

## **Resumo: Experiência de ser estrangeiro: rotas de colisão no percurso de construção de práticas humanizadas em um município da região norte do Estado do RS**

### **Introdução**

O trabalho relata a experiência numa cidade localizada no interior da região norte do Estado do Rio Grande do Sul, com população aproximada de 33.778 habitantes e área da unidade territorial de 649,30Km<sup>2</sup> (IBGE, 2007). Seu produto interno bruto (PIB) é baseado na produção industrial e nos serviços, sendo pouco representativo a agropecuária.

Relatos da história oral do município contam de uma população, predominantemente, de ascendentes italianos. No período de emancipação da cidade, as chamadas famílias tradicionais italianas ali residentes representavam grande poder econômico, político e cultural. Os valores circulavam entre a religião católica, a ascendência italiana, o trabalho braçal, o patriarcalismo e acumulação de bens materiais. Essa ascendência étnica era tomada, por estes, como “raça”, o que produzia uma cisão étnica no município – que muitas vezes significava também cisão econômica, onde os pobres eram dirigidos a residir nas periferias da cidade – diferenciada das demais pessoas da população.

Essa produção cultural ainda persiste e é freqüente o tratamento que refere: “Eu sou italiano, você é brasileiro”.

### **Justificativa**

A noção de “estrangeirismo” que se expressa através da fala: “Você é bem brasileiro, né?”, ao se referirem àqueles cuja origem não é italiana, demonstra também o quanto o município procura e resiste, apesar das diversas mudanças e transformações da cultura e da mistura étnica que já se observa na cidade: preservar a noção de raça, crenças e cultura.

Assim, conservar a cultura e os modos de relação parece que se torna, nesse contexto, algo de grande relevância como que para preservar sua identidade. Neste entorno, ser brasileiro, não pertencer a essa cultura instituída, é ser estrangeiro e, a partir daí quaisquer mudanças que alterem essa ordem, inclusive no fazer em saúde, são fortemente rechaçadas.

A forte influência da colonização italiana, o fato de ser uma cidade predominantemente industrial e com 100% de cobertura na ESF, levanta alguns elementos que se destacam na produção de saúde da população, os quais nos convoca a pôr em análise nessa escrita.

### **Objetivo geral**

Relatar a inserção profissional de três trabalhadores na rede de APS de um município do interior da região norte do Estado do RS e a iniciativa de implementação de práticas condizentes com as diretrizes da Política Nacional de Humanização.

### **Método**

Esta escrita busca colocar em análise o cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde a partir dos relatos de experiências de três trabalhadores recém inseridos em Unidades de Saúde de Família do município. Os relatos foram

produzidos a partir dos três primeiros meses de atuação destes profissionais, sendo estes dois psicólogos e um cirurgião-dentista. Estes profissionais trabalham cada um em duas Unidades de Saúde da Família dividindo a carga horária entre essas duas equipes em 40 horas semanais.

No momento da construção do relato, cada serviço constava com equipes compostas de médico, enfermeira, técnica de enfermagem, cirurgião-dentista, auxiliar de saúde bucal, psicólogo, agentes comunitários de saúde e funcionário da limpeza.

### **Discussão**

As relações de dominação política partidária, de atravessamento do poder privado e de concentração de riquezas é algo ainda bastante influente no município estabelecendo com seus munícipes uma relação patriarcal, de submissão dos mesmos. Desta maneira, as relações se dão nessa perspectiva de dominador-dominado.

A forte colonização italiana no município, conforme já mencionado anteriormente, foi decisiva nessa produção cultural, social e de subjetividade assujeitada ao poder do “Pai”, da lei e da ordem socialmente aceitas e valorizadas nessa cultura. O que se reflete cotidianamente nos serviços públicos através do caráter assistencial e de favorecimento de algumas pessoas ou comunidades em relação a outras.

A influência do fazer fabril na cidade faz com que o entendimento de saúde passe por uma expectativa de produção final, concreta e objetivável. A produção de demanda na saúde é consumidora de procedimentos centrados, na busca por encaminhamentos a exames laboratoriais, medicamentos, especialistas, enfim, “respostas concretas e rápidas” aos seus males.

A partir do contexto apresentado, pode-se começar a reflexão acerca de como, dentro do contexto da saúde coletiva, dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde é possível encontrar brechas e mesmo fazer fissuras e embates para que a produção coletiva e autônoma tanto dos trabalhadores, quanto dos usuários possa ir se construindo.

### **Percursos na construção de práticas humanizadas na APS:**

#### **Acolhimento**

Os atendimentos dos profissionais psicólogos alocados nas Unidades estavam restritos ao recebimento dos pacientes encaminhados pelo médico da própria equipe ou demais setores da rede pública de serviços – hospital, Conselho Tutelar, mandatos judiciais e escolas do município. Prevalciam os atendimentos psicológicos a partir de lista de espera. Quando ingressamos nos serviços havia várias pessoas aguardando a mais de um ano por escuta. Os pacientes que iniciavam atendimento garantiam a continuidade do trabalho até o momento que tivessem duas faltas consecutivas, situação essa que era considerado abandono do tratamento. Assim, se tivessem interesse em continuar o acompanhamento tinham que ir para o final da lista de espera.

Tentamos produzir novos modos de acesso dos usuários ao serviço, através da perspectiva do acolhimento. Abrimos um horário semanal/quinzenal para agendamento da livre demanda para aquelas pessoas que desejam uma consulta com profissionais psicólogos. Durante este acolhimento – feito em modalidade individual e/ou coletiva que leva em média três sessões – é

possível realizar uma avaliação de vulnerabilidade e assim pensar para cada usuário um plano de acompanhamento.

Diante da demanda socialmente construída em procedimento trabalhador-centrado, aliado a um fetichismo consumidor por produtos odontológicos, buscou-se trabalhar junto as ACS a construção de indicadores para se ter prioridade no atendimento odontológico através do agendamento planejado. Nesse sentido, o acolhimento buscou abrir as portas das consultas odontológicas a uma população de menor proteção social (até então os usuários eram atendidos conforme ordem de chegada na US, enfrentando tempo de espera na fila para marcação). Neste acolhimento, realizado pelas ACS, e, tendo como dispositivo a consulta odontológica, buscou-se vincular a família junto à equipe de saúde na construção dos projetos terapêuticos singulares por família. Dessa forma, pensar a singularidade do contexto familiar que encontramos no nosso território é cuidar e pensar em uma co-produção de autonomia em que o outro é legítimo na sua capacidade de viver e estar no mundo.

### **Ação intersetorial e produção de redes de cuidado**

Observou-se ao ingressarmos nos serviços, que havia um acúmulo de encaminhamentos das escolas para atendimento psicológico dos alunos na Unidade. Optamos então em iniciar um diálogo com as escolas para problematizar a situação dos encaminhamentos. Foi possível junto à direção das escolas e as psicopedagogas – que trabalham dois ou três turnos em cada escola – desenvolver atividades junto aos alunos, as famílias e professores. Este trabalho reduziu significativamente o simples encaminhamento dos alunos à Unidade de Saúde da Família e, escola e equipe de saúde, reservaram prioridade ao atendimento no serviço dos casos que apresentavam risco ou vulnerabilidade da criança e/ou da família. Como dizemos, do simples encaminhamento para atendimento psicológico passou-se a co-responsabilização: Escola-Unidade-de Saúde-da-Família.

No que se refere à saúde bucal uma aproximação com uma escola da comunidade a fim de realizar um contraponto das ações tradicionalmente desenvolvidas no âmbito da educação em saúde bucal. Foi realizado um teatro a partir do conhecimento dos alunos do 4º ano do Ensino Fundamental e por eles construído, tendo como base as aulas que tiveram com seu professores e com o cirurgião-dentista sobre o tema “saúde bucal”. Nos últimos nove anos, as atividades de educação em saúde bucal se baseavam na escovação dos dentes dos alunos, sendo que aos alunos que apresentavam sangramento gengival recebiam um selo vermelho nos cadernos.

### **Iniciativas de produção de diálogos interdisciplinares no cuidado em saúde**

Havia nas orientações às equipes, certa cisão ideológica entre competências em saúde e competências em saúde mental. Embalado nesta dicotomia iniciamos discussões nas equipes na tentativa de uma construção do que podemos tomar enquanto práticas em saúde no seu sentido ampliado e, nela, incluída a saúde mental. Essa discussão acompanhava as novas iniciativas dos profissionais psicólogos como citado anteriormente neste trabalho. Como

resultado as equipes no momento apresentam uma compreensão de que saúde mental é responsabilidade transversal de todos os profissionais da equipe e, também, que os psicólogos não estão restritos às responsabilidades com a saúde mental dos usuários, mas com a saúde como um todo.

A odontologia, em geral, destaca-se por seu fazer isolado das demais categorias profissionais em uma unidade de saúde. Os profissionais, em suas graduações, não têm formação mais ampla acerca da saúde e acabam realizando apenas os procedimentos odontológicos, sem haver uma co-responsabilização pelas demais demandas dos usuários. Neste sentido, a postura do dentista nas discussões dos casos nas reuniões de equipe, destaca-se como um diferencial na construção coletiva do fazer em saúde. Fora isso, a realização de visitas domiciliares junto com as ACS e o convite aberto aos demais trabalhadores da equipe para conhecer a comunidade e realizar a avaliação de risco e vulnerabilidade, são ações que dizem respeito a um outro olhar acerca do cuidado.

### **Considerações Finais**

Observamos que nossos fazeres ainda se destacam por fazer solitário, um processo micropolítico. Geralmente através de iniciativas pessoais dos profissionais e não algo que seja discutido e construído coletivamente nas equipes. Até mesmo porque essa noção de trabalho coletivo ainda não foi construída ou quando se ensaia aproximações com essa concepção de trabalho ela é ainda muito frágil e sujeita a atravessamentos diversos, especialmente da gestão dos serviços que tem um noção ainda muito fragmentada e o entendimento de saúde sob a ótica do modelo taylorista.

O saber médico ainda com poucos recursos de saída e na exigência de soluções para todas as questões de saúde da comunidade, destacando-se como um poder soberano, de atendimento ambulatorial como única prática legitimada.

Os enfermeiros assumindo todas as responsabilidades de atividades burocráticas e administrativas pouco atuando em ações de saúde com usuários e comunidade. Os técnicos ficam deixados em segundo plano com funções outorgadas e a mercê do outro enfermeira (técnico de enfermagem) ou dentistas (auxiliar de saúde bucal).

Nesse cenário, destaca-se a fragilidade do trabalho coletivo e com pouco estímulo para autonomia das equipes, através de uma gestão centralizadora e não conhecedora das políticas de saúde, das diretrizes orientadoras do trabalho e a mercê de outros interesses do município, vinculados a empresas e uma cultura fortemente protecionista e pouco flexível ao diálogo voltado a garantia dos direitos de saúde dos usuários.