-Santa Catarina

É importante enfatizar que há profissionais que ainda não integram o quadro do PSF, como o odontólogo, funcionários da limpeza, técnicos de laboratório, alguns médicos e membros da equipe de enfermagem. Os membros da equipe que não integram o programa recebem um salário menor e cumprem uma jornada de trabalho de 04 a 06 horas/dia. Enquanto que o profissional do PSF cumpre 08 horas/dia.

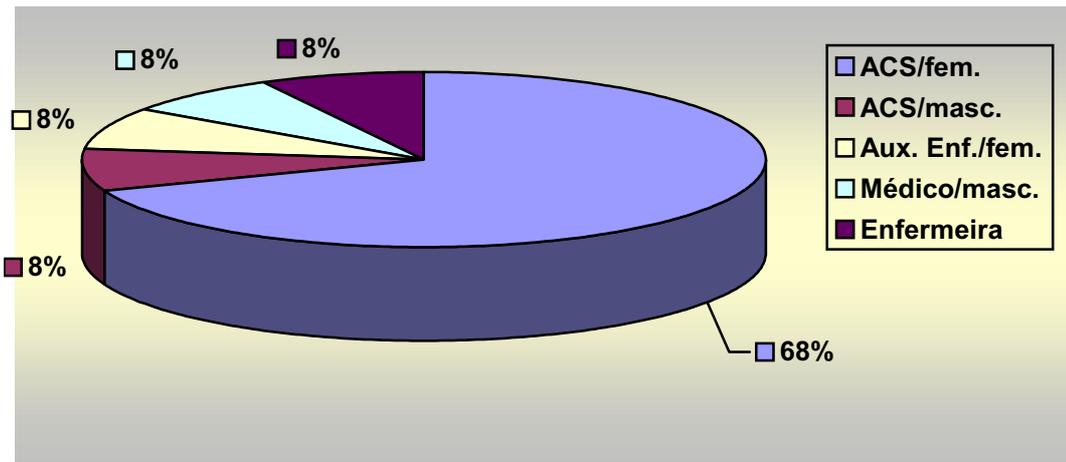


Gráfico 2 – Integrantes da Equipe do PSF por Função, na Unidade Básica de Saúde Bairro do Saco dos Limões, Florianópolis – Santa Catarina:

Com base no gráfico observou-se que o número de profissionais desta equipe de PSF é, na sua maioria, de ACS. O Ministério da Saúde preconiza que uma equipe de PSF tenha sob sua responsabilidade até 10(dez) micro-áreas. Cada micro-área é delimitada geograficamente e de responsabilidade de um agente comunitário. Assim, há dez micro áreas em cada área de atuação e um maior contingente de ACS em relação aos demais profissionais da equipe de PSF.

O PSF no bairro Saco dos Limões apresenta falhas, estando distante do que é preconizado pelo programa. Conforme BRASIL (M.S., 2002, p. 54), cada equipe do PSF deve acompanhar em torno de mil famílias, ou 4,5 mil pessoas, porém, atualmente, a equipe acompanha aproximadamente três mil famílias, o que corresponde à cerca de aproximadamente 12 mil pessoas. Para agravar ainda mais esta situação, os (as) profissionais da equipe, médico, enfermeira e auxiliar de enfermagem, desenvolvem também muitas atividades junto ao Centro de Saúde.

A equipe é insuficiente para suprir a demanda das três áreas que comportam e 21(vinte e uma) micro-áreas, gerando uma atuação ineficaz. Neste sentido, muitas visitas domiciliares não são feitas por falta de tempo, uma vez que a equipe também está comprometida com a assistência na U.B.S. O PSF é uma estratégia de mudança que visa à melhoria da assistência prestada diretamente à população, muito embora a falta de comprometimento por parte dos responsáveis para com a equipe leva uma única equipe a assumir mais atribuições do que é capaz

de executar. O excesso de responsabilidade gera angústia na equipe e torna ineficaz o trabalho com a comunidade.

Segundo Costa (BRASIL M.S., 2000, p. 151),

observa-se que existe uma divergência entre as propostas do PSF e as reais condições oferecidas para o desenvolvimento na prática. Desta forma, constata-se que não corresponde às expectativas dos profissionais e das famílias que buscam o atendimento.

Nome	Estado Civil	Religião	Naturalidade	Raça	Idade	Sexo
Lucas	Casado	Católico	Outro país	Branco	57	Masc.
Miriam	Casada	Católica	Fpolis.	Branca	53	Fem.
Gustavo	Solteiro	Católico	Fpolis.	Branco	38	Masc.
Vanessa	Casada	Católica	Outro estado	Negra	31	Fem.
Ângela	Solteira	Católica	Fpolis.	Branca	23	Fem.
Clara	Solteira	Católica	Tubarão	Branca	24	Fem.
Cida	Outro	Espírita	Fpolis.	Branca	26	Fem.
Julia	Outro	Católica	Fpolis.	Branca	26	Fem.
Helena	Casada	Católica	Fpolis.	Branca	43	Fem.
Shirley	Casada	Católica	Fpolis.	Branca	33	Fem.
Luzia	Separada	Católica	Fpolis	Branca	43	Fem.
Vera	Outro	Católica	Interior do estado	Branca	36	Fem.

Quadro 1 - Caracterização dos Integrantes da Equipe do PSF da Unidade de Saúde do Bairro do Saco dos Limões, Florianópolis – Santa Catarina

Com base no Quadro 1, percebe-se que os (as) participantes são predominantemente do sexo feminino, da raça branca e religião católica. São provenientes de várias cidades e inclusive um estrangeiro, constatando-se uma diversidade de raízes culturais. A idade é bastante variada, indo desde 57 anos até jovens com pouco mais de 20 anos. Quanto ao estado civil, 25% são solteiros (as) e

a maioria é de casados (as), com 41.6%. Os separados (as) são a minoria, com 8.3%, e a categoria outro, que significa união sem casamento legal, é de 25%.

A equipe caracteriza-se por ser predominantemente do sexo feminino. Talvez por ser um trabalho considerado “feminino”, e até mesmo uma extensão das atividades do meio privado, passa a ser pouco atraente para o sexo masculino. A busca por uma identidade social das mulheres, infelizmente, na maioria das vezes, acaba por perpetuar a continuidade das tarefas herdadas por elas num universo de dominação. Portanto, de acordo com os resultados da pesquisa de Silva (2001) desenvolvida com trabalhadores (as) da saúde, teve como resultado uma expressiva feminilização nestes setores e conseqüentemente baixa remuneração, apontando para um trabalho desvalorizado.

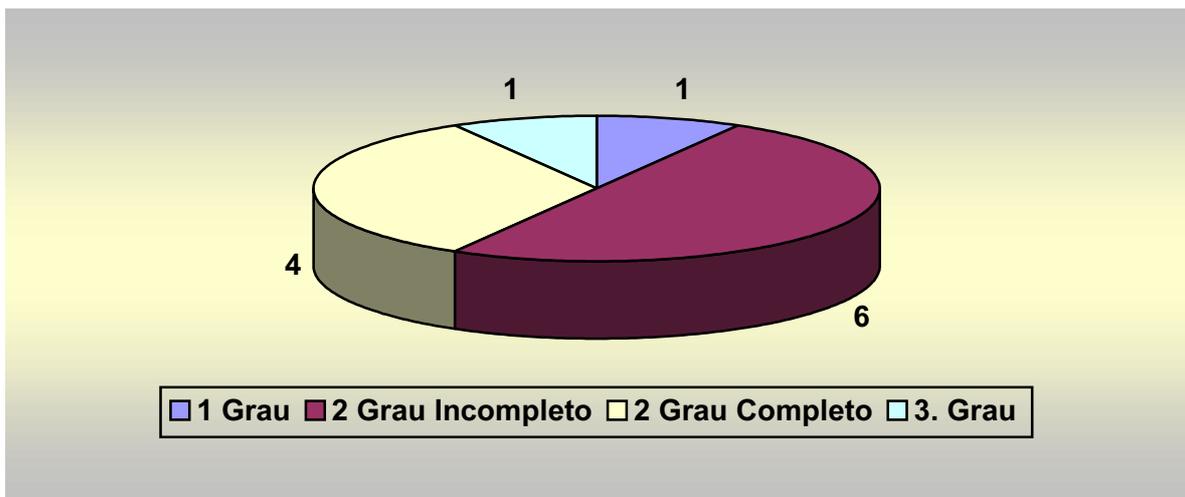


Gráfico 3 – Grau de Instrução dos Integrantes da Equipe do PSF da Unidade Básica do Bairro do Saco dos Limões, Florianópolis – Santa Catarina

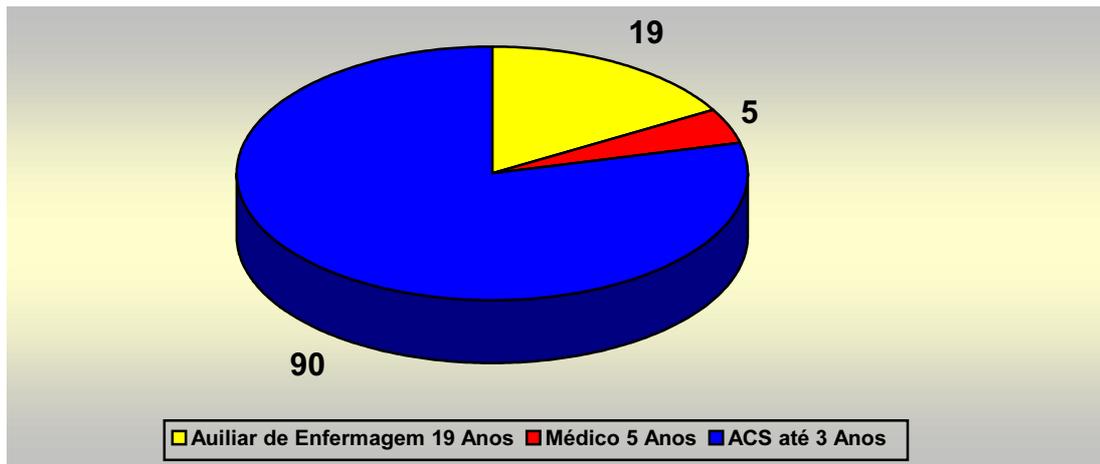


Gráfico 4 - Tempo de Serviço dos Integrantes da Equipe do PSF da Unidade Básica de Saúde do Saco dos Limões, Florianópolis – Santa Catarina

Tabela 1 - Características das Condições de Trabalho e Realização Pessoal da Equipe do PSF do Bairro Saco dos Limões, Florianópolis – Santa Catarina

	ACS	Médico	Auxiliar de Enfermagem
* Gosta da Instituição que Trabalha	100% Sim	100% Sim	100% Sim
* Sente-se Realizado (a)	100% Sim	100% Sim	100% Sim
* Participa de Alguma Associação de Classe	100% Sim	100% Sim	100% Sim
* Se Voltasse no Tempo, Escolheria essa Profissão	60% Sim 40% Não	100% Sim	100% Sim
* Sua Profissão/Ocupação é Estressante	40% Não 60% Sim	100% Sim	100% Sim
* Exerce outra Função	23% Sim 77% Não	100% Sim	100% Não
* Você Escolheu esta Instituição para Trabalhar	50% Sim 50% Não	100% Sim	100% Não

Ao observar-se a tabela acima, constata-se que 100% da equipe que trabalham na instituição sentem-se realizados. Porém, se pudessem voltar no tempo, 40 % dos ACS não escolheriam esta função e 50 % deles não escolheram trabalhar

na instituição. Vale também mencionar que, apesar da maioria gostar da instituição em que trabalha e 60% dos ACS referem que sua atividade é estressante.

O médico e 23% dos ACS exercem outra atividade, alguns no período noturno, agravando a sua condição de um viver saudável. A busca por outro serviço em horário noturno passou a ser uma prática que está aumentando entre os membros de toda a equipe.

	Médico	Auxiliar de Enfermagem	ACS
Horário de Trabalho	08:00 Horas	08:00 Horas	08:00 Horas
Horas de Intervalo entre os Turnos	02:00 Horas	02:00 Horas	02:00 Horas
Meio de Transporte	Automóvel Próprio	Transporte Público	Não Utilizam
Tempo que Utiliza para o Deslocamento	00:30 Minutos	00:45 Minutos	02 á 00:30 Minutos

Quadro 2 - Características das Condições de Trabalho da Equipe do PSF, quanto às Horas Trabalhadas, Bairro Saco dos Limões, Florianópolis – Santa Catarina

O salário baixo, para uma equipe que tanto se esmera em sua atividade diária, deveria ser revertido através de um reconhecimento financeiro. A carga horária de oito horas/dia exigida para participar do PSF é um agravante, diminuindo a possibilidade de se manter outro vínculo trabalhista, ou, quando isto ocorre, é feito com muito sacrifício.

A rotatividade dos agentes de saúde, desde a implantação do Programa de Agente Comunitário de Saúde no município, é conseqüência da questão salarial, vista por muitos como um complemento no orçamento doméstico, que então, passa a ser uma ocupação temporária. Dadas estas condições, muitas vezes, os agentes não se mantêm neste trabalho por um período muito longo, o que explica o tempo de serviço mostrado no gráfico 4, no qual há agentes que estão na função há apenas três meses. Aqui vale ressaltar a crítica que Soares (2000) faz ao PSF, afirmando

que, na prática, há a substituição de profissionais qualificados por pessoas da própria comunidade sem qualificação e com uma remuneração praticamente simbólica, com contrato de trabalho precário sob o falso argumento de que estes agentes estariam mais próximos da comunidade.

Os ACS são moradores do próprio bairro, verifica-se que 100% deles (as) não utilizam veículo algum como meio de transporte, pois residem próximos às micro-áreas de atuação. Porém, o médico possui automóvel para seu deslocamento porque mora em outro bairro, e a auxiliar de enfermagem usa o ônibus como meio de transporte em função de residir também em outro bairro. O tempo do trajeto da equipe fica entre dois a quarenta e cinco minutos de acordo com a distância das suas residências.

Outra questão observada foi o fato de 38,5 % da equipe não se sentir segura no seu trabalho. Isto ocorre em virtude de estes (as) trabalhadores (as) estarem em contato direto com os domicílios da clientela, sendo que o inesperado pode surgir a cada momento, como agressão por animais, acidentes ou pouca receptividade dos moradores.



Gráfico 5 – Percepção da Equipe do PSF da Unidade Básica de Saúde do Bairro do Saco dos Limões, Florianópolis, Santa Catarina. Quanto à segurança no trabalho

4.3 A Equipe do PSF e sua Realidade Econômica

Os (as) integrantes da equipe do PSF apresentam cultura, grau de instrução e situação financeira diferentes, como se pode observar no Quadro 3.

	Renda Mensal	Renda Familiar	Recebe Auxílio Financeiro	Moradia Própria	Estrutura da Moradia
ACS	De 1 a 3.5 Salários Mínimos	De 1 a 10 Salários Mínimos	60% Sim 40% Não	80% Sim 20% Não	80% Alvenaria 20% Mista
Médico	30 Salários Mínimos	60 Salários Mínimos	Não	Sim	100% Alvenaria
Auxiliar de Enfermagem	2.5 Salários Mínimos	6.5 Salários Mínimos	Não	Sim	Mista

Quadro 3 – Dados Econômicos da Equipe do PSF da Unidade Básica de Saúde do Bairro Saco dos Limões, Florianópolis - Santa Catarina

Esta desigualdade, no que se refere ao rendimento dos (das) profissionais integrantes da equipe local de saúde que fazem parte do PSF e os (as) agentes de saúde, é conseqüência da diferença salarial entre as categorias. Segundo o Quadro 3 varia de 01 a 30 salários mínimos. Todavia, quando se trata da renda familiar, 50% destes (as) integrantes recebem algum tipo de auxílio financeiro como complemento.

Com relação à casa própria, nota-se que 16% não possuem casa própria, e destes (as), 8.3 % pagam aluguel e 8.3 % dependem de alguém que lhes empreste um imóvel para morar. Já os 83% restantes têm residência própria. As residências são compostas em média por 05 cômodos e o tempo de residência no local é bastante variado, ficando entre 02 e 42 anos.

O salário digno é uma necessidade humana. A intenção deste estudo é mostrar aos (às) trabalhadores (as) do PSF que não devem se sentir isolados (as) na luta pela transformação e redirecionamento de seus objetivos.

Ações e reflexões relacionadas ao PSF têm que ser divulgadas, para que produzam os resultados desejados. Esta iniciativa deverá gerar subsídios para a definição e recondução de estratégias nos diversos níveis de gestão do sistema de saúde responsáveis pela condução do programa (SOUZA, 2002, p. 3).

Fica evidente que: “gente que cuida de gente” em uma capital como Florianópolis, dita campeã em qualidade de vida, contemple tão baixos salários aos profissionais do PSF e, em especial aos ACS.

Neste sentido, no dizer do Ministro José Serra (BRASIL M.S., 2000 p. 3), “do respeito aos direitos de cidadania e mudança do modelo emerge a importância do justo, do equânime e do ético, para uma atuação digna do profissional”. O exercício de cidadania expressa meios que potencializam resultados e mudanças nas políticas sociais e de saúde. Visa à melhoria da qualidade de vida, mediante de uma política resolutiva, para que os (as) cuidadores (as) possam ter condições adequadas de saúde através de uma renda condizente com a realidade da referida região.

Tabela 2 – Dados Econômicos da Equipe do PSF do Bairro Saco dos Limões, Quanto à Aquisição de Equipamentos Eletro Eletrônico, Florianópolis – Santa Catarina

	Médico	Auxiliar de Enfermagem	ACS
Celular	100%	100%	50%
Vídeo Cassete	100%	100%	50%
Microondas	100%	-	50%
Máquina de Lavar Roupas	100%	-	70%
Televisor	100%	100%	100%
Carro	100%	100%	20%

Os bens móveis também estão relacionados ao poder aquisitivo da equipe, que, conforme a tabela acima, estão dispostos da seguinte maneira: 58.3% possuem celular, 33.3% possuem carro, 66.6% possuem vídeo, 41.6% possuem micro-ondas, 66.6% possuem máquina de lavar roupa, 100% possuem aparelho de TV.

Assim, segundo se observa, a aquisição dos eletroeletrônicos está ligada relacionado com a capacidade de compra, representando a realidade financeira. Atualmente, a comodidade em adquirir alguns bens móveis, está associada com a qualidade de vida em decorrência de alguns confortos que a tecnologia propicia, como por exemplo, o aparelho celular.

4.4 As Famílias da Equipe do PSF

Tabela 3 - Características da Vida Familiar da Equipe do PSF, do Bairro do Saco dos Limões, Florianópolis – Santa Catarina

	Médico	Auxiliar de Enfermagem	ACS
* Relacionamento com os Pais	100% Bom	100% Bom	90% Bom
* Relacionamento com o (a) Companheiro (a)	100% Bom	100% Bom	90% Bom
* Tem Filhos	100% Sim	100% Sim	80% Sim

De acordo com a Tabela 3, pode-se constatar que 83% dos (das) profissionais do PSF têm filhos. Destes (as), 33.3% possuem 01 só filho, 8.3 % possuem 04 filhos, 33.3 % possuem 02 filhos, 25% têm 03 filhos e 16.6% não têm filhos. Ainda conforme a tabela acima, tem-se um total de 91% dos (as) profissionais que se relacionam bem com os pais. Destes, todos possuem irmãos, variando entre 01 e 9 irmãos.

Com relação ao companheiro (a), 25% não o têm, contudo, 75% possuem companheiro (a) e, destes (as), 66.6% têm um bom relacionamento e 8.3% referem não ter bom relacionamento com o companheiro (a).

	Quem toma Decisão em Casa	Quem tem o Controle Financeiro	Quem Cuida dos Filhos	Quem realiza as Atividades Domésticas
Médico	O Casal	O Mesmo	São Adultos	Tenho Ajuda de Terceiros
Auxiliar de Enfermag em	O Casal	O Casal	É Adulto	Companheiro o Auxilia
ACS 01	O Casal	O Casal	Minha Mãe	Companheiro o Auxilia
ACS 02	O Casal	O Casal	Minha Sobrinha	Companheiro o Auxilia
ACS 03	O Casal	O Mesmo	Fica na Creche	Companheiro Auxilia
ACS 04	O Companheiro	O Esposo	Fica na Creche	Outros Ajudam
ACS 05	Eu Mesmo (a)	Os Pais	Fica na Creche	Outros Ajudam
ACS 06	Não Opinou	Os Pais	Não Tenho Filhos	Outros Ajudam
ACS 07	Não Opinou	Os Pais	Não Tenho Filhos	Realiza Sozinho (a)
ACS 08	Eu Mesmo (a)	O Mesmo (a)	O Mesmo (a)	Realiza Sozinho (a)
ACS 09	Eu Mesmo (a)	O Mesmo (a)	O Casal	Realiza Sozinho (a)
ACS 10	Eu Mesmo (a)	O Mesmo (a)	O Casal	Realiza Sozinho (a)

Quadro 4 - Características da Vida Familiar da Equipe do Programa de Saúde Família, quanto à Administração do Lar, Bairro do Saco dos Limões, Florianópolis – Santa Catarina

Quanto quem toma a decisão em casa, 25% dizem que são eles próprios, 8.3% dizem ser o companheiro (a), 16.6% não opinaram e 41.6% referem que tomam decisão conjuntamente. Em relação ao controle financeiro, 41.6% dizem ser eles (as) próprios, 25% o casal, 8.3% o esposo (a) e 25% os pais.

Uma dificuldade encontrada pela equipe do PSF é onde deixar os filhos durante o período de trabalho. Esta dificuldade talvez seja pela falta de número de vagas na creche comunitária do bairro, pois a manutenção de seus filhos em

creches particulares torna-se impossível, haja vista o baixo poder aquisitivo da maioria dos ACS. Em decorrência destas dificuldades, constatou-se que as crianças que não ficam na creche são cuidadas por parentes ou por eles mesmos. Na atuação das mulheres no mercado de trabalho, fica claro que não estão, ainda, amparadas legalmente e com condições para deixar os filhos. Isto afeta diretamente a condição de saúde destes (as) profissionais, aumentando o estresse no dia a dia.

Atualmente, a divisão das atividades domésticas é preconizada como um valor positivo, em uma estrutura familiar. Então, os dados deste estudo evidenciam, na maioria dos casos, que o (a) companheiro (a) é participativo (a). Desse modo, o presente estudo demonstra, que na geração atual, a participação de ambos os cônjuges nas atividades domésticas está melhorando o desempenho.

Na execução das atividades domésticas, destaca-se também, em alguns casos, a ajuda de terceiros, por se tratar de tarefas que, muitas vezes, requer mais tempo. Desta forma, não resta condições para sua execução por parte do familiar em consequência de uma vida um tanto atribulada devido ao excesso das atividades diárias. Assim, emerge a necessidade de uma outra pessoa para a execução destas atividades.

Quanto à tomada de decisão dos responsáveis pela família, os números ficaram bastante diversificados: uns dizem que é o companheiro (a) quem toma as decisões, outros dizem ser eles (as) próprios (as), outros referem que ambos tomam decisões e outros não opinaram por não ter companheiro (a). O controle financeiro doméstico da equipe do PSF fica algumas vezes com o pai no caso de estes (as) morarem com os pais, outros dizem ser o casal, outros mencionam ser eles próprios e apenas uma diz ser o esposo.

4.5 A Saúde dos Integrantes do PSF

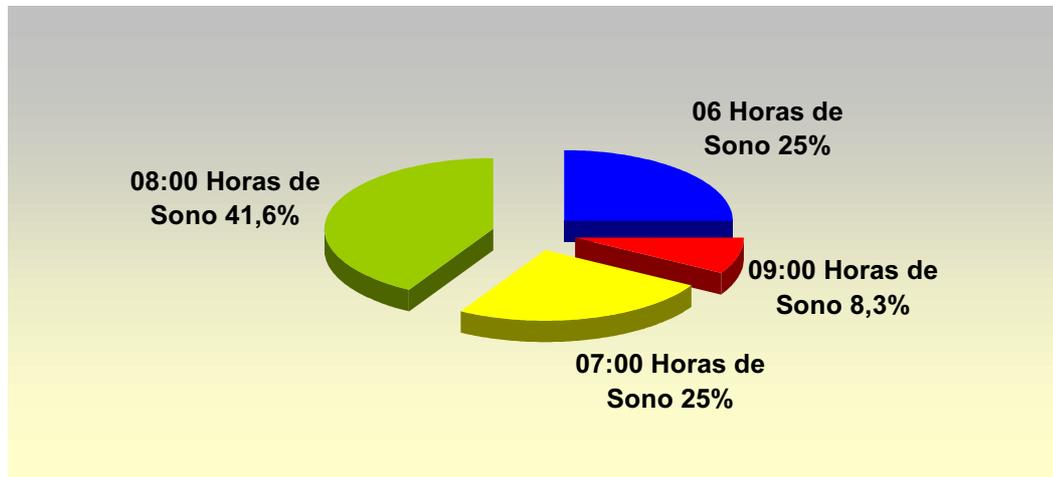


Gráfico 6 – Características do Cuidado à Saúde e Lazer da Equipe do Programa de Saúde da Família, Quanto ao Sono e Repouso, do Bairro do Saco dos Limões, Florianópolis – Santa Catarina

Os dados relativos à saúde dos (das) trabalhadores (as) do PSF têm mostrado que alguns aspectos de relevada importância foram abordados, trazendo preciosíssimas informações: quanto ao sono, mostram que 25% destes (as) profissionais dormem 06 horas por dia, 41.6% dormem 08 horas por dia, 8.3% dormem 09 horas por dia e 25% dormem 07 horas por dia. O mais preocupante são os (as) profissionais que desenvolvem atividades no período noturno, deixando de lado a importância do sono. O duplo vínculo trabalhista surge em decorrência da necessidade de complementar o orçamento familiar.

Assim, estes profissionais se deparam muitas vezes com alteração do ritmo biológico, predispondo inclusive, quem sabe, ao longo da vida a instalação de algumas patologias crônico-degenerativas.

	Médico	Auxiliar de Enfermagem	ACS
Faz Exames de Rotina	100% Sim	100% Sim	90% Sim 10% Não
Faz Consulta Ginecológica regularmente	Não se aplica	100% sim	88% sim 12 % não
Consulta o Dentista Periodicamente	100% Sim	100% Sim	100% Sim
Pratica Alguma Atividade Física	100% Sim	100% Sim	100% Sim
Desenvolve Algum Tipo de Terapia	Não	Não	20% Sim 80% Não
Utiliza Algum Método Contraceptivo	Não	Sim	80% Sim 20% Sem Parceiro (a)
Utiliza Alguma Proteção no Ato Sexual	Não	Não	20% Não tem parceiro (a) 20% Não Utilizam 60% Utilizam
Número de Refeições Diárias	3	4	3 a 5
Costuma Divertir-se Regularmente	Sim	Sim	60% Sim 40% Não
Utiliza Algum Cuidado para Diminuir o Stress	Sim	Sim	80% Sim 20% Não

Quadro 5 - Características no Acompanhamento do Cuidado à Saúde da Equipe do Programa de Saúde da Família, do Bairro do Saco dos Limões, Florianópolis – Santa Catarina

No que diz respeito a exames de rotina, têm-se os resultados positivos como: 75% fazem os exames anualmente, 8.3% não o fazem, 8.3 faz a cada 02 anos e 8.3% fazem mensalmente, como é o caso da ACS que é acompanhada pelo médico especialista em dermatologia e hematologia. Outro fato que chama a atenção é o sexo feminino, com um total de 88%, fazendo acompanhamento ginecológico periodicamente, contra apenas 12% que não o fazem.

Um dado substancial é com relação ao acompanhamento ao dentista, mostrando um total de 91.6% que dizem fazer periodicamente a consulta ao dentista e apenas 8.3% não o fazem.

No que tange à proteção no ato sexual, 16.6% não têm parceiro, 25% não utilizam proteção alguma, 50% utilizam o preservativo e 8.3% não se aplica nenhum dos itens.

Todavia, o que mais chama a atenção é a unanimidade dos participantes que desenvolvem algum tipo de atividade física, associado ao hábito alimentar, com um bom padrão no número de refeições ao dia. Este número fica entre 3 e 5 refeições/dia com alimentos variados.

Um plano de saúde que cubra os tratamentos também foi citado pela equipe como uma necessidade do grupo. Parece incoerente que quem trabalha na saúde infelizmente não goze de privilégios como atendimento a sua própria saúde. Com relação aos exames e consultas periódicas, apenas os ACS são contemplados (as), pois são remunerados por uma ONG (Organização Não Governamental) e esta tem o serviço de medicina do trabalho.

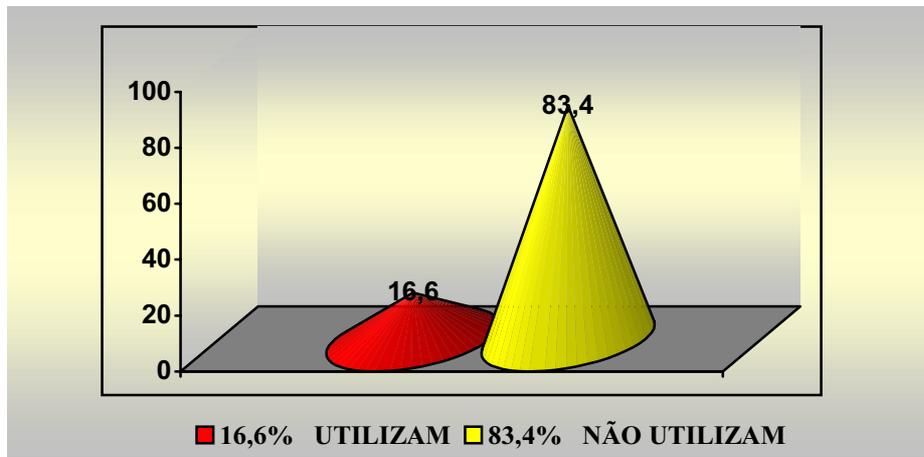


Gráfico 7- Terapias alternativas Utilizadas pela Equipe do Programa de Saúde da Família do Bairro do Saco dos Limões, Florianópolis – Santa Catarina

As terapias alternativas também são utilizadas pela equipe do Programa de Saúde da Família, embora em número pouco expressivo, ficando com um total de 16.6%, em que 8.3% utilizam florais e 8.3%, acupuntura.

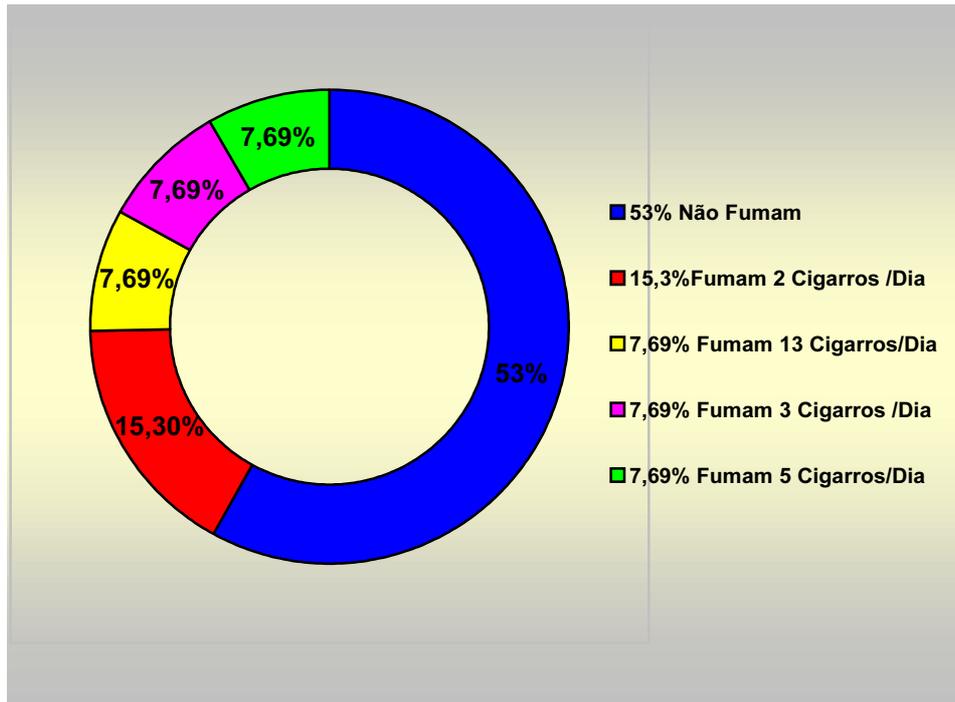


Gráfico 8 - Características do Cuidado à Saúde e Lazer da Equipe do Programa de Saúde da Família, Quanto ao Fumo, do Bairro do Saco dos Limões, Florianópolis – Santa Catarina:

Como pode ser visualizado no gráfico acima, os não fumantes estão em uma proporção maior que os fumantes.

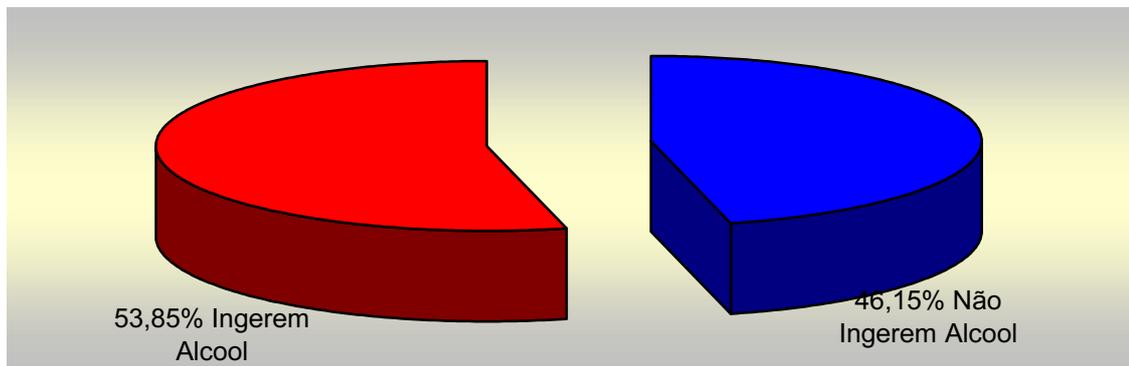


Gráfico 9 - Características do Cuidado à Saúde e Lazer da Equipe do Programa de Saúde da família, do Bairro do Saco dos Limões, Florianópolis – Santa Catarina

Importante observar que mais de 50% dos integrantes da equipe costumam ingerir bebida alcoólica com certa regularidade.

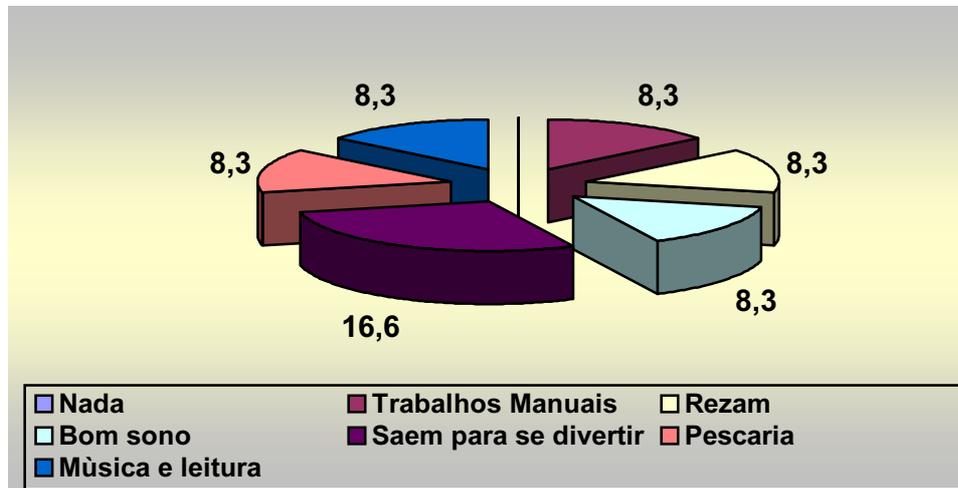


Gráfico 10 – O que a Equipe Utiliza para Combater o Estresse – Bairro do Saco dos Limões, Florianópolis, Santa Catarina

O estresse é um fator agravante no cotidiano dos (das) trabalhadores (as) em domicílio. Percebe-se que 16.6% dos (das) profissionais não fazem nada para evitar o estresse, 8.3% realizam trabalhos manuais para se ocupar e relaxar, 16.6% rezam, 8.3% preferem um bom sono, 16.6% saem para se divertir, 8.3% utilizam a música, 8.3% meditam, 8.3% preferem uma boa pescaria, que, conseqüentemente, acaba relaxando e, finalmente, 8.3% optam pela música e a leitura.

	Tipo de Diversão que Desenvolve
Médico	Viajar, tocar violão, reunir-se com amigos
Auxiliar de Enfermagem	Ir à Casa de Amigos
ACS 01	Brincar com os filhos
ACS 02	Brincar com os filhos
ACS 03	Sair à noite
ACS 04	Dançar e ir ao shopping
ACS 05	Ver TV e ler
ACS 06	Dançar e ir a festas
ACS 07	Passear, ir à praia e no campo
ACS 08	Ir à praia e ao cinema
ACS 09	Escutar música
ACS 10	Escutar música

Quadro 6 - Características do Cuidado à Saúde e Lazer da Equipe do Programa de Saúde da Família, Quanto à diversão, Bairro do Saco dos Limões, Florianópolis – Santa Catarina

No Quadro 5 apresentado anteriormente, 66.6% dizem ter o hábito de divertir-se regularmente e 33.3% não têm este hábito. As diversões são as mais variadas. Conforme o Quadro 6, brincar com o filho, sair à noite, dançar, ir ao shopping, ler, ver TV, ir a praia, ir ao cinema, passear no campo, viajar, reunir-se com amigos e escutar música são as atividades de lazer apontadas pela equipe.

Você costuma divertir-se com:					
	Cinema	Revistas	Rádio	TV	Jornal
Auxiliar de Enfermagem	–	X	X	X	X
Médico	X	X	X	X	X
ACS 01	X	X	–	X	–
ACS 02	–	–	X	X	X
ACS 03	–	X	X	X	X
ACS 04	–	X	X	X	X
ACS 05	–	–	X	X	X
ACS 06	–	X	–	X	X
ACS 07	–	–	–	X	X
ACS 08	X	X	–	X	X
ACS 09	–	–	–	X	X
ACS 10	–	X	X	X	X

Quadro 7 – Tipo de Lazer da Equipe do Programa de Saúde da Família, do Bairro do Saco dos Limões, Florianópolis – Santa Catarina:

Assim, têm-se 25% de profissionais que gostam de ir ao cinema, 75% que gostam de ler uma boa revista, 58.3% que gostam de escutar rádio, 100% que gostam de ver TV e 83.3% que lêem jornal.

5 O PROCESSO DE SER, VIVER E TRABALHAR DA EQUIPE DO PSF

“Sentir amor é fácil, mas defini-lo é realmente difícil.”

Bombain (1968)

Desde que foi formada a equipe de PSF no bairro, percebi a necessidade de trabalhar mais próxima destes (as) funcionários (as) na tentativa de identificar problemas, questionar soluções e traçar em conjunto alguns objetivos para as melhorias no seu processo de Ser e de Viver, usando, para isso, o Cuidado Transdimensional. Ao refletir sobre este processo, através destas vivências, busco novas alternativas de atuação com propostas para o cuidado de si e do outro. Tornam-se, assim, necessários questionamentos e propostas para a obtenção de soluções na busca de novos sentidos para nossas vidas. Inicialmente, confesso que me senti um tanto insegura, pois a busca de valores que são considerados importantes para a construção do processo de cuidado destes (as) trabalhadores (as) aflora a todo o instante e muitas vezes toma dimensões diversas.

Atualmente, faço parte desta equipe como enfermeira, portanto, esta proximidade com os demais membros trouxe com grande entusiasmo a pretensão de desenvolver este projeto, tendo como objetivo primordial propor melhorias no processo de Ser e de Viver dessas pessoas. A partir de então, mesmo que isto parecesse um tanto utópico, essa necessidade tornou-se cada vez mais forte dentro de mim e com possibilidades de se tornar realidade.

Atuar junto a esta equipe, desenvolvendo um trabalho na busca de uma maior harmonização destes (as), voltada para o seu processo de vida, sem dúvida, correspondeu às minhas expectativas e sonhos. Sempre quis trabalhar neste sentido, fazendo um trabalho em conjunto, com possibilidade de ajudar as pessoas que ajudam outras a se cuidar. Foi uma grande surpresa perceber que a equipe estava pronta e, de certa maneira, necessitando dessas oficinas. Esta constatação foi demonstrada pela receptividade deles (as) mesmos (as). Os encontros ocorreram

com muita integração, emergindo um clima de harmonia e, deste modo, permitindo o desenvolvimento das vivências de cuidado propostas.

5.1 Desvelando o Ser

O nosso primeiro encontro se deu dia 18-01-02 às 14:00 horas, na Unidade Básica de Saúde (UBS), mais especificamente na sala de reuniões. Teve como principal objetivo o esclarecimento sobre as oficinas e forma de preenchimento do instrumento sobre o processo de ser e viver da equipe. O início de nossos encontros sofreu um atraso em consequência de problemas relacionados com a mudança da UBS para o novo endereço. Para a realização dos encontros, necessitávamos de uma sala. Assim, logo que foi mobiliado o novo Centro de Saúde, foi possível sentar com a equipe e explicar todo o estudo que pretendia desenvolver.

No aconchego da sala de reunião da UBS, vinte cadeiras novas e estofadas de cor neutra estavam dispostas em círculo, possibilitando a visualização de todos os (as) participantes do processo de cuidado. Estreamos este “cantinho”, o que, de certa forma, conseguia trazer uma sensação de prazer. Olhando para o teto, víamos um ventilador que se manteve ligado todo o tempo, em consequência do escaldante calor das tardes de verão em Florianópolis. Apesar do ventilador, e da janela com a persiana aberta durante todo o tempo, o calor era intenso. Contávamos com uma certa privacidade, pois, em algumas salas da UBS, não se pode deixar a janela aberta devido ao fluxo de pessoas circulando na parte externa da Unidade. O ambiente dispunha também de uma televisão com vídeo, uma lousa e pincéis de todas as cores em sintonia com as paredes azuis, ainda cheirando à tinta fresca. A pouca circulação de clientes na unidade, também ajudou, haja vista que o atendimento não estava funcionando plenamente. Era o nosso primeiro encontro. Tudo acontecia num clima de alegria e tinha-se uma sensação de bem-estar por parte de todos, proporcionando descontração. O sentimento de prazer era visível.

Todos riam o tempo todo e por qualquer motivo. Estavam presentes neste encontro: Lucas, Miriam, Gustavo, Vanessa, Ângela, Clara, Cida, Julia, Helena, Luzia, Vera e Shirley. Conforme proposto na metodologia, são nomes fictícios.

Neste primeiro encontro, foi esclarecido que a realização das vivências ocorreria no horário de trabalho, evitando transtornos na vida particular dos (as) participantes. Junto com os (as) integrantes da equipe, foi estabelecido o cronograma dos demais encontros que surgiriam. Ficou definido, em consenso com a equipe, que o cronograma poderia ser alterado caso houvesse necessidade. Assim, o segundo encontro para 25/01/02, no período matutino, o terceiro encontro para 05/02/02, no período matutino, o quarto encontro para 06/02/02, no período matutino, o quinto encontro para 06/02/02, no período vespertino, o sexto encontro para 07/02/02, no período matutino, o sétimo encontro para 07/02/02, no período vespertino, o oitavo encontro para 08/02/02, no período matutino, e o nono encontro para 08/02/02, no período vespertino.

O convite para a participação foi feito de forma verbal e por escrito, no qual delimitamos os objetivos, o local, as datas, o período e etapas do estudo, assim como os benefícios advindos desta participação (Anexo I). Foram incluídos no estudo as 12 pessoas da equipe do Programa de Saúde da Família, ou seja, o médico, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários, que espontaneamente aceitaram, ficando claro que poderiam recusar a participação.

Para evitar encontros fora deste espaço, resolvemos que, neste primeiro dia, os integrantes preencheriam os Instrumentos I e II para identificar as características do processo de Ser e Viver da equipe. O objetivo era desenvolver um cuidado através de vivências referentes à vida pessoal e profissional, com perguntas voltadas ao tema: trabalho, condições econômicas, características na vida em família, atenções no cuidado à saúde e atividades sociais e de lazer.

Este processo do encontro ocorreu com a integração de todos (as) os (as) participantes. Todos procuraram responder aos instrumentos de maneira completa. Tal encontro foi muito proveitoso, pois se tratava de realizar uma avaliação diagnóstica para subsidiar os futuros encontros.

Ao término do preenchimento dos instrumentos e o cronograma montado, observamos que o tempo já havia se esgotado, mesmo sem ter sido feita uma pausa

para o lanche. A despedida calorosa ocorreu de forma espontânea, nos abraçamos e conversamos alegremente.

5.2 A Busca da Unidade no Viver e Trabalhar da Equipe

O segundo encontro foi no dia 25/01/02, com início às 08:00 horas. Participaram onze pessoas. Minhas expectativas para o dia eram muito grandes. Além de ser um encontro no qual faríamos nossa primeira vivência, era também a primeira vez que eu participava como condutora de uma experiência deste tipo. Eu tinha programado que iríamos trabalhar as características do nosso trabalho do PSF, quando, porém, fiquei aberta às reações e desejos do grupo. Ao chegar na sala, já estavam presentes todos os (as) participantes: Lucas, Miriam, Gustavo, Vanessa, Ângela, Clara, Cida, Julia, Helena, Luzia e Vera. Shirley era a única que não estava na sala, entretanto, um telefonema nos colocou cientes de que houve um imprevisto e de que ela não poderia vir neste dia, por problemas particulares.

Dando continuidade, foi feita uma rápida saudação por parte da condutora “bom dia, como vocês estão! Hoje vamos iniciar o nosso encontro com uma apresentação feita de maneira diferente. Esta apresentação será feita em dupla, para o grande grupo”. E, assim, solicitei que se organizassem em duplas para conversarem entre si, abordando o (a) companheiro (a) sobre tudo aquilo que achassem necessário saber, para depois apresentarem o colega para todos do grupo, enfatizando dados como: nome completo, religião, estado civil, número de filhos, desejos, gostos, medos, sonhos, escolaridade, endereço, entre outros. Enfim, o que julgassem importante e necessário para que o (a) colega pudesse registrar e, posteriormente, colocar para o grupo.

Com esta forma de apresentação, deu-se o início da integração de seus membros. As cadeiras foram colocadas em círculo, para melhor desenvolvimento das atividades. Foi dado aproximadamente 15 minutos para este bate-papo informal. Ao término do tempo, iniciamos a apresentação dos componentes, totalizando seis

duplas. Participaram desta forma de apresentação oito agentes de saúde do sexo feminino, um do sexo masculino, uma auxiliar de enfermagem, eu, a enfermeira e um médico. Esta forma muito carinhosa de apresentar o colega, despertou para a importância de se conhecer melhor as pessoas com quem compartilhamos tanto tempo de nossas vidas, para saber um pouco a respeito do que elas pensam, gostam, acreditam e temem.

Em seguida, fiz algumas considerações sobre os dados levantados no encontro anterior que constavam do Instrumento II. A equipe se mostrou interessada em conhecer estes resultados, pois o instrumento tinha sido desenvolvido individualmente. Assim, todos queriam saber como o conjunto da equipe vive e pensa o seu dia-a-dia. O estudo possibilitou uma compreensão da realidade de cada um dentro do programa de saúde da família. À medida que os resultados estavam sendo exibidos, os Agentes de Saúde foram percebendo sua importância dentro do PSF, como foi demonstrado pelo comentário de Miriam: “Como uma equipe não é importante, sendo que correspondem a cinquenta por cento do número total de trabalhadores da UBS?”. Após esta explanação, resolvemos que iríamos trabalhar, em um primeiro momento, as dificuldades e facilidades encontradas pela equipe no desempenho diário de suas atividades. Essa decisão se deu em função de muitos (as) deles (as) estarem querendo expor situações que os (as) afligiam, até porque, seriam discutidas formas de melhorar o trabalho.

Tudo foi transcorrendo de maneira harmoniosa em comum acordo com os (as) participantes. Resolvemos que a cada dia seria abordado um assunto, selecionado a partir dos resultados apresentados no instrumento, ou até mesmo, abriríamos a possibilidade de trabalharmos outro assunto, desde que a equipe achasse importante e necessário. Assim, ao término da apresentação dos resultados, fizemos um intervalo para o lanche. Este lanche foi providenciado pela pesquisadora, tinha refrigerantes e biscoitos. Aconteceu dentro da sala de reunião com os (as) profissionais do Centro de Saúde que também foram convidados a participar. Era como se estivéssemos confraternizando algo. Todos riam e comiam, Gustavo e Cida dirigiram-se para a parte externa do prédio a fim de fumar. O clima era de descontração. Acho que muitos ainda pareciam não saber o que aconteceria em nossos encontros.

Retornamos após 30 minutos para darmos continuidade a este encontro. Vera leu a oração da Nossa Senhora da Saúde. Ela o fez por iniciativa própria, dizendo carregar sempre a oração com ela dentro de sua bolsa.

Virgem puríssima, que sois a saúde dos enfermos, o refúgio dos pecadores, a consoladora dos aflitos e a despenseira de todas as graças, na minha fraqueza e no meu desânimo, apelo, hoje, para os tesouros da vossa divina misericórdia e bondade e atrevo-me a chamar-vos pelo doce nome de mãe. Sim, ó mãe, atendei-me em minha enfermidade, dai-me a saúde do corpo para que possa cumprir os meus deveres com ânimo e alegria, e com a mesma disposição sirva o vosso filho Jesus e agradeça a vós, saúde dos enfermos. Nossa Senhora da Saúde, rogai por nós, amém.

Todos estavam em silêncio escutando as palavras lidas por Vera. *Clara cochicha com Cida e sorri.* Cida não tem com quem deixar sua filha de 4 anos e a trouxe para a oficina. Dando continuidade, de comum acordo, o grupo foi dividido em cinco sub grupos, para trabalhar as dificuldades e sugestões do cotidiano do Programa de Saúde da Família. Para esta atividade foram utilizados cartolina e pincéis coloridos, durante aproximadamente 45 minutos.

Neste clima de descontração, ao som de um bem-te-vi que cantava seguidamente do lado de fora da janela sobre o muro, a equipe apontou as dificuldades da sua atuação diária no desempenho do exercício profissional, que, no meu modo de ver, aflorava com muita espontaneidade. Trabalhar com pessoas em um clima de parceria, sem imposição de qualquer natureza, evita bloqueios e diminui a capacidade de influenciar o pensar, proporcionando um relaxamento sem dispersão de idéias.

As **dificuldades** mais emergenciais mencionadas pelo grupo foram: acesso às residências devido a uma geografia íngreme, cachorros soltos; salários baixos; pessoas que se recusam a receber os ACS e às vezes o fazem com impaciência; esgoto a céu aberto; acúmulo de lixo em determinados locais; fios elétricos soltos; tráfico de drogas; falta de solução a determinados problemas como: diabete, hipertensão, desnutrição, falta de higiene, maus tratos infantis, atendimento às gestantes, hansenianos, por não aceitarem o tratamento; entre outros. Finalmente, a falta de aceitação por parte de alguns clientes, com relação às orientações e encaminhamentos feitos pelos ACS.

As **sugestões** foram: estabelecer maior parceria entre os agentes de saúde e a equipe dos profissionais do PSF, para mudar progressivamente a

percepção da população sobre os benefícios e o funcionamento do programa. Dessa parceria emergiria maior divulgação do programa nas escolas, nas igrejas, junto aos grupos da terceira idade, entre outros.

A aquisição de um glicosímetro fazia-se necessária em razão do grande número de diabéticos em nossa área de abrangência, tornando o trabalho de prevenção o alicerce da atenção primária à saúde.

Outra situação que pareceu muito clara foi a não aceitação dos ACS por parte de algumas pessoas da comunidade, em consequência do mau atendimento de alguns funcionários na recepção do U.L.S. no momento do acolhimento para com o usuário. É de fundamental importância, pois só assim garantimos a reciprocidade por parte da comunidade, mantendo os canais de comunicação. A respeito, foi feita uma reunião com os (as) agentes administrativos da Unidade de Saúde para melhorar esta atuação. Surgiu também a necessidade de mais uma equipe de PSF no bairro, devido ao número de habitantes.

Com relação à geografia e à distância de algumas residências para visita, um carro disponível deveria ser solicitado junto à secretaria. Com reuniões educativas na comunidade, treinamentos e reciclagem dos (as) profissionais, poderíamos proporcionar condições para visita nestes lugares de difícil acesso. Convidaríamos representantes da Casan e Celesc para ajudarem nos problemas ambientais e elétricos e atuação do Deic no caso das drogas. A questão do saneamento básico condizente com as necessidades do bairro seria levada ao conhecimento dos órgãos competentes, trazendo esta discussão para a realidade do PSF em nosso bairro.

No intuito de sanar as dificuldades apontadas pela equipe, fizemos apenas uma breve avaliação da atividade desenvolvida neste dia. Todos (as) manifestaram, de maneira geral, a sua satisfação em participar desta atividade. Confesso, também, que senti o quanto foi importante à equipe sentar e refletir sobre os problemas encontrados por ela e buscar soluções para os mesmos. Este clima de bem-estar fez com que Luzia lesse uma frase que julga *poderosa*, “sonhos são como deuses, se não se acredita, eles deixam de existir”.

O clima de harmonia levou-me a realizar uma dinâmica para enfatizar a importância da união na busca da unidade. Distribuí papéis enroladinhos para todos (as). Estes continham um nome de animal por escrito, parte de uma família,

exemplo: boi, vaca, bezerro, ou macaco, chimpanzé, gorila. Porém, um dos animais não teria família, este era o pintinho. Assim, cada um tirou o papel e saiu a procurar alguém da sua família para unir-se a ela. Quando todos acharam as suas respectivas famílias, se abraçavam e ficavam próximos. Foi então que o grupo observou que sobrou alguém, o pintinho. Chocado, o pintinho sentiu-se só e desolado, uma vez que não tinha ninguém. A intenção era mostrar que é muito triste viver só, pois a união faz a força. Em uma equipe, o importante é a integração de todos.

Terminado o exercício, passou-se para o uso de uma técnica de relaxamento, que ocorreu da seguinte forma: foi solicitado que todos se recostassem em sua cadeira da melhor maneira, ou seja, de maneira que ficassem o mais confortável possível, fechando os olhos e se transportando para um lugar bem longe. Um lugar em que tivesse muita paz, próximo do mar com muitas gaivotas gritando. Foi solicitado que todos se envolvessem na areia, entregando-se totalmente àquela paisagem. Pedi que sentissem o cheiro do mar, e fixassem uma cor daquela paisagem. Coloquei uma música de fundo bem suave. Cada um (a) determinou o tempo que ficou neste estado, voltando lentamente, abrindo os olhos e mantendo o corpo bem relaxado. Após o exercício, cada um (a) explicou o que sentiu durante o relaxamento. Lucas, Gustavo, Vanessa, Ângela, Helena, Vera e Luzia relataram uma sensação muito grande de bem-estar interior. Os demais, Clara, Miriam, Julia e Cida, disseram que há muito tempo não conseguiam entrar neste estado, achando essencial que se fizesse diariamente este relaxamento com os (as) participantes. Já com relação à fixação de uma cor, Gustavo salienta que a cor que predominou em seu exercício de relaxamento foi a cor branca, devido a um fecho de luz que refletia da lua nas águas do mar, pois estava anoitecendo. Miriam diz que o azul foi a cor que predominou no seu pensamento. Vera, Cida, Ângela, Lucas, Julia e Vanessa viram o predomínio da cor azul, sendo que Vera referiu ter sentido inclusive o cheiro do mar. Luzia se viu flutuando nas nuvens, haja vista o branco como predomínio de seu pensamento. Helena revela que viu um azul fraco em decorrência da poluição do mar; já Clara se viu olhando para o mar, também com o predomínio da cor azul.

Para finalizar este encontro, aproveitando o clima de aconchego que se instalou entre os (as) participantes após a vivência, foi feita uma avaliação. Gustavo

e Lucas valorizaram a integração por meio de encontros com trocas de emoções e também acerca dos questionamentos dos problemas enfrentados pela equipe do Programa de Saúde da Família. Miriam abordou a importância da aproximação dos Agentes Comunitários de Saúde com a equipe do Centro de Saúde. Naquele momento que percebi que todos estavam em sintonia e engajados em prol de um só objetivo: “se estamos bem, podemos cuidar bem”. Assim, Miriam pediu para que batessem palmas para nós mesmos (as).

5.3 Uma Vivência Singular de Cuidado

No dia 05/02/02, assim que cheguei, me dirigi logo para a sala de reunião da UBS. Estavam na sala Miriam, Lucas, Shirlei, Clara, Júlia, Gustavo, Cida e Vera. Para este dia eu tinha programado, previamente, continuar discutindo sobre as atividades desenvolvidas na prática cotidiana da equipe do PSF. Esperamos cerca de 10 minutos e iniciamos com 8 participantes na sala, porém, logo chegaram os demais. Por iniciativa própria, Julia pediu para ler uma oração:

Você é muito importante para mim.
 Você é muito importante para mim
 Você corre, almoça, trabalha, canta, chora, ama.
 Você sorri, mas nunca me chama.
 Você se entristece, depois se acalma, mas nunca me agradece.
 Você caminha, sobe, desce escadas, e nunca se preocupa comigo.
 Você tem tudo e não me dá nada.
 Você sente amor, ódio, sente tudo, menos minha esperança.

Após o término da oração, Ângela sugeriu que cada participante trouxesse um lanche a cada encontro e se propôs a trazer uma torta salgada para o próximo. Então, foi elaborado um cronograma para que os demais membros da equipe trouxessem algo para comer.

Dando continuidade, solicitei que todos fechassem os olhos para olhar para dentro de si mesmos, buscando fazer uma retrospectiva sobre suas vidas, no

que se refere à profissão, vida pessoal, infância, adolescência, vida familiar, vida social, entre outros. A intenção era lembrar de um episódio marcante, inesquecível ou até engraçado que aconteceu no passado. A partir deste momento, todos fecharam os olhos tentando lembrar de uma experiência inusitada em relação a algo que realmente marcou suas vidas. Para este exercício, foi dado um tempo em torno de 15 minutos.

Quando terminou o prazo, perguntei se queriam compartilhar com o grupo suas vivências. Gustavo foi o primeiro a se colocar para o grupo, lembrando que, quando viajou para Tijucas há muitos anos, estava cansado de caminhar e acabou pegando uma carona com uma carroça. Porém, a mesma deu solavanco e o derrubou dentro de uma poça de lama. Foi muito complicado, pois teve que voltar para se trocar, estava todo enlameado.

Vera contou ao grupo que, quando pequena, gostava de se pendurar em folhas de coqueiros e fazer impulso para se balançar. Um belo dia, ao se pendurar na folha do coqueiro, este bateu com violência no tronco da árvore deixando-a tonta. Foi um susto muito grande. Helena e Cida relataram uma situação muito constrangedora. Comeram salgadinho estragado e foram para a escola, justamente neste dia a professora proibiu as idas ao banheiro durante as aulas. Foi uma tortura, lembraram sorrindo.

Ângela e Clara contaram com muita alegria que dormiram no banheiro de uma boate ao beberem muito. Só acordaram no dia seguinte, quando foram abordadas pelos funcionários do estabelecimento. Luzia e Cida lembraram que, ao retornarem de uma visita domiciliar na comunidade, começou a chover torrencialmente, e quando perceberam, a tinta (vermelha) de seus cabelos estava escorrendo e manchando todas as suas roupas. Tiveram de voltar para a casa de ônibus naquela condição, já que a visita era no Morro do Caeira.

Miriam lembrou de um episódio engraçado em viagem ao Rio Grande do Sul, quando, ao chamar sua amiga, trocou seu nome por um palavrão. Foi muito engraçado. Finalmente, Julia contou um episódio sobre o seu outro local de trabalho, quando ficou presa no banheiro, no escuro, durante algum tempo devido a “um curto” na energia elétrica.

Toda a equipe se descontraíu e se divertiu muito com o que ia sendo relatado pelos (as) integrantes do grupo. Miriam referiu que foi genial o tema

escolhido para refletirmos. Enfatizou ainda que há muito tempo não fazia uma retrospectiva de sua vida e muito menos tendo oportunidade de fazer isso com mais pessoas. Acha que devemos fazer estas dinâmicas mais vezes. “Eu curti demais”, disse ela.

Dando prosseguimento, coloquei uma música bem suave de fundo. A equipe estava ainda em clima de reflexão e na busca de sua unidade interior. Aproveitamos para continuar com a mesma sintonia, trabalhando com um assunto também apontado por todos. Foi aberto um espaço para que se expressassem, sobre algum episódio importante da infância. Sugeri que fizessem uma colagem para expressar o episódio. Foram distribuídos revistas, colas, pincel atômico, cartolina e tesouras. Aquilo que aconteceu em sua infância poderia ser feito com colagem, pintura ou até como relato. Após a atividade de grupo, que durou mais ou menos trinta minutos, iniciaram-se os relatos.

Vera, com seu olhar tão meigo e carinhoso, expôs, através da colagem, que:

Quando criança, fui muito feliz, morava no campo, com muitas árvores, cachoeiras, rios e pedras. Tenho vários irmãos e éramos muito felizes. Atualmente, continuo muito feliz, apesar de ter passado maus momentos em meu casamento, tenho duas filhas que moram comigo e sou muito realizada no meu serviço.

A segunda pessoa que quis falar ao grupo foi Luzia, que, por meio de desenho, relatou: “Tive uma infância maravilhosa, com pais maravilhosos, porém, eles morreram muito cedo, para nossa tristeza. Tenho duas filhas. Ao ser aprovada na seleção para ACS, me realizei”.

Cida, com sua filha ao lado, descreveu:

Nasci no bairro Saco dos Limões, sofri muito na separação do meu pai com minha mãe. O tempo passou e eu tive de começar a trabalhar muito cedo para ajudar minha mãe e, em meio a esta situação, acabei casando muito cedo. Tive uma filha e continuo a estudar, quero ser enfermeira.

Ângela lembra e destacou: “Tenho uma irmã gêmea, nasci de uma família maravilhosa. Tenho muito medo de me separar dela, pois estamos sempre juntas pra tudo. Tenho um namorado que me dá muita segurança”.

Julia, com um ar de tristeza, contou:

Lembro que todos os domingos ia para a casa da avó, eram muito especiais os domingos para mim. Após o falecimento de minha avó, os domingos deixaram de ser interessantes para mim. Meus pais não eram fáceis de lidar, casei aos 14 anos, tive uma filha aos 16 anos, meu casamento não deu muito certo, acabei me separando. Após algum tempo, casei novamente e sou muito feliz.

Miriam lembrou a sua infância difícil devido ao pai alcoolista:

Passei a ser feliz quando casei. Tenho um filho que também já está casado. Comecei a trabalhar com 35 anos de idade com o apoio de meu marido. Meu marido sempre me dá muito apoio, foi quando fiz o curso de auxiliar de enfermagem e entrei para a Rede Básica de Saúde através de concurso.

Lucas utilizou colagens e disse: Nasci em outro país, mas é aqui que acabei vivendo a maior parte de minha vida. Fiz faculdade e depois não consegui mais sair desta maravilha. Tenho bons amigos e vivo muito feliz com minha atuação no PSF.

Clara expressou através de colagens:

Nasci em Tubarão, tive uma infância muito saudável, porém, ao mudarmos para Florianópolis, deixei lá meu grande amor. Acabei conhecendo outro rapaz em Florianópolis e fui morar com ele e deste relacionamento nasceu meu filho. Este relacionamento não deu certo e fui refazer minha vida. Tenho outro namorado, trabalho como ACS e vivo feliz.

Gustavo, a seguir, assinalou:

Tenho saudades de minha infância, lembro da minha primeira bicicleta, era natal. Recordo-me de ir para a escola com minha irmã. Às vezes tenho medo de estar adulto e perder a fantasia, de sonhar, de brincar na chuva e de sair correndo atrás de uma pandorga. Já trabalhei em vários lugares, e há dois anos e meio estou como ACS. Acho que o ser humano deve ser livre de preconceitos, e a cada dia que passa, dentro de minha atual situação de trabalho, tenho aprendido que é possível viver e ser feliz. Porém, algo me angustia, as nossas praias deixaram de ser limpas e com muitas construções.

Finalizando, Helena descreveu:

Minha infância não foi das melhores, éramos muito pobres. Lembro que meu pai doava sangue para comprar carne ou peixe para nós comermos. Eu e ele éramos muito amigos, sempre que olhava para ele lá estava o esparadrapo no braço. Mesmo assim, acho que ele nos educou de uma forma muito boa. Acho que as dificuldades existem para que a vida seja

mais emocionante. “Eu sou feliz, sou muito feliz, sou feliz, sou feliz, sou feliz, estou viva, estou viva. Eu amo a vida”.

Fizemos uma pausa para o lanche, oferecido por Miriam. A equipe do Centro de Saúde também foi convidada a participar do lanche. É muito gratificante ver a equipe do Centro de Saúde junto com os ACS, todos em uma só sintonia, vivendo aquele momento com grande troca de energia. Ficamos juntos 30 minutos, foi um momento único.

Quando a equipe voltou para a sala, foi resolvido que seria feito uma avaliação do dia. Descobri que aquilo que eu tinha programado ficou em segundo plano. Devido ao clima contagiante, Lucas sugeriu que deveríamos continuar nesta mesma sintonia e procurar identificar aquilo que foi gratificante para todos neste encontro. Mencionou que se reunir em circunstâncias iguais àquela poderia aprimorar as relações na equipe. Referiu, ainda, que encontros como aqueles deveriam acontecer rotineiramente. Terminou dizendo: “para mim, foi um momento mágico”. Miriam achou válida a busca para soluções dos problemas e pediu desculpas por ter trazido só broas e refrigerante não *light*. Luzia referiu ter aprendido muito e agradeceu pelo momento, pois serviu para relaxar. Cida gostou de conhecer um pouco melhor seus companheiros de trabalho, no entanto, ressaltou que foi difícil fechar os olhos e relaxar porque sua filha estava ao seu lado e ela ficou mais tensa, muito embora a garota se mantivesse comportada. Vera achou que desta maneira criamos forças, para, inclusive, chegar até os gestores e barganhar melhores condições financeiras como também melhorias para a comunidade. Julia comentou sobre a integração da equipe:

Observei que os meus colegas trouxeram lembranças alegres e tristes de maneira geral. A perda de pessoas queridas de sua família foi um fator que me chamou muito a atenção, assim como, pai alcoolista, dificuldades financeiras, necessidade de entrar no mercado de trabalho precocemente e a necessidade de cuidar dos irmãos mais novos.

Lembranças, como o nascimento de filhos, foram marcadas com muita alegria e com muitas saudades da infância. Desta forma, terminamos com um salva de palmas para todos nós, sugerido por Miriam. Depois nos abraçamos com muito carinho.

5.4 Trans-dimensionando o Cuidado

No dia 06/02/02, cheguei no Centro de Saúde às 08:05 horas, estava chovendo um pouco. Quase todos os (as) participantes já estavam me aguardando. O dia estava cinzento, mas o clima estava muito bom. A nova Unidade, com cheiro de tinta fresca, faz aflorar nas pessoas uma sensação de bem-estar. Entramos e sentamos nas cadeiras para um bate-papo até que os demais integrantes da equipe chegassem. Ao final de 10 minutos, iniciamos o nosso quarto encontro. Naquele dia, já estava me sentindo bem mais segura. Fizemos uma breve avaliação do encontro anterior, que, no meu ponto de vista, tinha sido movido pelo inesperado. Vera, com seu astral radiante, sugeriu que fossem feitas as atividades em dupla. Deste modo, deixei a livre que os integrantes da equipe fizessem sua escolha. Era só uma questão de negociação. Finalmente, a proposta daquele dia foi resolvida em comum acordo, estabelecendo-se a necessidade de trabalhar as características do PSF.

Luzia ajudou-me na distribuição de papel e canetas coloridas para todos. Assim, Miriam e Lucas resolveram trabalhar individualmente. Cida ainda comentou que “tudo seria diferente se o atendimento no balcão fosse melhor”. Alguém enfatizou que o ventilador estava estragado, mas logo Lucas se levantou e apertou o botão corretamente fazendo o ventilador funcionar. E assim se deu o início a mais um período de atividades. Durante todo tempo, os integrantes das equipes não paravam de conversar. Vera se preocupou com seus erros de português. Cida perguntou se todos os municípios já haviam implantado o PSF. Neste momento, Cida questionou Vanessa sobre o que ela pôs no papel a respeito do PSF. Vanessa recusou-se a mostrar o que estava fazendo.

Luzia e Cida formaram uma dupla e referiram que o PSF tem como objetivo levar mais saúde às famílias, sendo necessária uma maior integração dos ACS com a comunidade. Argumentaram que sentiam prazer em saírem juntas quando faziam visitas domiciliares. Disseram ainda que os idosos têm muita dificuldade de se locomoverem até o Posto de Saúde. Vera aproveitou para dizer que o melhor meio que inventaram para uma efetiva ligação entre a equipe do Centro de Saúde e a comunidade foi o PSF. A dupla Ângela e Clara comentaram

sobre a prevenção: “a prevenção é o melhor meio de se fazer saúde, e para isso, a educação do povo é um fator de peso”. Lucas disse que no PSF é prioritário o atendimento às crianças de 0 a 5 anos e às gestantes, para diminuir a mortalidade materna. Shirlei disse que o importante é a busca ativa⁴ de gestantes e crianças.

Desta forma, as duplas se uniram e juntas elaboraram um conceito geral sobre o PSF, visto sobre a perspectiva deles (as). A participação de todos (as) foi efetiva, com exceção de Clara, que parecia estar dispersa, com um olhar de preocupação. Mesmo assim, Clara resolveu ir até a lousa e escrever o que a equipe ia sugerindo. No início, Lucas expôs sua idéia, depois foi tecendo uma colcha de retalhos através do que a equipe ia dizendo até formar a frase:

O PSF é um programa ou estratégia elaborado pelo Ministério da Saúde visando trazer melhorias para as comunidades, através de visitas domiciliares e atendimento na Unidade de Saúde, em relação à saúde, bem-estar, informações e prevenção. Deve esclarecer à comunidade assuntos, muitas vezes desconhecidos, ou pouco conhecidos. É composto por médicos, enfermeiros, auxiliares/técnicos de enfermagem, ACS e outros profissionais, quando se fizer necessário.

Vera comentou que suas visitas são muito demoradas, porque, na maioria das vezes, as pessoas só querem conversar, ou seja, querem uma palavra amiga. Cida referiu: algumas vezes a gente corria o risco de acostumar mal as pessoas. Como, por exemplo: em outro bairro, aconteceu que os (as) ACS se uniram à enfermeira e foram fazer faxina na residência de uma pessoa para poder ensiná-la sobre alguns aspectos de higiene. Cida argumentou que a mulher acabou se aproveitando da situação, porque disse que “não aprendeu, só para que se faça a faxina novamente”. Miriam referiu que a integração da equipe do PSF com a comunidade é muito importante e as visitas não devem ser feitas tão rapidamente, e repetidas periodicamente. Acha que a equipe do Centro de Saúde deveria ter mais tempo para visitas de retorno. Deu uma sugestão muito válida: que deveríamos visitar os (as) pacientes também na data de seu aniversário, mostrando, desta forma, um gesto de carinho e consideração.

Fizemos, então, uma pausa para o lanche, feito por Luzia. Era um empadão de frango em alto estilo, delicioso. Assim, aproveitamos para inaugurar o forno de microondas da nova Unidade. Luzia pediu ajuda para pegar os refrigerantes

⁴ Busca Ativa - é ir até o cliente quando este não comparece à Unidade Básica ou quando se faz necessário.

na geladeira, a coca-cola e o guaraná. Foi uma festa. Desta vez a equipe do Centro de Saúde não apareceu, porque Luzia tinha trazido um empadão só para eles (as) e estes não conseguiram esperar e comeram antes. “Acho que somos uma família, não sei mais se conseguirei viver longe deste grupo tão legal; estou feliz; consegui esquecer os meus problemas, da minha casa, que não são poucos”, alegou Shirlei. Gustavo ajudou Luzia a arrumar a mesa do lanche, dizendo que no último dia traria uma lasanha para almoçarmos juntos (as). Antes de voltarmos para nossas atividades, pedi para Lucas ir até o carro e pegar uma narrativa que tinha guardado no porta-luvas. Esta narrativa, naquele exato momento, deveria ser lida, pois tinha tudo a ver com o que estávamos trabalhando. Então, quando voltamos para nossas atividades, pedi para que Miriam lesse a narrativa. Tratava-se da construção de uma melhor condição de vida mediante a ajuda de todos, quer seja uma família, quer seja uma comunidade, ou até mesmo um país.

Um vestidinho azul

“Num bairro pobre de uma cidade distante, morava uma garotinha muito bonita.

Ela freqüentava a escola local.

Sua mãe não era muito cuidadosa e a criança quase sempre se apresentava suja.

Suas roupas eram muito velhas e maltratadas.

O professor da pequena escola ficou penalizado com a situação da menina e pensava:

“Como é que uma menina tão bonita vem para a escola tão mal arrumada?”

Separou algum dinheiro do seu salário e, embora com dificuldade, resolveu lhe comprar um vestido novo.

Quando a mãe viu a filha naquele lindo vestido azul, sentiu que era lamentável que sua filha, com aquele traje novo, fosse tão suja para a escola.

Por isso, passou a lhe dar banho todos os dias, pentear seus cabelos, cortar suas unhas...

No final de semana, o pai falou:

“Mulher, você não acha uma vergonha que nossa filha, sendo tão bonita e bem arrumada, more em um lugar como este, caindo aos pedaços?

Que tal nós nos arrumarmos também e aproveitarmos para ajeitar a casa que precisa de consertos urgentes?

Você cuida da parte de dentro da casa e eu, nas horas vagas, vou pintar as paredes, consertar a cerca e plantar um jardim.”

Em pouco tempo, a casa se destacava na vila pela beleza das flores que enchiam o jardim, e pelo cuidado em todos os detalhes.

Os vizinhos ficaram envergonhados por morar em barracos feios e resolveram também arrumar as suas casas, plantar flores, e usar toda sua criatividade.

Em pouco tempo, o bairro todo estava transformado.

Um homem, que acompanhava os esforços e as lutas daquela

gente, pensou que eles bem mereciam um auxílio das autoridades. Foi ao prefeito expor suas idéias e saiu de lá com autorização para formar uma comissão para estudar os melhoramentos que eram necessários ao bairro. A rua, de barro e lama, foi substituída por asfalto e calçadas de pedra. Os esgotos a céu aberto foram canalizados e o bairro ganhou ares de cidadania. E tudo começou com um vestido azul...

Não era intenção daquele professor consertar toda a rua, nem criar uma organização que socorresse o bairro. Ele fez o que podia, fez a sua parte. Fez o primeiro movimento que acabou levando outras pessoas a se movimentarem e a lutar por melhorias. Será que cada um de nós está fazendo a sua parte no lugar em que vive? Por acaso somos daqueles que somente apontamos os buracos da rua, as crianças à solta sem escola e a violência do trânsito? Sabemos que é difícil mudar o estado total das coisas, que é difícil limpar toda a rua, mas também sabemos que é fácil varrer a nossa calçada. É difícil reconstruir um planeta, mas é possível dar um vestido azul. Há moedas de amor que valem mais do que os tesouros bancários, quando endereçados no momento certo e com bondade”.

Emocionada com o que escutou sobre o vestidinho azul, Vanessa diz a todos os participantes: “[...] a vida é um mistério para todos os seres humanos desvendar. E o valor que damos a ela é o desempenho de nossa sobrevivência”.

Terminamos a vivência com uma avaliação conjunta do que foi feito durante todo o período. Foi observado pela maioria da equipe como, ponto importante, o trabalho em conjunto, em que doamos um pouquinho mais de nós, em prol de um objetivo comum. A união faz a força. Após um momento de reflexão e música de fundo, Cida referiu: nunca mais serei a mesma.

5.5 Pensar e Planejar: práticas sem atributo de espaço e tempo

Já eram 08:30 horas, quando iniciamos o quinto encontro. Posicionando as cadeiras em círculo, juntamente com todos (as) os (as) participantes, nos sentamos, nos entreolhamos, e, após, um gesto de cumprimento. Miriam se manifestou dizendo que fez um xerox da oração da manhã e gostaria de entregar a todos, pedindo para ler em seguida. Todos concordaram. O dia estava iniciando e

todos estavam presentes e atentos para participarem. Lá fora havia um clima de discussão entre um paciente e funcionário. Porém, não ficamos sabendo o que houve. Continuamos atentos à oração de Miriam.

Oração da Manhã

Senhor no silêncio deste dia que amanhece.
Venho te pedir paz, sabedoria e força.
Quero olhar hoje o mundo com os olhos cheio de amor.
Ser paciente, compreensivo, manso e prudente.
Quero ver além das aparências
Os teus filhos como tu mesmo o vês.
E assim só ver o bem a cada um.
Serra meus ouvidos a toda calúnia.
Guarde minha língua de toda a maldade.
Que só de concórdia encha meu espírito.
Que eu seja tão bondoso (a) e alegre,
Que todos que se achegarem a mim
Sintam sua presença.
Reveste-me de tua beleza, senhor,
E que no decurso deste dia eu te revele a
Todos. Amém.

Ao ouvir esta oração, pensei: cada dia eu me surpreendo mais com esse pessoal. Mil coisas passam pela minha mente. E penso, por que eu não fiz estes encontros antes? Por que não observei tamanha necessidade? É! Por um momento, achei que aprendi mais com eles do que eles comigo. Minha satisfação era a maior de todas, nem sabia mais o que pensar. Pedi a Deus que continuasse me abençoando. Aquele era, sem dúvida, um verdadeiro presente divino.

Continuamos com questionamentos acerca do encontro anterior, refletindo sobre tudo o que aflorou naturalmente. Era, com certeza, uma experiência inovadora. Gustavo parecia estar com sono. Sem querer deixou transparecer que tinha saído à noite e voltado muito tarde.

Prosseguindo, achamos necessário dar encaminhamento aos problemas existentes no Programa de Saúde da Família, conforme tínhamos agendado em nosso segundo encontro. Esta atividade foi feita em equipe, com dois componentes cada uma. Primeiramente levantamos os problemas que tínhamos listado anteriormente e depois colocamos por ordem de prioridades, ficando dispostos da seguinte maneira:

- a) Salário baixo;
- b) Acesso às residências;

- c) Ser bem recebido pela comunidade;
- d) Falta de glicosímetro;
- e) Grande número de usuários de droga. (Luzia fala que ofereceram droga a sua filha de 15 anos durante o dia, quando a mesma estava indo comprar pão);
- f) Necessidade de reunião mensal com a equipe do PSF; e
- g) Calçados para os ACS.

Dessa forma, todos os (as) trabalhadores (as) do PSF participaram colocando em pauta as suas verdadeiras ansiedades. Fizemos, então, uma pausa para o lanche, pois já eram 10 horas. Nesse encontro, Helena trouxe o lanche, refrigerantes e bolo. Helena ri quando Vera pergunta se foi ela quem fez o bolo. Claro! Claro! Diz Helena. Mas logo confessa à Vera que comprou pronto. Apesar de não ter sido feito por Helena, estava muito bom, disse Vera. Lucas disse que teria de sair um pouco mais cedo, tinha uma consulta médica. Miriam foi pegar café porque gosta de bolo com café.

Ao retornarmos para nossas atividades, passamos a fazer o cronograma para a resolução dos problemas levantados.

Salário baixo, problema apontado por todos os membros da equipe. Concluíram que uma equipe que se empenha tanto e enfrenta tantos riscos merece um salário melhor. Foi decidido formar uma comissão e manter reuniões freqüentes com encaminhamento de documento elaborado pela equipe, para os gestores e o sindicato, para que se possa discutir sobre as reais necessidades salariais. Será discutida, inclusive, a necessidade de vale refeição, vale transporte, horas extras remuneradas, plano de saúde, entre outros. Estabelecemos que a data seria fixada até 30 de maio do ano de 2002.

O acesso às residências tornou-se de fato algo bastante difícil de solucionar, haja vista, que, em alguns lugares, é impossível chegar com qualquer veículo. O crescimento desordenado e a aglomeração de residências dificultam o bom empenho da equipe em suas visitas, oferecendo riscos em áreas de desmoronamento, deslizamentos de barreiras, acidentes pelo mau acondicionamento do lixo, e por mordedura de cães e outros animais. Miriam sugere que seja feito um controle para impossibilitar a entrada desordenada de pessoas que ocupam áreas

de encostas e de preservação em nossa cidade, aumentando a construção de barracos e agravando ainda mais as áreas de risco existentes no bairro. Este problema será encaminhado também até 30 de maio de 2002 para autoridades competentes.

Ser bem recebido pela comunidade é uma batalha que a equipe do PSF almeja. É um número pequeno de pessoas que dificultam o trabalho da equipe. Ao se discutir sobre o assunto, observamos um problema que vem assombrando as equipes dentro do programa. Muitos moradores ainda desconhecem o benefício que a equipe de PSF trás. Felizmente, são poucos, mesmo assim, atribuem a crise do setor saúde aos profissionais que nela trabalham. As informações obtidas pelos ACS acerca de problemas com as suas famílias parecem, na concepção de algumas pessoas, uma invasão de privacidade, tornando, desta maneira, difícil de se prestar uma boa assistência por parte da equipe. Para melhorar este aspecto, achamos importante a divulgação do programa nas igrejas, jornalzinho do bairro, cartazes, conscientização da própria equipe em se empenhar mais para a educação destes, com um prazo até 30 de maio de 2002.

A falta de glicosímetro para as visitas do PSF tornou-se um pesadelo, tendo em vista o grande número de diabéticos no bairro. Muitos destes clientes são dependentes, inviabilizando, assim, a sua ida ao Centro de Saúde para controle de glicemia. Portanto, as cobranças passaram ser constantes, questionando também a resolubilidade da equipe. Desta forma, foi encaminhada à Secretária de Saúde, mais uma vez, a solicitação de um glicosímetro para nossa Unidade Básica, através de documento para a chefia do Departamento de Saúde até final de abril de 2002.

Um outro problema encontrado são as dificuldades em **relação ao uso de drogas**, pois existem acessos para algumas residências que só transita quem os traficantes permitem. Desta maneira, torna-se difícil fazer visitas domiciliares diante de tamanha insegurança. Os moradores que ali residem precisam ser acompanhados. Na tentativa de resolver os problemas gerados pela falta de segurança, uso de drogas e policiamento, marcamos uma reunião com o vereador do bairro e também presidente da Câmara Municipal para o dia 19/02/02 às 15 horas. A polícia interativa é um tema que foi discutido na reunião dos Conselhos Comunitários do bairro, Conselho Local de Saúde do bairro e Associação de Moradores do Caeira (Amoca). Esta é, sem dúvida, uma maneira eficaz e econômica

de melhorar aspectos como falta de segurança e envolver todos os moradores. Esta situação, conforme os ACS, deve ser em decorrência do grande número de imigrantes para o bairro, juntamente com o desemprego.

Foi questionada a **necessidade de se fazer reuniões mensais com a equipe ULS e PSF**, porque as reuniões sempre são feitas com os ACS separadamente. Deste modo, com todos juntos, podia-se questionar e propor soluções dos problemas ao mesmo tempo. Com certeza, se ganharia mais tempo para a resolução destes. A solução para este problema já foi amadurecida com a equipe e enfermeira supervisora responsável pelo PSF do Centro de Saúde.

Necessidade de calçados para os ACS. Estes calçados devem ser fornecidos pelo empregador juntamente com o uniforme. Este foi acordado desde a implantação do programa no município. Porém, os ACS nunca receberam estes calçados. O desgaste de sapato é muito grande em virtude de atividades diárias, ou seja, as visitas domiciliares no bairro. Para solucionar o problema, decidiu-se encaminhar por escrito à coordenação do Programa de Agente Comunitário de Saúde, o mais breve possível, a necessidade de calçados para os ACS.

No término do quinto encontro, destacamos com muita ênfase a importância de trabalharmos com união para conquistarmos espaço. A partir daí, fizemos um momento de reflexão empregando uma técnica de relaxamento sem música, visto que Helena referiu não conseguir relaxar com música. Todos se colocaram bem à vontade e fixaram o pensamento em um lugar muito agradável, aquele lugar que gostariam de estar. Ficamos mais ou menos 15 minutos nesta posição. Após, houve aplausos para nós mesmos e um grande abraço entre todos os membros da equipe. É muito gratificante tudo! Disse Helena.

5.6 Para Além da Imaginação

Iniciamos nosso sexto encontro no dia seis de fevereiro no período vespertino com Cida lendo a oração da Nossa Senhora Rainha da Paz. Reconheceu

Cida que falar da “Mãe de Deus” trás uma sensação muito prazerosa, principalmente quando se está iniciando uma atividade.

Ó coração de Maria, repleto de bondade, mostrai-nos o Vosso Amor. A chama do vosso coração. Ó Maria, desça sobre todos os homens! Nós vos amamos infinitamente! Imprimi em nossos corações o verdadeiro amor, para que sintamos o desejo de vos buscar intensamente, ò Maria. Vós que tendes um coração suave e humilde, lembrai-vos de nós quando cairmos no pecado. Vós sabeis que todos os homens pecam. Concedei que, por meio de vosso Imaculado e Materno Coração, sejamos curados de todas as doenças espirituais. Fazei com que possamos sempre contemplar a bondade de vosso coração materno, e que nos convertamos, por meio da chama de vosso coração.

Depois da oração, fizemos uma avaliação rápida do encontro anterior, o qual foi concluído como muito proveito, haja vista, que os encaminhamentos feitos trariam benefícios para a própria equipe. Naquele dia, iríamos falar sobre a vida pessoal, familiar, os sonhos, os planos e os projetos dos membros da equipe do PSF. Em comum acordo, distribuí revistas, tesoura, cartolina e cola para todos. Esta atividade foi desenvolvida individualmente. Observei que, durante a entrega do material, os (as) participantes comentavam entre si sobre a dificuldade de expor suas vidas e sonhos. Uma sensação de invasão de privacidade? Emergiu em mim este pensamento. Mesmo assim, continuamos nossa atividade. Clara, sorrindo, referiu não saber por onde começar. São tantas coisas, que achava que um período era pouco para ela.

Na construção deste trabalho, uns mostravam-se ansiosos, outros, mais indiferentes, e assim deu-se o início. Miriam perguntou quanto tempo teriam para a conclusão da atividade. Todos começaram a cantar uma música iniciada por Vera. Foi dito que os trabalhos deveriam ser feitos sem pressa. Alguns comentários surgiram quando foram abrindo as revistas, como: a necessidade do domínio do código de trânsito, disse Helena, sexo seguro, comentou Shirlei, algumas personalidades importantes, Gustavo. Miriam ressaltou que uma cartolina é pouco para colocar tudo o que quer. Então, todos resolveram que usariam os dois lados da cartolina. Após alguns minutos de atividade, Lucas e Vera já tinham feito alguma colagem. Miriam continuou procurando, pois disse não ter encontrado nada. Cida comentou sobre a política, salientando que as mulheres são menos corruptas que os homens e lembrando a candidata à presidência da República Roseana Sarney.

Comentários sobre o uso de drogas foram feitos por todo o grupo. Luzia comentou sobre frutos do mar: “é bom demais!” Gustavo fez suas colagens em silêncio, bastante compenetrado. Luzia, como uma grande admiradora da natureza, comenta mostrando paisagens das praias do Nordeste com grande entusiasmo e também a sua vontade de um dia conhecer essa região do Brasil. Helena me pareceu que era a mais descontraída, quando disse que a paz mundial, sem as guerras e o terrorismo, seria um de seus desejos mais secretos. Clara se comoveu ao ver crianças desnutridas. Alguns já tinham terminado, mesmo assim, ficamos esperando os demais.

O primeiro a apresentar para o grupo suas colagens foi Lucas. Referiu que desde criança sonhava em ser médico e falou sobre a importância dos médicos. Deu valor à liberdade e queria sempre se sentir um gato para cantar e dançar. Gostaria de ter muito dinheiro para guardar na poupança, mas reconheceu que é muito difícil. Terminou criticando a atual política monetária do país, que é voltada apenas aos interesses próprios de nossos dirigentes, esquecendo a educação, a saúde e a segurança. Achando as observações de Lucas importantes, disse Ângela: “Temos que ser muito espertos para sobrevivermos diante dessa atual condição do país”. Após alguns comentários, ainda sobre as revistas, fizemos a pausa para o lanche.

O lanche foi trazido por Vera. É sempre um clima de descontração o momento das pausas, comenta Luzia! Lembrou que, talvez, em nosso próximo encontro, tenha que trazer sua filha junto, porque ela não tem onde ficar. E saiu para fumar junto com Gustavo e Cida. Ficamos 35 minutos no lanche e, dessa vez, somente um funcionário do Centro de Saúde se dirigiu à sala para pegar algo para comer.

Ao retornarmos, Gustavo referiu que um de seus sonhos secretos é com a paz mundial, sem racismo e também gostaria de ter muito dinheiro para poder viajar. Terminou dizendo que gosta muito de praia. Já Miriam sonhava com a vinda de um netinho. Pretendia aprender a tocar violão quando se aposentasse e queria viajar nas suas férias. Sonhava também com a família reunida e o fim da violência mundial. Vera queria envelhecer e continuar ajudando as pessoas e, quando se aposentar, iria morar no campo, ou seja, ficar bem próximo da natureza com a família que tanto amava. Shirlei sonhava em conhecer a Bahia, comprar um bom

aparelho de som, ver as mulheres no poder, ir com a família em um parque aquático, consultar um pedólogo, devido a problemas que tem no pé, e desejava que no Brasil existisse justiça e respeito com idosos e deficientes. Helena idealizava o fim da violência, do fanatismo, da concentração de renda para alguns e também tratamento dentário digno no S.U.S. Sonhava em trabalhar na área da saúde com pessoas carentes, poder ir a uma academia, ter um carro e viajar nas férias. Luzia disse que o que mais gostava era ver a família reunida, fazer orações juntos. Pretendia comprar um carro algum dia. Queria fazer tratamento estético para o rosto e o corpo, viajar para um lugar com as filhas e ter um dia de princesa junto com um gato e dinheiro no bolso. Estes eram os seus sonhos mais secretos. Cida queria que o Brasil desse certo, ter uma casa na praia, viajar para a Europa ou Bahamas e um carro só para ela. “O meu sonho, diz Clara, é estudar e me formar no segundo grau, ter um carro, viajar muito, fazer um bom casamento com uma família perfeita e o filho seguindo a carreira militar”. Vanessa e Julia não compareceram ao encontro.

Por sugestão da própria equipe, colocamos por ordem de prioridade o que foi dito pela equipe e traçamos um plano estratégico para a resolução dos problemas encontrados, dentro daquilo que é possível solucionar.

- a) Paz - a paz começa no lar, devemos manter paz interior e amar o próximo. Cultivar esta sensação para que se perpetue. Fazer sempre aquilo que transmita tranquilidade e muita harmonia;
- b) Saúde - uma boa alimentação, isenção de vícios, cuidado adequado com o corpo, procurar ter sempre uma boa noite de sono, momentos para reflexão, higiene, lazer e condições dignas de moradia;
- c) Educação - acesso a escolas, qualidade no ensino e professores bem remunerados;
- d) Família unida - através do amor, da cumplicidade, da doação, da paciência, da reciprocidade, para se estabelecer união;
- e) Bons salários - igualdade social com reconhecimento dos valores através de reivindicações junto aos sindicatos para conscientização dos políticos;
- f) Viagem - para isso, é necessário um bom salário e saber administrar o seu dinheiro para se programar para essa realização;

- g) Academia - procurar fazer caminhadas. Surgiu a idéia de se montar uma academia comunitária em que nós trabalhadores (as) pagaríamos um professor, o que seria mais acessível. Só precisaríamos de um espaço, que iríamos reivindicar junto à presidência do Centro Social Urbano; e
- h) Carro - reivindicar melhores salários.

5.7 Teatralizando o Dia a Dia da Equipe

O nosso sétimo encontro aconteceu no dia 07/02/02, no período matutino. Com as cadeiras dispostas em círculo, decidimos, inicialmente, que iríamos fazer um teatro sobre a atuação dos agentes no bairro, como uma forma de refletir sobre o dia-a-dia do trabalho. Foi enfatizado como eram recebidos estes agentes e de que maneira deviam conversar com as pessoas da comunidade. Após estabelecermos o que iríamos fazer, realizamos uma avaliação do encontro anterior, como já era de praxe. Fizemos um exercício de relaxamento, com os olhos fechados e o corpo o mais confortável possível. Respirando bem fundo, ficamos escutando a oração de São Francisco de Assis, que foi lida por Vera.

Oração de São Francisco

Oh, Senhor!
Fazei de mim um instrumento da Tua Paz:
Onde há ódio, que eu leve o Amor;
Onde há ofensa, que eu leve o Perdão;
Onde há discórdia, que eu leve a União;
Onde há dúvida, que eu leve a Fé;
Onde há erros, que eu leve a Verdade;
Onde há desespero, que eu leve a Esperança;
Onde há tristeza, que eu leve a Alegria;
Onde há trevas, que eu leve a Luz!
Oh, Mestre! Fazei que eu procure menos
Ser consolado do que consolar;
Ser compreendido do que compreender;
Ser amado do que amar...
Porquanto:
É dando que se recebe;

É perdendo que se é perdoado;
É morrendo que se vive para a vida eterna.

Personagens da peça:

- Gustavo - médico;
- Vera - enfermeira;
- Cida - filha;
- Miriam - dona da casa;
- Luzia - agente de saúde (ACS);
- Shirlei - vizinha (amiga da dona da casa);
- Clara - filha desnutrida; e
- Helena - filha adolescente grávida.

Após a escolha dos integrantes da peça, escreveram o roteiro e saíram em busca de roupas e instrumentos para os personagens. A equipe toda participou, uns na escolha das roupas, outros no roteiro e outros como personagens. Enfim, todos queriam dar o máximo de si. Ensaíram algumas vezes, até que chegou a hora do lanche. Lucas trouxe o lanche. Percebi que o lanche naquele momento não era tão importante, porque todo o tempo só se falava de como iam apresentar a peça. Lucas disse que deveriam comer primeiro e depois pensar no resto. Lucas trouxe refrigerantes e bolo, tendo servido primeiramente os demais funcionários do Posto de Saúde. Quando voltamos para a sala para dar continuidade às atividades, a empolgação foi maior. Acredito que muitos deles se identificam com o mundo artístico. Era visível o ar de satisfação da maioria.

A peça teatral teve seu início com uma história a partir da visita em domicílio de uma moradora da comunidade pelo Agente Comunitário de Saúde (Luzia). O Agente constatou que nesta residência existe a necessidade da visita da equipe do Programa de Saúde da Família, pois a dona de casa, além de hipertensa, tem três filhas, sendo que uma está com 05 anos e é desnutrida, a outra, pelas queixas, encontra-se aparentemente com verminose e a última está grávida e tem apenas 15 anos. A amiga da dona da casa comentou o tempo todo que na sua casa não passa agente comunitário. Desta forma, Luzia, como agente, orientou-a como fazer para receber a visita dos agentes e pontuou que jamais um destes poderão

deixar de visitar qualquer residência, sendo que as visitas deverão se dar no mínimo mensalmente.

Dando continuidade, a necessidade de se fazer uma visita a esta família foi repassada para a equipe do PSF, que, através da peça teatral, em um clima de integração total entre seus membros, mostrando a veracidade do cotidiano de nossos clientes, fizeram os encaminhamentos necessários. Não faltaram orientações para esta dona de casa tão aflita que mostrava sua filha desnutrida. O médico confortou a mãe, examinou a criança e a encaminhou para o programa “Hora de Comer”. Explicou que este programa é desenvolvido na rede para crianças com déficit de peso. Em seguida, o médico examinou a criança com verminose e prescreveu, orientando que deveria passar na Unidade Básica para pegar a medicação. Para a gestante foram solicitados os exames iniciando o pré-natal e enfatizando cuidados que deveria ter para com ela e seu bebê. Reforçou a necessidade de retornar ao Posto de Saúde mensalmente para acompanhamento.

Finalmente, a dona de casa foi atendida, medicada e orientada sobre a sua hipertensão. Desta forma, fechamos nosso dia com aplausos e forte abraço entre os seus membros.

5.8 Ética: construindo novos desafios

Em nosso oitavo encontro, após às 13:30 horas, período vespertino, dia 07/02/02, na sala de reunião, todos ainda estavam eufóricos e já sentados me aguardando. Sentamo-nos na mesma posição, em círculo. Clara passou o recado de Ângela, que mandou avisar que não poderia vir ao encontro, pois estava resfriada e com dor de garganta.

Fizemos uma breve saudação inicial, “boa tarde”, e uma avaliação do encontro anterior. Em poucas palavras, Cida sorri dizendo que estes encontros estão servindo para seu fortalecimento profissional. E continuou sorrindo com um jeito meigo e ao mesmo tempo tímido. Miriam questionou junto ao grupo sobre a

possibilidade de se fazer os dois últimos encontros em um só período, porém, prorrogando o horário do término. Ficou resolvido, por meio de consenso, que na sexta-feira, no período matutino, ficaríamos das 08 às 13 horas e que iríamos almoçar juntos. Luiza se propôs trazer um empadão e Gustavo uma lasanha, Vera e Cida, refrigerantes. Essa experiência, para mim, foi muito gratificante, já que o entusiasmo dos (as) participantes foi muito grande, não tenho palavras para descrever a receptividade deles (as). Vanessa disse que traria esfirras para a hora do lanche, feitas por ela mesma. Lucas destacou que traria o violão e a letra de duas músicas para fazermos o encerramento de nossas vivências. Desta forma, eu, como condutora, iniciei distribuindo uma lembrancinha que continha uma frase e uma bala em formato de coração. A intenção era que todos lessem a frase para refletirmos em conjunto. Cada um (a) leu sua frase.

Por solicitação da maioria, foi abordada a questão ética, assunto que há muito tempo tínhamos necessidade de colocar em pauta. Em nosso dia-a-dia de trabalho, sempre nos envolvemos com dilemas éticos, e isto requer que o assunto seja discutido freqüentemente. Vejo que a questão ética é sempre um assunto muito polêmico, haja vista a diversidade de culturas encontradas em nossa equipe de PSF. O assunto em questão já foi trabalhado em outras oportunidades junto ao nosso grupo, todavia, nunca utilizando como referencial teórico o Paradigma do Cuidado Transdimensional. Após fazermos o exercício de relaxamento, Vera leu um texto intitulado:

Um Sorriso Contagioso

Sorrir é contagioso como a gripe, você sabia?
Hoje pela manhã alguém me sorriu,
E eu também comecei a sorrir...
Dei a volta numa esquina e alguém
Viu minha expressão.
Disse: "Olá" - e também sorriu.
Compreendi que já lhe havia contagiado!
Então pense sobre esse sorriso e
Compreenda seu valor.
Um único sorriso pode viajar ao redor do mundo.
Se você sente que um sorriso começa, não o evite.
Espalhe rápido essa epidemia,
E vamos torcer para que o
Mundo inteiro seja contagiado.
Afim de contas...
Todos necessitamos de um sorriso!
Vamos plantar um sorriso.

Em comum acordo, trouxemos para nossa vivência a questão ética. “Jamais trabalharemos em domicílio se não soubermos a importância da ética”, Helena argumenta. Vera considerou que a falta de ética acabava ferindo ou invadindo um espaço que pertencia a outro, e termina: *ainda não sei explicar bem o que é ética*.

Resolvemos, então, que usariam uma folha de papel para colocarem tudo que se pensava sobre ética. Acabou virando um assunto um tanto quanto polêmico. Todos queriam falar ao mesmo tempo. Gustavo referia que ética “é o cumprimento da ordem. É saber não ultrapassar os limites de seu semelhante, enfim, respeito e moral”. Cida: “Ética é o limite estipulado pelas profissões, fazendo com que seus profissionais não ultrapassem, evitando o desrespeito moral do cidadão”. Vanessa: “Ética resume-se em poucas palavras: não desejar atrapalhar a vida do outro, porque a falta de ética começa pelos pensamentos”. Julia: “É o que envolve e engloba a educação, moral e progresso. Portanto, é tudo aquilo que não prejudica a sociedade”. Vera se manifestou pontuando que ética “é tudo que envolve as pessoas na educação e respeito com o ser humano e muito amor”. Helena: “Ter respeito com o ser humano, fazendo com que todos os problemas falados para mim não sejam vazados. Se esta pessoa depositou confiança em mim, porque eu iria contar aos outros”. Luzia: “Ética é ter um bom comportamento, uma boa educação. Eu, como ACS, tenho que ter boa ética. Ter ética é ouvir o próximo”. Shirlei: “No meu ponto de vista, a ética é saber ouvir as pessoas e dar minha opinião sobre o assunto. Tentar ajudar e não sair por aí contando os problemas daquela pessoa na qual eu passei confiança. Porque na nossa profissão nós não deixamos de ser também psicólogos”. Clara: “É ter respeito. Na minha profissão, a ética é muito importante, porque a gente trata com a saúde e com a vida das pessoas. Ética também é saber guardar um segredo. É ter boa educação”. Lucas: “A ética faz parte do dia a dia de cada um de nós, mas o que é ética? Considero como as normas estabelecidas pelo comportamento humano. A sociedade em si para cada um de nós e todos em geral, para termos boas maneiras, conduta certa, respeito recíproco, enfim, uma conduta ilibada para mantermos a ordem, o progresso, a amizade e o amor”. Miriam: “Na nossa profissão, devemos ser um confessor, ouvindo e lutando para fazer o certo. Quando houver erro por parte de teu colega, a ética do cuidado diz que você deve chegar para ele e mostrar que errou e não se vangloriar com seu

erro. A ética diz que você não deve se omitir e sim resolver passivamente. Nas visitas, devemos ouvir, tentar resolver e não comentar com alheios, nem mesmo em sua casa. Na minha opinião, a ética e a educação das pessoas em uma profissão são as lutas para o bem comum”.

Lucas achava que deveríamos aproveitar tudo o que foi dito a respeito da ética para fazermos um só pensamento, ou seja, um conceito através de um pouquinho daquilo que todos pensam. Por vontade de todos, ficou concluído que faríamos uma frase sobre ética que fosse “nossa”.

Porém, como a equipe demorou, fizemos um lanche antes de concluirmos o que tínhamos nos proposto. Era um dia ensolarado e Lucas e Cida foram até lá fora dar uma volta, enquanto Julia colocava o lanche. Luzia pediu para que eu olhasse pela janela Lucas e Cida sentados no meio fio da rua. Foi muito engraçado, os dois nem pareciam se importar com os automóveis. Lanchamos broas com refrigerantes e café trazido da copa dos funcionários para Miriam, que disse estar a fim de tomar café. Os outros funcionários da Unidade que quiseram pegar algo para comer ou beber foram chegando.

Ao terminarmos de lanchar, todos foram se posicionando em suas cadeiras e Lucas pegou o pincel se dirigindo à lousa. Achei muito importante o que foi colocado sobre ética, pensei, isto vai ajudar no dia-a-dia do nosso (a) trabalhador (a) e também as famílias. O grupo participou intensamente com idéias próprias na construção desta frase, que ficou da seguinte maneira: “Ética é o princípio da ordem, união, respeito, educação, moral, conduta ilibada, limite, amor e progresso. Ou seja, tudo aquilo que não traga prejuízo ao próximo, nem transgrida as regras estabelecidas pela sociedade”. Todos queriam participar e muitas vezes falavam ao mesmo tempo. Muita coisa foi colocada e depois retirada, alterada, completada, enfim, uma construção.

Concluído, Shirlei leu: “Quando a vida consagra os ganhos, com certeza é uma vida forçada; pois é muito claro que a riqueza não é o bem que se busca, mas sim a riqueza está no amor e no carinho que temos e damos ao próximo”. Diante do exposto, fiquei emocionada pelos resultados das atividades, que proporcionaram momentos enriquecedores, com uma diversidade de pensamentos e idéias. Envolvemo-nos tanto com o assunto, que quando vimos já estava passando do horário. Batemos uma salva de palmas bem forte para nós mesmos e terminamos

com as palavras de Luzia, que disse: “Cada dia que passa, os nossos encontros melhoram devido ao entrosamento da equipe”.

5.9 Pensando e Cuidando, uma Forma de Educar

Nosso último encontro ocorreu no dia 08/02/02 no período matutino, tinha como objetivo discutir sobre o tema “educação” e teve uma duração de 5 horas (das 08 às 13 horas). Inicialmente houve uma breve saudação entre todos, “bom dia”. Como acontecia diariamente, paramos para organizar a sala dispondo as cadeiras em círculo, a fim de que todos (as) pudessem se olhar. Fizemos um exercício de relaxamento. Ao terminarmos o exercício, Lucas chega com um violão e o posiciona ao lado de sua cadeira. Vera disse que aprendeu muito, é recém contratada e vê estas dinâmicas como algo voltado para a união da equipe, na tentativa de propor soluções para atingir os objetivos estabelecidos. Trabalhava como ACS há 06 meses.

Iniciamos o encontro com uma dinâmica que foi elaborada a fim de descontrair. Retirava-se um papelzinho com um nome de animal. Este nome devia ser mantido em segredo para depois ser enrolado e devolvido. À medida que iam sendo retirados novamente estes papéis, seria feita a imitação do bicho, pela própria pessoa que tirou o papel. Cada integrante da equipe deveria imitar o bicho que pegou, na segunda etapa, para que a pessoa que tirou o papel anteriormente adivinhasse o nome do animal só pelos gestos que o amigo faria. Não era permitido falar. Desta forma, quando a pessoa imitasse o animal, quem tinha tirado o papelzinho anteriormente, já sabia de que animal se tratava. Assim, cada um foi acertando o bicho que o colega imitava.

Ao término de cada adivinhação, as duplas trocaram abraços e acharam muito engraçado ter se passado por um animal. Miriam referiu que vai fazer esta dinâmica com sua turma de catequese. Este clima de carinho e muitas risadas duraram muitos minutos. Naquele dia, o assunto em pauta foi “educação”, tema

escolhido por todos, haja vista que nossa atividade, como profissionais da saúde, é educar. É um tema de muito interesse. Faríamos, então, colagens sobre o tema em dupla. Para tanto, foram distribuídas revistas, tesouras e cola. Cada um procurou o que lhes interessava na busca da confecção do seu cartaz. Todos procuravam nas revistas aquilo que lhe interessava. As duplas questionavam bastante, mostrando-se compenetradas sobre o que iriam colar na cartolina. Tudo fluiu em harmonia, sem haver discórdia entre os pares. Achei interessante que, à medida que as duplas iam terminando, saíam da sala para darem uma volta. E assim, logo que todos terminaram, iam voltando para a sala. Naquele dia, o sol parecia estar mais quente que nos outros dias. Os passarinhos também cantarolavam mais.

Na apresentação dos trabalhos, fizemos uma avaliação a respeito do assunto *educação* apresentado por todos, por meio de colagens. Resolvemos que seria construído um conceito sobre Educação. Assim, cada dupla elaborou um conceito:

- a) Primeira dupla: “Educação começa em casa, pondo ordem e respeito ao próximo. Saber educar nossos filhos para tratar o próximo com respeito e dignidade”.
- b) A segunda dupla: “A educação primeiramente vem de casa, a criança tem que ser educada desde quando nasce, porque, se ela não é educada em casa, quando ela for para a escola, vai ser difícil educá-la. A educação é muito importante, pois sem ela não se vive”.
- c) Terceira dupla: “É ter respeito pelas pessoas e ao próximo, amando sem pedir nada em troca, ter compostura, saber comer, andar e até falar”.
- d) Quarta dupla: “É o princípio de tudo, é a base para se ter uma vida digna, uma boa conduta”.
- e) Quinta dupla: “Educação não é somente saber ler e escrever, não é só ser bem educado. Educação é, acima de tudo, saber parar, é saber respeitar vontades, palavras e atitudes alheias. É ter moral e saber respeitar a moral dos outros”.
- f) Última equipe: “Existem diversas formas de educação: educação para o comportamento humano, educação para o conhecimento, “o saber”, educação para a vida, para o convívio familiar, social e profissional.

Portanto, educação é um conjunto de regras, normas, critérios estabelecidos para progredirmos junto à sociedade”.

Aproveitando as idéias de cada um, a equipe quis também formar um conceito de educação. Helena dirigiu-se para a lousa e, com um pincel, começou a escrever o que o grupo dizia:

Educação não é somente saber ler e escrever; existem diversas formas de educação; educação para o conhecimento humano, o “saber”, educação para as normas da vida, para o convívio familiar, social e profissional. É o princípio, o alicerce de tudo. É saber parar quando começa o limite do outro, é saber respeitar vontades, palavras e atitudes dos outros. É a boa conduta, é a bondade, é querer bem, enfim, é a honestidade física e espiritual.

Durante o desenvolvimento das atividades, observei conversas como: Cida “todo dia crescemos um pouco”. Helena confessou que “mais cabeças pensam melhor que uma”. Ângela fez um breve comentário dizendo: “Sempre me senti constrangida de participar de atividades como essa porque muitas vezes acho que falo besteira”.

Desta forma, realizamos uma avaliação de como foi esta primeira etapa do encontro. Fizemos uma pausa para o lanche, que estava realmente maravilhoso. Foi feito por Shirlei, eram esfirras e refrigerantes. Todos participaram e foi muito gostoso. Sirlei ofereceu também para a equipe do Centro de Saúde, não sobrou nada.

Dando prosseguimento à segunda etapa de nosso encontro, apontamos o que melhorou em nossas vidas, tanto no lado pessoal, como familiar e profissional depois destas oficinas. Questionando as modificações que as vivências trouxeram, de certa forma, para o seu “Ser e o Viver”, Clara resolveu ser a primeira a falar. Disse que “tantas coisas interessantes já foram trabalhadas aqui, mas a impressão que tenho é que a cada dia melhorava”. Shirlei lamentou não ter podido vir no primeiro encontro, disse ter perdido com isso, mas procurou aproveitar bastante os demais encontros. Lucas referiu que devíamos sonhar sempre na melhoria de nossas profissões: “Sonhos são como Deuses, se não se acredita neles, eles deixam de existir”. Gustavo mencionou que agora ficaria mais atento para as questões voltadas ao lazer, tendo como desafio modificar alguns hábitos. Confessou que antes pensava muito, mas agia pouco. Vera estaria voltada para um futuro mais

digno, travando uma batalha sem tréguas para as mudanças. Agora via o quanto podia fazer para melhorar a qualidade de vida, nunca esquecendo da justiça social e igualdade social. Helena achava-se como um novelo de lã, enrolada. Às vezes sentia-se sem saída. A solução para a maioria de nossos problemas era normalmente fácil; nós é que íamos buscar as soluções sempre do lado errado. Estava mais segura e pronta para enfrentar os problemas do dia-a-dia. Já Luzia sentia-se no mundo da lua e agora sente-se recompensada, gostou muito das atividades em grupo e participou sempre com muita satisfação. Vanessa disse que nada mudou, a vida dela continua sendo a mesma coisa de antes, muito sol e muito azul.

A serenidade de Ângela deixava fluir que às vezes se sentia inútil. Agora se sentia mais feliz, contudo, ainda não havia alcançado todos os seus objetivos. Julia agradecia algumas explicações sobre o PSF, pois é recém-contratada e não estava ainda familiarizada com a rotina de trabalho e a equipe. Reconheceu que conhecia pouco sobre o PSF. Viu o entrosamento da equipe como uma saída para a melhoria no atendimento. Achava que, se mostrássemos um bom serviço, com certeza nossos méritos seriam reconhecidos, e achou interessantíssimo termos conseguido uma audiência com o presidente da Câmara.

Miriam referiu que seu contato era mais com o médico e a enfermeira e que, após nove encontros junto com os agentes, disse que foi uma experiência muito boa, porque não conhecia os ACS tão de perto como conhecia agora. Achava que a dirigente conduziu muito bem os encontros, não viu nada impositivo e nem cansativo. Pelo contrário, foi só descontração.

A colaboração de todos me surpreendeu. Trabalho há 20 anos no serviço público e não imaginava que se podia relaxar e diminuir as tensões mesmo no ambiente de trabalho. Achei fantásticas as mensagens e as orações lidas sempre antes de iniciarmos os encontros. Não poderia deixar de falar também sobre os maravilhosos lanches que tivemos durante esta semana, realmente merecíamos aplausos. Lucas disse que “as oficinas condicionaram-me a mudanças relativa ao novo ‘ênfase’ da minha atuação profissional”. Aprendeu a escutar mais, e diminuir os anseios de quem precisa de assistência. Referiu ainda que a tranquilidade, o momento ideal de sono, com certeza melhora nosso rendimento diário. Vivia

acabrunhado, triste, descontente, talvez sem sentido para as coisas. “Agora vejo que tenho tantos amigos e isso é realmente uma benção”.

Vanessa disse que tem tantos problemas em casa com um filho autista que muitas vezes esquece que estamos juntos no mesmo barco. A tensão a deixava muitas vezes entristecida e não sabia o que fazer. Sabia agora que poderia recorrer à equipe, sempre que se fizesse necessário. Enfatizou também que aprendeu muito sobre o que é o PSF e ficou muito feliz quanto aos encaminhamentos dados para os problemas que tanto a afligiam. Achava também que a educação é o princípio de tudo, tudo que é passado para nós é uma forma de educação, e terminou dizendo que gostou de ver pessoas reunidas. Cida ressaltou:

Agora, na minha vida profissional, sinto-me mais capaz do que eu era. Em relação ao salário e capacidade para conquistar o que almejamos, depende de como estamos com a gente mesmo. Pelo lado pessoal, acho que a cada dia crescemos e desenvolvemos um pouco nossas habilidades. A vida é uma escola que mostra caminhos, ensina a desviarmos dos obstáculos, e assim aprendemos a lutar por nossos interesses. Eu, em particular, cresci muito nestes encontros, tanto espiritual como fisicamente, pois onde temos amigos, temos segurança, paz e confiança. Hoje acho que sou mais amiga de todos e também conto com vocês quando precisar. Sempre gostei de praticar a bondade e fazer coisas que me fizessem sentir bem, mas mesmo assim estava faltando alguma coisa. Depois dessas oficinas, descobri que estava faltando algo para mim, ir em busca de soluções para chegar mais rapidamente àquilo que está me faltando. A união é a conquista de verdadeiros espaços. A luta tem tudo a ver com mudanças; me sinto especialmente gratificada por ter tido a oportunidade de participar destes momentos com todos vocês.

Desta forma, terminamos nossos encontros cantando a música “Amigos para Sempre”, acompanhada do violão por Lucas. E depois fizemos um *grandioso* almoço com a participação de todos. Este almoço foi trazido por Gustavo, uma deliciosa lasanha. Foi um clima de confraternização. Todos pareciam felizes, riam à toa, faziam brincadeiras entre si e se abraçavam sem motivo. É, sem dúvida, no meu modo de ver, uma recompensa para mim.

Após almoçarmos, novamente cantamos “Amigos para Sempre”. Sem conseguir me controlar e por estar tão emocionada, acabei chorando. Foi um clima de muita troca de energia. Acho que já estávamos com saudades desses encontros. Lucas prosseguiu cantando e tocando uma música em espanhol “Cuando calienta el sol”.

Consigo perceber que uma atividade em grupo sempre traz momentos de profundas reflexões e uma atmosfera de vibração positiva. Concluindo, vejo o ser humano como alguém que necessita de momentos como esses para se “nutrir” com tanta energia positiva.

6 REFLETINDO SOBRE O CUIDAR DO SER, DO VIVER E DO TRABALHAR DA EQUIPE DO PSF

“Isso não significa que tenhamos a presunção de haver feito a obra completa; mas a consciência diz que fizemos obra útil”
(Shutel, 1982).

Neste capítulo são apresentados as reflexões sobre o cuidado transdimensional e os principais tópicos do ser e viver e trabalhar da equipe do PSF, ou seja, as condições financeiras, de trabalho, de saúde e da família.

6.1 O Cuidado Transdimensional na Saúde de Trabalhadores (as) da Equipe do PSF

Acreditamos que se tem caminhado pouco no sentido de se atender a verdadeira realidade dos profissionais inseridos na saúde, principalmente no que diz respeito ao atendimento da sua própria condição de ser saudável. Desta forma, pleiteamos construir perspectivas de mudança, transformando aos poucos essa situação, que é desconfortável, como alavanca para uma efetiva reversibilidade desta condição. Cuidar de si próprio compreende a possibilidade de transformação interior. A auto-estima e o lado emocional dos seres humanos caminham juntos. Não se cuida de alguém se não se é cuidado. Quem presta atendimento, são pessoas que também precisam de cuidado.

O viver saudável de uma equipe que cuida parece não ser prioridade no contexto daqueles que dirigem muitas das instituições de saúde. Para alguns, parece que a mecanicidade da atuação é mais conveniente no ato de cuidar dentro deste contexto das instituições. Ao longo de minha carreira, por muitas vezes, parei

para observar se existem propostas de atividades no sentido de cuidar dos profissionais da saúde e em especial do PSF. Qual era a minha surpresa! Este cuidado, até então, conquistou pouco espaço, com uma essência aprisionada, não privilegiando a vida humana, congelando padrões dentro desta visão mecanicista. Assim, abrir um espaço para que as condições naturais e sociais do pré-conceber, nascer, crescer, desenvolver, envelhecer, morrer e transcender coloca a existência do Ser como fio condutor de grandes transformações.

Então, durante o primeiro encontro em que foi preenchido o Instrumento II, ficou evidente que o cuidado de si próprio é visto como algo de fundamental importância, pois, quando observamos as respostas dos (as) participantes da equipe, detectamos que cuidados relacionados com acompanhamento médico, laboratorial e odontológico destes, em sua maioria, têm uma periodicidade dentro do preconizado como ideal. Continuando a observar este cuidado consigo mesmo, é impressionante a preocupação da equipe em desenvolver alguma atividade física como mecanismo de prevenção a certas patologias, muito embora alguns desenvolvam paralelamente o hábito de fumar.

A preocupação com a qualidade da alimentação é evidente nos (as) participantes, não só no preenchimento do Instrumento II no qual os números mostram a relevância desta, mas durante todo o desenvolvimento das oficinas. Permaneceu muito forte esta preocupação, no sentido de se fazer uma escala para trazer o lanche, idéia sugerida por um membro da equipe já em nosso primeiro encontro. Esta escala teve a participação de todos, que, com muita satisfação, queriam mostrar suas habilidades culinárias. Desta forma, a cada dia um cardápio era montado. O lanche era um momento compartilhado e solidário que permitia que aflorasse o cuidado como **sensibilidade e amorosidade** dos seres que ali estavam envolvidos. Em conexão com este padrão de cuidado, fluindo com muita naturalidade, foi solicitado pelo próprio grupo que os demais funcionários do Centro de Saúde participassem do nosso lanche. Neste processo, **a integração**, juntamente com **harmonia e comunhão** dos (as) envolvidos, geravam uma energia livre de condicionamentos.

Mesmo com tanta integração e alegria durante o lanche, muitas necessidades iam surgindo no desenvolver das oficinas, as quais eram apontadas pelos (as) participantes como problemas. Estes problemas foram sendo conduzidos

de maneira diferenciada, através do Referencial Teórico do Cuidado Transdimensional. Este Referencial é a expressão da liberdade que facilita o caminhar e o resolver problemas, a partir de seus obstáculos. É um Cuidado direcionado para um conjunto de possibilidades de forma inovadora de ser e de estar no mundo. Então, a partir deste processo de cuidado, Shirlei diz que “devemos atender a nossas próprias necessidades e pontua: preciso consultar um pedólogo e até fazer algumas atividades de lazer”. Já Luzia “gostaria de fazer um tratamento estético para o rosto, para o corpo e poder ir a uma academia”. Juntamente com estes desejos, outros participantes lembravam que viajar e tocar violão são também importantes para o bem-estar. Acreditam que a satisfação própria e o lazer beneficiam um viver saudável e são intrínsecos ao ser humano.

A paz, a harmonia, poder estudar, ter um salário condizente com as reais necessidades também foi muito discutido nas oficinas, inclusive no que se refere à possibilidades de pagar uma creche, como é caso de Cida, que teve de levar sua filha nas oficinas por não ter condições de arcar com os custos. Teve sua participação limitada, sendo que houve necessidade de adaptações nas oficinas para a presença de uma criança. A superação das dificuldades, sejam elas quais forem, deve ser sempre uma motivação na vida. Temos a inteligência como nossa aliada. Não há como descrever todas as possibilidades de mudanças dos estados. Em um trabalho de consciência, tudo ocorre de maneira a utilizarmos, cada vez mais, nossa capacidade de expressão para que se possa chegar ao mais saudável, mais próspero e mais feliz. Enquanto auxiliamos os outros e a nós mesmos, buscamos a Unidade e estabelecemos comunicação e sintonia com o nosso ser.

6.2 O Cuidado Transdimensional e as Condições de Trabalho dos (as) Trabalhadores (as) da Equipe do PSF

Estimular melhorias na vida profissional da equipe do PSF é um objetivo que busca e possibilita ampliar, cada vez mais, profundas transformações destes (as) profissionais. Por esse motivo, percebemos que o processo de construção,

como uma jornada, se desvela gradativamente por meio dos mais variados significados, que se apresentam ao caminhar. Desta forma, o Referencial Teórico do Cuidado Transdimensional tem favorecido um estado de consciência, liberando como manifestação: o entusiasmo, a imaginação, a criatividade, a sensibilidade, a coragem, o desprendimento, a auto-entrega, a autoconfiança, a força interior e, acima de tudo, a responsabilidade e o compromisso que se traduzem na vontade de contribuir, de alguma forma, para as transformações no viver cotidiano.

A busca da Unidade, que é um padrão de significado do Cuidado Transdimensional que estabelece um estado de contínuo aprender, emergiu na oficina, quando Miriam referiu que iniciou sua vida profissional aos 35 anos de idade lembrando que já era casada e seu marido lhe dava muita força, emocionou-se quando disse: “esta instituição foi o primeiro e único lugar onde trabalhe”ⁱ. A cada dia eu, como condutora destes encontros, me surpreendia. As revelações do grupo, como no caso de Lucas, de certa forma, iam impulsionando a continuidade dos encontros com tamanha descontração. Lucas disse que, quando começou a trabalhar no PSF, já era aposentado. “Achei que ia ser por pouco tempo. Porém, gostei muito de trabalhar no PSF, que acabei ficando”.

No desenvolvimento de uma das oficinas, Cida comentou que começou a trabalhar muito jovem para ajudar sua mãe que era separada. Agora trabalha como ACS, fez o curso de auxiliar de enfermagem e quer continuar a carreira fazendo o curso de graduação em enfermagem. Em meio a este contexto, comentários como “sou feliz em meu trabalho” eram repetidos com frequência.

Para minha surpresa, surgiu um comentário feito por Cida sobre o atendimento no balcão do Centro de Saúde. Salientou ser um problema que repercute negativamente em suas relações profissionais junto à comunidade, pois os profissionais que ali atendem não têm perfil para tal atuação. Os usuários, por serem atendidos de forma não agradável, acabam por se revoltar contra o próprio agente. Assim, o Padrão de significado, como Prática Indeterminada, surge em nossos encontros, pois, à medida que novas situações problemas vão surgindo, emerge também a necessidade de solução. É uma prática Indeterminada porque surge como algo não esperado, e é conduzido como algo também não previsto. E como diz Helena: “os obstáculos existem para que se possibilitem mudanças”.

O Cuidado Transdimensional vê o mundo como algo que possibilita o potencial de explorar, de mudar, de criar, ou seja, um movimento de liberdade nas mais variadas formas de expressão. A meditação, através de relaxamento, é um padrão estético do Cuidado Transdimensional que foi utilizado para favorecer a exteriorização dos problemas no dia a dia do trabalho da equipe. Possibilitou a busca de um maior autoconhecimento para uma autotransformação do Ser, aumentando o bem-estar, reduzindo os medos e fobias, aumentando a confiança, reduzindo a tensão, aumentando a auto-estima e a auto-realização.

Para reforçar esta busca, temos na **Parceria** uma saída para estabelecer conexão da equipe com a comunidade. Durante as oficinas, esta conexão foi referida com o intuito de reforçar a confiança entre ambas no desenvolver das atividades profissionais e teve como ponto central, as visitas no domicílio das famílias. Parece que se criou uma polêmica quando a equipe, sensibilizada, mencionou as dificuldades de vários clientes em se locomoverem ao Centro de Saúde para consultar um profissional. São pessoas idosas e seqüeladas por uma patologia degenerativa, muitas vezes prevenível.

Aliado a este problema, a falta de glicosímetro no Centro de Saúde fez com que a equipe abordasse esta condição como um descaso com a comunidade, já que, segundo eles: “temos tantos diabéticos no bairro”. Este fato é constatação! E como tal, faz parte primordial de uma atuação no sentido de mudanças. Estas mudanças serão discutidas a partir das reuniões mensais da equipe do PSF e ACS, pois é uma oportunidade de dar andamento aos problemas e resolvê-los em conjunto.

Intensificar as visitas no sentido do tempo e número de vezes oportuniza um cuidado mais humano. Conversar e escutar mais as pessoas é um anseio da equipe que gera frustrações porque os membros do PSF não conseguem assumir efetivamente estas visitas “idealizadas”, dado as suas muitas atribuições junto à Unidade Básica. Assim, as visitas aos nossos clientes, ao serem questionadas, devem ser modificadas, para que se possa avançar em uma direção que esteja voltada para novas concepções e idéias que surgem neste caminhar como desafio. O Referencial Teórico da Transdimensionalidade auxilia neste desafio, contribuindo para a construção de um cuidado eminentemente participativo que envolve o ser cuidado e o ser cuidador, independente dos obstáculos.

Uma equipe que corresponde a mais de 50% dos funcionários da Unidade Básica é reconhecida por Miriam como muito importante. Mesmo assim, muitas dificuldades existem, quais sejam: salários baixos, ausência de vale transporte e vale alimentação, calçados como parte do uniforme, acesso às residências, cachorros soltos, geografia íngreme, pessoas que não recebem os ACS e sem ter paciência, esgoto a céu aberto, lixo, fios elétricos soltos, tráfico de drogas, falta resolubilidade em alguns casos como hipertensão, desnutrição, higiene, maus tratos infantis, gestantes e hanseníase. Desta forma, alguns profissionais referiram não gostar de ir sozinhos para as visitas, preferem estar acompanhados de outros membros da equipe, pois sentem-se inseguros diante de tantos problemas.

O processo de construção do saber nem sempre é uma tarefa fácil. O caminho com que podemos cruzar implica grandes desafios, uma vez que, como **Prática Indeterminada**, caracteriza-se pela não repetitividade e imprevisibilidade no ato de cuidar e ser cuidado. Assim, as contribuições da equipe, durante as oficinas do cuidado, me impulsionaram para uma consciência transformadora, deixando perceber que, quando nos referimos ao cuidado e a quem cuida, a essência deste envolvimento deve ser voltada para certas particularidades que muitas vezes passam despercebidas. Uma abertura por parte de todos os integrantes da equipe, no sentido de deixar fluir as reais necessidades, foi fundamental. Se estamos receptivos a mudanças, mantemos a afinidade com o nosso ser, mesmo sabendo que é um processo que não tem fim.

Este Cuidado revelou a evolução de forma ascendente a partir da integração com o todo e com a energia vital. Estabeleceu intercâmbio com infinitas possibilidades de um desenvolvimento ilimitado. O ato de cuidar é tão abrangente que, ao mesmo tempo em que é algo singular, é também multidirecional, mergulhado em um universo mágico de possibilidades. Se pararmos para observar, notamos a existência de um movimento sincrônico neste processo, pois, ao mesmo tempo em que cuidamos de alguém, necessitamos de ser cuidados. Deste modo, a emoção, o sentimento, a intuição e o pensamento racional privilegiaram uma direção coerente neste caminhar, apesar das peculiaridades de cada ser. O palco da vida profissional fez de cada momento vivido “único”, permitindo fluir novas idéias através das nossas inquietações.

Muitas inquietações surgiram. Uma delas foi quando, inesperadamente, a equipe resolveu fazer uma peça teatral para mostrar o quanto se pode fazer para atender uma família com sérios problemas de saúde. Nesta dramatização, a equipe enfocou as suas reais condições de trabalho, juntamente com os dilemas éticos. Trabalhar em domicílio envolve muita discricção. Na área da saúde, o contínuo aprendizado reforça esta condição. Assim, Lucas aproveitou a oportunidade para dizer que devemos, cada vez mais, querer a melhoria da nossa profissão.

O padrão de significado do Cuidado Transdimensional, como Prática Indeterminada, aponta para o que vai surgindo no momento, uma vez que nossos problemas e o nosso estado de espírito sofrem mudanças. Aquilo que ontem seria muito importante, hoje pode ter pouca importância ou até ceder lugar para outra situação. Compreender o processo de *ser e de viver* dos (as) trabalhadores (as) da equipe do PSF implica, sem dúvida, em um processo inacabado, confrontando com a capacidade de tomar decisões em um universo de idéias e expressões.

6.3 O Cuidado Transdimensional e as Expressões da Equipe sobre as suas Famílias

Levantar os dados sobre a família dos (as) trabalhadores (as) de forma quantitativa possibilitou ver a realidade da vida em família destes (as) profissionais, como: o seu relacionamento com os pais e companheiro, controle financeiro, atividades domésticas e quem cuida dos filhos na maior parte do tempo. Fazer uma reflexão durante as oficinas sobre a vida familiar também era algo que estava planejado.

No entanto, quando estes profissionais eram abordados sobre estas questões, a maioria parecia não estar muito à vontade. Assim, em uma atitude de cuidado, resolvi respeitar esta manifestação do grupo. Porém, nos momentos de relaxamento, eles expressaram vários fatos sobre a vida familiar, como:

Vivo feliz, tenho uma irmã gêmea que gosto muito. Tenho medo de perder a fantasia quando lembro de minha infância. Minha infância foi muito pobre,

porém, eu e meu pai éramos muito amigos. Casei aos 14 anos porque meus pais não eram fáceis de lidar. Meus pais morreram muito cedo. Morava com minha família no campo, com muitas árvores, meu pai era alcoolista e só passei a ser feliz quando casei. Tenho saudades de minha infância, infância gostosa, entre outros.

As experiências em grupo se mostraram valiosas, pois dificuldades por parte de alguns participantes, no sentido de descreverem sobre a sua real situação familiar, ficaram evidentes. As oficinas ajudaram a harmonização da equipe, diminuindo anseios, auxiliando a busca por uma nova forma de atenção que possibilitasse e oportunizasse a expressão de um cuidado voltado para si e para o outro como um fator preponderante.

O caminho para a busca do amor, através de padrões de significados que destacamos no Referencial Teórico do Cuidado Transdimensional, surgiu durante as oficinas como um movimento sincrônico descrito pelos (as) participantes, transparecendo uma nova forma de cuidado, que tem início na família. Com a percepção desta busca, emergiam questionamentos como: “A paz começa no lar”, isso foi algo abordado pela equipe como assunto de grande importância. Posteriormente surgiu outro tema, como: “família unida”. A crença que família unida traz tranqüilidade e segurança dá ênfase a uma visão de família de acordo com o Referencial, pois a busca da unidade do ser humano implica uma manutenção constante da comunicação com o seu ser, outros seres e a Alma Universal.

Muitos participantes colocaram em pauta momentos importantíssimos sobre sua vida em família como: orgulho do pai quando o mesmo vendia o seu próprio sangue para comprar comida para os filhos, que não eram poucos; o desejo de ver o filho seguindo a carreira militar, dito por uma participante, também enriqueceu muito. Uma participante salientou que, depois do falecimento de sua avó, os domingos para ela não tinham mais graça. Outra referiu que tem um filho autista e tinha muitos problemas para cuidar dele, enquanto que outra afirmava que sua verdadeira felicidade eram seus filhos. Isso, de certa forma, implica a capacidade de expressão do ser, tendo no Cuidado Transdimensional a oportunidade de se manifestar e expressar, motivar, auxiliar e encaminhar seus problemas.

Todavia, valores e crenças pré-estabelecidos dificultam e acarretam angústias e sofrimentos. Uma assistência multidimensional busca mudanças e, segundo Silva (1997), constrói e desconstrói simultaneamente, já que as

necessidades dos seres humanos variam com o tempo, bem como a sua capacidade de expressão. Assim, o cuidado transdimensional proporcionou uma pequena abertura também para as questões familiares da equipe.

6.4 O Cuidado Transdimensional e a Realidade Econômica da Equipe do PSF

A questão econômica, em nossos encontros, surgia durante todo o tempo. A falta de dinheiro é algo que tolhe a equipe na sua vida pessoal, familiar, social e cultural. Não permite a realização de sonhos como: viajar, conhecer outras cidades e países, ter um carro, ir a um parque aquático, ter um dia de princesa, ter uma casa de praia. Esta limitação foi evidenciada também em relação às outras necessidades, quais sejam: poder estudar, fazer um tratamento estético ou até medicamentoso, poder ir a uma academia, ir ao cinema, ler revistas, ler jornais, ir ao teatro. A importância da realização de necessidades como: lazer e sonhos despertam para uma consciência de se estar saudável. Porém, a consciência de que nem sempre é possível realizar estas necessidades gera descontentamento. Mesmo assim, sonhar com uma realidade mais prazerosa foi algo unânime na equipe.

A equipe do PSF é multiprofissional, estabelecendo-se, desta forma, uma diferença salarial significativa entre seus pares. Observa-se que a grande maioria destes recebem salários relativamente baixos. Entretanto, esta realidade econômica nem sempre pode ser considerada como impeditivo para poder se dar vazão às necessidades do prazer e do lazer. Nem sempre o lazer e o prazer implicam custos. O universo, que inclui, sobretudo, a diferença salarial entre os membros da equipe, não parece tão importante quando se observam os envolvidos sob uma ótica que pontua tipos de diversão, como: cuidar e estar com o filho, escutar rádio, sair à noite, dançar, ir ao shopping, leitura, ver televisão, festas, ir à praia, ir ao campo, escutar música, ir à casa de um amigo e tocar violão.

Especialmente, esta abordagem mostrou que as necessidades de satisfação são diferentes e podem ser adaptadas dentro de uma condição financeira

específica. Pensar os conhecimentos e necessidades amplia uma visão da consciência do Ser e o Viver destes (as) trabalhadores (as). Como **experiência interior**, oportunizamos uma diversidade de situações que contribuíram para um maior grau de satisfação do nosso ser e flexibilizamos transformações que interagem com os mais diversos ângulos de possibilidades de expressão.

O reconhecimento de si próprio e de suas limitações, juntamente com o que se pode modificar, conduz a uma evolução do Ser. Oferece-nos oportunidade para uma experiência em um nível mais profundo para a busca a própria realidade e da realidade que o envolve, ou seja, sua realidade universal. Conforme Silva (1997, p. 42), “o processo de construção pode ser comparado a uma grande aventura, na qual a paixão e o prazer se combinam com o suspense, a inquietação e a angústia, que se acentuam diante dos obstáculos e das limitações do nosso ser”.

7 A CUIDADORA CUIDANDO E SENDO CUIDADA

“Tudo que há de mais belo na vida pode ser vivenciado, mais
dificilmente definido e descrito”
(Osho, 1995).

Inicialmente me senti insegura e, de certa forma, ansiosa em conduzir o Processo de Cuidar através das oficinas. No entanto, com linguagem simples, consegui que o inusitado se tornasse possível. Assim, intuitivamente, o processo de Cuidar foi sendo compartilhado, no sentido de se estimular o alcance do algo mais, com percepções que buscavam nossa natureza evolutiva. Este contato com as mais variadas potencialidades da nossa capacidade de expressão oportunizou um envolvimento maior da equipe. Mostrou que os padrões de significado do Cuidado Transdimensional surgiam de forma a favorecer cada vez mais a solidez do grupo.

O Cuidado como **Parceria** em todos os momentos surgia: nos trabalhos em grupo, nas discussões, nas complementações das idéias, no lanche e inclusive no caso das orações que ocorreram durante os encontros. A participação do ser cuidado, bem como a sua capacidade de expressão foi fundamental no processo. Este contato profundo possibilitou o cuidado reciprocidade, que é essencial para a cura. Cuidar é a liberação de energia que transpõe e solidifica os gestos.

O Cuidado como **Experiência Interior** surgia juntamente com a minha necessidade de construir algo que possibilitasse modificar a realidade de saúde dos (as) trabalhadores (as) do PSF. Este padrão de significado privilegiou momentos de profunda reflexão e sensibilidade, procurando resgatar a dimensão divina e sagrada do nosso ser. A necessidade de mantermos afinidade com o nosso *ser* vê na multidirecionalidade uma ativação da dinâmica do movimento de **Imanência e Transcendência** que, através do diálogo, interage com os seres cuidados neste processo.

Um movimento que conduz o ato de cuidar surgiu durante os nossos encontros. É o Padrão de Significado do Referencial Teórico do Cuidado Transdimensional como **Prática Não Espacial e Atemporal**. Independe do espaço e

do tempo, nada é impositivo e tudo deve ser feito de forma flexível para aumentar a capacidade de busca de um ambiente harmonioso e espontâneo para um viver saudável. A atemporalidade, a não espacialidade e desidentificação das formas de expressão, junto com a equipe, serviram de mola mestra impulsionando para a concretude deste processo compartilhado. Nesta inteireza, as portas da sabedoria amorosa foram abertas e as experiências profundas, no sentido de estar por inteiro com o outro, foram sendo lapidadas.

A Busca da Unidade é manter sintonia com o nosso ser, com os outros seres, com o mundo e com a alma universal. É um processo que une pequenas *partículas* formando o *todo*. Esta união amplia as capacidades do nosso ser, por isso estabelece comunicação com a unidade mais sagrada dos outros seres. Oportuniza e diversifica experiências que beneficiam o processo de ajuda e do amor. É o compromisso de servir permanentemente e estar por inteiro com o outro. É a imaginação e a paixão de ser, de viver, em uma dimensão infinita como o cuidado. Esta busca surgia em todos os nossos encontros, principalmente no segundo encontro quando o clima de aconchego se instalou entre os participantes, havendo muita troca de emoção, com uma aproximação intensa. É uma força complementar que se movimenta em direção a sua fonte interior/exterior, voltada para o cuidado de si e do outro, pois, se estamos bem, podemos cuidar bem.

Já a **Prática Indeterminada**, por ser extremamente dialógica, não é pré-estabelecida, e é livre de condicionamento, facilitando um espaço que aflora as transformações e possibilita a utilização de novos métodos a cada instante. Alguns desses exemplos são as técnicas de relaxamento e meditação que foram utilizadas nas oficinas. Segundo Osho (p. 82), “são técnicas voltadas para a aventura, a fantasia, e o amor. A maior aventura que a mente humana pode compreender”. Ainda conforme o autor, “a meditação é apenas ser, sem fazer nada. Vem do nada, vem de todos os lugares. Não tem causa, pois a existência é feita de algo chamado alegria”.

Estes Padrões Estéticos do Cuidado Transdimensional podem surgir como Prática Indeterminada do cuidado, por interagir com o meio, favorecendo a unidade do nosso ser, dos outros seres, do mundo e da Alma Universal.

A Oração como um Padrão de Expressão Estético de Cuidado Transdimensional surgiu durante a primeira oficina quando Vera pedia para ler a

oração dos enfermos por iniciativa própria, e, em um passo de mágica, este Padrão Estético do Cuidado foi ficando cada vez mais fortalecido durante os encontros. A oração tem um significado muito forte junto à maioria dos (as) participantes. Talvez por ser peculiar aos moradores do bairro, ou até, por sofrer influências de algumas participantes que utilizam habitualmente este padrão. Este teve a adesão de todos durante as oficinas e possibilitou momentos de introspecção e expressão dos sentimentos como a liberação do afeto, da alegria, dos medos, entre outros. Aproximou ainda mais a equipe e fez surgir princípios pouco conhecidos, como refere Gandhi (apud SILVA, 1997, p. 172) “a oração não consiste em palavreado verbal; surge do coração”. Ainda de acordo com o autor, “a oração não é pedir, mas sim um anseio da alma e uma admissão diária das próprias vulnerabilidades”. Tem um poder de cura e assim é utilizada nos mais variados processos de cuidado, pois transcende e afeta positivamente os estados patológicos dos seres humanos. A essência da cura tem na oração uma ferramenta que possibilita a transformação da energia através do tempo e do espaço. Dossey (apud SILVA, 1997), defende o uso da oração na medicina, visto que reconhece o poder que a mesma tem sobre as enfermidades. É uma prática calmante que relaxa o corpo e traz benefícios. Dentro desta linha de pensamento, a oração pode também contribuir para o que Goleman (1999) diz: o estado mental positivo melhora a pressão arterial, o sistema imunológico e a produção de linfócitos T.

Bater palmas para nós mesmos, conforme Miriam solicitava ao término de cada encontro, é um Padrão de Significado como Prática Indeterminada. Vejo que Miriam reconhece o grupo como algo extremamente importante e este reconhecimento, para mim, trouxe grande satisfação. Esta observação de Miriam também é um ato de cuidar e, como tal, contribui de forma que torne o Cuidado Transdimensional mais evidente. É nestes pequenos gestos que o cuidado surge. Se intensificarmos estes pequenos gestos, com certeza nossa atuação, como cuidador, será fortalecida.

Outro **Padrão Estético do Cuidado** utilizado foi à música. Como refere Osho (p. 125), “a música cria uma tal harmonia que até mesmo Deus começa a inclinar a cabeça dizendo sim para você”. Melhora significativamente o estado de ânimo e inclusive a pressão arterial (SILVA, 1997). A música foi utilizada já em nosso primeiro encontro, porém, quando uma participante da equipe referiu não

conseguir relaxar com música, logo modificamos esta situação. O ato de cuidar implica que adaptemos cada situação a fim de assistir o ser cuidado de acordo com suas reais necessidades. O *pacote* pronto do cuidado não possibilita uma interação com o ser cuidado, afastando a postura de uma assistência completa e contradizendo o referencial teórico utilizado. A flexibilidade é importante e propicia não repetitividade, modificando cada forma de fazer e de pensar o cuidado. Cada momento que surge é uma abertura para suprir as necessidades constantes. São momentos únicos, com formas de cuidar também únicas. Portanto, nada está pré-estabelecido ou pronto. As modificações, conforme preconiza o Referencial Teórico do Cuidado Transdimensional, são voltadas para um caminhar junto ao inesperado e devem fazer parte do planejamento.

7.1 Facilidades e Dificuldades no Processo de Cuidar

7.1.1 As facilidades

Ao iniciarmos nossos encontros, a Unidade Básica de Saúde estava sendo instalada em um prédio recém-construído, mais amplo, coincidindo com o período em que as atividades de atendimento à população não estavam totalmente normalizadas. Isto facilitou bastante, pois possibilitou que as oficinas ocorressem sem interrupção no nosso horário de trabalho.

Este fato também favoreceu a assiduidade da equipe, uma vez que não houve necessidade de deslocamento para as oficinas em horário extra, o que foi importante para a concretude de nossos encontros. Um aspecto a ser considerado é que o fato de ter sido eu a supervisora dos ACS e também coordenadora da Unidade pode ter favorecido esta frequência.

Outro ponto positivo foi a participação de todos (as) com muito entusiasmo, superando todas as minhas expectativas. Como era a primeira vez que eu participava de encontros dessa natureza, estava apreensiva. Felizmente, a equipe tratou de me **cuidar** de uma forma muito carinhosa, participando ativamente dos encontros.

Também como ponto positivo foi à necessidade que todos (as), inclusive os agentes de saúde, sentiam-se à vontade com os demais funcionários do Centro de Saúde. Esta integração possibilitou que os contatos que necessitávamos junto a estes integrantes da Unidade, durante as oficinas, fossem estabelecidos de forma recíproca. Deste modo, muitas solicitações feitas ao grupo eram aceitas de forma harmoniosa, no sentido de ajudar, como, por exemplo: utilização do micro-ondas, roupas e acessórios para a peça teatral, utilização da geladeira para acondicionar os refrigerantes, toalha para a mesa do lanche, talheres, copos.

7.1.2 As dificuldades

Tivemos algumas dificuldades em nossos momentos de encontro, como a presença de uma criança. Apesar da flexibilidade em nossas oficinas, algumas adaptações tiveram que ser feitas devido à sua presença. Penso que isto foi, de alguma forma, desconfortável para a própria criança.

Dificuldades de expressar a respeito de suas vidas familiares também foi algo que surgiu. Mas felizmente, com o desenvolver das demais oficinas, quebramos o gelo. Esta condição talvez seja dificultada pelo fato de a equipe, na sua maioria, se conhecer muito bem, inclusive como vizinhos.

Uma dificuldade, para mim, que é de grande importância, é a impossibilidade de resolutibilidade, a curto prazo, de alguns problemas citados pelos participantes, como: salário baixo, falta do fornecimento de uniforme completo, às vezes má aceitação da comunidade, falta de ticket alimentação. O PSF se encontra em fase de transição e, portanto, é uma atuação ainda pouco conhecida por muitos.

7.2 A Equipe do PSF Avaliando como Foram Cuidados Durante as Oficinas

Manifestações de cuidado proporcionado ao pessoal da equipe nas oficinas ocorreram em vários momentos e por diferentes integrantes da equipe. Porém, no último encontro, quando celebramos o término das oficinas com um almoço, todos pareciam querer falar.

Lucas estava bastante empolgado, pôde ilustrar e reafirmar a importância do Cuidado Transdimensional para a saúde da equipe referindo que a “tranquilidade melhora nosso rendimento e inclusive o próprio sono”. Destaca ainda que vivia triste e descontente, agora, depois de nossos encontros, estava dando um novo sentido para a sua vida e viu isso como uma benção. Falou ainda que: “as oficinas condicionaram-me a mudança para um novo enfoque profissional”.

A equipe elogiava de forma bastante expressiva as oficinas dizendo: “depois destes encontros, passamos a conhecer melhor nossas condições de trabalho e nossos (as) companheiros (as)”.

Miriam vê estes encontros como fator importante para o aperfeiçoamento de nossas atividades e principalmente do relacionamento com a equipe. Os encontros propiciaram condições para que ela sugerisse algo como fazer uma visita extra aos pacientes coincidindo com a data do aniversário.

Gustavo disse que pensava muito e agia pouco, agora travara uma batalha sem tréguas para mudanças. “Vejo que dentro de minha condição atual de trabalho posso viver, trabalhar e ser feliz com mais segurança”. E assim, os (as) participantes seguiam dizendo: “sentia-me distraída, talvez desmotivada, muitas vezes inútil”.

Cida terminou dizendo que cresceu muito, tanto espiritual como fisicamente, pois “onde temos amigos, temos confiança e muita paz. Hoje acho que sou mais amiga de todos e também conto com vocês quando precisar”.

Os agentes recém-contratados agradeceram pela oportunidade que tiveram ao compartilhar deste aprendizado. Viram que o entrosamento da equipe melhora e proporciona mudanças para a vida profissional, sobretudo no reconhecimento de seus méritos.

No fantástico mundo do cuidado, o movimento dinâmico é constante. É um salto para as mais variadas direções. Não pode ser unidirecional e não implica meio ou fim. É um estado da consciência humana construindo e desconstruindo. Favorece mudanças e possibilita que a cada instante se possa morrer e renascer para novas formas de sentir e ver o cuidado. É um estado de contínuo aprender, ou seja, a imanência e a transcendência são forças contínuas, que modificam e estabelecem a integração com as mais variadas manifestações do pensamento. Estabelecem uma ativação com o complexo cósmico, que transcende o plano pessoal para o plano coletivo ou vice versa. Este processo, durante as oficinas, transcorreu de forma descontraída, diminuindo a tensão, devido às formas de relaxamento e reflexão, interagindo com a percepção e a intuição da busca do algo mais. Revelou a importância da qualidade do cuidado, determinando seus limites em um universo de possibilidades. Assim, muitas formas de expressão surgiram junto à equipe, mostrando sempre a relevância de se trabalhar em comunhão.

O resgate desse potencial contribuiu para a causa fundamental da leveza do nosso **Ser e Viver**. É o ato de cuidar harmonizando que modifica a visão de cuidado e tem como coadjuvante o Referencial Teórico do Cuidado Transdimensional. Segundo Silva (1997, p. 86), “[...] constitui-se em requisito imprescindível na evolução global do planeta”.

7.3 A Cuidadosa sendo Cuidada

A equipe sentiu-se cuidada, conforme os depoimentos acima. Por outro lado, eu, como cuidadosa, também senti este cuidado ao longo de todo o processo, sempre que surgiam manifestações, como: “deixe que nós também vamos trazer lanche”, ou: “vamos fazer um encerramento de nossos encontros com um almoço”. Estas atitudes eram gestos de cuidado e me surpreendiam. O lanche possibilitou momentos agradáveis e estes momentos trouxeram um clima de harmonia que surgia em todos os momentos do cuidado.

A presença assídua deles (as) foi também uma forma de eu me sentir cuidada, pois percebia a reciprocidade. “Somos uma família”, diz uma das participantes, esta frase denota com clareza como a integração do grupo favoreceu o desenvolvimento dos nossos encontros.

A participação de todos (as) era algo que afluía a cada instante, oportunizando sentimento de atenção para com a cuidadora. Emergiam novas formas de cuidar, como: bater palmas, a oração, as frases lidas por muitos. Eram cuidados que atingiam a todos. Esta forma de cuidar ajudou imensamente, principalmente quando surgia o cuidado como algo inesperado: “vamos trazer a música *amigos para sempre*”, dito por Lucas, que também trouxe o violão para acompanhar. Parece que pensavam em tudo. Foi um processo de construção que complementando o cuidado prestado, não deixou ninguém excluído, ampliando assim as possibilidades do nosso ser.

Afinal, somos a consciência de uma totalidade, que tem no Referencial Teórico do Cuidado Transdimensional a forma natural desta consciência. A sabedoria do ser, do fazer, do sentir renasce em todos os momentos e nos conduz a um estado de cuidado “constante”.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Cada ser que se eleva, eleva o mundo” .

(Ghandi, 1915)

Minha intenção, ao realizar um processo de cuidado baseado no Referencial Teórico do Cuidado Transdimensional, foi desencadear uma reflexão com vistas a contribuir para transformações no processo de ser e de viver dos (as) trabalhadores (as) do PSF.

Para contribuir e ativar essa etapa de reflexão e transição faz-se necessária a permanência de uma sintonia vibratória, que pode ativar toda uma ordem de organização. Podemos dizer, portanto, que existem elementos idealizados que se transmitem ativamente nesse processo de cuidado. O Referencial Teórico do Cuidado Transdimensional, ao enfatizar a emancipação do ser humano, constitui-se em mola propulsora de mudanças nas relações interpessoais, bem como no trabalho cotidiano do PSF.

Um dos maiores desafios que vislumbrei neste processo foi à busca da satisfação, através da criação de um espaço para reflexões, para a identificação de problemas e proposição de estratégias de transformação.

Na interação com os membros da equipe do PSF, durante as oficinas, o cuidar e o cuidado assumiram papéis de grande importância, servindo de base para uma aprendizagem que se refletiu no reconhecimento da necessidade de se conviver e compartilhar experiências. Contudo, desenvolver um trabalho tendo em vista o indivíduo na sua totalidade implicou no surgimento de momentos inesperados, nas quais vivenciamos experiências novas, profundamente intuitivas, do padrão estético do Cuidado Transdimensional.

Foi no Referencial Teórico do Cuidado Transdimensional, proposto por Silva (1997), que encontrei o caminho que procurava para desenvolver este trabalho junto à equipe do PSF. As contribuições desta proposta teórica tiveram uma importância substancial, abrindo possibilidades para uma maior compreensão do ser e do viver dos (as) trabalhadores (as) da equipe do PSF. Momentos inesperados surgiram, como: “vamos trazer a música *amigos para sempre*” dito por Lucas, que

também trouxe o violão para acompanhar. Parece que pensavam em tudo. Foi um processo de construção que se complementou com o cuidar/cuidado, sem exclusão, ampliando assim as possibilidades do nosso ser e do viver em harmonia.

A sabedoria do ser, do fazer e do sentir renasce em todos os momentos de nossa vida e nos conduz a um estado de constante cuidado. A compreensão do Referencial da Transdimensionalidade é essencial para desenvolver uma realidade que busca a evolução pessoal e espiritual do ser humano.

Com base nas experiências de cuidar/cuidado gostaria de tecer algumas recomendações:

a) Para as Secretarias de Saúde:

Zelar para que a equipe do PSF que cuida, também seja cuidada, porque certamente reverterá em benefícios para as instituições. Trabalhar com profissionais comprometidos com o cuidado, compartilhando atividades do dia a dia diminui a ansiedade, o absenteísmo e situações que prejudicam as atividades no PSF. O objetivo é melhorar a interação no cuidado, valorizando o ser humano e contribuindo para a melhoria da assistência prestada.

As pessoas ou os cuidadores (as), baseados (as) no Referencial Teórico do Cuidado Transdimensional, desenvolverão padrões de consciência condizentes com novas formas de atenção. Os encontros com a equipe do PSF possibilitam um caminhar mais seguro próximo da realidade e dos problemas que necessitam resolução, e que, por vezes, ameaçam a integralidade dos (as) cuidadores (as).

b) As instituições de ensino:

O Referencial Teórico do Cuidado Transdimensional se constitui em uma expressiva possibilidade para a atuação dos cuidadores (as) junto à comunidade. Portanto, a formação desses futuros profissionais engajados no PSF, como os médicos, os enfermeiros, entre outros, deverá estar voltada para a essência do ser humano, dando sustentação para que o cuidado possa valorizar os aspectos do ser interior e exterior.

Prestar a assistência tradicional, meramente direcionada para o que é “visível”, compromete a atenção ao ser como um todo. O Cuidado Transdimensional resgata a dimensão interior do ser humano, sem esquecer a amplitude da interação desses seres com a vida. Interagir com a realidade dos seres envolvidos no cuidado

é contribuir para que as pessoas possam atuar e conhecer suas possibilidades com mais dignidade e fluidez. É a importância do cuidado na qualidade da formação.

c) Para a pesquisa:

Desenvolver maneiras para que possamos, com o Cuidado Transdimensional, levar ao estabelecimento de um cuidado diferenciado. Esta proposta dinâmica facilita uma atuação focada na ousadia de querer mudar o sentido do ato de cuidar.

Todavia, uma metodologia que atue e avalie a aplicação da proposta teórica de cuidado permite a compreensão a partir dos resultados, formando uma espécie de círculo em torno dos que participam do cuidado. Assim, o cuidado poderá alcançar amplitude que ainda não atingiu, vislumbrando a ciência e a sabedoria do amor universal.

O Referencial Teórico do Cuidado Transdimensional desenvolve energia, que da forma ao sentir cada gesto, cada fala e cada pensar. Toda forma inovadora de aplicação de uma proposta de cuidado só poderá ser mais claramente compreendida a partir dos resultados que emergirão dos encontros de cuidado.

Assim, as sugestões que apresento estão voltadas para a necessidade emergente de mudanças no ato de cuidar dos seres humanos. Com isso, a capacidade de percepção sobre quão nossa vida é preciosa possibilita a si mesmo (a) uma religação com o universo, percebendo o cuidado e reaprendendo a viver.

REFERÊNCIAS

AMADOR, Javier, et.al. **Revista Brasileira de Saúde da Família.** Ano 1, n. 3, p.39. Dez 2000.

BELLAGARDA, M. L. R. **Vida Morrida, Morte Vivida:** uma abordagem do cuidado transdimensional no domicílio. S.C: UFSC. 2002 (Dissertação).

BORGONOVO, K. D. S. **Vivenciando o Cuidado Transdimensional com Trabalhadoras de Enfermagem Psiquiátrica.** 2001. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, 2001

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. **Saúde da Família:** uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde. 1997.

_____. Caminhos da Conquista da Qualidade. **Revista Brasileira de Saúde da Família.** Brasília. p. 03-04. 2000.

_____. Ministério da Saúde. **A Implantação da Unidade de Saúde da Família.** Cadernos de Atenção Básica-Programa de Saúde da Família. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde. 2000.

_____. Ministério da Saúde. In: REUNIÃO TÉCNICA DOS PÓLOS DE CAPACITAÇÃO, FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA. **Anais...** Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Secretaria das Políticas da Saúde: Departamento de Atenção Básica. **O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde.** Brasília, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Revista Brasileira de Saúde da Família.** Brasília. n. 4, p.3, 54- 60. Jan. 2002.

DALAI LAMA, **Uma Ética para o Novo Milênio.** 4. ed. São Paulo: Sextante, 2000.

DENTI, Irany Achilles. **Programa de Saúde da Família: da proposta a exclusão, um desafio para a reestruturação do serviço de saúde.** 2000. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, 2000.

FELISBINO, Janete Elza, et. al. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Brasília, v. 53, n. especial, p.139, dez 2000.

FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Brasília, v.53, n. especial, p. 32, dez 2000.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido.** 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FREITAS, K. S. S. **O Vôo da Arte-Educação no Cuidado de Ser Educando.** 1999. Dissertação (Mestrado em Pedagogia) – Universidade Federal de Santa Catarina, 1999.

GAIO, Tereza Cristina. **A Implantação do Programa de Agente Comunitário de Saúde no Município de Florianópolis.** 2001. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, 2001 .

GOLEMAN, D. **Emoções que Curam.** Conversas com Dalai Lama sobre mente alerta emoções e saúde. Tradução de Claudia Guerpe Duarte. Rio de Janeiro: Rocco, 1999.

LACERDA, Maria Ribeiro. Curso de Atendimento Domiciliar em Enfermagem. In: **VIII ENFISUL.** Porto Alegre: ABEN-RS, 1996.

LEI nº 5344 de 1998. Florianópolis. Institui gratificação de Produtividade aos servidores que exercem funções no Programa de Saúde da Família, Fpolis, 04/09/1998.

LEVY, Sylain Nahum et al. Educação em Saúde, Histórico, Conceitos e Propostas. In: **Conferência Nacional de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde. 2001. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns>>. Acesso em: 5 nov 2001.

MARTINI, Jussara Gue. Implantação do Programa de Saúde da Família em Porto Alegre. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Brasília, v. 53, n. especial, p. 75, dez 2000.

MICHELL, E.S. Multiple triangulation: a methodology for nursing science. *Advances. In: Nursing Science*, v. 8, n. 3, p. 18-26, 1986.

MORSE, J. et al. **Concepts of Caring and Caring as Concept**. *Adv. Nurs Sci. Frederick. Set* 1990, v. 13, n.1, p. 1-14.

MURPHY, S.A. Multiple triangulation: applications in a program of nursing research. *Nursing Research*, v. 38, n. 5, p. 294-297, 1989.

NUNES, A. M. P. **Vivenciando o Ser e o Estar Sendo Cuidado no Centro de Apoio ao Paciente com Câncer**. 2002. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2002.

PADILHA, Maria Itayra C.S. Questões Éticas: Cuidados Metodológicos na Pesquisa de Enfermagem. In: **Texto e contexto Enfermagem**. Florianópolis: v.4, n.2, p.118, jul./dez. 1995.

PHILIPS, P.A. Deconstruction of Caring. *Journal of Adv. Nurs*, Oxford, 18, p.1554 - 1558, 1993

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM (PEN): **Concepções Filosóficas**. Florianópolis: UFSC, 1999.

RAJNEESH, B. S. OSHO. **O Livro Orange: técnicas de meditação**. 2. ed. Tradução de Arsha et al. São Paulo: Cultrix.

ROSA, Catarina Maria. **A Implantação do Programa de Saúde da Família no Município de Fpolis**. 2001. Dissertação (mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2001.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, **Apostila elaborada pelo Departamento de Planejamento, Avaliação e Auditoria**. Fpolis: Departamento de Saúde Pública, 2001, p. 3.

SCOTT, J. W. **Gender and the Politics of History**. New York: Columbia University, 1988.

SILVA, A. L. da. **Cuidado Transdimensional**: um paradigma emergente. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, Florianópolis: 1997.

_____ **Características do Processo de Vida de Trabalhadoras (es) de Enfermagem**. Projeto de Pesquisa. Florianópolis: UFSC, 2000.

_____ Cuidar-Pesquisando e Pesquisar-Cuidando: Processo para a Emancipação do Ser e para a Construção do Conhecimento. **Anais....52º ABEN**, Recife, Olinda: Associação Brasileira de Enfermagem, 2000.

_____ A Dimensão Humana do Cuidado em Enfermagem. **Acta Paul. Enf.** São Paulo, v.13, nº especial, Parte I, p. 86-90, 2000c.

SILVA, A. L. et. al. **Características do Processo de Vida de Trabalhado (es) de Enfermagem**. Fpolis: Mimeografado. 2001.

SILVA, A. P. S. et al. **O Cuidado no Processo de Ser e Viver da Mulher com Câncer**. Florianópolis: UFSC. 1999.

SISSON, Maristela Chitó. **Avaliação Estratégica da Implantação do Programa de Saúde da Família e do Programa Docente-Assistencial de Fpolis**. São Paulo: Mimeografado, 2001.

SOARES, L. T. As Atuais Políticas: os Riscos do Desmonte Neoliberal. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 53, n. especial, dez 2000, p.17 e 24.

SOUZA, Alice de Paula. **História da Saúde no Brasil 1500 a 1995**. São Paulo: Secretária de Saúde. 1995. Apostila.

TEIXEIRA, Rafaela Azenha et. al. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.53, n.2, p. 193 a 205, abr./jun. 2000.

TORREZ, Milta Neide F. B. et. al. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. especial, p. 61-62, dez. 2000.

VALLA, Wilson Edirlei. **Ética Profissional para Cursos de Formação e Aperfeiçoamento de Oficiais**. São José dos Pinhais: APMG, 1998. p.7.

VALE, Eucléia Gomes. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 53, n. especial, p. 5, dez 2000, p. 7.

VALLS, Alvaro L. M. **O Que é Ética**. 9. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994. p. 82.

WAGNER, L. H. et. al. **O Território e o PSF**. Disponível em:
<<http://www.psf.brasil.hpg.com.br>>. Acesso em: 30 mai 2000.

ANEXO A - Carta de Apresentação

Você está sendo convidado a participar de um estudo que tem por objetivo avaliar as características do processo de vida das trabalhadoras da saúde do PSF. A coleta dos dados estará sendo realizada no Centro de Saúde do Saco dos Limões, no município de Florianópolis, com início em 10/08/2001. A sua participação é importante, pois nos ajudará a conhecer alguns aspectos do processo de vida do (a) trabalhador (a), nos ajudando um plano de ação para a busca de uma vida mais saudável. Para isto, elaborei um questionário a ser preenchido, Considerarei os aspectos éticos da pesquisa e, deste modo, mantereí sigilo quanto à identidade do (a) participante, bem como assegurarei a veracidade das respostas.

Cordialmente

Rosane Assunção

ANEXO B - Instrumento I: Dados da Instituição

1. Nome:.....
2. Tipo de instituição
 Privada
 Pública
 municipal
 estadual
 federal
3. Objetivos da instituição (especificar os programas e dar ênfase no PSF).
4. Histórico da instituição (especificar o processo de criação do PSF).
5. Filosofia da instituição (especificar a do PSF).
6. Regimento e missão.
7. Clientes preferenciais.
8. Atividades/ especialidades da instituição (especificar as do PSF).
9. a) N ° de atendimentos/dia ()
b) Média de atendimento anual ()
c) Procedência da clientela ()
10. N° de trabalhadores (as) da instituição por sexo e função
11. a) A instituição tem plano de carreira (ascensão funcional, cargos e salários)
() sim () não
b) Qual o tipo de plano.
.....
.....
.....
.....
.....
12. a) A instituição oferece treinamento aos funcionários (as) () sim () não
b) Em que período () na admissão () periódicos
c) A instituição libera para cursos () parcialmente () totalmente
d) Incentiva a participação de funcionários (as) em congressos e eventos, etc.
() sim () não
e) Auxilia financeiramente a participação em eventos: () sim () não
13. a) A instituição oferece plano de saúde aos funcionários (os) () sim () não
b)
Qual.....

14. a) A instituição oferece creche para os filhos de funcionários (as) () sim () não
b) Os funcionários (as) recebem auxílio creche () sim () não
c) Qual é o valor do auxílio?
15. A instituição paga adicional de () insalubridade () periculosidade
16. A instituição paga hora extra/plantão?
17. Que tipos de turnos a instituição oferece?
18. Tem refeitório no local () sim () não
19. a) A instituição oferece alimentação () sim () não
b) Gratuitamente: () sim () não
c) Oferece vale refeição/alimentação () sim () não
20. a) Tem serviço de medicina e segurança no trabalho () sim () não
b) Tem CIPA () sim () não
21. Tem controle de registro de COREN () sim () não
Com outros conselhos () sim () não
22. São realizadas reuniões periódicas com os funcionários (as) da unidade () sim () não
Que periodicidade () semanal () quinzenal () mensal
23. São realizadas reuniões com as chefias () sim () não
Que periodicidade () semanal () quinzenal () mensal
24. Existe grupo (s) de estudo de pesquisa (s) () sim () não
Qual
(is).....
- 25- a) Existe política de avaliação da institucional () sim () não
b) A comunidade participa da avaliação da instituição () sim () não
b) Existe política de avaliação dos (as) funcionários (as) () sim () não
c) Como funciona?

Instrumento II - Caracterização do (a) Trabalhador (a)

PARTE I

I - Dados de Identificação:

1. Nome: _____

2. Sexo () F () M

3. Data de nascimento ____/____/____

Local _____

4. Estado civil: () solteiro () casado () viúvo () outros _____

5. Crença Religiosa _____ Praticante () sim () não

6. Raça _____

II - Nível de Instrução:

7. Nível de escolaridade

() 1º grau () completo () incompleto

() 2º grau () completo () incompleto

() 3º grau () completo () incompleto

Categoria de

trabalho _____

Curso de graduação _____

Local _____ Ano de

conclusão _____

Pós-graduação: _____ Local _____ Ano

_____ Local _____ Ano _____

8. Categoria profissional _____

9. Você freqüente, no momento, cursos para aperfeiçoamento/conhecimento:

() sim () não Qual? _____

III – Dados sobre o trabalho:

10. Unidade de trabalho: _____

11. Tempo de trabalho: na instituição () anos; na unidade () anos

12. Exerce outra atividade profissional remunerada? () sim () não
Caso sim, onde _____

Que atividade?

Há quanto tempo? _____

13. Você gosta da instituição em que trabalha (especificar caso haja outras)?

() sim () não

Por quê?

14. Você gosta da unidade em que trabalha (especificar caso haja mais de uma)?

() sim () não

Por quê?

15. Você escolheu a instituição para trabalhar (especificar caso haja mais de uma)?

() sim () não

16. Você escolheu a unidade de trabalho (especificar caso haja mais de um local /trabalho)?

() sim () não

17. Sente-se realizado (a) exercendo a sua função nessa instituição? () sim () não

Por quê?

18. Que turno você trabalha (especificar caso haja mais de um local de trabalho)?

() manhã () tarde () noite

19. Qual sua jornada de trabalho diário (especificar caso haja mais de um local/trabalho)?

() 6 horas () 8 horas () 12 horas () outros _____

20. Qual a jornada mensal de trabalho (especificar caso haja mais de um local/trabalho)?

21. Qual o tempo de intervalo para descanso no turno de trabalho?

22. Você faz o descanso no local de trabalho? () sim () não

Onde?

23. Participa de alguma associação de classe? () sim () não

Qual? () ABEn () COREn () Sindicato () outras _____

24. Porque escolheu esse tipo de trabalho? _____

25. O que lhe dá prazer no trabalho? _____

26. Qual o meio de transporte que utiliza para deslocar-se para o trabalho?
() carro próprio () ônibus () a pé () outros _____

27. Quanto tempo utiliza para seu deslocamento até o trabalho? _____

28. Se você pudesse voltar no tempo, escolheria a mesma função? () sim () não
Por quê?

29. Você considera seu trabalho um fator de estresse? () sim () não
Por quê?

30. Você se sente segura em seu trabalho? () sim () não
Por quê?

—

IV – Dados econômicos:

31. Renda mensal pessoal em valor líquido (especificar caso trabalhe em mais de uma instituição): _____

32. Renda mensal familiar:

33. Recebe algum auxílio financeiro? () sim () não
Qual? (pensão, ajuda familiar, etc)

34. Quantas pessoas contribuem para a renda familiar?

35. Seu salário é: () maior () menor do que o do seu cônjuge.

36. Quantas pessoas dependem da renda familiar?

37. Tipo de moradia: () casa () apartamento

38. Condições de moradia: () satisfatório () regular () insatisfatório

39. Moradia: () própria () alugada () outra _____

40. Estrutura da moradia: () alvenaria () madeira () mista

41. Número de cômodos _____ Número de banheiros

42. Número de pessoas que vivem na casa

43. Infra-estrutura da moradia:

() água encanada e tratada

() luz elétrica

() rede de esgoto

() coleta de lixo

() iluminação pública

() telefone

() pavimentação

44. Quanto tempo reside no local?

45. Bens móveis e imóveis:

() outros

imóveis: _____

() telefone celular

() carro

- aparelhos de televisão . Número _____
- vídeo cassete
- forno de microondas
- lavadora de roupas
- lavadora de louça

46. Possui empregada doméstica? sim não

47. Participa de alguma associação na comunidade e/ou atividade de interesse público?

- sim não

V – Dados referentes à família:

48. Tem filhos? sim não. Quantos:

49. Relacionamento com os pais: bom regular inexistente

50. Relacionamento com o companheiro (a): bom regular ruim

51. Tem irmãos? sim não Quantos?

52. Em casa, quem toma as decisões? você o companheiro (a) ambos

53. Quem tem o controle financeiro em casa?

54. Quem cuida dos filhos?

55. Tarefas domésticas:

- realiza sozinho (a)
- companheiro (a) auxilia
- outros ajudam

56. Conta com o apoio de familiares? sim não
Por quê?

V – Dados referentes aos cuidados à saúde:

57. Quantas horas de sono diário?

Considera suficiente? sim não

58. Você tem algum problema de saúde? () sim () não
Qual?

59. Faz algum tratamento atualmente? () sim () não
Qual?

60. Você utiliza algum tipo de medicação? () sim () não
Qual?

61. Você faz exames médicos de rotina? () sim () não
Que periodicidade? () 1 x ano () 2 x anos () outro

62. Faz consulta ginecológica regularmente? () sim () não
Periodicidade: () 1 x ano () 2 x ano () outras _____

63. Faz consulta ao dentista regularmente: () sim () não
Periodicidade: () 1 x ano () 2 x ano () outras _____

64. Utiliza algum tipo de proteção no ato sexual? () sim () não
Por quê?

Qual?

65. Utiliza algum método contraceptivo? () sim () não
Qual?

66. Pratica algum tipo de atividade física? () sim () não
Qual?

Periodicidade: () vezes por semana

67. Quantas refeições você faz por dia?

68. Que tipo de alimentos ingere? () cereais () frutas () verduras () legumes
() carnes () leite e seus derivados () carboidratos
() outros

69. Que quantidade de líquidos você ingere por dia?

70. Que tipos de líquidos? () água () leite () chá () refrigerante () café

() outros

71. Você fuma? () sim () não Quantos cigarros por dia?

72. Você ingere bebidas alcoólicas? () sim () não
Que tipo? _____ Que quantidade/dia?

73. Você desenvolve algum tipo de tratamento/terapia relacionado a:

() homeopatia

() florais de Bach e outros

() acupuntura

() massoterapia

() cromoterapia

() fitoterapia

() do-in

() outros Qual? _____

74. Quais os cuidados você tem para diminuir o estresse?

VI - Atividades sociais e de lazer:

75. Costuma divertir-se regularmente? () sim () não

76. Que tipo (s) de diversão desenvolve?

Diversão preferida?

77. O que lhe dá prazer em sua vida pessoal?

78. Você costuma:

Ir ao cinema? () sim () não

Ouvir rádio? () sim () não

Assistir TV? () sim () não

Ler revista? () sim () não Qual (ais)? _____

Ler jornais? () sim () não Qual (ais)? _____

PARTE II

1. O que é o “cuidado” para você?
2. O que é o “cuidado à saúde” para você?
3. Você se sente preparado (a) para atuar no PSF? Por quê?
4. Você tem domínio da filosofia do PSF?
5. A instituição lhe oferece todos os recursos necessários para um cuidado de boa qualidade (treinamento, supervisão, recursos materiais, financeiros, etc)?
6. Como você se percebe enquanto cuidador (a) do outro?
7. Como você se percebe enquanto cuidador (a) de si?
9. Como você qualificaria o cuidado à saúde oferecido por esta instituição?
Péssimo () Regular () Bom () Excelente ()
Por quê?
10. Você acha que os (as) usuários (as) dessa instituição têm o atendimento que esperam? Por quê?
11. Os (as) usuários (as) têm expressado para você suas opiniões acerca do serviço que oferecemos a eles (as)? Fale sobre isso?
12. Na sua opinião, quais os problemas que enfrentamos ao realizar nosso trabalho nessa instituição?
13. Que sugestões você ofereceria para solucioná-los?

ANEXO C - Informação e Consentimento Pós-Informação para Pesquisa

Meu nome é Rosane Assunção e estou desenvolvendo o estudo com trabalhadores (as) do Programa de Saúde da Família, com o objetivo de avaliar as características do processo de vida destes (as) trabalhadores (as). Será aplicado um questionário e também serão realizados vários encontros para discussão dos problemas relacionados ao processo de vida dos (os) trabalhadoras (es). Esses procedimentos não trarão quaisquer riscos e desconfortos, mas esperamos que possa contribuir para uma melhor qualidade do processo de vida das (os) trabalhadoras (es). Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou não quiser mais fazer parte do mesmo, pode entrar em contato pelo fone 9961-4637. Se você estiver de acordo em participar, posso garantir que as informações fornecidas serão confidenciais (ou material coletado) e só serão utilizados neste trabalho.

Assinatura-----

Pesquisadora-----

Consentimento Pós-Informação

Eu----- fui esclarecido (a) sobre o estudo, e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

Florianópolis, -----de-----de 2002.

Assinatura-----R. G. -----